

BUKU
PANDUAN
POLIS



Advancing Life

KATA PENGANTAR

Dear valued customer,

Selamat bergabung dengan PT Avrism Assurance

Terima kasih atas kepercayaan yang diberikan kepada kami PT Avrism Assurance untuk mengelola program Asuransi Kesehatan bagi karyawan dan keluarga yang diikutsertakan (jika ada).

Buku Panduan ini dimaksudkan sebagai panduan bagi karyawan dan keluarga untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan hak dan kewajiban, tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan Klaim, dan lain-lain.

PT Avrism Assurance menyediakan program Asuransi Jiwa dan Kesehatan Kumpulan yang terdiri dari:

1. Rawat Inap, Pembedahan dan Santunan Duka;
2. Rawat Jalan;
3. Rawat Gigi
4. Bersalin
5. Kacamata

Besar harapan Kami bahwa program ini dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan bagi para Peserta. Tentunya Kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi suksesnya program ini dan juga perbaikan di tahun-tahun berikutnya.

Jika terdapat hal yang kurang jelas, silahkan hubungi alamat yang tertera pada halaman belakang buku ini. Terima kasih atas perhatiannya.

Salam,

PT Avrism Assurance

I. DEFINISI MASING-MASING JAMINAN

A. Program Rawat Inap

Manfaat-manfaat yang termasuk dalam Manfaat Rawat Inap mengikut

- Persentase Penggantian sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis (apabila ada); dan
- Maksimum manfaat untuk setiap Manfaat Rawat Inap; dan Batas Manfaat Rawat Inap sebagaimana
- ditetapkan dalam Polis.

Manfaat Kamar dan Makan Harian

Mengganti biaya-biaya harian untuk akomodasi kamar, dan makan apabila atas rekomendasi dokter dan dibutuhkan secara medis, untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar dalam Rumah Sakit.

Unit Perawatan Intensif (ICU/ICCU/SEMI ICU)

Mengganti biaya-biaya harian untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap di ruang perawatan isolasi, unit perawatan jantung intensi, ruang perawatan intermediate dan ruang unit perawatan intensif meliputi ICU/ ICCU/ SEMI ICU/ NICU/ PICU)

Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit

Mengganti biaya-biaya yang terjadi selama perawatan Rumah Sakit untuk peralatan dan perawatan Rumah Sakit yang diperlukan secara medis, yang mencakup obat-obatan yang dikonsumsi selama di Rumah Sakit, pemeriksaan laboratorium dan sinar-x, elektrokardiogram, fisioterapi, pemakaian kamar operasi, anastesi, peralatan medis lainnya, pelayanan ambulan local untuk tujuan medis, biaya administrasi Rumah Sakit, fisioterapi, biaya perawatan di unit gawat darurat dan biaya jasa keperawatan.

Biaya Pembedahan

Mengganti biaya-biaya untuk pembayaran, Jasa Dokter Bedah dan Asistennya, termasuk perawatan sebelum dan sesudah pembedahan akan di jamin sesuai tagihan sampai dengan jumlah batasan maksimum dalam Daftar Pembedahan

Manfaat Dokter Bedah yang dijamin dalam Polis ini diklasifikasikan dalam empat kategori, yang meliputi :

- Complex
- Major
- Intermediate
- Minor

Kunjungan Dokter di Rumah Sakit

Mengganti biaya-biaya yang dikenakan oleh seorang Dokter untuk mengunjungi seorang pasien yang dirawat di Rumah Sakit, per kunjungan. Batas jaminan yang tercantum adalah batasan harian dan berlaku untuk maksimum 365 hari perawatan

Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan

Mengganti biaya yang terjadi sebagai akibat dari cedera karena kecelakaan, hanya jika perawatan dilakukan dalam 48 jam setelah kecelakaan yang menyebabkan cedera dan dilakukan dalam Rumah Sakit atau Dokter praktik yang terdaftar secara resmi

Manfaat Konsultasi Ahli Sebelum dan Sesudah Rawat Inap/Pembedahan

Mengganti biaya atas konsultasi ahli sebelum dan sesudah rawat inap/pembedahan sebesar jumlah yang dibebankan oleh konsultasi ahli yang ditunjuk oleh praktisi medis terdaftar dan terjadi dalam 31 hari sebelum dan 90 hari sesudah rawat inap/pembedahan.

Manfaat Diagnosa X-Ray dan Laboratorium Sebelum dan Sesudah Rawat Inap/Pembedahan

Mengganti biaya Diagnosa X-Ray dan Laboratorium sebelum dan sesudah rawat inap/pembedahan yang dirujuk oleh praktisi medis terdaftar dan terjadi dalam 31 hari sebelum dan 90 hari sesudah rawat inap / pembedahan.

Ambulans

Mengganti biaya yang timbul untuk pemakaian ambulans dan dapat di gunakan dari tempat kejadian ke Rumah Sakit atau perpindahan dari Rumah Sakit ke Rumah sakit lainnya yang memiliki peralatan medis yang lebih lengkap. Manfaat ini dijamin dalam manfaat Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit.

Manfaat Perawat Pribadi

Mengganti biaya yang timbul untuk seorang perawat pribadi di Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi tertulis dari Praktisi Medis Terdaftar.

Santunan Duka

Memberikan santunan jika karyawan ataupun anggota keluarga meninggal dunia oleh sebab yang dijamin di dalam Polis.

B. Program Rawat Jalan

Manfaat-manfaat yang termasuk dalam Manfaat Rawat Jalan mengikuti:

- Persentase Penggantian sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis (apabila ada); dan
- Maksimum manfaat untuk setiap Manfaat Rawat Jalan; dan
- Batas Manfaat Rawat Jalan sebagaimana ditetapkan dalam Daftar Polis.

Konsultasi ke Dokter Umum

Mengganti biaya-biaya konsultasi untuk satu kunjungan ke Dokter maksimum per hari.

Konsultasi ke Dokter Spesialis

Mengganti biaya-biaya Dokter Spesialis untuk perawatan atas ketidakmampuan secara fisik maksimum per hari.

Obat-obatan

Mengganti biaya-biaya pembelian obat yang telah diresepkan oleh Dokter dan sesuai dengan diagnosa.

Tes-Tes Diagnostik dan Laboratorium

Mengganti biaya-biaya untuk tes laboratorium atau sinar-x yang diperlukan untuk diagnosa suatu ketidakmampuan secara fisik yang dijamin dan tindakan ini dilakukan atas rekomendasi tertulis dari Dokter.

Biaya Administrasi

Mengganti biaya administrasi yang terjadi di Rumah Sakit saat melakukan pengobatan di Rumah Sakit.

Fisioterapi

Mengganti biaya-biaya fisioterapi yang direkomendasikan oleh seorang Dokter secara tertulis, maksimal satu konsultasi per hari.

C. Program Rawat Gigi Lengkap

Mengganti perawatan gigi dan jaringan penunjang gigi yang dilakukan Dokter Gigi di Tempat Layanan Kesehatan.

- Persentase Penggantian sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis (apabila ada); dan
- Maksimum Manfaat sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis untuk setiap Manfaat Rawat Gigi sebagaimana ditetapkan dalam Kontrak Tambahan ini; dan
- Batas Manfaat Rawat Gigi Tahunan sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis.

Konsultasi Perawatan Dasar

Mengganti biaya-biaya untuk perawatan dasar, yang mencakup sinar-x yang diperlukan sebelum perawatan gigi, perawatan pembengkakan, penambalan gigi dengan sinar atau penambalan amalgam, pencabutan, perawatan gusi, perawatan perbaikan serta perawatan saluran akar. Batas jaminan ini adalah per tahun polis. Biaya Konsultasi perawatan Dokter dan pemeriksaan oral diganti sesuai dengan batas limit yang berlaku di polis, termasuk biaya administrasi rawat jalan gigi yang berhubungan dengan konsultasi gigi.

D. Program Rawat Bersalin

Manfaat-manfaat yang termasuk dalam Manfaat Rawat Bersalin mengikuti:

- Persentase Penggantian sebagaimana tercantum dalam Daftar Polis
- (apabila ada); dan
- Maksimum manfaat untuk setiap Manfaat Rawat Bersalin; dan
Batas Manfaat Rawat Bersalin sebagaimana ditetapkan dalam Polis.

Menyediakan Jaminan Perlindungan Keuangan untuk Menggantikan Biaya persalinan di Rumah sakit. Penggantian tersebut Meliputi biaya Persalinan secara normal, Operasi Caesar, Keguguran dan Pra dan Pasca Persalinan di Rumah Sakit yang memiliki izin praktik resmi.

Manfaat Persalinan Normal

Mengganti Biaya Persalinan secara Normal baik tanpa atau dengan alat bantu khusus (forceps dan/atau vacuum extraction) di Rumah Sakit Umum, Rumah sakit Ibu dan Anak, Puskesmas dan Bidan yang memiliki Izin praktik Resmi.

Manfaat Persalinan Caesar

Mengganti Biaya Persalinan secara Operasi (selama dibutuhkan secara medis, bukan atas permintaan peserta) di Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Ibu dan Anak, Puskesmas yang memiliki Izin praktik Resmi.

Manfaat Keguguran

Mengganti Biaya Keguguran atau pengguguran kandungan apabila di temukan indikasi medis dari Dokter Spesialis Kandungan, batas jaminan ini pertahun polis.

II. HAL-HAL PENTING UNTUK DIKETAHUI

1. Program Rawat Inap

- Menjamin biaya perawatan inap di Rumah Sakit maksimal selama 365 hari kamar biasa termasuk 30 hari (kamar ICU/ ICCU/ SEMI ICU/ NICU /PICU/ Isolasi/ Intermediate) dengan batas-batas sesuai yang tercantum dalam schedule
- Untuk rawat inap di Rumah Sakit rekanan PT Avrist Assurance cukup menunjukkan Kartu Peserta, tidak perlu bayar terlebih dahulu (Sistem Provider)
- Suatu perawatan dikategorikan sebagai rawat inap apabila Peserta mendapatkan perawatan di rumah sakit minimal selama 6 jam berturut-turut atau terdapat insisi
- Pemulihan manfaat untuk penyakit yang sama 14 hari dan penyakit yang berbeda 0 hari
- Menjamin biaya perawatan 31 hari sebelum dan 90 hari sesudah rawat inap selama perawatan tersebut berhubungan dengan diagnosa rawat inapnya. Penggantiannya dilakukan secara reimbursement
- Menjamin biaya operasi pemasangan, pencabutan dan pembelian pen
- Menjamin biaya operasi pemasangan dan pembelian Stent/ Ring, Pen, Plate, Screw, IOL dan K-Wire pada benefit Biaya Aneka Perawatan
- Menjamin Sirkumsisi dengan indikasi medis selama bukan merupakan kondisi bawaan
- Menjamin Hemodialisa dan Kemoterapi dalam manfaat rawat inap, mengacu pada standard minimal 6 jam
- Menjamin Myoma, Kista, dan Endometriosis selama tidak berhubungan dengan kesuburan dan kelainan bawaan
- Menjamin HIV/ AIDS selama tidak masuk ruang isolasi bukan disebabkan oleh hubungan seksual maupun narkoba
- Menjamin Heridiatier (penyakit keturunan), seperti Diabetes Melitus, Thalasemia, dan Asma
- Menjamin Hernia tanpa batasan usia selambukan merupakan kondisi bawaan
- Santunan duka akan dibayarkan oleh PT Avrist Assurance apabila Peserta meninggal dunia oleh sebab apapun selama tidak masuk ke dalam pengecualian polis
- Rawat inap berlaku hanya di Rumah Sakit. Apabila perawatan dilakukan di luar Rumah Sakit (klinik, Puskesmas, Balai Pengobatan, dan Rumah Sakit Bersalin), maka biaya rawat inap tersebut tidak akan diganti

- Yang menjadi dasar untuk penggantian asuransi untuk suatu perawatan inap adalah diagnosa akhir yang ditentukan oleh Dokter yang merawat

Disarankan untuk menghindari kenaikan kelas kamar untuk memperkecil kemungkinan munculnya excess claim yang berlebihan

- Jika kelas kamar sesuai haknya PENUH atau tidak tersedia maka di berikan toleransi sebesar 20% atau Rp. 50.000 mana yang lebih kecil selama 2 hari pertama Perawatan.

- Jika naik kelas atas permintaan sendiri, maka tidak berlaku toleransi dan provider tetap berlaku

- Menjamin Vitamin, Multivitamin selama diresepkan oleh dokter, dalam dosis yang wajar, berhubungan dengan diagnose, sebagai penunjang obat Utama, dan bukan produk MLM

- Biaya Obat–obatan dan alat–alat selama pembedahan dijamin dalam biaya aneka perawatan

- Peserta dalam perawatan setelah polis berakhir/ expired dijamin sampai keluar Rumah Sakit atau limitnya habis atau maksimal 30 hari setelah tanggal polis berakhir (mana yang lebih dahulu)

- Ketentuan Post Rawat Inap :

1. Apabila perawatan di domisili Peserta tinggal maka post rawat inap harus di rumah sakit peserta mendapatkan perawatan inap dan diperiksa oleh Dokter yang merawat Peserta selama di Rumah Sakit. Apabila saat kontrol Dokter yang merawat peserta tidak sedang praktik maka dapat dilakukan oleh Dokter yang berbeda namun title spesialisnya harus sama seperti peserta di rawat inap (Harap di berikan keterangan pada form rawat inap bahwa Dokter yang merawat tidak sedang praktik)
2. Apabila perawatan rumah sakit bukan di domisili peserta tinggal maka dipersilahkan kontrol ke Rumah Sakit yang berbeda dan Dokter yang berbeda namun harus kontrol dengan Dokter yang title spesialisnya sama selama peserta di rawat inap (harap diberikan keterangan pada form rawat inap bahwa perawatan inap bukan di tempat domisili peserta di rawat)

- Excess claim (selisih biaya rumah sakit dengan limit maksimal Peserta atau biaya yang tidak dijamin polis) yang muncul setelah perawatan di Rumah Sakit bayar di tempat (tidak menutup kemungkinan adanya eksese susulan)

2. Program Rawat Jalan

Menjamin biaya berobat jalan, termasuk juga biaya pembelian obat (diresepkan Dokter), laboratorium dan Fisioterapi ataupun Rontgent atas rujukan Dokter

- Untuk pemeriksaan ke Dokter Spesialis dapat dilakukan langsung tanpa perlu rujukan dari Dokter Spesialis
- Biaya Obat dan Laboratorium yang diganti adalah yang diresepkan atau dirujuk tertulis oleh Dokter dan disertakan copy resep, surat rujukan maupun hasil laboratoriumnya. Obat dan laboratorium tanpa resep atau rujukan Dokter tidak diganti
- Menjamin biaya administrasi dan biaya registrasi pada biaya Dokter
- Pembelian obat yang diresepkan oleh Dokter harus ditebus di apotek
- Biaya Dokter, obat dan laboratorium sebaiknya dirinci supaya bisa mendapatkan penggantian yang maksimal dari Asuransi

- Nama lengkap pasien, nomor ID Peserta dan diagnosa Dokter dalam bahasa medis harap ditulis dengan jelas untuk memperlancar proses ajudikasi klaim
- Pembelian obat iter maksimal 2 kali dengan ketentuan:
 - a. Peserta datang dan beli obat di sertakan copy resep dengan catatan Dokter obat iter 2kali
 - b. Pembelian selanjutnya harap peserta sudah mengcopy copy resep saat awal
- Pembelian obat maksimal 2 hari sejak tanggal konsultasi Dokter
- Pemeriksaan laboratorium maksimal 7 hari sejak tanggal konsultasi Dokter
- Masa berlaku dokumen klaim adalah 60 hari sejak tanggal kuitansi

3. Program Rawat Gigi

Menjamin biaya rawat gigi dengan sistem reimbursment dengan ketentuan klaim sebagai berikut:

- Kuitansi asli atas semua biaya perawatan yang terjadi
- Formulir klaim yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta yang diasuransikan dan Praktisi Medis Terdaftar atau Dokter Gigi yang merawat
- Salinan perincian pemeriksaan laboratorium, tes diagnostik, rontgents, x-ray, dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan sesuai rekomendasi Praktisi Medis Terdaftar atau Dokter Gigi
- Salinan perincian obat-obatan dan peralatan medis sesuai rekomendasi Praktisi Medis terdaftar atau Dokter Gigi
- Surat rujukan dari Dokter Gigi atau Praktisi Medis Terdaftar atau Dokter Spesialis untuk melakukan pemeriksaan laboratorium dan diagnostik

4. Program Bersalin

- Menjamin persalinan untuk Peserta karyawan (menikah) dan istri karyawan
- Menjamin peserta dengan batas anak maksimal 3 orang dan maksimal usia 45 tahun
- Proses Persalinan bisa dilakukan di Bidan selama memiliki izin praktik resmi

III. PENGECUALIAN

Asuransi tidak akan membayar klaim sebagai akibat dari:

1. Cedera atau penyakit akibat peperangan, tugas operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum
2. Cedera yang diakibatkan gangguan kejiwaan atau mencederai diri sendiri; atau keadaan berhubungan dengan gangguan kejiwaan; perawatan istirahat, perawatan optimum alamiah (contoh: anorexia, indigestion/ dyspepsia, constipation, acne), perawatan akibat Pemakaian/kecanduan alkohol, narkotik, obat bius, zat terlarang, racun gas, radiasi nuklir
3. Pemeriksaan fisik berkala dan pemeriksaan Kesehatan termasuk MCU, serta perawatan penurunan atau penambahan berat badan
4. Perawatan dan pengobatan untuk gangguan tumbuh kembang
5. Kelainan bawaan termasuk komplikasinya, seperti namun tidak terbatas pada Bibir Sumbing, Albino, Cacat Bawaan akibat kromosom tubuh, penyakit jantung bawaan serta lainnya.
6. Perawatan yang berhubungan dengan perencanaan kehamilan atau kelahiran, sterilisasi, atau perawatan yang berhubungan ketidaksuburan
7. Perawatan yang tidak sesuai indikasi medis, tidak dibutuhkan secara medis, termasuk namun tidak terbatas pada : Biaya sunat (Sirkumsisi) bukan indikasi medis
8. Perawatan untuk mengembalikan estetika, atau bertujuan Kosmetik, termasuk bedah plastic, penghalusan kulit, menghilangkan bekas luka, sikatrik, bekas luka bakar, keloid,
9. Alat Bantu Dengar
10. Penyakit menular yang berdasarkan hukum harus diasingkan atau dikarantina, serta perawatan dan/ atau pengobatan eksperimental
11. Sakit atau cedera yang telah ada sebelum dipertanggungjawabkan telah mendapat pengobatan medis, diagnosa, konsultasi dan/atau obat resep dalam sembilan puluh (90) hari sebelum berlaku kepesertaan.
12. Refraksi mata, pemakaian kacamata, lensa kontak
13. Segala biaya akibat donor organ tubuh atau donor darah
14. Pengobatan atau perawatan rawat jalan, rawat gigi, kehamilan, termasuk komplikasinya melahirkan, keguguran, atau kehamilan. Kecuali memiliki manfaat tersebut dalam polis.
15. Untuk santunan kematian tidak menjamin bunuh diri pada tahun pertama.

IV. PROSEDUR KLAIM

Ada 2 sistem prosedur klaim, yaitu :

1. System cashless / provider

Peserta harus menggunakan RS Rekanan Avrist dengan membawa kartu asuransi Avrist dan identitas diri serta perawatan sesuai dalam cakupan & polis perusahaan (term and condition). Apabila ada excess claim (selisih biaya yang tidak dijamin oleh polis perusahaan) maka akan dibayar terlebih dahulu oleh Avrist kemudian ditagihkan ke via perusahaan (excess dijaminan terlebih dahulu) atau dibayar / diselesaikan sebelum meninggalkan Rumah Sakit (excess tagih di tempat)

2. System reimbursement

Peserta yang menjalani perawatan harus membayar terlebih dulu biaya yang telah dikeluarkan akibat perawatan tersebut, kemudian mengirimkan kelengkapan dokumen klaim perawatan kepada Avrist Assurance untuk mendapatkan penggantian atas biaya yang telah dikeluarkan. Klaim perawatan akan dibayar dalam jangka waktu maksimal 14 hari kerja dari saat dokumen klaim diterima lengkap oleh Asuransi

Dokumen yang harus dilengkapi untuk pengajuan klaim sistem reimbursement:

• Rawat Inap

1. Formulir klaim rawat inap yang telah diisi, dilengkapi dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter/praktisi medis terdaftar yang merawat dengan cap resmi Rumah Sakit
2. Resume Medis
3. Kuitansi asli atas semua biaya perawatan dari Rumah Sakit beserta perincian dari biaya-biaya yang dikeluarkan atas perawatan tersebut (perincian penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi dan penggunaan serta penyewaan alat medis yang dilakukan di Rumah Sakit)
4. Salinan perincian pemeriksaan lab, test diagnostic, rontgent, x-ray, dan lainnya
5. Kronologis kejadian (untuk klaim kecelakaan)
6. Surat rujukan dari praktisi medis Terdaftar untuk rawat inap, lab, test diagnosatik, dan/atau fisioterapi

• Rawat Jalan

1. Formulir klaim rawat jalan yang telah diisi, dilengkapi dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Dokter/praktisi medis terdaftar yang merawat dengan cap resmi Instansi Pelayanan Kesehatan
2. Kuitansi asli dari Dokter dan stempelnya. Mohon diperhatikan diagnosa harus dalam bahasa medis dan boleh ditulis di lembar kuitansi Dokter
3. Kuitansi asli apotek untuk pembelian obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter. (bukan berupa struk/ nota/ faktur/printout)
4. Kuitansi asli untuk biaya pemeriksaan lab, test diagnostic lainnya, disertai dengan perinciannya
5. Copy resep dari apotek
6. Surat rujukan dari Dokter apabila Peserta diminta untuk melakukan pemeriksaan laboratorium ataupun pemeriksaan diagnostik
7. Hasil baca laboratorium (fotokopi hasil baca laboratorium) serta hasil pemeriksaan lainnya

• Rawat Gigi

1. Peserta bebas memilih Dokter Gigi untuk perawatan gigi
2. Untuk pengajuan klaim gigi reimbursement, prosedurnya seperti pengajuan klaim Rawat Jalan yaitu harus mengisi Formulir Klaim Rawat Jalan secara lengkap (disertai diagnosa) dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat
3. Satu formulir klaim hanya berlaku untuk satu kali kunjungan dan satu pasien saja

4. Melampirkan semua kuitansi asli (sesuai biaya yang dikeluarkan), perincian biaya perawatan asli, copy resep yang harus dicantumkan tanggal perawatan, nama karyawan, diagnosa, regio gigi dan cap serta tanda tangan Dokter yang merawat

- Bersalin

1. Peserta bebas memilih Dokter Kandungan (Spog)
2. Untuk pengajuan klaim Maternity reimbursement, untuk pengajuan klaim melahirkan maka prosedurnya seperti pengajuan klaim Rawat Inap.
3. Satu formulir klaim hanya berlaku untuk satu kali kunjungan dan satu pasien saja
4. Melampirkan semua kuitansi asli (sesuai biaya yang dikeluarkan), perincian biaya perawatan asli, copy resep yang harus dicantumkan

Klaim Santunan Duka

Pengajuan secara reimbursement dalam waktu maksimal 90 hari setelah kejadian (termasuk pengajuan kelengkapan berkas), dengan dokumen kelengkapan sebagai berikut:

- Formulir pernyataan I

Harus diisi lengkap dan benar oleh HRD/ahli waris yang ditunjuk berdasarkan data dari karyawan tersebut yang tersimpan oleh HRD/ahli waris yang ditunjuk, dilengkapi dan diberi stempel oleh perusahaan.

- Formulir Pernyataan 2

Harus diisi lengkap dan benar oleh dokter yang menangani atau memeriksa ketika tertanggung meninggal dunia berserta stempel dari Rumah Sakit.

- Kronologis Kematian

Diisi lengkap dan benar oleh HRD/Keluarga/Ahli Waris yang ditunjuk.

- Apabila meninggalnya karena kecelakaan maka di perlukan surat keterangan asli meninggal dunia dari kantor kepolisian setempat dan diberikan cap.

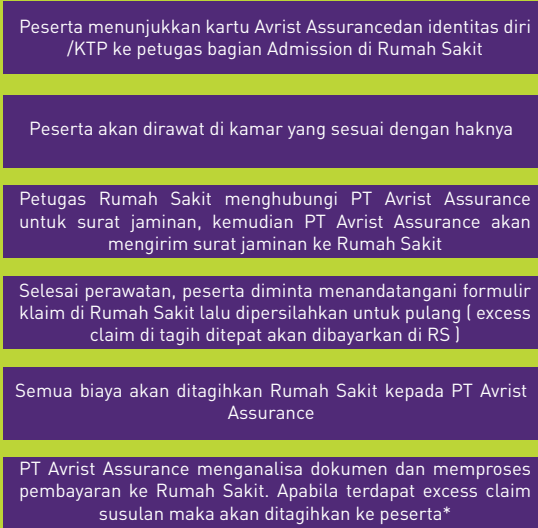
- Apabila meninggalnya di rumah maka diperlukan surat keterangan meninggal dunia dari kelurahan dan diberikan cap (asli/fotokopi legalisir perusahaan).

- Apabila meninggalnya di Rumah Sakit maka diperlukan surat keterangan meninggal dari Rumah Sakit dan diberikan cap (asli/fotokopi legalisir perusahaan).

- Hal-hal yang perlu dilampirkan antara lain:

- a. Fotokopi KTP Tertanggung
- b. Foto copy KTP Ahli waris yang ditunjuk
- c. Foto copy kartu keluarga
- d. Surat bukti hubungan keluarga misalnya apabila:
 - Istri (Surat Nikah)
 - Anak (Akta Lahir/Surat Lahir)
 - Saudara (Kartu Keluarga atau surat lahir Tertanggung)

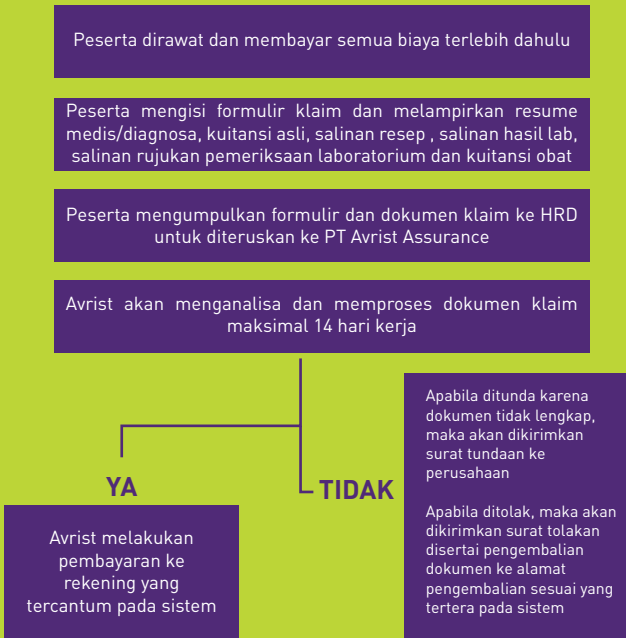
Proses Klaim Rawat Inap (Avrist) (Cashless facility)



Catatan

- Ekses dijamin terlebih dahulu oleh Asuransi

Proses Klaim Reimbursement





V. CATATAN

1. Masa pemulihan penyakit untuk diagnosa yang sama 14 hari dan berbeda adalah 0 hari
2. Masa kadaluarsa klaim 90 hari dari tanggal kuitansi
3. Batas pengajuan klaim expired 90 hari dari tanggal kuitansi
4. Lamanya proses klaim 14 hari kerja
5. Untuk rawat jalan dan gigi, jika Formulir Klaim PT Avrist Assurance tidak dibawa, Peserta dapat meminta Dokter untuk menulis diagnosa dan atau resume medis, tindakan dan terapi pada kuitansi Dokter atau Dokter wajib menuliskan Nama Jelas, Tandatangan, Nomor Izin Praktik Dokter yang memberikan pelayanan kesehatan (biasanya berbentuk stempel)
6. Harus kuitansi asli bermaterai secukupnya sesuai dengan ketentuan pemerintah (tidak berbentuk nota, faktur, struk, invoice, dll) kecuali ada catatan resmi dari institusi kesehatan tersebut bahwa dokumen tersebut juga dapat berlaku sebagai kuitansi asli
7. Tagihan klaim dari luar Indonesia wajib berbentuk original yaitu "Tax Invoice" (tidak berlaku Certified True Copy atau amended) dan "Official Receipt"
8. Semua dokumen klaim yang telah lengkap wajib diterima PT Avrist Assurance selambat-lambatnya 90 hari terhitung dari tanggal kuitansi
9. Apabila Peserta mendapat perlindungan asuransi lain maka harus dilengkapi dengan pernyataan asli dari Asuransi tersebut terhadap jumlah yang telah dibayar disertakan dengan salinan dokumen lengkap yang telah dilegalisir oleh Asuransi tersebut
10. Klaim pra dan paska rawat inap diproses setelah dokumen rawat inap diterima dan diproses PT Avrist Assurance

HUBUNGI KAMI

Apabila Peserta menghadapi kendala atau memiliki pertanyaan berkaitan dengan klaim dan servis, peserta dapat menghubungi nomor telepon di bawah ini:

PT Avrist Assurance

Gedung World Trade Center II lantai 7 Kav.29-31
Jl. Sudirman Jakarta 12920

Customer Service (Senin – Jumat, 08.00 -17.00)

Peserta dapat menghubungi CS kami untuk setiap pertanyaan seputar manfaat, klaim, data, dan pelayanan:

021 – 5789 8188 ext 5231

email: gs.customerservice@avrist.com

Emergency Helpline (24 Hours)

Apabila terjadi kendala pada saat rawat inap di rumah sakit rekanan Peserta dapat menghubungi:

021 – 5789 8188 ext 5233

Admedika Help Line (24 hours)

Apabila terjadi kendala pada saat rawat jalan / rawat inap Rumah Sakit Rekanan Avrist Admedika dapat menghubungi :
021 - 29275122



Download aplikasi **Avrist Medical Gate**
untuk mengetahui informasi peserta,
informasi klaim dll di :





**SCAN DISINI
UNTUK FOLLOW
SOSIAL MEDIA KAMI**