

Formulir Klaim Tricare (Reimbursement)

Wajib diisi lengkap oleh Karyawan

No. ID Karyawan :
Nama Karyawan :
Nama Pasien :
Status Pasien : Karyawan / Pasangan / Anak1 / Anak2 / Anak3 (lingkari salah satu)
No. HP Yang Bisa Dihubungi :
Nomor Rekening Payroll :
Total Pengajuan Klaim :
Keluhan Penyakit (diisi oleh karyawan/dokter) :
.....
.....

Berilah TANDA CENTANG (✓) sesuai dengan jenis klaim / berkas yang diajukan :

• **Pelayanan Kesehatan**

<input type="checkbox"/> Jasa Dokter	<input type="checkbox"/> Kacamata	<input type="checkbox"/> Obat-obatan
<input type="checkbox"/> Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Laboratorium	<input type="checkbox"/> Transfusi Darah
<input type="checkbox"/> Persalinan Normal	<input type="checkbox"/> Rongent	<input type="checkbox"/> Cabut Gigi
<input type="checkbox"/> Persalinan Caesar	<input type="checkbox"/> Rawat Darurat Karena Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Pembedahan/Operasi
<input type="checkbox"/> CT Scan/MRI	<input type="checkbox"/> USG Kehamilan	<input type="checkbox"/> Bayi Prematur
<input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan).....		

• **Kelengkapan berkas :**

<input type="checkbox"/> Jumlah Kuitansi Asli berkas	<input type="checkbox"/> Rincian Biaya Melahirkan
<input type="checkbox"/> Perincian Obat-obatan/copy resep obat	<input type="checkbox"/> Surat pengantar untuk penggunaan kacamata
<input type="checkbox"/> Fc. Surat Rujukan dari dokter utk cek lab/rongent	<input type="checkbox"/> Resume Medis
<input type="checkbox"/> Perincian biaya Laboratorium dengan hasilnya	<input type="checkbox"/> Surat keterangan dokter utk melakukan pembedahan beserta kategori bedahnya
<input type="checkbox"/> Lainnya.....	

Dengan ini menyatakan klaim dan keterangan tersebut di atas lengkap dan benar.

.....
(asal kota).....
(tanggal pengajuan).....
(asal kota).....
(tanggal verifikasi ka ops).....
Nama & Tanda tangan karyawan.....
Nama & Tanda tangan kepala operasional

Berkas diterima HRD	Date :
Verifikasi & Validasi HRD	Date :

Petunjuk :

- Setiap melakukan klaim, **WAJIB** melampirkan copy kartu Tricare.
- Formulir klaim bisa digunakan untuk semua pelayanan (rawat jalan, rawat inap, melahirkan, kacamata,dll) dan dapat digunakan untuk semua tanggungan (karyawan, pasangan, anak 1-3).
- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh karyawan, dan jika tidak diisi secara lengkap maka akan dikembalikan untuk dilengkapi kembali.
- Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan resume medis lengkap dokter dan dokumen sebagai berikut :
 1. Copy surat rujukan pemeriksaan penunjang dari dokter dan / atau copy hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, patologi anatomi, dll).
 2. Copy resep dokter atau perincian obat-obatan dan detil pemakaian obat.
- Proses pencairan klaim maksimal kami lakukan sebanyak 2x dalam sebulan
- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam benefit Tricare.