



PERKIRAAN BIAYA RAWAT INAP

SQLI PLATINUM RIDER
Reference No. [38182470]

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 : DEC-23-2014 06:04:43 PM

MEMBER INFO.				PAYOR, CORPORATE AND PLAN INFO.			
Patient Name				Payor	PT. AJ SEQUIS LIFE		
Principal Name				Corp Code	PLATINUM		
Relation	Principal	Status	ACTIVE	Policy No.			
Card No.		DOB	SEP-01-1954	Membership	Pol. Status : ENFORCED		
Member ID		Since	SEP-01-2009	Plan	SQHPD	Client : SQHPD	
-	-	Gender	MALE	Start Date	SEP-01-2014 To AUG-31-2030	Type : MAX DOLLAR AMOUNT	
						Currency : IDR	

CLAIMS DETAILS			
Reference ID	38182470	Provider	SILOAM HOSPITALS SURABAYA (IDR) - 0081
Approval Code	50590593	Diagnosis	K56.7-Ileus
Admission Date	DEC-13-2014	No. of Days	10
Discharge Date	DEC-23-2014	Coverage	H&S - RAWAT INAP
MC Days :		Status	40-VALID CLAIM
		Disability No	38182470
		Amount Incurred	84,830,600
		Amount Approved	83,020,631

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
02:ROOM & BOARD(MAKSIMUM 150 DAYS)	600000	4850000	4100000	750000
03:INTENSIVE CARE (MAKSIMUM 45 DAYS)	99999999	1000000	1000000	0
05:HOSPITAL MISCELLANEOUS SERVICE	99999999	41880515	40891736	988779
06:IN-HOSPITAL CONSULTATION (INCLUDING GENERAL PRACTITIONER AND SPECIALIST) - (MAKSIMUM 2 CONSULTATION PER DAY, MAKSIMUM 150 DAYS)	99999999	5000000	5000000	0
16:SURGICAL FEE	99999999	32100085	32028895	71190
	TOTAL	84830600	83020631	1809969

Remarks

D3.DX AKHIR : ILEUS POST LAPAROTOMY,PASIE MENEMPATI KELAS IB RP. 375.000,-/HARI(SELAMA 3 HARI) PINDAH KE KELAS ICU RP. 500.000,- /HARI(SELAMA 2 HARI) DAN PINDAH KE KELAS IA RP. 595.000,-/HARI(SELAMA 5 HARI) ,BIAYA PERAWATAN DIJAMIN SESUAI BENEFIT,SELISIH BIAYA RP. 1.809.969,-(ADM RI,UNDERPAD,CROSS TEST,URINAL PASTIK,MINOSEP GARGLE,KAMAR DI PERTAHANKAN) DI BYAR DI RS.JIKA ADA NON MEDIS SUSULAN BAYAR DI RS.

.....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 : DEC-23-2014 06:04:44 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.

PRINT

SAVE A COPY

8000194201148446-38182470-FORM F