



# PROSEDUR PELAYANAN

# PELAYANAN RAWAT JALAN

**Peserta ke RS harus membawa :**

- 1. Kartu Peserta (Fisik/ E-card)**
  - 2. Identitas (KTP/Paspor)**
- Ditunjukkan kepada pendaftaran**



**RS verifikasi data ke AAA melalui telepon ke nomor yang tertera di kartu/ toll free:**

- 1. Data Peserta**
- 2. Manfaat Pasien**



**Peserta mendapatkan perawatan dan RS melengkapi Form Rawat Jalan**



**RS konfirmasi ke AAA untuk menginformasikan diagnosa, obat-obatan & billing**



**AAA akan melakukan analisa sesuai dengan benefit peserta**



**AAA mengirimkan Surat Jaminan**

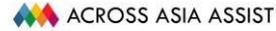


**Pasien pulang**



# FORMULIR RAWAT JALAN

013/EXT-AAA/HCD/001



## FORMULIR RAWAT JALAN

(DIISI DENGAN HURUF CETAK YANG MUDAH DIBACA DAN GUNAKAN TINTA HITAM)

AAA TOLL FREE 24/7 : 0 800 1 223 223 atau 021 2927 9602 (PROVIDER ONLY)

DATA PESERTA	
Nama Peserta (sesuai kartu)	
Nomor Kartu Peserta	
Nama Perusahaan/Asuransi	

Dengan ini saya/tertanggung memberikan kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan saya/tertanggung untuk memberitahukan kepada PT AA International Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya/tertanggung. Fotocopy/salinan surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum seperti aslinya.

Data di bawah ini diisi oleh pihak rumah sakit	
Tanggal konsultasi	
Diagnosa	
Apa gejala klinis (symptom) penyakit yang menyebabkan Peserta melakukan konsultasi?	
Sejak kapan peserta mengalami gejala klinis (symptom) sehubungan dengan penyakit tersebut?	
Jika diagnosis tersebut berhubungan dengan kecelakaan, apa penyebab kecelakaan tersebut?	
Apa rencana terapi selanjutnya sehubungan dengan Diagnosis penyakit tersebut?	

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan tersebut telah saya berikan secara lengkap dan benar. Mohon untuk mengirimkan kembali formulir yang telah dilengkapi, bersama dengan tagihan rawat jalan ke [Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id) atau fax ke nomor +62 21 5275523/24.

Tanda Tangan Dokter yang Merawat beserta Stempel Rumah Sakit

Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
Nomor SIP : \_\_\_\_\_

**PT. AA International Indonesia**  
PTA Building, 2nd Floor, Suite 205  
Jl. Kemuning Sari no. 28, Harjuno Perumahan  
Jaya Raya, Depok 16122, DKI Jakarta, Indonesia  
T : +62 21 527 9602  
F : +62 21 527 6224  
E : [Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id)  
W : [www.AcrossAsiaAssist.co.id](http://www.AcrossAsiaAssist.co.id)



# PELAYANAN RAWAT INAP

Peserta ke RS harus membawa :

- Kartu Peserta
- Kartu Identitas (KTP/Paspor)

Ditunjukkan kepada bagian pendaftaran



RS verifikasi data ke AAA melalui telepon ke nomor toll free AAA :

1. Data Peserta
2. Manfaat Pasien



AAA akan mengirimkan HAF/ LMA dan surat pernyataan agar dilengkapi dan dikirimkan ke AAA (jika form sudah tersedia, langsung dilengkapi dan tanda tangan dokter dan peserta)



HAF dikembalikan ke AAA dalam waktu max 2x24 jam bersama hasil pemeriksaan jika ada



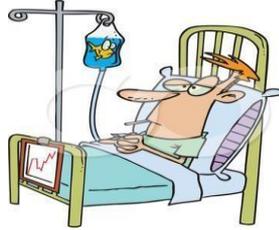
AAA akan melakukan analisa :  
1. Diagnosa sesuai kondisi polis (masa berlaku, pre existing, dll)  
2. Indikasi Rawat Inap



Jika sesuai AAA akan mengeluarkan Surat Jaminan Awal namun jika tidak sesuai maka AAA akan mengeluarkan surat penolakan



Pasien dirawat sesuai Benefit Ketentuan Polis



# PROSES PASIEN PULANG



**Dokter Visit Pasien dan menyatakan Pasien boleh Pulang**

**Dokumen Kepulangan yang Harus di kirim ke AAA :**

1. Perincian Tagihan
2. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang
3. Resume Medis
4. Dokumen lain (jika diperlukan)

**Analisis AAA akan melakukan Analisa dan perhitungan biaya untuk menentukan penjaminan dan eksekusi biaya perawatan**

**AAA Mengirimkan Surat Jaminan Akhir dalam waktu 1 jam setelah dokumen lengkap diterima**

**Kelengkapan Berkas Proses Pengiriman Tagihan ke AAA :**

1. Surat Jaminan Awal dan Akhir
2. Seluruh Hasil Pemeriksaan Penunjang
3. Fotokopi kartu peserta
4. Resume medis
5. Perincian Biaya
6. Kwitansi Asli
7. Dokumen lain (jika diperlukan)

**Jika ada eksekusi yang harus dibayar peserta di RS maka peserta dipulangkan setelah membayar eksekusi**



# FORMULIR LAPORAN MEDIS AWAL

004/AAA/EXT/HCD/001



## FORMULIR LAPORAN MEDIS AWAL

(DIISI DENGAN HURUF CETAK YANG MUDAH DIBACA DAN GUNAKAN TINTA HITAM, MAKS. 3 X 24 JAM)

AAA TOLL FREE 24/7: 0 800 1 233 223 atau 021 292 2902 (PROVIDER ONLY)

### DATA PASIEN

Nama Peserta (sesuai kartu):	Tanggal Lahir:
Nomor KTP / Paspor:	Nomor Handphone:
Nomor Kartu Keanggotaan:	Plan Kamar:
<b>Data berikut dilengkapi oleh Rumah Sakit</b>	
Tanggal Masuk Rumah Sakit:	Jam Masuk:
Kelas Kamar yang Ditempat:	Harga Kamar/hari:
Nama Rumah Sakit:	Email Rumah Sakit:
Nomor Telepon Rumah Sakit:	Ext. / Nomor Fax:
Kehutan Utama Pasien:	

Apakah Perawatan Berhubungan dengan Kecelakaan?	YA / TIDAK	Jika YA, mohon dilengkapi informasi berikut: - Tanggal (dd/mm/yyyy) : - Tempat Kejadian : - Waktu Kejadian (jika ada) : - Kronologi (pada lembar terpisah)
---	------------	--

**Khusus Pemegang Polis Cash Plan**, harap mengisi informasi dibawah untuk transfer pembayaran sisa benefit:

Nama Bank :  
 Nomor Rekening :  
 Nama Penerima :  
**Disclaimer: PT AA International Indonesia tidak bertanggung jawab apabila terdapat kesalahan dan atau perbedaan dalam penulisan nomor rekening serta nama penerima rekening.**

Catatan: BAGIAN ADMINISTRASI Rumah Sakit wajib melampirkan hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan. Seluruh pemeriksaan yang hasilnya tidak dikenalkan kepada PT AA International Indonesia tidak dapat dijaminkan.

### DATA MEDIS (DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT)

1. Anamnesa :			
2. Sejak kapan keluhan dirasakan?	Tanggal :	Bulan :	Tahun :
3. RPD (Riwayat Penyakit Dahulu)	Sejak :	/	/ (dd/mm/yyyy)
4. Hasil Pemeriksaan Fisik :	Lokasi :	Ukuran (cm/mm) :	
5. Tanda Vital	GCS (E/N/M) : Respirasi :	TD/SP : Suhu :	HR/Pulse : Skala Nyeri (VAS) :
6. Hasil Pemeriksaan Penunjang :			

PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia



PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia



PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia



004/AAA/EXT/HCD/001



7. Diagnosa :			
8. Penyebab/Etiologi :			
9. Kondisi/tindakan secara (pilih salah satu) :			
<input type="checkbox"/> Rawat Inap	<input type="checkbox"/> One Day Surgery (Pembedahan Pulang Hari)	<input type="checkbox"/> Rawat Inap	
10. Indikasi rawat inap :			
11. Perkiraan lama perawatan :	hari		
12. Apakah pasien pernah dirawat dengan kondisi medis/diagnosa yang sama sebelumnya?	YA ( ) / TIDAK ( )		
13. Jika YA, Kapan? / / (dd/mm/yyyy)   Nama RS/Klinik :			
14. Menurut pendapat dokter, sejak kapan kondisi/gejala tersebut sudah ada? ___ Hari ___ Bulan ___ Tahun			
15. Terapi yang diberikan	Oral :		
	Inhal :		
	Injeksi :		
16. Rencana Tindakan :			
17. Jika kondisi medis saat ini berhubungan dengan kecelakaan, mohon informasi :			
Penyebab kecelakaan :			
Jenis cedera yang terjadi :	<input type="checkbox"/> Kerja	<input type="checkbox"/> Laka lintas	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Waktu kecelakaan :	Tanggal ___ Bulan ___ Tahun	Jam :	
18. Untuk Tindakan yang memerlukan operasi, mohon informasi :			
Nama Operasi :	Jenis Anastesi :	Jenis Operasi :	
1. Lokal / Spinal / General		Elektif / Cito	
2. Waktu tindakan :	Tgl ___ Bln ___ Thn	Jumlah sayatan :	
3. Tgl ___ Bln ___ Thn			
19. Apakah kondisi medis pasien saat ini berhubungan dengan : <i>Score yang tidak perlu</i>			
Kongenital/Kelainan bawaan	YA / TIDAK	Penyakit pada Tonsil/Rongga Hidung/Sinus/Telinga	YA / TIDAK
Epilepsi	YA / TIDAK	Kelainan dari Kelenjar Thyroid dan Parathyroid	YA / TIDAK
Katarak	YA / TIDAK	Radang pada Lambung/ Usus 12 Jari	YA / TIDAK
PPOK	YA / TIDAK	Ulkus pada Lambung/ Usus 12 Jari	YA / TIDAK
Astma	YA / TIDAK	Radang/Ratu pada Sistem Empedu	YA / TIDAK
Tuberkulosis	YA / TIDAK	Radang/Ratu pada Ginjal/Saluran Kemih	YA / TIDAK
Tumor/Benjin/Kanker	YA / TIDAK	Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak	YA / TIDAK
Kelainan pada lutut	YA / TIDAK	Kelainan pada Tulang Belakang/HNP	YA / TIDAK
Hepatitis	YA / TIDAK	Penyakit pada Saluran Reproduksi	YA / TIDAK
HIV/AIDS/STDH/AIRC	YA / TIDAK	Anal Fistula/Abces Anal/ Haemorrhoid	YA / TIDAK
Penyakit menular seksual	YA / TIDAK	Gangguan Mental/Keceemasan/Psikosomatis	YA / TIDAK
Penyakit/Kelainan Darah	YA / TIDAK	Percobaan bunuh diri/ melukai diri	YA / TIDAK
Penggunaan Alat Kontrasepsi	YA / TIDAK	Kosmetik/Estetika	YA / TIDAK
Kehamilan/Perencanaan	YA / TIDAK	Alkohol/Pernyalaan/obat terlarang	YA / TIDAK
Konsumsi Kafein/Herbal/Suplemen	YA / TIDAK	Konsumsi Nyeri/medikasi/Preskripsi/Atsi/medis/Herbal	YA / TIDAK
Kesuburan/Ujaya untuk hamil	YA / TIDAK	Penyakit/Perawatan pada Gigi & Kompleksitasnya	YA / TIDAK

PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia



PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia



004/AAA/EXT/HCD/001



20. Apakah kondisi medis pasien berhubungan dengan/pasien sebelumnya pernah menderita penyakit dibawah ini :  
*\*Score yang tidak perlu*

Darah Tinggi / Hipertensi	YA / TIDAK	Jika YA, Sejak : Tgl ___ Bulan ___ Tahun
Penyakit Jantung	YA / TIDAK	Jika YA, Sejak : Tgl ___ Bulan ___ Tahun
Diabetes Mellitus / Penyakit Gula	YA / TIDAK	Jika YA, Sejak : Tgl ___ Bulan ___ Tahun
Kolesterol	YA / TIDAK	Jika YA, Sejak : Tgl ___ Bulan ___ Tahun

Mohon penjelasannya, dari manakah informasi diatas diperoleh?  
 Berdasarkan hasil anamnesa pasien  
 Berdasarkan hasil anamnesa pasien  
 Berdasarkan hasil anamnesa pasien

Kapan pertama kalinya pasien datang untuk berkonsultasi dengan Saudara mengenai keadaannya?	/ / (dd/mm/yyyy)
Adakah penyakit atau keluhan lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang?	YA / TIDAK
Jika YA, mohon sebutkan sejak kapan?	/ / (dd/mm/yyyy)

Saya yang bertanda tangan menyatakan bahwa keterangan dalam formulir ini adalah benar dan akurat. Saya telah memberikan semua keterangan/informasi yang berhubungan dengan pasien ini.

Tanda Tangan Dokter yang Merawat beserta Stempel Rumah Sakit

Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 Nomor SIP : \_\_\_\_\_

PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia  
 PT AA International Indonesia



# SURAT PERNYATAAN

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :  
Tempat / Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Nomor KTP / Identitas Diri :

Bahwa saya melakukan pendaftaran untuk: [diri sendiri / istri / suami / anak\*] dengan informasi sebagai berikut: Nama

Pasien :  
Nomor Polis :  
Tanggal Masuk :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya:

- Menyadari dan mengetahui bahwa manfaat Asuransi kesehatan mempunyai batasan telah ditentukan dalam polis.
- Bersedia mematuhi ketentuan Polis dan jika menurut ketentuan Polis biaya administrasi dan atau biaya perawatan yang terjadi tidak dijamin, maka Saya bersedia mendapatkan pelayanan kesehatan dengan status pasien umum, yaitu (namun tidak terbatas)
  - Jika indikasi rawat inap tidak kuat dan atau diagnosis / hasil pemeriksaan laboratorium/ obat termasuk ke dalam pengecualian poli, maka saya bersedia untuk membayar seluruh biaya perawatan.
- Berkewajiban jika oleh sebab apapun juga, biaya rawat inap tidak sesuai dengan manfaat dan menimbulkan selisih biaya (ekses klaim) yaitu sebagai berikut:
  - Adapun seluruh selisih biaya (kelas kamar rawat inap, jasa dokter, obat-obatan, radiologi, dan lain-lain) akan diperhitungkan berdasarkan manfaat Batasori Polis Asuroxol dan menjadi tanggung jawab saya. Selisih biaya tersebut yang dimaksud (namun tidak terbatas) adalah dengan perhitungan selisih, deductible, co-share maupun pro-rata, maka Saya berkewajiban untuk membayar selisih biaya tersebut kepada Rumah Sakit pada saat pulang dari rawat inap atau jika selisih biaya tersebut diberitahukan kemudian hari, maka Saya bersedia menyelesaikan kewajiban tersebut kepada Rumah Sakit atau Asuransi.
- Memberikan kuasa kepada Dokter Umum, Dokter Spesialis, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Praktek Dokter dengan siapa Saya / istri / suami / anak Saya\*) telah diperiksa atau dirawat untuk memberikan keterangan lengkap mengenai keadaan / penyakit termasuk riwayat data medis terdahulu kepada PT. AA International Indonesia yang telah ditunjuk sebagai pihak ketiga yang sah dari Asuransi Saya. Saya selanjutnya memberi izin untuk mengungkapkan kembali seluruh catatan dan informasi medis kepada asuransi, re-asuransi, pengacara dan kepada penyedia jasa yang berhubungan dengan klaim asuransi saya.
- Dengan ini Saya memberi kuasa & menunjuk pihak asuransi, yang menanggung pembiayaan atas polis Kesehatan untuk langsung membayar kembali kepada pihak PT.AA International Indonesia atas seluruh biaya rawat inap yang berhubungan dengan rawat inap yang telah dibayarkan oleh PT.AA International Indonesia atas nama Saya, pada saat saya telah selesai rawat inap dari rumah sakit. Dengan ini saya mengizinkan PT.AA International Indonesia melaksanakan atas nama saya, formulir selesai rawat inap dan ganti rugi yang berhubungan dengan rawat inap dan pada saat selesai rawat inap, akan dianggap sebagai pembayaran penuh dan final untuk seluruh klaim Saya apapun.
- Menemati kelas yang ditempati saat ini = Rp. . . .  
dibarengan:
  - Atas permintaan Saya sendiri
  - Kelas kamar yang sesuai dengan hak pasien penuh
  - Kelas kamar yang sesuai dengan hak pasien tidak tersedia [
  - lainnya, .....

Demikianlah Surat Pernyataan ini Saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan atau paksaan dari pihak manapun, berkekuatan hukum, serta dapat dipertanggungjawabkan, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yang menyatakan, sebagai saksi

Petugas Rumah Sakit

Materai Rp.6.000,-

Tanggal, Tanda Tangan Petugas dan Stempel Rumah Sakit

[.....]

[.....]

Seluruh dokumen ditandatangani lengkap, mohon untuk dikirim ke : fax (+62 21 5275523, +62 21 5275524) atau e-mail [help@aa-international.co.id](mailto:help@aa-international.co.id)

Lampirkan :

- Fotokopi KTP / identitas diri
- Fotokopi Kartu Peserta

Disclaimer: This form/document is for external purpose. This may contain information that is privileged and confidential. This information is for the intended recipient only. Please do not change, copy, distribute, or disclose its contents. AAI Indonesia is not responsible for any change caused by parties other than AAI Indonesia.



# CHECKLIST KELENGKAPAN BERKAS TAGIHAN

## Kelengkapan Tagihan Rawat Jalan

No	Kelengkapan Dokumen	Check List
1	Struk EDC	
2	Surat Pengantar Tagihan	
3	Kwitansi	
4	Perincian Biaya	
5	Form Rawat Jalan AAA	
6	Kartu Asuransi	
7	KTP	
8	Hasil Laboratorium	
9	Hasil Radiologi	

## Kelengkapan Tagihan Rawat Inap

No	Kelengkapan Dokumen	Check List
1	Surat Pengantar Tagihan	
2	Kwitansi	
3	Perincian Biaya	
4	Surat Jaminan Awal	
5	Surat Jaminan Akhir	
6	Kartu Asuransi	
7	KTP	
8	Surat Pernyataan	
9	Laporan Medis Awal	
10	Medis Monitoring	
11	Surat Keterangan Pindah Kelas	
12	Resume medis	
13	Hasil Laboratorium	
14	Hasil Radiologi	
15	Surat Kronologis (Pasien KLL / Non KLL)	
16	Surat Kematian (pasien Meninggal)	





CONTOH KARTU PESERTA AAA

# TIPE KARTU GESEK (Swipe Card)



AA INTERNATIONAL  
INDONESIA  
A Member of ACROSS ASIA ASSIST Group

NAMA PESERTA : XXXXXXXXXXXXX  
TANGGAL LAHIR : 04 JUNI 1971  
NOMOR KARTU : 9999999999999999  
BENEFIT : RI-650,RJ-100,RB-3000  
NAMA PERUSAHAAN : PT. HAFELE INDOTAMA  
PERIODE : 1 APRIL 2020 s/d 31 MARET 2021

\*Excess Ditagihkan Ditempat



Alarm Center 24/7 (+6221) 2927 9612 | Hospital Only 0-800-1-223-223 | [www.AcrossAsiaAssist.co.id](http://www.AcrossAsiaAssist.co.id)



AA INTERNATIONAL  
INDONESIA  
A Member of ACROSS ASIA ASSIST Group

MedInrx

Kartu ini merupakan kartu magnetik yang berisi data peserta yang berlaku untuk pelayanan di rumah sakit/ klinik rekanan.

Kartu ini hanya berlaku untuk peserta sesuai dengan nama yang tertera pada halaman depan dan tidak dapat dipindahtanggankan kepada pihak lain.

Kartu ini **bukan jaminan** pembayaran perawatan.

Kartu ini milik PT. AA International Indonesia. Jika ditemukan mohon dikembalikan ke:

PT. AA International Indonesia  
TIFA Building, 10th Floor, Room 1003  
Jl. Kuningan Barat 1 No. 26, Mampang Prapatan  
Jakarta Selatan 12710  
Indonesia

+62 21) 2927 9612  
+62 21) 5275 523, 5275 524  
Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id



aa AA INTERNATIONAL  
INDONESIA

NAMA PESERTA : XXXXXXXXXXXXX  
TANGGAL LAHIR : 04 JUNI 1971  
NOMOR KARTU : 9999999999999999  
BENEFIT : RI225/RB2500/RJ70/RG350/KM100  
NAMA PERUSAHAAN : PT. MKU-PS  
PERIODE : 1 FEBRUARI 2020 s/d 31 JANUARI 2021

\*Excess Ditagih Ditempat

- **RB,RI** : Show card
- **RJ** : Swipe Card
- **RG,KM** : Reimbursement

Round The Clock and Around The World, We're There for You

Alarm Center 24/7 (+6221) 2927 9612 | Hospital Only 0-800-1-223-223 | [www.aa-international.co.id](http://www.aa-international.co.id)



aa AA INTERNATIONAL  
INDONESIA

MedInrx

Kartu ini merupakan kartu magnetik yang berisi data peserta yang berlaku untuk pelayanan di rumah sakit/ klinik rekanan.

Kartu ini hanya berlaku untuk peserta sesuai dengan nama yang tertera pada halaman depan dan tidak dapat dipindahtanggankan kepada pihak lain.

Kartu ini bukan sebagai jaminan pembayaran perawatan.

Kartu ini milik PT AA International Indonesia. Jika ditemukan mohon dikembalikan ke alamat kami :

PT AA INTERNATIONAL INDONESIA  
TIFA Building 10th Floor, Room 1003  
Jl. Kuningan Barat 1 No. 26, Mampang Prapatan  
Jakarta Selatan 12710  
Indonesia

+62 21) 2927 9612  
+62 21) 5275 523, 5275 524  
helpline@aa-international.co.id



# TIPE KARTU *SHOW CARD*





**PT TUGU KRESNA PRATAMA**  
GENERAL INSURANCE

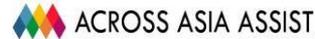


**NAMA PESERTA** : JOHN DOE  
**TANGGAL LAHIR** : 01 JANUARI 1988  
**NOMOR KARTU** : 12345678910  
**NOMOR PESERTA** : -----  
**NOMOR POLIS** : -----  
**BENEFIT** : -----  
**PEMEGANG POLIS** : -----

**HOTLINE PESERTA :** (

**NAMA PESERTA**  
**TANGGAL LAHIR**  
**NOMOR KARTU**  
**BENEFIT**  
**NAMA PERUSAHAAN**  
**PERIODE**

: XXXXXXXXXXXXXXXX



**NAMA PESERTA** : XXXXXXXXXXXXXXXX  
**TANGGAL LAHIR** : 04 JUNI 1971  
**NOMOR KARTU** : 9999999999999999  
**BENEFIT** : IP1000,OP200,XXXXXXXXXX  
**NAMA PERUSAHAAN** : PT. TRANCOSMOS INDONESIA  
**PERIODE** : 1 JUNI 2020 s/d 31 MEI 2021

\*Excess Ditagihkan Ditempat

Seluruh kartu peserta akan diganti bertahap sehingga **kartu dengan logo lama masih tetap berlaku** hingga penggantian selesai





# ALARM CENTER

**TOLL FREE 24/7 : 0 800 1 223 223 (BEBAS BIAYA)**

**\*khusus untuk dihubungi oleh provider saja, bukan peserta.**



Dedicated Line: 021-2927 9602

Fax: 021-5275 523/24





# KORESPONDENSI

- ❑ Penjaminan:  
[Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:Helpline@AcrossAsiaAssist.co.id)  
[Claim-Support@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:Claim-Support@AcrossAsiaAssist.co.id)
- ❑ Kelengkapan Dokumen Tagihan:  
[CBD.Admin@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:CBD.Admin@AcrossAsiaAssist.co.id)  
[Admin.AAA@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:Admin.AAA@AcrossAsiaAssist.co.id)
- ❑ Surat Menyurat, Kerjasama dan Rekonsiliasi:  
[Provider-Networks@AcrossAsiaAssist.co.id](mailto:Provider-Networks@AcrossAsiaAssist.co.id)
- ❑ Alamat Penagihan:  
PT AA International Indonesia  
Gedung Tifa, Lantai 2, Suite 204  
Jl. Kuningan Barat 1 No 26, Jakarta 12710



**Harap melakukan korespondensi ke alamat email sesuai dengan keperluannya.**



ACHIEVE  
ACCOMPLISH  
AMAZE



THANK YOU