



## PERKIRAAN BIAYA RAWAT INAP

SQLI PLATINUM RIDER  
Reference No. [ 42778169 ]

### PT. Administrasi Medika

Electronic Healthcard Network

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 : JUN-25-2015 04:59:11 PM

MEMBER INFO.				PAYOR, CORPORATE AND PLAN INFO.			
<b>Patient Name</b>				<b>Payor</b>	PT. AJ SEQUIS LIFE		
<b>Principal Name</b>				<b>Corp Code</b>	PLATINUM		
<b>Relation</b>	Principal	<b>Status</b>	ACTIVE	<b>Policy No.</b>	<b>Pol. Status</b> : ENFORCED		
<b>Card No.</b>		<b>DOB</b>	SEP-09-1968	<b>Membership</b>	<b>Client</b> : SQHPH		
<b>Member ID</b>	7006374	<b>Since</b>	AUG-14-2012	<b>Plan</b>	SQHPH	<b>Type</b> : MAX DOLLAR AMOUNT	
-	-	<b>Gender</b>	MALE	<b>Start Date</b>	AUG-14-2014 To AUG-13-2044	<b>Currency</b> : IDR	

CLAIMS DETAILS			
<b>Reference ID</b>	42778169	<b>Provider</b>	SILOAM HOSPITALS BALI (IDR) - 1909
<b>Approval Code</b>	57226638	<b>Diagnosis</b>	I21-Acute Myocardial Infarction
<b>Admission Date</b>	JUN-19-2015	<b>No. of Days</b>	5
<b>Discharge Date</b>	JUN-24-2015	<b>Coverage</b>	H&S - RAWAT INAP
<b>MC Days :</b>		<b>Status</b>	40-VALID CLAIM
		<b>Disability No</b>	
		<b>Amount Incurred</b>	120,920,000
		<b>Amount Approved</b>	120,329,247

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Ditetujui
02:ROOM & BOARD(MAKSIMUM 150 DAYS)	2000000	8225000	8225000	0
05:HOSPITAL MISCELLANEOUS SERVICE	999999999	12486000	11945247	540753
06:IN-HOSPITAL CONSULTATION (INCLUDING GENERAL PRACTITIONER AND SPECIALIST) - (MAKSIMUM 2 CONSULTATION PER DAY, MAKSIMUM 150 DAYS)	999999999	1890000	1840000	50000
16:SURGICAL FEE	999999999	98319000	98319000	0
<b>TOTAL</b>		<b>120920000</b>	<b>120329247</b>	<b>590753</b>

#### Remarks

D5.DIAGNOSA AKHIR DENGAN POST PCI 1 STENT DI LAD E.C STEMI ANTERIOR + ACKD E.C PREWRENAL ON CKD E.C PNC . PESERTA MENEMPATI KAMAR KELAS PRESIDEN SUITE RP. 1.645.000,- (SELAMA 5 HARI) . ASURANSI DAPAT MENJAMINKAN BIAYA PERAWATAN SESUAI BENEFIT . SELISIH BIAYA RP. 590.753,- (SELISIH ADM, UNDERPAD, DR JAGA TGL 19) HARAP BAYAR DI RS . MOHON FORM INI DI TANDA TANGANI OLEH PESERTA..

.....DX AKHIR.....  
PESERTA MENEMPATI KELAS.....(.....HARI) /.....  
TOTAL EXCESS YANG TERJADI RP..... MOHON DIBAYAR DITEMPAT/DAPAT DIJAMINKAN ASURANSI DAHULU.  
DENGAN PERINCIAN EXCESS SBB : EXCESS BIAYA PERAWATAN RP.....,  
EXCESS BIAYA NON MEDIS (.....)RP.....  
EXCESS VITAMIN/FOOD SUPLEMEN RP.....  
KETERANGAN LAINNYA :.....

Petugas AdMedika :

Verify/Petugas RS :

Agreed/Peserta :

DAKA HARI SAPALA TANJUNG

[Tanggal : JUN-25-2015 04:59:11 PM]

[Tanggal :

] [Tanggal:

]

#### Catatan :

1. Formulir ini harus ditandatangani petugas RS dan peserta, di faks kembali ke 021 - 3483 2211.
2. Tanda tangan petugas AdMedika tidak diperlukan, formulir ini dihasilkan secara otomatis.
3. Formulir ini dibuat berdasar data hari ini dapat berubah setelah dokumen dilengkapi.
4. Jika diagnosis akhir termasuk pengecualian maka persetujuan rawap inap ini batal dan seluruh biaya menjadi tanggung jawab peserta.

P R I N T

SAVE A COPY

8000194200271389-42778169-FORM F