

FORMULIR RAWAT JALAN

Nama Karyawan : .....  
 Nama Pasien : .....  
 Usia : 48 Pria / Wanita  
 No Peserta : 110 16 142 49 506  
 Rumah Sakit / Klinik : .....

[ ] dr. Umum [ ] dr. Spesialis [ ] dr. Gigi

1. Anamnesa : Batuk, demam  
 2. Diagnosa : Influenza  
 3. Terapi : Antibiotik, Parasetamol

4. Pemeriksaan Penunjang Lainnya : .....

PERNYATAAN KUASA TERTANGGUNG


Bersama ini Saya memberi kuasa kepada PT AJ InHealth Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau tertanggung lain dari keluarga Saya yang berhak, berdasarkan ketentuan yang berlaku. Saya menerangkan dengan sebenar-benarnya bahwa informasi yang diberikan dalam formulir ini adalah benar

Tanggal: 23-01-2024



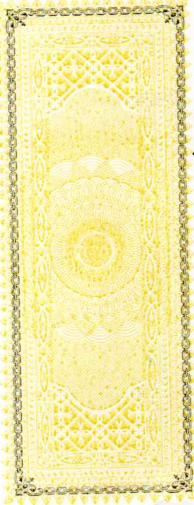
Tanda Tangan Pasien

Stempel Dokter

  
 Dr. R. H. Pangayaman  
 Jln. Setiabudi 308 Telp. (021) 525 0900  
 TTD Dokter Yang Merawat

Formulir ini WAJIB diisi dengan lengkap dan Jelas, Hanya klaim yang memenuhi persyaratan yang akan diproses lebih lanjut

Plaza Setiabudi, Gedung Setiabudi 2 Lt. 5 Suite 505-508 Jl. HR Rasuna Said Kav. 62, Jakarta 12920 Telp : 021-525 0900



No. \_\_\_\_\_  
Telah terima dari Budhi Herdrana  
Uang sejumlah 4 Jutuh ribu rupiah  
Untuk pembayaran penelitian kesehatan  
+ resep

Rp. 100.000,-  
di Rm H. Dadaha Farm  
J. MZ Mustika 300, 800, 1200, 1500  
TASIKMALAYA 46000

Yam 23/1 '24

**Apotek DADAH FARM**  
Jl. Dadaha No. 3 ☎ 0821 1817 9278  
KOTA TASIKMALAYA  
Apoteker : ZAUKI KURNIAWAN, S.Farm Apt No. SIPA : 19900318/SIPA\_32.78/2021/2.616  
SIA : 449/0321/APOTEK/DP/PTSP/III/2021

No : .....

Sudah terima dari

Tn Budhi Herdrana

Uang Sejumlah

1150 ratus enam puluh empat ribu lima ratus  
Rupiah

Untuk Pembayaran

Resep dan dr Rom. Hp  
untuk Tn Budhi Herdrana

Tasikmalaya, 23/1 2024

JUMLAH Rp.

369.500,-

**Apotek DADAH FARM**  
Jl. Dadaha No. 3 ☎ 0821 1817 9278  
KOTA TASIKMALAYA





Apotek

**DADAH FARM**

Jl. Dadaha No. 3 ☎ 0821 1817 9278  
KOTA TASIKMALAYA

Apoteker : ZAUKI KURNIAWAN, S.Farm.Apt No. SIPA : 19900318/SIPA\_32.78/2021/2.616  
SIA : 449/0321/APOTEK/DPMPSTP/II/2021

**COPY RESEP**

No. 13  
Tanggal 23/1-24  
Dari dr. Rom. Hp  
Untuk Tn Budhi Herdiana

R/ Iscophen 500 x10  
Isodi der  
Iscolan x10  
Isadi der  
Mpa  
Isflumac 3/4  
pro Isom 1/2  
uf m d+d x10  
Codip ron x  
Isadi der  
Zamudo r v molar  
der



Apotek

**DADAH FARM**

Jl. Dadaha No. 3 ☎ 0821 1817 9278  
Kota TASIKMALAYA

23/124

**PNM**  
Permodalan Nasional Madani

**mandiri**  
inhealth

**Inhealth indemnity**

PT. PERMODALAN NASIONAL MADANI (PERSERO)  
BUDHI HERDIYANA

07 Agustus 1976

1101614244508

(P \ M)

**mi-tap**

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM INDEMNITY

DATA PERSONAL

1. Nama Karyawan : Budi Heryan NIP: 24835 02.21  
 2. Nama Perusahaan : Petromodelan nasional Modelan  
 3. Nama Pasien : Budi Heryan  
 Peserta ☒ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐  
 4. No Kartu : 1101614244508  
 5. No Telepon : 0812809141 HP: 0812809141 Email: Budi.pnm.mba@gmail.com  
 6. No. Rekening :  
 7. Atas Nama : Budi Heryan  
 8. Bank : BRI  
 9. Biaya diajukan : Rp. 464.500  
 10. Tanggal kuitansi : 23-01-2024

KELENGKAPAN BERKAS [berikan tanda cek list (✓)]

NO	YANG HARUS DILAMPIRKAN	LENGKAP	TIDAK LENGKAP
1	Fotocopy kartu InHealth (Pasien)	✓	
2	Kwitansi (asli) dengan materai untuk tagihan senilai Rp. 1.000.000,- atau lebih (materai Rp. 6.000,-)	✓	
3	Rincian biaya perawatan (biaya kamar perawatan, biaya obat-obatan termasuk copy resep, pemeriksaan penunjang, biaya tindakan, jasa dokter)	✓	
4	Diagnosa Dokter/Resume medis (formulir rawat jalan/rawat inap)	✓	
5	Fotocopy hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, USG, EKG, endoscopy, dll) dan laporan prosedur tindakan (bila dilakukan)	✓	

Tanggal penyerahan klaim

24/01/2024

2015

Budi Heryan  
 Nama Jelas & tandatangan peserta