

Nomor : 147 /AJII/KOP-SBY/0919
Tanggal : 24 September 2019
Lampiran : 1 (satu) berkas

PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia
Kantor Operasional Surabaya
Gedung Graha Pena Ext LL9 Room 902
Jl. A. Yani No. 88, Surabaya
Tlp. (031) 8275001,
Fax. (031) 8275346
www.mandiriinhealth.co.id

Kepada Yth.

1. Direktur Rumah Sakit
2. Dokter Keluarga
3. Pimpinan / Penanggung jawab Klinik
4. Pimpinan / Penanggung jawab Apotek

Mitra Kerja Provider Mandiri Inhealth
Di
TEMPAT

Perihal : Peserta Mandiri Inhealth Indemnity – MI-Care.

Dalam menghadapi tantangan market Industri Asuransi Jiwa Khususnya Asuransi Kesehatan yang saat ini semakinberagam, salah satunya berupa pengelolaan Produk Indemnity secara komprehensif oleh Mandiri Inhealth.

Atas kondisi tersebut diatas, maka Mandiri Inhealth telah mempersiapkan system penjaminan swakelola melalui Aplikasi **Mi-Care** yang sebelumnya telah kami paparkan secara langsung kepada petugas tiap provider di tiap – tiap unit terkait. Namun demikian penggunaan Aplikasi **Mi-Care** ini saat ini hanya diterapkan kepada Pemegang Polis Badan Usaha tertentu (daftar Badan Usaha terlampir), sedangkan penjaminan melalui **TPA (Three Parthid Assistant)** yang saat ini dikelola oleh **Owlexa** masih tetap berlangsung seperti sediakala.

Adapun Badan Usaha yang dilakukan swakelola oleh Mandiri Inhealth melalui aplikasi Mi-Care, melalui mekanisme sebagai berikut :

1. Identitas kepesertaan Mandiri Inhealth Indemnity dapat berupa sbb : Kartu definitive dan atau Kartu Sementara Kepesertaan Mandiri Inhealth Indemnity, e-Card Mandiri Inhealth Indemnity luaran aplikasi Mi-Mobile pada smartphone peserta, contoh Kartu terlampir.
2. Melakukan tap Kartu definitive peserta Mandiri Inhealth Indemnity pada alat Mi-Tap yang telah kami distribusikan, atau
3. Menginput nomor kepesertaan yang tertera pada Kartu Sementara dan atau e-Card Mandiri Inhealth pada aplikasi Mi-Care, atau
4. Dapat menghubungi PRO Mandiri Inhealth masing – masing provider guna keperluan pelayanan kepada peserta.
5. Nomor kontak center Mi-Care yang bisa dihubungi 14070

Demikian kami sampaikan, mohon perhatian serta kerja sama Bapak/Ibu segenap jajaran Management masing – masing provider Mandiri Inhealth sehingga kepuasan customer dapat tercapai demi kemajuan bisnis kedua belah pihak. Atas perhatian serta kerja sama yang diberikan diucapkan terima kasih.

PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia



dr. Maria Ch Lenny, MM., AAK
Head of Operational Office - Surabaya

Lampiran : /AJII/KOP-SBY/0919

1. Badan Usaha

CORPORATE ID	CORPORATE NAME
00700064	JMS BATAM, PT
00900223	PT. AGRI HIKAY INDONESIA
01120201	PT. BUMI WIRASTARAYA SEJAHTERA
01120295	PT. RADIANT UTAMA INTERINSCO QQ PIMS
01120379	PT. MARMITRIA LAND
01120382	YAYASAN GKDI, HOPE & CBN
01140374	PT. MERLYNN PARK HOTEL
01730142	PT. MATAHARI SILVERINDO JAYA
01790022	SARASWANTI INDOLAND DEVELOPMENT,PT
01790024	PT. SARASWANTI INDOLAND DEVELOPMENT (INNSIDE BY MELIA YOGYAKARTA)
02330087	PT. RAINFOREST ALLIANCE
CORPORATE_ID	CORPORATE_NAME
01120243	PT. PERUSAHAAN GAS NEGARA (PERSERO) TBK
01120244	SINTESA GROUP QQ
01120245	PT. BIG BIRD PUSAKA QQ IT
01120299	PT. ANCORA INDONESIA RESOURCES, TBK
01120383	PT. SUPRACO INDONESIA QQ BAKER HUGHES GROUP
01120392	PT. DAYA GUNA INVESTAMA
01130073	PT ETANA BIOTECHNOLOGIES INDONESIA
01140235	PT MANDIRI TUNAS FINANCE
01140376	PT. TRANSPORTASI GAS INDONESIA
01140377	PT. KA PROPERTI MANAJEMEN
01140378	PT. BLS SEKURITI INDONESIA
01150032	PT. NITRASANATA DHARMA
01150033	PT. MEDIA SPORT INDONESIA
02170213	PT. SUKSES PERKASA FORESTAMA
02170222	YAYASAN PENDIDIKAN PBUNS JATIM
02170223	STIE PERBANAS SURABAYA
02170232	CV. PUTRA JOGJA PRATAMA
02170233	PT. PELINDO DAYA SEJAHTERA
02900053	PT. MITRA ENERGI UTAMA BORNEO
03750010	PT. BINTANG GASING PERSADA

2. Contoh Kartu



FORMULIR RAWAT JALAN

Nama Karyawan :

Nama Pasien :

Usia : Pria / Wanita

No Peserta :

Rumah Sakit / Klinik :

[] dr. Umum [] dr. Spesialis [] dr. Gigi

1. Anamnesa :

2. Diagnosa :

3. Terapi :

4. Pemeriksaan Penunjang Lainnya:

PERNYATAAN KUASA TERTANGGUNG

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada PT AJ InHealth Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan/ catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau bertanggung lain dari keluarga Saya yang berhak, berdasarkan ketentuan yang berlaku. Saya menerangkan dengan sebenar-benarnya bahwa informasi yang diberikan dalam formulir ini adalah benar

Tanggal :

Stempel Dokter

Tanda Tangan Pasien

TTD Dokter Yang Merawat

Gedung Menara Palma, Lantai 20,
Jl. HR. Rasuna Said, Blok X2 Kav. 6, Jakarta Selatan 12950, Telp. (021) 525 0900, Fax. (021) 525 0708

Formulir ini WAJIB diisi dengan lengkap dan Jelas, Hanya klaim yang memenuhi persyaratan yang akan diproses lebih lanjut