



redefining / insurance

Customer Care Centre
AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
Jakarta 12940, Indonesia
Tel : 1500 733
Fax : +62 21 3005 9008
Email : customer@axa-insurance.co.id

Formulir Klaim SmartCare Executive

AdMedika

Penting

- 1. Harap lengkapi formulir ini kemudian kirim ke Pengelola Program kami berikut ini dalam waktu paling lambat 30 hari setelah mendapatkan pelayanan kesehatan.
PT Administrasi Medika, Jl. Balikpapan Raya No. 11B, Kelurahan Petojo Selatan, Kecamatan Gambir, Jakarta Pusat 10160
UP. CLAIM DEPT. Tel. (6221) 500 353 Fax. (+6221) 3483 0903
2. Lampirkan kuitansi asli (untuk nilai kuitansi Rp 1 juta keatas harus bermateri Rp6.000), perincian biaya, perincian obat/copy resep, laporan laboratorium, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan dokumen terkait lainnya.

Data Peserta

Form with fields: Nama Peserta, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Alamat, Nomor Kartu Peserta, Plan, Pekerjaan/Jabatan, Telepon, Nama Perusahaan, Alamat.

Untuk tujuan pembayaran klaim, mohon lengkapi data di bawah ini

Form with fields: Nama bank, Cabang, Jumlah yang ditagihkan, Atas nama, Nomor rekening.

Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pasien

Bersama ini saya memberi kuasa yang tidak terbatas waktu kepada Pengelola Program untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis lisan/tertulis dari rumah sakit atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada saya atau keluarga saya.

Nama & Tanda tangan

Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)

RESUME MEDIS (Wajib diisi oleh Dokter yang merawat)

- 1. Tanggal Pelayanan : ...../...../..... sampai ...../...../..... (tgl/bln/thn)
2. No Registrasi Pasien : .....
3. Nama Rumah Sakit/Klinik : .....
4. Apakah RS/Klinik termasuk dalam list provider kami? [ ]Ya [ ]Tidak
5. Jenis Pelayanan : [ ]Rawat Inap [ ]Rawat Jalan dokter umum [ ]Rawat Jalan dokter Spesialis [ ]Rawat Jalan Gigi [ ]Kehamilan [ ]Optik (Khusus manfaat optik mohon diabaikan no. 4 s/d 9)
6. Anamnesa : .....
7. Pemeriksaan Fisik : .....
8. Pemeriksaan Penunjang : .....
9. Diagnosa : .....
10. Tindakan/Therapy : .....
11. Saran Pengobatan : .....

Nama & tanda tangan dokter & stempel RS/Klinik

Tempat & Tanggal (tgl/bln/thn)