Member Outpatient Claim Form
Borang Tuntutan Pesakit Luar

CLAIM NO. For Office Use only

AIA Bhd. (790895-D)
Corporate Solutions Department
P.O. Box 10846
50927 Kuala Lumpur
24-hour Call Centre : 1300 8888 60/70

Employee & Patient Information - Please complete information as in your NRIC and Member ID Card
Maklumat Pekerja & Pesakit - Sila lengkapkan maklumat seperti di dalam Kad Pengenalan dan Kad Ahli anda

Name of Employee *Nama Pekerja*

NRIC No. *No. KP*

Name of Company/Employer *Nama Syarikat/Majikan*

Name of Patient *Nama Pesakit*

Member ID Card No. *No. Kad Rawatan*

Relationship to Employee *Hubungan dengan Pekerja*
❑ Self *Diri* ❑ Spouse *Suami/Isteri* ❑ Child *Anak*

Type of Claim ***Jenis Tuntutan***

❑GP Claim ***Tuntutan GP***
1) Original Receipt *Resit Asal*
2) Details of Charges (for bills above RM50)
Bil Terperinci (untuk bil melebihi RM50)
❑ Panel GP *Klinik Panel*
❑ Non-Panel GP *Klinik Bukan Panel*
Reason(s) for seeking care at a Non-Panel GP
Sebab-sebab membayar di klinik bukan panel

❑Specialist Claim ***Tuntutan Pakar***
1) Original Receipt *Resit Asal*
2) Details of Charges (for bills above RM125)
Bil Terperinci (untuk bil melebihi RM125)
3) Referral Letter *Surat Rujukan*
Is this a follow-up visit? *Adakah ini rawatan lanjutan?*
❑ Yes *Ya* ❑No *Tidak*
If Yes, is it related to *Kalau ya, adakah ia berkaitan dengan*
❑ Specialist Care *Rawatan Pakar*
❑ Hospitalisation *Rawatan Hospital*
Date of last visit/admission *Tarikh lawatan terakhir/diwadkan*
d d m m y y y y

❑Paediatrician Claim
Tuntutan Pakar Kanak-kanak
1) Original Receipt *Resit Asal*
2) Details of Charges
(for bills above RM80)
Bil Terperinci
(untuk bil melebihi RM80)

❑Immunisation Claim
Imunisasi
1) Original Receipt *Resit Asal*

Name of Immunisation *Nama Imunisasi*	Claim Amount *Amaun Yang Dituntut* (RM)
Total *Jumlah* (RM)	

❑Dental Claim ***Tuntutan Pergigian***
1) Original Receipt *Resit Asal*
2) Details of Charges (for bills above RM300)
Bil Terperinci (untuk bil melebihi RM300)

	Claim Amount *Amaun Yang Dituntut (RM)*
Consultation *Perundingan*	
Extraction *Pencabutan*	
Filling *Tampalan*	
Scaling/Polishing *Mengikis/Membersih*	
Medication *Ubat-Ubatan*	
Others *Lain-Lain*	

❑Optical Claim ***Tuntutan Optik***
1) Original Receipt *Resit Asal*

❑Maternity Claim ***Tuntutan Kehamilan***
1) Original Receipt *Resit Asal*
2) Details of Charges (for bills above RM50)
Bil Terperinci (untuk bil melebihi RM50)
❑ Pre-Natal *Sebelum Melahirkan*
❑ Post-Natal *Selepas Kelahiran*
❑ Delivery *Bersalin*
❑Normal *Normal* ❑Caesarean *Pembedahan*
❑ Miscarriage *Keguguran*

Total Claim Amount ***Jumlah Tuntutan*** **: RM** .

Visit Details ***Maklumat Lawatan***

Date of Visit *Tarikh Lawatan* d d m m y y y y

Time of Visit *Masa Lawatan* : ❑ am ❑ pm

No. of Medical Certificate Days *Jumlah Hari Cuti Sakit*

Reason for seeking treatment (Not applicable for Dental/Optical/Maternity Claim)
Sebab-sebab mendapat rawatan (Tidak berkenaan untuk tuntutan Pergigian/Optik/Rawatan Kehamilan)

❑ Asthma *Lelah*
❑ Body Ache/Joint Pain *Sakit Badan/Sakit Sendi*
❑ Bronchitis/Pneumonia *Bronkitis/Jangkitan Paru-paru*
❑ Cuts/Wound/Scalding *Luka/Cedera/Lecur*
❑ Diabetes *Kencing Manis*
❑ Diarrhoea/Vomiting/Food Poisoning *Cirit-birit/Muntah/Keracunan Makanan*
❑ Ear Infection *Infeksi Telinga*
❑ Emergency (clarify at Claims Clarification column) *Kecemasan (sila jelaskan di bahagian Penjelasan Tuntutan)*
❑ Eye Infection *Infeksi Mata*
❑ Fever/Cold/Cough/Sore Throat *Demam/Batuk/Selsema/Sakit Kerongkong*
❑ Gastritis *Gastrik*
❑ Headache/Giddiness *Sakit Kepala/Pening*
❑ Hyperlipidemia *Kolestrol Tinggi*
❑ Hypertension *Darah Tinggi*
❑ Urinary Tract Infection *Jangkitan Saluran Kencing*
❑ Skin Conditions (please specify) *Sakit Kulit (sila nyatakan)*
❑ Others *Lain-lain*

Claims Clarification ***Penjelasan Tuntutan***

Reason for payment at AIA Panel Clinic or Emergency Explanation *Sebab-sebab membayar di Klinik Panel AIA ataupun sebab-sebab kecemasan*

Checklist (please tick ✓) ***Senarai Semak (sila tanda ✓)***

❑ I have attached the required documents for each type of claim as stated with this form for claim processing. *Bersama-sama ini saya lampirkan dokumen-dokumen untuk setiap jenis tuntutan seperti yang dinyatakan bersama dengan borang tuntutan ini untuk pemprosesan tuntutan.*
❑ I understand that claims for medication purchased directly from a pharmacy without a copy of the doctor's prescription slip will NOT be processed. *Saya memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan untuk ubat-ubatan yang dibeli secara terus dari farmasi tanpa mengepilkan preskripsi doktor.*
❑ I understand that each claim form is applicable for one Original Receipt and one Bill with Details of Charges. *Saya memahami bahawa setiap borang tuntutan adalah untuk satu Resit Asal & Bil Terperinci sahaja.*
❑ I understand that claims without an Original Receipt and Bill with Details of Charges for each medication/vaccination/injection/lab test/x-ray will be denied and returned. *Saya memahami bahawa tuntutan akan dikembalikan jika Resit Asal & Bil Terperinci untuk kos setiap ubat/vaksinasi/suntikan/ujian makmal/x-ray tidak disertakan.*

Statement of Consent ***Penyata Untuk Kebenaran***

I hereby declared that the above information given in this claim form is complete and true. I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I/claimant have been observed or treated, to give full particulars about my/claimant's health including my/claimant's whole medical history in respect of this hospitalisation/surgery, to AIA Bhd. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. I understand that this information will be kept strictly confidential by AIA and that AIA undertakes not to disclose this information to any third party without my separate written consent. All information provided is true and accurate. *Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang tuntutan ini adalah benar dan lengkap. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang merawat saya/pihak menuntut untuk memberi maklumat-maklumat lengkap berhubung dengan riwayat kesihatan saya/pihak menuntut termasuk latarbelakang penuh perubatan saya/pihak menuntut semasa dimasukkan di hospital/menjalani pembedahan kepada AIA Bhd. Salinan surat kebenaran ini adalah dianggap sah dan berkuatkuasa sebagaimana salinan asal. Saya faham bahawa maklumat ini akan dianggap sulit oleh AIA dan AIA tidak akan melepaskan maklumat ini kepada sesiapa tanpa kebenaran bertulis dari saya. Semua maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat.*

Signature of Employee *Tandatangan Pekerja*

Date *Tarikh*