



PERKIRAAN BIAYA RAWAT INAP

SQLI PLATINUM RIDER
Reference No. [32989785]

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 : APR-22-2014 06:34:53 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.	Pol. Status : ENFORCED		
Card No.		DOB	AUG-04-1963	Membership	Client : SQHPB		
Member ID		Since	DEC-01-2009	Plan	SQHPB	Type : MAX DOLLAR AMOUNT	
-	-	Gender	FEMALE	Start Date	DEC-01-2013 To NOV-30-2039	Currency : IDR	

CLAIMS DETAILS			
Reference ID	32989785	Provider	BALI ROYAL HOSPITAL (BROS) (IDR) - 1309
Approval Code	42829859	Diagnosis	M54.5-Low back pain (Nyeri punggung)
Admission Date	APR-13-2014	No. of Days	4
Discharge Date	APR-17-2014	Coverage	H&S - RAWAT INAP
MC Days :		Status	40-VALID CLAIM
		Disability No	
		Amount Incurred	93,980,665
		Amount Approved	80,998,030

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
02:ROOM & BOARD(MAKSIMUM 150 DAYS)	300000	1700000	1200000	500000
05:HOSPITAL MISCELLANEOUS SERVICE	99999999	7826471	5363836	2462635
06:IN-HOSPITAL CONSULTATION (INCLUDING GENERAL PRACTITIONER AND SPECIALIST) - (MAKSIMUM 2 CONSULTATION PER DAY, MAKSIMUM 150 DAYS)	99999999	1145000	1035000	110000
13:PRE-HOSPITAL/PRE-SURGICAL SPECIAL CONSULTATION (MAKS 1 CONSULTATION - MAKS 30 DAYS BEFORE ADMISSION)	99999999	50000	50000	0
14:PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC SERVICE + LAB TEST (MAKSIMUM 30 DAYS BEFORE ADMISSION)	99999999	10000	0	10000
16:SURGICAL FEE	99999999	74249194	71849194	2400000
30:PROSTHESIS AND IMPLANT PER YEAR	1500000	9000000	1500000	7500000
	TOTAL	93980665	80998030	12982635

Remarks

D.2 D.3 D.5 DIAGNOSA AKHIR DENGAN POST OP MICRODISSECTOMY . PASIEN MENEMPATI KAMAR KELAS I Rp. 300.000,-/HARI (SELAMA 4 HARI) . HCU Rp. 500.000,- (SELAMA 1 HARI) . ASURANSI DAPAT MENJAMINKAN BIAYA PERAWATAN SESUAI BENEFIT. SELISIH BIAYA Rp.12.982.635,- (ADM UGD, KASET PCA, DR VISIT TGL 15 , TISSUE BASAH, KENAIKAN KELAS KAMAR HCU TGL 14, ASISTEN OPERASI) HARAP BAYAR DI RS .JIKA ADA SUPLEMENT HERBAL DAN NON MEDIS 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 : APR-22-2014 06:34:54 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

8000194201103565-32989785-FORM F