

Formulir Klaim Perawatan Gigi Dental Claim Form

Formulir klaim ini tidak berlaku sebagai pengakuan tanggung jawab.
This claim form is not an admission of liability.

Mandiri Kesehatan Global

Tanggal Diterima/
 Date received:

Diterima oleh/
 Received by:

Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.
Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing. All fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.

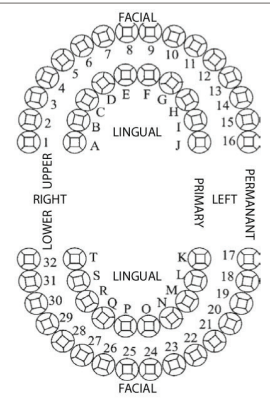
A. ADMINISTRASI / ADMINISTRATIVE

Nama pemegang polis / Policyholder:	Polis no / Policy no:
-------------------------------------	-----------------------

RINCIAN PASIEN / PATIENT'S DETAILS

Nama Pasien / Patient's Name:		Tanggal lahir / Date of birth:
No. Identitas/Paspor / ID/Passport No:	Jenis Kelamin / Gender: L / P / M / F	Plan / Plan:
Alamat email / Email address:		No. Telp. / Contact number:

B. UNTUK DIISI OLEH DOKTER GIGI / TO BE COMPLETED BY DENTIST

Lama sakit / Duration of illness:	Tanggal konsultasi / Date of consult:									
Keluhan & gejala utama / Chief complaint & main symptoms:										
Diagnosa / Diagnosis:										
Kondisi lain / Other conditions:										
Sila conteng (✓) yang sesuai / Please tick (✓) where appropriate: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rutin perawatan gigi / Routine dentistry</td> <td><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Kelainan tumbuh kembang Congenital/developmental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortodontik/Perawatan gigi kosmetik / Orthodontics/esthetics</td> <td><input type="checkbox"/> Berhubungan dengan kecelakaan lalu-lintas / Road traffic accident related</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pemeriksaan gigi / Check up</td> <td><input type="checkbox"/> Berhubungan dengan olah-raga / Sports related</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perawatan akibat kecelakaan / Work related accident</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Rutin perawatan gigi / Routine dentistry	<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Kelainan tumbuh kembang Congenital/developmental	<input type="checkbox"/> Ortodontik/Perawatan gigi kosmetik / Orthodontics/esthetics	<input type="checkbox"/> Berhubungan dengan kecelakaan lalu-lintas / Road traffic accident related	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan gigi / Check up	<input type="checkbox"/> Berhubungan dengan olah-raga / Sports related	<input type="checkbox"/> Perawatan akibat kecelakaan / Work related accident	
<input type="checkbox"/> Rutin perawatan gigi / Routine dentistry	<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Kelainan tumbuh kembang Congenital/developmental									
<input type="checkbox"/> Ortodontik/Perawatan gigi kosmetik / Orthodontics/esthetics	<input type="checkbox"/> Berhubungan dengan kecelakaan lalu-lintas / Road traffic accident related									
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan gigi / Check up	<input type="checkbox"/> Berhubungan dengan olah-raga / Sports related									
<input type="checkbox"/> Perawatan akibat kecelakaan / Work related accident										
Jelaskan investigasi dan/atau tindakan yang disarankan dengan nomor gigi yang diperlihatkan dalam peta gigi di atas. <i>Specify the recommended investigations, and/or procedures using the tooth number shown on the teeth map above</i>										
Kode layanan Service code	Uraian layanan / Service description	No. / huruf gigi Tooth no. / letter	Biaya layanan Service cost							

C. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FURTHER TREATMENT PLANNED

Mohon berikan rincian tentang rencana pengobatan apa pun selanjutnya / Please give details of any further planned treatment:

D. RINCIAN TERTANGGUNG YANG LAIN / OTHER INSURER'S DETAILS

Apakah pengobatan ini bersangkutan dengan kecelakaan / Is this treatment accident related? Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/> (Kalau Anda menjawab 'ya', mohon berikan rincian kecelakaan tersebut / If you have answered 'yes', please give details of the accident.)	Apakah ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain / Is this covered under another insurance policy? Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>
Jika Anda menjawab 'ya' pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi yang terlibat. (Mohon ajukan salinan surat penyelesaian klaim/voucher pembayaran perusahaan asuransi lain) If you have answered 'yes' to either of these questions, please give the name of the insurance company involved. (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment voucher):	

**PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS
PATIENT'S/POLICYHOLDER'S DECLARATION AND
POWER OF ATTORNEY**

**PERNYATAAN DOKTER
MEDICAL PRACTITIONER DECLARATION**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa / I hereby declare and agree that :

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
I have read, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete and in accordance with actual circumstances.
2. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap dokter, Ikinik, rumah sakit, puskesmas, laboratorium, institusi medis manapun, perusahaan asuransi, badan hukum, lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT. AXA Mandiri Financial Services ("perusahaan") atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung.
I give power that will not expire for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions anywhere, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who have a record/information or know the condition/health of the insured, to inform the PT. AXA Mandiri Financial Services ("company"), or those authorized by him, all the records/information about themselves and the condition/health of the insured.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Perawatan Gigi ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan dan Kuasa ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.
All information in this Dental Claim Form was written truthfully and I realized that the copy of this Declaration and Power of Attorney can be used as if original document.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
Copy of the Patient's Declaration is as valid and has power in accordance with the original document.

Tanda tangan Pemegang Polis /
Policyholder's Signature:

Tanggal / Date:

Saya menyatakan bahwa saya adalah dokter untuk pasien yang dimaksud, dan bahwa rincian yang diberikan adalah benar menurut apa yang paling saya ketahui.

I declare that I am the patient's medical practitioner and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.

Nama / Name:

Stempel Rumah Sakit/Klinik / Hospital/Clinic's Stamp:

Tanda tangan / Signature:

Tanggal / Date:

Nomor Telepon / Contact no:

WAJIB MELAMPIRKAN KELENGKAPAN DOKUMEN / MUST BE SUBMITTED WITH DOCUMENTS :

- Formulir Klaim yang diisi lengkap / Claim Form which is completely filled
- Rincian Biaya / Cost Detail
- Salinan Resume Medis, Tes Diagnostik (Hasil Laboratorium, X-Ray, dll) / Copy of the Discharge Summary, Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc)
- Kwitansi Pembayaran Asli / Original Payment Receipt
- Salinan Resep / Copy of prescription
- Tax Invoice atau Original Receipt (untuk perawatan di luar negeri) / Tax Invoice or Original Receipt (for overseas treatment)

**E. ADMINISTRASI SPESIFIK TERHADAP REIMBURSMEN KLAIM
ADMINISTRATIVE SPECIFIC TO REIMBURSEMENT CLAIMS**

Total klaim sebesar / Amount claimed:

Nama Pemilik Rekening : (DENGAN HURUF KAPITAL) / Beneficiary name: (IN CAPITAL LETTERS)

Pembayaran akan dilakukan ke rekening Bank Mandiri Anda / Payment will be made to your Bank Mandiri Account.

No Rekening Bank Mandiri / Bank Mandiri account no:
Yaitu / It is a :

Kode SWIFT Bank / Bank SWIFT code:

- Rekening bank dalam Dollar US / USD bank account
- Rekening bank dalam Rupiah / Indonesian Rupiah bank account

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam Plan Anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.

Dalam mata uang apakah pengobatan ini ditagih semulanya?
Payment will be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing.
In which currency was the treatment originally billed?

RINCIAN ANGGOTA DAN PASIEN / MEMBER'S AND PATIENT'S DETAILS

No. Telepon / Telephone no:

Alamat email / Email address:

No. Handphone / Mobile no:

Jika Anda ada pertanyaan tentang formulir ini atau aspek lain tentang plan ini, silahkan menghubungi Mandiri Kesehatan Global pada nomor +62 21 2927 9668 dengan memberikan nomor polis/anggota Anda. Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu 90 hari sejak tanggal layanan. Kirimkan formulir ini beserta material pendukung kepada Mandiri Kesehatan Global di AXA Tower Lt. 9 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia.

If you have any questions regarding this form or any other aspects of the cover, please contact our Mandiri Kesehatan Global at +62 21 2927 9668 quoting your policy/membership numbers. Claims must be submitted along with supporting documents within 90 days from date of service. Send this claim form together with supporting material to Mandiri Kesehatan Global at AXA Tower Lt. 9 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City Jakarta 12940, Indonesia.