



M - SECURE

EXCELLENCE AT EVERY CONTACT

Cedera atau penyakit terjadi bukan karena pilihan, tetapi menentukan asuransi kesehatan yang berkualitas merupakan pilihan penting bagi kita semua. Anda PASTI menginginkan perawatan medis yang TERBAIK tanpa harus memikirkan konsekuensi finansial yang harus dihadapi

TENTANG KAMI

International Services Pacific Cross merupakan perusahaan asuransi yang memiliki sekap terjang dan keahlian khusus di bidang asuransi kesehatan internasional, bekerja sama dengan Malacca Trust Wuwungan Insurance yang merupakan salah satu perusahaan asuransi umum tertua di Indonesia, telah membangun rancangan produk-produk asuransi kesehatan yang secara khusus diperuntukkan untuk pasar Indonesia.

Berpegang teguh pada komitmen untuk menyediakan pelayanan terbaik kepada para nasabahnya, pusatasuransi.com bekerja sama dengan International Services Pacific Cross dan Malacca Trust Wuwungan Insurance akan terus berupaya untuk melakukan pengembangan produk, pelayanan, dan jaringan bisnis yang disesuaikan dengan perkembangan industri asuransi kesehatan di Indonesia.

KEISTIMEWAAN M-SECURE



Bebas Memilih Rumah Sakit



Jaminan Geografis yang Fleksibel



Menjamin Biaya Kehamilan



Bantuan Darurat 24 Jam



Garansi Perpanjangan Polis



Pilihan Plan yang Fleksibel



No Claim Discount



Medical Second Opinion

MEDICAL SECOND OPINION

Saat Anda menderita penyakit serius – Anda merasa hidup tidak berarti lagi. Di saat harus mengambil keputusan penting tentang kesehatan Anda, maka Anda, dokter Anda dan keluarga Anda menginginkan bahwa semua tinjauan medis atau opini yang ada sudah ditinjau secara pasti.

Dengan program Medical Second Opinion, Anda akan memperoleh akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter-dokter ahli di bidangnya, tanpa harus melakukan perjalanan. Beberapa institusi kesehatan terkemuka di dalam program layanan ini antara lain adalah: Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, London's King's College Hospital, Stanford University Hospital, M.D Anderson Cancer Centre, University of Texas, Kennedy University Hospitals, Children's National Medical Center, dan The Johns Hopkins Hospital.

Setiap Peserta M-SECURE berhak untuk mendapatkan layanan Medical Second Opinion secara "Gratis" untuk setiap jenis kondisi medis atau QMC (Qualifying Medical Conditions) yang sama dalam jangka waktu satu tahun.

Kondisi medis atau QMC yang memenuhi syarat untuk mendapatkan layanan Medical Second Opinion diantaranya seperti: penyakit Jantung, Gagal Ginjal, Radang Otak, Alzheimer, Lupus, HIV/AIDS, Kanker (Payudara /Hati /Ginjal /Paru-paru /Ovarium, dan lain-lain).

Layanan unik ini disediakan secara eksklusif dari sebuah institusi Medical Second Opinion terdepan di Amerika yakni **MediGuide America** (melalui perwakilannya di Indonesia, **Nucleus Precise**) yang memberikan akses terhadap peninjauan secara independen oleh pusat kesehatan ternama.

Kami memahami bagaimana beratnya terdiagnosa penyakit serius. Bentuk kepedulian ini kami wujudkan dengan menyediakan layanan Medical Second Opinion, agar Anda mendapatkan informasi dan referensi lanjutan mengenai kondisi penyakit Anda. Hasil Medical Second Opinion ini akan diberikan secara tertulis dan komprehensif dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja setelah seluruh catatan medis diterima secara lengkap dan benar.

Layanan Oleh :  **PT NUCLEUS PRECISE**

TABEL MANFAAT M-SECURE (dalam Rupiah)

** RINCIAN MANFAAT **	MAXI CARE	ULTRA CARE
Mengganti biaya yang layak dan dibutuhkan secara medis maksimum keseluruhan manfaat untuk satu ketidakmampuan dan turunannya.	3,000,000,000 (Opsi Upgrade ke 6,000,000,000)	8,000,000,000
** MANFAAT RAWAT INAP **		
Kamar dan Akomodasinya Berdasarkan tarif kamar standar yang berlaku di Rumah Sakit tempat dirawat yang sesuai dengan haknya. <ul style="list-style-type: none"> Kamar Semi Privat: kamar rumah sakit dengan kategori 2 tempat tidur per kamar; Kamar Privat: kamar rumah sakit dengan kategori 1 tempat tidur dengan fasilitas pribadi termasuk kamar mandi per kamar; yang tarifnya terendah yang berlaku di rumah sakit dimana perawatan tersebut dilakukan.	Semi-Privat di Luar Negeri atau Privat di Indonesia (Opsi Upgrade ke Privat di Luar Negeri)	Privat
Akomodasi Pendamping Tempat tidur tambahan untuk pendamping dalam kamar yang sama untuk menemani anak usia di bawah 18 tahun yang diasuransikan dan Tertanggung yang berusia lebih dari 65 tahun.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Unit Perawatan Intensif dan Unit Perawatan Koroner	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Kamar Operasi, Biaya Ahli Bedah dan Biaya Pembiusan Mencakup konsultasi pra-operasi dan perawatan pasca operasi normal di negara tempat perawatan untuk setiap ketidakmampuan.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Biaya Aneka Perawatan Untuk tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan; sinar-x; obat-obatan sesuai resep; biaya profesional; darah dan plasma; sewa kursi roda; pembedahan rawat jalan; peralatan pembedahan; peralatan protesis standar intra-operatif.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Transplantasi Organ Tubuh Biaya untuk operasi transplantasi ginjal; jantung; paru-paru; hati dan sumsum tulang (sampai dengan 50% biaya untuk pendonor, dan sisanya untuk penerima, sesuai pilihan yang ditentukan oleh Tertanggung) sampai dengan : (Manfaat ini merupakan manfaat maksimum lump sum per organ dan tidak ada manfaat lain dalam polis yang akan dibayarkan terkait dengan transplantasi organ)	650,000,000	1,300,000,000
Manfaat Tunjangan Rumah Sakit Santunan rawat inap diberikan untuk Tertanggung yang dirawat inap dengan ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> Tidak ada biaya yang dibebankan kepada Penanggung (biaya Rumah Sakit telah dibebankan kepada Penanggung lain); Rawat inap tersebut harus lebih dari 24 jam; Penyebab perawatan adalah Penyakit atau Cidera yang sesuai dengan Manfaat Rawat Inap yang telah disetujui Penanggung. 	1,000,000 /malam (maks. 15 malam)	1,500,000 /malam (maks. 15 malam)
HIV / AIDS (masa tunggu 5 tahun) Batasan maksimum seumur hidup sampai dengan :	500,000,000	1,000,000,000
Biaya Perawat di Rumah Atas rekomendasi dokter yang merawat (di rumah sampai dengan 30 hari setelah rawat inap).	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Rehabilitasi Atas rekomendasi dokter yang merawat sampai 90 hari rawat inap, perawatan sehari atau rawat jalan, dimulai dalam waktu 14 hari segera setelah rawat inap.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Oncology - Radioterapi dan Kemoterapi Diterima sebagai rawat inap, rawat sehari atau rawat jalan.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan

Renal Dialisis Diterima sebagai rawat inap, rawat sehari atau rawat jalan.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Perawatan Paliatif Untuk perawatan kronis stadium akhir, batasan seumur hidup sampai dengan :	25,000,000	25,000,000
Rawat Inap karena Gangguan Mental/Jiwa Biaya Rumah Sakit dengan batasan seumur hidup sampai dengan :	50,000,000 (12,500,000 /tahun)	100,000,000 (25,000,000 /tahun)
Routine Medical Check-Up Batasan maksimum per tahun sampai dengan :	Tidak Termasuk	7,500,000
Perawatan Kongenital Pengobatan kelainan bawaan yang bermanifestasi setelah periode polis dimulai.	50,000,000/tahun	50,000,000/tahun
Manfaat Kehamilan (masa tunggu 12 bulan) Mencakup biaya perawatan sebelum melahirkan, biaya kamar menginap di Rumah Sakit, Biaya dokter Spesialis Anak, Biaya lain-lain dan perawatan bayi serta komplikasi yang muncul selama maksimal 7 hari setelah melahirkan. Perawatan anak yaitu mencakup susu formula bayi baru lahir dan ruang rawat bersama. Juga menjamin manfaat keguguran atau dilatasi dan kuretase (masa tunggu 90 hari). (Jika kedua orang tua diasuransikan, batas manfaat akan ditingkatkan sebesar 50%)	50,000,000 /kehamilan	75,000,000 /kehamilan
** MANFAAT RAWAT JALAN **		
Biaya dokter umum dan spesialis untuk kunjungan di tempat praktek, ahli fisioterapis, chiropractor dan akupuntur ketika dirujuk oleh dokter yang merawat; dan untuk tes-tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan, sinar x; obat-obatan yang diresepkan; peralatan bedah; perban.	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Perawatan Lanjutan Sampai dengan 90 hari dari perawatan normal segera setelah Rawat Inap. Dokter Rawat Jalan dan Fisioterapis jika direkomendasikan karena diperlukan secara medis oleh Dokter yang merawat; tes-tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan; sinar-X dan obat-obatan yang diresepkan. (Hanya jika memilih Opsi Diskon Outpatient Exclusion, khusus MAXI CARE)	15,000,000	Opsi Tidak Tersedia
** MANFAAT RAWAT DARURAT **		
Biaya Unit Gawat Darurat	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Jasa Darurat Ambulans Lokal	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
Bantuan Darurat Seluruh Dunia	Termasuk	Termasuk
Evakuasi Medis Darurat	250,000,000	250,000,000
** MANFAAT TAMBAHAN **		
Manfaat Gigi Mengganti biaya untuk Perawatan Gigi yang dilakukan oleh Dokter Gigi.	Tidak Termasuk	80% maks. 5,000,000
Manfaat Penglihatan Mengganti biaya untuk pemeriksaan mata, kacamata dan lensa kontak.	Tidak Termasuk	80% maks. 20,000,000
Manfaat Santunan Kecelakaan Diri Mengganti kerugian akibat kematian, kehilangan satu atau kedua tangan atau kaki, kehilangan penglihatan di satu atau kedua mata atau cacat permanen dan total yang disebabkan langsung secara tunggal oleh kecelakaan.	Tidak Termasuk	100,000,000 (25,000,000 per anak)

INFORMASI UMUM

BATAS WILAYAH PENGOBATAN

Anda dapat membatasi wilayah pengobatan dengan tidak mengikutsertakan beberapa negara tertentu. Dengan melakukan hal tersebut, Anda berhak mendapatkan diskon premi. Sekalipun Anda telah memilih Batas Area Pengobatan, Anda tetap dijamin untuk biaya rawat inap yang dikeluarkan atas perawatan darurat akibat cedera atau penyakit akut yang terjadi, dimana Tertanggung melakukan perjalanan ke negara-negara yang termasuk dalam Batas Area Pengobatan, maksimal 30 hari per tahun polis.

BEBAS PREMI UNTUK BAYI BARU LAHIR

Bayi seorang Tertanggung berhak memperoleh manfaat perlindungan asuransi yang sama dengan Tertanggung 15 hari setelah tanggal kelahiran atau tanggal keluar rumah sakit atau klinik bersalin (mana yang belakangan terjadi), hingga masa pembaruan polis tahun berikutnya secara GRATIS dengan mengajukan permohonan ke Penanggung.

GARANSI PERPANJANGAN POLIS

Penanggung menjamin bahwa kondisi Polis dapat diperpanjang dari tahun ke tahun oleh tertanggung dengan tarif sebagaimana diberitahukan sebelum tanggal perpanjangan.

KONDISI YANG SUDAH ADA SEBELUMNYA

Setiap kondisi medis yang menunjukkan tanda atau gejala yang menyebabkan seseorang secara wajar untuk memperoleh diagnosa, perawatan dan pengobatan, atau untuk diagnosa yang mana perawatan atau pengobatan sebelum tanggal efektif polis.

MANFAAT PERAWATAN GIGI

Laporan lengkap Pemeriksaan Gigi dari dokter gigi yang bersangkutan harus diserahkan bersama dengan aplikasi (yang telah disetujui Penanggung) jika opsi manfaat gigi diambil oleh Pemohon.

MASA TUNGGU

Manfaat asuransi akan dibayarkan asalkan Tertanggung sudah melewati masa tunggu berikut saat pertama kali dirawat :

- Masa Tunggu 30 hari akibat suatu penyakit
- Masa Tunggu 12 bulan untuk Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (termasuk Hipertensi dan Stroke); Segala jenis Tumor dan Kanker (termasuk Kista, Polip dan Leukimia); Diabetes Mellitus dan komplikasinya; Kelainan lemak dalam darah (hiperkolesterol); Gagal Ginjal Kronis atau terminal; Gagal Hati Kronis atau terminal; Hernia Nucleus Pulposus (terjepit saraf tulang belakang), dan manfaat Kehamilan
- Masa Tunggu 90 hari untuk manfaat keguguran, dilatasi dan kuretase
- Masa Tunggu 5 tahun untuk manfaat HIV/AIDS

PENGGANTIAN

Manfaat rawat jalan, manfaat medis darurat dan manfaat program tambahan akan dibayarkan dengan sistem penggantian/ reimbursement (Anda membayar terlebih dahulu dan kami gantikan kemudian).

PESERTA YANG MEMENUHI SYARAT

Semua Karyawan Pemegang polis untuk Polis Kumpulan atau seluruh anggota keluarga langsung pemegang polis untuk Polis Individu dimana pemegang polis merupakan seorang dewasa secara hukum dan kompetensi. Setiap peserta harus berusia minimal 15 hari dan maksimal 64 tahun pada saat permohonan asuransi pertama kali. Anak termasuk anak tiri atau anak angkat sah secara hukum. Manfaat anak tidak dapat lebih tinggi daripada orang tua atau walinya.

PRO-RATA

Apabila perawatan Rawat Inap dilakukan di kamar Rumah Sakit yang tarifnya lebih tinggi daripada ketentuan yang sesuai dengan haknya, maka penggantian biaya yang terjadi pada perawatan tersebut akan diperhitungkan secara pro-rata.

PENGECUALIAN MANFAAT ASURANSI

Penanggung **tidak akan** membayar biaya untuk perawatan, pengobatan, jasa atau barang yang timbul oleh:

- a. Kondisi yang sudah ada sebelumnya (pre-existing condition) yang tidak diberitahukan kepada dan tidak disetujui oleh Penanggung;
- b. Pengobatan untuk mana pembayaran tidak diwajibkan atau yang telah dibayar dengan asuransi atau ganti rugi lain yang menjamin Tertanggung yang bersangkutan;
- c. Pengobatan impotensi atau ketidaksuburan, inseminasi buatan, pembuahan in-vitro atau cangkok embrio, sterilisasi atau pemulihan sterilisasi atau aborsi yang terencana, pembedahan janin, pengaturan kelahiran atau pengobatan yang berkaitan dengan ketidaksuburan secara mekanik atau kimiawi, perubahan kelamin dan kondisi yang timbul daripadanya;
- d. Jumlah yang melebihi biaya wajar, biasa dan umum untuk wilayah geografis dimana peristiwa tersebut terjadi;
- e. Pemeriksaan yang dianggap skrining oleh Penanggung, kecuali sebagaimana tertera di dalam Daftar Manfaat;
- f. Perawatan kustodial, perawatan terkait dengan gangguan tidur, perawatan gangguan tumbuh kembang, perawatan atau layanan ke rumah atau perawatan dan jasa serta obat-obatan, herbal dan vitamin (termasuk suplemen makanan dan atau sejenisnya) yang dianggap tidak perlu oleh Penanggung untuk pengobatan kondisi fisik atau mental, termasuk vaksinasi, konseling (pernikahan, keluarga, diet, laktasi, atau adaptasi psikologis), tes pendengaran, cacat mata refraktif, operasi mata korektif untuk kesalahan refraktif, perangkat korektif (termasuk kacamata, lensa kontak, alat bantu dengar, peralatan ortodontik, kawat gigi, sepatu atau korset korektif), atau pengobatan gigi kecuali dijamin dalam jaminan manfaat pilihan dalam polis untuk manfaat penglihatan atau manfaat perawatan gigi;
- g. Segala sesuatu yang dinyatakan pada aplikasi dengan tidak benar, baik karena disengaja maupun tidak disengaja mengenai keadaan kesehatan, pekerjaan, kegemaran atau usia tertanggung pada saat mengajukan permohonan asuransi, atau saat mengajukan klaim yang tidak berdasar untuk memperoleh manfaat;
- h. Kosmetik atau perawatan yang berkaitan dengan bedah kosmetik, bedah rekonstruktif termasuk bedah mata korektif untuk kesalahan refraksi yang tidak timbul sebagai akibat daripada suatu penyakit atau cedera, kecuali:
 - (i) bedah rekonstruktif yang dilakukan sebagai akibat dari atau sehubungan dengan Cedera yang disebabkan oleh Kecelakaan yang timbul selama Periode Asuransi dan dilakukan dalam waktu 12 bulan setelah Kecelakaan, atau;
 - (ii) Re-konstruksi payudara yang bertepatan dengan pembedahan kanker payudara atau dalam waktu 12 bulan dari tanggal pembedahan untuk kanker payudara asalkan polis masih berlaku pada saat operasi re-konstruksi.

Dalam hal manfaat atau tingkat manfaat telah berubah, jumlah yang lebih rendah yang akan dibayarkan oleh Penanggung.

- i. Gangguan kejiwaan, psikologis, mental atau syaraf, semua pengobatan untuk Persistent Vegetative State atau kerusakan syaraf permanen akan, dan tanpa kecuali, berhenti setelah 90 hari dari pengobatan dimulai dan setiap manifestasi fisiologis atau psikosomatis daripadanya;
- j. Akibat konsumsi alkohol secara berlebihan atau penyalahgunaan obat-obatan atau kecanduan;
- k. Cacat atau cedera yang diakibatkan oleh perang, tugas militer, kerusuhan, pemberontakan, huru-hara, revolusi, kontaminasi nuklir atau kimia, atau aksi terorisme kecuali Tertanggung hanya sebagai korban dari terorisme;
- l. Berpartisipasi dalam salah satu kegiatan berbahaya di bawah ini atau kegiatan yang serupa: perlombaan balapan apapun kecuali dengan kaki, bersepeda motor (kecuali sebagai transportasi di atas jalanan aspal), terjun payung, gantole, terbang (kecuali sebagai penumpang yang membayar biaya pada pesawat terbang komersil yang memiliki izin), menjelajahi gua atau mendaki dengan tali atau peralatan lainnya, bungee jumping, menyelam (scuba diving) tidak dibawah pengawasan ahli atau pelatih menyelam NAVI atau PADI, atau sampai ke kedalaman laut yang melebihi 30 meter, atau mendaki diatas 5.000 meter;
- m. Dengan sengaja melukai diri sendiri, dengan sengaja menempatkan dirinya dalam keadaan bahaya, kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan nyawa manusia;
- n. Penyakit kelamin atau segala yang berhubungan dengannya;
- o. Pengobatan dan pengelolaan Berat Badan atau pembedahan *bariatric*;
- p. HIV/AIDS yang terjadi dalam 5 tahun pertama Tertanggung menjadi peserta;
- q. Prostetik, alat bantu penyangga, perangkat korektif dan peralatan medis seperti CPAP, monitor tekanan darah, monitor kadar gula darah dan peralatan medis yang tidak diperlukan untuk operasi bedah;
- r. Berpartisipasi dalam kegiatan illegal dan perbuatan melawan hukum;
- s. Jasa yang diberikan di luar Wilayah Penjaminan;
- t. Biaya untuk memperoleh catatan atau dokumentasi medis.

Brosur ini bukan merupakan perjanjian asuransi. Syarat dan ketentuan lengkap ditetapkan pada Polis Asuransi Anda.

Info lebih lanjut, kunjungi pusatasuransi.com atau email ke bondan@pusatasuransi.com

TABEL PREMI TAHUNAN PESERTA BARU M-SECURE (dalam ribuan Rupiah)

USIA (TAHUN)	0-3	4-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
ULTRA CARE	21,806	17,766	24,895	27,603	30,311	31,058	34,808	36,423	40,238	47,637	58,677
MAXI CARE	13,006	9,646	14,362	16,603	17,942	19,734	23,032	26,286	29,347	33,937	42,798

OPSI UPGRADE PLAN MAXI CARE

USIA (TAHUN)	0-3	4-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-64
MAXI - PRIVAT	2,594	1,924	2,299	2,482	2,828	2,929	3,548	3,835	4,647	4,771	4,927
MAXI - LIMIT	4,520	3,367	3,493	3,771	4,133	4,280	4,994	5,398	6,135	6,289	6,285

- **Upgrade MAXI - PRIVAT** : Meningkatkan hak kamar rawat inap di luar negeri dari **Semi-Privat menjadi Privat** pada Plan MAXI CARE.
- **Upgrade MAXI - LIMIT** : Meningkatkan manfaat maksimum keseluruhan dari **IDR 3,000,000,000 menjadi IDR 6,000,000,000** pada Plan MAXI CARE.

OPSI DISKON M-SECURE

DISKON

Treatment Area Limit (TAL): Mengecualikan perawatan di Amerika Utara, Jepang, dan Hongkong

20%

Outpatient Exclusion (w/o OP): Mengecualikan Manfaat Rawat Jalan

tidak berlaku untuk Plan ULTRA CARE

tidak berlaku untuk Plan MAXI CARE yang telah ditambahkan Opsi Upgrade PRIVAT/LIMIT

20%

20% Co-Payment: Anda membayar 20% dan Penanggung membayar 80% dari klaim yang disetujui

20%

- Total Opsi Diskon maksimal 60%.
- Opsi Diskon Treatment Area Limit (TAL) hanya berlaku untuk penduduk Indonesia, Korea, Filipina, Malaysia, Taiwan, Thailand and Vietnam.

NO CLAIM DISCOUNT (DISKON TANPA KLAIM)

Suatu diskon yang diberikan kepada Tertanggung yang tidak mendapatkan diskon grup dan telah diasuransikan dalam periode tidak kurang dari 12 bulan. Diskon diberikan pada saat pembaharuan polis.

Tahun 0	Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3
Tidak Ada Diskon	10% Diskon	15% Diskon	20% Diskon (maksimal)

Jika sebuah klaim dibuat oleh seorang Tertanggung selama tahun polis, semua diskon bebas klaim yang diterima akan hilang dan status diskon akan dimulai kembali seperti pada Tahun 0. Diskon tanpa klaim diterapkan hanya untuk premi pada manfaat dasar. Klaim untuk manfaat tambahan tidak akan berdampak pada diskon tanpa klaim.

CATATAN TAMBAHAN

- Premi belum termasuk biaya administrasi dan materai.
- Premi didasarkan pada usia di hari ulang tahun terdekat dan bisa berubah. Saat pembaruan polis, bila Anda memasuki batas usia baru maka premi Anda akan berubah mengikuti tabel premi yang berlaku.
- Premi untuk usia 65 tahun ke atas akan diberikan berdasarkan permintaan, khusus untuk polis renewal. Dapat diperpanjang maksimal hingga usia 90 tahun.
- Diskon Polis Grup: 5-20 peserta (diskon 10%); dan lebih dari 20 peserta (diskon 20%).
- Berlaku tambahan premi untuk penduduk yang bertempat tinggal di wilayah Uni-Eropa, Inggris, dan Swiss (15%), Hongkong (20%), dan wilayah Amerika Utara (berdasarkan permintaan). Amerika Utara yaitu Kanada, Amerika Serikat, Meksiko dan Kepulauan Karibia.

PROSEDUR KLAIM ASURANSI

1. KLAIM CASHLESS - PROVIDER

- Peserta dapat memilih Rumah Sakit rekanan manapun sesuai dengan List Rumah Sakit Provider;
- Peserta menunjukkan kartu Peserta, kemudian pihak Rumah Sakit akan menghubungi Provider;
- Provider atau perwakilannya akan menerbitkan Surat Jaminan;
- Saat peserta akan meninggalkan Rumah Sakit, provider akan menghitung biaya penjaminan akhir.

2. KLAIM CASHLESS – NON PROVIDER

Jika Anda dirujuk untuk Perawatan Inap atau Pembedahan di Rumah Sakit non-provider, Pacific Cross akan berusaha untuk mengatur pelunasan tagihan secara langsung kepada penyedia layanan kesehatan. Tertanggung diharapkan menyiapkan hal-hal berikut agar proses penjaminan dapat segera dilakukan :

- Salinan Notification of Claim Form yang telah diisi dokter yang menangani;
- Salinan hasil pemeriksaan diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi, dll);
- Salinan Surat Pengantar Rawat Inap;

Seluruh salinan tersebut mohon diemail ke cs_provider@pic-indo.com, infokan nama dan alamat Rumah Sakit tempat Tertanggung dirawat inap. Infokan juga kepada bagian administrasi Rumah Sakit bahwa prosedur pembayaran akan dialihkan kepada perusahaan asuransi, dan tunjukkan kartu kepesertaan asuransi Anda.

3. KLAIM REIMBURSEMENT

Mohon untuk menyerahkan:

- Formulir klaim Rawat Inap / Rawat Jalan yang telah dilengkapi;
- Tagihan/kwitansi asli beserta rincian biaya dengan cap penyedia layanan disertai salinan resep dokter (dibalik lembaran kwitansi);
- Salinan hasil pemeriksaan diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi, dll);
- Khusus Manfaat Tunjangan Rumah Sakit (santunan harian) dapat menggunakan dokumen legalisir.

Formulir Tambahan untuk perawatan khusus :

- Perawatan Lanjutan (Follow Up Care)
- Physiotherapy, Chiropractic, dan Acupuncture
- Chemotherapy dan Radiotherapy

Untuk klaim perawatan gigi, mohon untuk menyerahkan :

- Tertanggung melakukan foto X-Ray (panoramic) gigi untuk pertama kali sebagai acuan gigi sehat yang dapat dijamin. Untuk klaim ini, biaya panoramic dan dokter gigi akan dijamin, dengan melampirkan formulir "Oral Examination Reports".
- Untuk setiap klaim gigi selanjutnya, melampirkan formulir "Claim Form for Dental Benefits" yang telah diisi lengkap. Dokter gigi diminta untuk menandai area gigi yang dirawat;
- Tagihan/kwitansi asli beserta rincian biaya dengan cap penyedia layanan disertai salinan resep dokter.

CATATAN PENTING

- Prosedur klaim cashless hanya berlaku untuk perawatan inap, dan jika dirawat di luar negeri hanya berlaku jika biaya minimum USD 2,500.
- Fotocopy kwitansi ataupun print-out komputer saja dari penyedia layanan tidak bisa diterima.
- Jika kwitansi di atas Rp. 1.000.000,- harus dilengkapi dengan materai.
- Seluruh dokumen klaim harus diserahkan paling lambat 60 hari sejak tanggal pelayanan diberikan. Anda wajib melampirkan Surat Keterangan Keterlambatan disertai alasan keterlambatan jika melebihi ketentuan tersebut tetapi tidak boleh melebihi 180 hari sejak tanggal pelayanan diberikan. Pacific Cross berhak untuk menolak alasan keterlambatan yang dianggap tidak dapat diterima.
- Pacific Cross berhak meminta tambahan dokumen jika dokumen yang diberikan belum mencukupi untuk proses pembayaran klaim. Dokumen keterlambatan wajib dipenuhi dalam waktu paling lambat 30 hari sejak tanggal Surat Tundaan Klaim.
- Obat-obatan yang bersifat kosmetik, vitamin, supplement, sedative, disinfectant, moisturizer dan sejenisnya tidak dapat dijamin.
- Hasil pemeriksaan laboratorium yang mana hasilnya tidak terdapat sesuatu yang "abnormal" (walaupun disarankan oleh dokter) tidak dapat dijamin.