



APPROVED CLAIMS

SEQUIS Q INFINITE MEDCARE RIDER

PT. Administrasi Medika

Electronic Healthcard Network

Head Office : 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 : NOV-20-2020 02:34:24 PM

MEMBER INFO.				PAYOR, CORPORATE AND PLAN INFO.			
Patient Name				Payor PT. AJ SEQUIS LIFE			
Principal Name				Corp Code INFINITE			
Relation	Principal	Status	ACTIVE	Policy No.		Pol. Status : ENFORCED	
Card No.		DOB		Membership		Client : SQIMC1	
Member ID		Since		Plan	SQIMC1	Type : PLAN SHARING	
-	-	Gender	MALE	Start Date	JUL-04-2020 To JUL-03-2080	Currency : IDR	

CLAIMS DETAILS					
Reference ID		Provider	SILOAM HOSPITALS BALI (IDR) - 1909		
Claim Type	MANUAL	Diagnosis	I25-Chronic Ischaemic Heart Disease		
Admission Date	NOV-18-2020	No. of Days	3	Disability No	
Discharge Date	NOV-20-2020	Coverage	H&S - RAWAT INAP	Amount Incurred	191,531,711
MC Days	3	Status	40-VALID CLAIM	Amount Approved	191,161,711

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
01:BIAYA ADMINISTRASI RAWAT INAP TERMASUK PAJAK DAN MATERAI (JIKA ADA)	999999999	1012000	1012000	0
02:BIAYA HARIAN KAMAR RUMAH SAKIT (MAKS 150 HARI PER TAHUN POLIS)	999999999	2430000	2430000	0
05:BIAYA RUMAH SAKIT LAIN - LAIN (OBAT-OBATAN, PEMERIKSAAN LABORATORIUM, ELEKTROKARDIOGRAM, TRANSFUSI DARAH DAN LAIN-LAIN)	999999999	7665475	7665475	0
06:BIAYA KONSULTASI HARIAN DI RUMAH SAKIT (TERMASUK DOKTER UMUM DAN DOKTER SPESIALIS), MAKS 2 KONSULTASI PER HARI; 150 HARI PER TAHUN POLIS	999999999	1750000	1380000	370000
07:BIAYA PERAWATAN SETELAH RAWAT INAP (MAKS 90 HARI SESUDAH KELUAR RUMAH SAKIT)	999999999	944903	944903	0
16:BIAYA PEMBEDAHAN	999999999	177729333	177729333	0
30:BIAYA PROTESA DAN IMPLAN	999999999	0	0	0
TOTAL		191531711	191161711	370000

Remarks

Total biaya Rp. 191.531.711,- Total biaya yang dijamin Rp. 191.161.711,- selisih Rp. 370.000,- (terdiri dari selisih biaya dokter by phone tgl 18, dokter visit tgl 19 dan 20) menjadi tanggungan peserta yang harus diselesaikan di RS. Penjaminan biaya rawat inap untuk diagnosa Post PCI a.i Angina Pectoris, CAD, HHD dapat diberikan. Informasi biaya rawat inap ini bersifat sementara, dan dapat berubah sesuai tagihan akhir dari RS. Khusus Peserta COB BPJS, wajib melampirkan surat rujukan faskes pertama dan Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Obat Pulang : crestor 10tab 1x1, cardio aspirin 10tab 1x1, cpg 10tab 1x1, spironolactone 10tab 1x1, v-bloc 20tab 2x1, candesartan 10tab 1x1, glucophage 10tab 1x1. Mohon form ini di tanda tangani oleh peserta / keluarga peserta..

Petugas AdMedika :

Verify/Petugas RS :

Agreed/Peserta :

[Tanggal : NOV-20-2020 02:34:25 PM]

[Tanggal :]

[Tanggal:]

Catatan :

P R I N T S A V E A C O P Y