



Asuransi MAG

A FAIRFAX Company

Dokter yang terhormat,

Bersama ini kami mohon bantuan dokter untuk meluangkan waktu mengisi formulir Rawat Jalan ini guna memproses klaim asuransi kesehatan bagi pasien/tertanggung Asuransi MAGNA. Atas kesediaan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

Nama Lengkap Pasien : Umur :

Status : Karyawan/Suami/Istri/Anak (Lk/Pr)

Nama Karyawan : NIK :

Perusahaan :

Anamnesa :

Diagnosa :
(Untuk Pengobatan Gigi - Sebutkan Gigi Mana Yang Sakit)

Terapi :

Anjuran :

* Dengan ini saya selaku pasien memberikan izin kepada dokter untuk mengisi formulir ini guna kepentingan Pengurusan Asuransi, Terima kasih.

Cap, Tanda Tangan, Alamat Lengkap,
dan No. Telp. Dokter

.....
(Pasien / Tertanggung)

*Harap dilampirkan kwitansi asli & copy resep