

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN DAN RAWAT GIGI**  
**(OUTPATIENT & DENTAL BENEFIT CLAIM FORM)**

**DATA PESERTA** diisi oleh Peserta (filled by the participant or by his/her parents for minor patient)

Nama Perusahaan : <i>Name of Company</i>	Nomor Kartu Peserta : <i>MAG Card Number</i>
Nama Pasien : <i>Patient Name</i>	Nomor Registrasi : <i>Registration Number</i>
Nama Karyawan : <i>Employee Name</i>	Alamat : <i>Address</i>
NIK Karyawan : <i>Employee ID</i>	Nomor Telepon : <i>Phone Number</i>

**PERNYATAAN PEMBERI KUASA (Power of Attorney)**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai rekam medis atau catatan medis atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.

*I declare that I have read, understood and answered all the question above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institutions, personal or other organization that has any record or information on the health of the participant's authorized party, any explanation to PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk about my health condition. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Tempat & Tanggal / Place and Date \_\_\_\_\_

Meterai

Tanda tangan Pasien / Wali

*Patient's / Parent's Signature*

**RINCIAN BIAYA (Billing Statement)** - Tidak berlaku sebagai bukti pembayaran

Biaya Konsultasi / Consultation fee	_____
Biaya Tindakan / Treatment fee	_____
Biaya Obat-obatan / Medicines fee	_____
Biaya Lab / Penunjang Lain / Supporting Diagnostic fee	_____
Biaya Kacamata / Glasses fee	Frame : _____ Lensa : _____
Biaya Lainnya / Others	_____
Total Biaya	_____

**DOKUMEN RAWAT JALAN (OUTPATIENT CLAIM)**

Keterangan	Ceklist Dokumen
Copy Kartu Peserta / Copy of Member Card	<input type="checkbox"/>
Formulir Rawat Jalan / Completed Claim Form	<input type="checkbox"/>
Kwitansi Asli Pemeriksaan Dokter / Original Receipt of Physician's Consultations Fees	<input type="checkbox"/>
Kwitansi Asli Pembelian Obat / Original Receipt of Prescribed Medicine Fees	<input type="checkbox"/>
Kwitansi Asli Lab / Rontgen / Original Receipt of the Diagnostic Examination	<input type="checkbox"/>
Kwitansi Asli Optik / Original Receipt of Optic	<input type="checkbox"/>
Copy Resep Obat / Copy of Medical Prescription	<input type="checkbox"/>
Hasil Pemeriksaan Penunjang (x : rontgen / Lab) / Other Supporting Documents (x : Copy of Diagnostic Result Copy)	<input type="checkbox"/>

**DATA MEDIS** *diisi oleh Dokter (to be filled by Doctor)*

Keluhan Utama (Primary Symptoms) : \_\_\_\_\_

Keluhan Tambahan (Other Symptoms) : \_\_\_\_\_

Hasil Pemeriksaan Fisik (Physical Examination) : \_\_\_\_\_

PEMERIKSAAN GIGI / Dental Examination															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		VI	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	VI		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		VI	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	VI		

PEMERIKSAAN MATA / Eyes Examination			
	Sph	Cyl	Axis
OD			
OS			
ADD :	PD :		

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Lab / Supporting Diagnose) : \_\_\_\_\_

Diagnosa (Diagnose) : \_\_\_\_\_

Apakah Penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan :  
(is the above sickness / conditions cause by or related to)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Congenital Anomaly           | <input type="checkbox"/> Kehamilan (Usia Kehamilan) / Pregnancy _____   |
| <input type="checkbox"/> Mental Disorder / Mental Disorder              | <input type="checkbox"/> Penyakit Menular Seksual / Sexually Transmitted Disease                                      |
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident                          | <input type="checkbox"/> Penyakit Genetik / Herediter   |
| <input type="checkbox"/> Tumbuh Kembang Anak / Development Disorder     | <input type="checkbox"/> Contact Tracing Covid-19   |
| <input type="checkbox"/> Kesuburan / Fertility                          | <input type="checkbox"/> Screening: <input type="checkbox"/> Covid-19 <input type="checkbox"/> Lainnya / Others _____ |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal / Hormonal Imbalance         | <input type="checkbox"/> Kecurigaan Covid-19 / Covid-19 Suspect   |
| <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic | <input type="checkbox"/> Kelainan Refraksi / Refraction Abnormality   |

Terapi (Therapy)

- Resep Obat (Prescription) : \_\_\_\_\_  Iter: \_\_\_\_\_
- Fisioterapi (Physiotherapy) : \_\_\_\_\_ Waktu : \_\_\_\_\_
- Lainnya (Others) : \_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.  
I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Tempat & Tanggal / Place and Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama jelas dan tanda tangan Dokter  
Name and signature of Doctor