

Tanggal : DEC-22-2017 10:38:08 PM
Date

PERKIRAAN BIAYA RAWAT INAP				
CLAIMS ASSESSMENT				
1. Identitas Pasien <i>Identity Patient</i>		2. Penjamin, Perusahaan dan Informasi Manfaat <i>Payor and Benefit Information</i>		
a. Nama : <i>Name</i>	g. Status : <i>Status</i>	a. Penjamin : <i>Payor</i>	g. Status Polis : <i>Policy Status</i>	
b. Tanggal Lahir : <i>Date Of Birth</i>	h. Sejak : <i>Since</i>	b. Kode Perusahaan : <i>Corporate Code</i>	h. Klien : <i>Client</i>	
c. No. Rekam Medis : <i>Medical Record No.</i>	i. No Kartu BPJS : <i>BPJS No.</i>	c. Nomor Polis : <i>Policy No.</i>	i. Tanggal Mulai/Akhir : <i>Start Date/To</i>	
d. Jenis Kelamin : <i>Sex</i>	j. SEP No. : <i>SEP No.</i>	d. Produk : <i>Plan.</i>	j. Mata Uang : <i>Currency</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita <i>Male Female</i>	k. Hak Kelas Kamar BPJS : <i>BPJS right class</i>	e. Type : <i>Type</i>		
e. Nomor Kartu : <i>Card Number</i>	l. Kelas Perawatan : <i>Treatment Class</i>	f. Kepesertaan : <i>Membership</i>		
f. Identitas Peserta : <i>Member ID</i>	m. Pembayar Pertama : <i>First Payor</i>			
3. Informasi Perawatan <i>Hospital Confinement Information</i>				
a. Nomor Claim : <i>Name</i>	e. RS : <i>Hospital</i>	j. Kode INACBG : <i>INACBG Code</i>		
b. Persetujuan : <i>Approval Code</i>	f. Tanggal Masuk : <i>Admission date</i>	k. Estimasi Nilai INACBG : <i>Estimation Ammount Of INACBG</i>		
c. Manfaat : <i>Benefit</i>	g. Tanggal keluar : <i>Discharge Date</i>			
d. Kamar / ICU : <i>Room/ICU</i>	h. Lama Rawat Inap : <i>Length Of Stay</i>			
	i. ICD X Code / Diagnosis : <i>ICD X code/Diagnosis</i>			
4. ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
20:BIAYA RUANG DARURAT	999,999,999	445,084	445,084	0
	TOTAL	445,084	445,084	0
<p>1. Total biaya diajukan : Rp. 445.083,- Total biaya yang disetujui: Rp. 445.083,- Total biaya yang tidak disetujui: Rp.0,-</p> <p>2. Penjaminan biaya rawat sebatas emergency untuk diagnosa Obs Vomiting + ISPA dapat diberikan</p> <p>3. Informasi biaya rawat inap ini bersifat sementara, dan dapat berubah sesuai tagihan akhir dari RS.</p> <p>4. Khusus Peserta COB BPJS, wajib melampirkan surat rujukan faskes pertama dan Surat Eligibilitas Peserta (SEP)</p> <p>5. Obat Pulang: Epexol syr, Ancefa 10 tab (2x1), Ondancetron 10 tab (3x1)</p>				

Hormat Kami,
Best Regards



(dr Neneng M)

SENIOR MANAGER HEALTH CLAIM MANAGEMENT

Petugas Administrasi Rumah Sakit,
Verify By Hospital Administrator

[.....]

Peserta/Pasien maupun keluarga peserta/pasien,
Agreed

[.....]



Scan your Reference ID

ADM/FRM/CMT/006_Rev.02