



PERKIRAAN BIAYA RAWAT INAP

SQLI PLATINUM RIDER
Reference No. [43047496]

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 : JUL-09-2015 03:51:40 PM

MEMBER INFO.		PAYOR, CORPORATE AND PLAN INFO.	
Patient Name		Payor	PT. AJ SEQUIS LIFE
Principal Name		Corp Code	PLATINUM
Relation	Principal	Policy No.	
Card No.		Membership	
Member ID		Plan	SQHPE
-	-	Start Date	AUG-01-2014 To JUL-31-2025
		Pol. Status	: ENFORCED
		Client	: SQHPE
		Type	: MAX DOLLAR AMOUNT
		Status	: ACTIVE
		DOB	: JUN-23-1949
		Since	: NOV-19-2012
		Gender	: MALE
		Currency	: IDR

CLAIMS DETAILS			
Reference ID	43047496	Provider	BALI ROYAL HOSPITAL (BROS) (IDR) - 1309
Approval Code	57701340	Diagnosis	R31-Unspecified haematuria (kencing berdarah)
Admission Date	JUL-01-2015	No. of Days	9
Discharge Date	JUL-09-2015	Coverage	H&S - RAWAT INAP
MC Days :		Status	40-VALID CLAIM
		Disability No	
		Amount Incurred	45,064,764
		Amount Approved	44,056,547

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
02:ROOM & BOARD(MAKSIMUM 150 DAYS)	800000	6000000	5250000	750000
03:INTENSIVE CARE (MAKSIMUM 45 DAYS)	99999999	750000	750000	0
05:HOSPITAL MISCELLANEOUS SERVICE	99999999	15667950	15610826	57124
06:IN-HOSPITAL CONSULTATION (INCLUDING GENERAL PRACTITIONER AND SPECIALIST) - (MAKSIMUM 2 CONSULTATION PER DAY, MAKSIMUM 150 DAYS)	99999999	1950000	1900000	50000
16:SURGICAL FEE	99999999	20696814	20545721	151093
TOTAL		45064764	44056547	1008217

Remarks

DX AKHIR CA BULI-BULI, POST TUR-P + DM, PESERTA MENENMPATI KAMAR ROYAL QUEEN RP.750.000,-/HARI (8 HARI) DAN KAMAR HCU RP.750.000,-/HARI(1 HARI) DIJAMINKAN SESUIA BENEFIT, SELISIH BIAYA RP.1.008.217,- TERMASUK SELISIH BIAYA KAMAR, TISSUE BASAH, PAMPERS, DAN SELISIH BIAYA DOKTER DI BAYAR DI RUMAH SAKIT, 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 : JUL-09-2015 03:51:41 PM]

[Tanggal :

] [Tanggal:

]

Catatan :

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

PRINT

SAVE A COPY

8000194200229577-43047496-FORM F