

**FORMULIR KLAIM ASURANSI RAWAT JALAN REIMBURSEMENT
SIMAS SEHAT CORPORATE (SSC)**

Bersama ini kami mohon kesediaan TS, kiranya sudi mengisi formulir di bawah ini (nomor 5, 6 & 7), guna melengkapi syarat pengajuan klaim. Atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

Hormat kami,



dr. Konny Santoso
Provider Relationship Manager

Dengan ini saya selaku pasien, memberikan ijin kepada Dokter untuk memberikan keterangan mengenai penyakit saya, guna kepentingan pengajuan klaim saya.

.....,,,

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas Pasien

- 1 Nama Perusahaan : _____
- 2 Nomor Polis : _____
- 3 Nama Peserta / Karyawan : _____
- 4 No. Reg. Peserta / Karyawan : _____
- 5 Nama Pasien : _____
- 6 Diagnosa Penyakit : _____

Tanda Tangan dan Stempel Dokter :

(.....)

- 7. Besar Klaim yang diajukan (Dalam Rupiah) :
 - a. Dokter Umum : _____
 - b. Dokter Spesialis : _____
 - c. Obat-obatan : _____
 - d. Laboratorium : _____
 - e. Konsultasi & Obat : _____
 - f. Fisioterapi : _____
 - g. Cabut Gigi : _____
 - h. Tambal Gigi : _____
 - i. Perawatan Syaraf Gigi : _____
 - j. Gigi Palsu : _____

- 8. Besar Klaim Kacamata yang diajukan (Dalam Rupiah) :
 - a. Frame: _____ b. Lensa : _____

DOKUMEN PENUNJANG YANG HARUS DILAMPIRKAN

- Kwitansi Asli Biaya Pemeriksaan Dokter Umum atau Spesialis
- Surat Pengantar dari Dokter untuk Pemeriksaan Laboratorium dan Copy Hasil Tes Laboratorium
- Kwitansi Asli Pembelian Obat, Biaya Test Laboratorium
- Copy Resep Obat-obatan atau Resep Kacamata dari Dokter Spesialis Mata