



APPROVED CLAIMS

SEQUIS Q INFINITE MEDCARE RIDER
Reference No. [77773453]

PT. Administrasi Medika

Electronic Healthcard Network

Head Office : Head Office : Telkom STO Gambir,
Gedung C lantai 3, 4, 5 Jl. Medan Merdeka Selatan No.
12 Jakarta Pusat - 10110

Tel. Number : +62 21 500 811

Fax. Number : +62 21 3483 2211

Website : www.admedika.co.id

Date : DEC-30-2018 09:56:35 PM

MEMBER INFO.				PAYOR, CORPORATE AND PLAN INFO.			
Patient Name				Payor PT. AJ SEQUIS LIFE			
Principal Name				Corp Code INFINITE			
Relation	Principal	Status	ACTIVE	Policy No.		Pol. Status	ENFORCED
Card No.		DOB		Membership		Client	SQIMC1
Member ID		Since	NOV-27-2018	Plan	SQIMC1	Type	PLAN SHARING
-	-	Gender	MALE	Start Date	NOV-27-2018 To NOV-26-2118	Currency : IDR	

CLAIMS DETAILS					
Reference ID		Provider	RSU. KASIH IBU DENPASAR (IDR) - 0179		
Claim Type	MANUAL	Diagnosis	J21-Acute Bronchiolitis		
Admission Date	DEC-28-2018	No. of Days	2	Disability No	77773453
Discharge Date	DEC-30-2018	Coverage	H&S - RAWAT INAP	Amount Incurred	9,058,867
MC Days		Status	40-VALID CLAIM	Amount Approved	9,058,867

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
01:BIAYA ADMINISTRASI RAWAT INAP TERMASUK PAJAK DAN MATERAI (JIKA ADA)	999999999	250000	250000	0
02:BIAYA HARIAN KAMAR RUMAH SAKIT (MAKS 150 HARI PER TAHUN POLIS)	999999999	5000000	5000000	0
05:BIAYA RUMAH SAKIT LAIN - LAIN (OBAT-OBATAN, PEMERIKSAAN LABORATORIUM, ELEKTROKARDIOGRAM, TRANSFUSI DARAH DAN LAIN-LAIN)	999999999	2999046	2999046	0
06:BIAYA KONSULTASI HARIAN DI RUMAH SAKIT (TERMASUK DOKTER UMUM DAN DOKTER SPESIALIS), MAKS 2 KONSULTASI PER HARI; 150 HARI PER TAHUN POLIS	999999999	775000	775000	0
07:BIAYA PERAWATAN SETELAH RAWAT INAP (MAKS 90 HARI SESUDAH KELUAR RUMAH SAKIT)	999999999	34821	34821	0
TOTAL		9058867	9058867	0

Remarks

Total biaya diajukan : Rp. 9.058.867,- Total biaya yang disetujui: Rp. 9.058.867 ,- Total biaya yang tidak disetujui: Rp. 0 ,- (terdiri dari tidak ada selisih) tanggungan peserta yang harus diselesaikan di RS.

Penjaminan biaya rawat inap untuk diagnosa pneumonia berat dan bronchiolitis dapat diberikan.

Informasi biaya rawat inap ini bersifat sementara, dan dapat berubah sesuai tagihan akhir dari RS.

Khusus Peserta COB BPJS, wajib melampirkan surat rujukan faskes pertama dan Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

Obat Pulang : racik (triamicort, calbuven, rhinofed) 10 bungkus 3x1

Mohon form ini di tanda tangani oleh peserta / keluarga peserta.

Petugas AdMedika :

Verify/Petugas RS :

Agreed/Peserta :

[Tanggal : DEC-30-2018 09:56:36 PM]

[Tanggal : _____]

[Tanggal: _____]

Catatan :

PRINT SAVE A COPY

8000194201950239-77773453-APPROVED CLAIMS