

KLINIK MEGA MEDIKA

PT. ARYA PUTRA SENTOSA

NPWP: 81.160.908.0.453.000

Jl. ARIA PUTRA No 3, KEDAUNG, CIPU
TATTANGGERANG SELATAN, BANTE
N, 15415, INDONESIA

UNTUK KONSUL DOKTER/

TANYA HASIL LAB/

TANYA OBAT/

MINTA KWITANSI/DI.L...

HP KLINIK: 0812 2494 4729

TELEPON KLINIK: 021-744-3065

HP COMPLAIN UNTUK PELAYANAN T
IDAK PUAS/TIDAK MENYENANGKA
N : 0815 801 7000 (di pusat, bukan klinik)

Invoice No. 010053
Date 25-09-2023 10:35
FM Elvina Damayanti
Dokter

dr. RAEMON ALEXANDRO MAU

Customer
VIRNA ERVIYANTI,
JL.DR SETIABUDI KM 10 NO.17 RT 002
RW 007
085374573356

#1. KONSULTASI DOKTER
Rp 30.000

#2. ADMINISTRASI
Rp 16.000

Diskon 10% Cashless
- Rp 1.600

#3. OBAT
Rp 111.100

Subtotal: Rp 155.500

Total: Rp 155.500.00

Card (25-09-2023) Rp 155.500.00

Total Paid Rp 155.500.00

Sudah termasuk PPN Obat (Rp. 11,009.91)

"Semoga Lelak Sembuh"



KLINIK MEGA MEDIKA

DOKTER 24 JAM

Jl. Aria Putra No. 3, Kedaung, Ciputat - Tangerang

Telp. : 021 - 744 3065

KWITANSI

TELAH TERIMA DARI :

Irma Erviani

UANG SEBANYAK :

Seratus Lima Ratus Lima Ribu Lima Ratus Rupiah

UNTUK PEMBAYARAN :

Untuk pemeriksaan dan pengobatan TBS

Px : Myakria + ispa

Tangerang,

25/9/

2023

Jumlah Rp

155.500

[Signature]
Nama jelas dan tandatangan

12
2

- ✓ Cefixime 100 cap
- ✓ Fandol forte Tab
- ✓ Fargelxx Tab
- ✓ Fenofyl Tab
- ✓ Molacsek Tab
- ✓ Omeprazole cap
- ✓ Bionacom Tab





RS Syarif

Hidayatullah

Jl. Ir. H Juanda No. 98,

Tangerang Selatan, Banten

(021) 7440535, E-mail :

humas@rssyarihidayatullah.com

UMUM

BILLING

No.Nota : 2023/09/26/RJU110
Unit/Instansi : Unit Gawat Darurat
Tanggal & Jam : 2023-09-26 14:09:46
No.RM : 289638
Nama Pasien : VIRNA ERVIYANTI (25Th)
: JL DR SETIABUDI KM 10 NO 17
Alamat Pasien RT/RW 002/007, Kelurahan,
Cidadap, KOTA BANDUNG
Dokter : Rima Aghnia Permata Sari dr
Administrasi :
Rekam Medik : 65,000
Tindakan Pemasangan Infus + 1.0449,000
Observasi
UGD Konsultasi Hari
kerja Jam 08.00 - 21.00 1.0 66,000
Obat & BHP DISPOSIBLE 10 ML
(TRM) (ALAT 1.0 11,100
KESEHATAN)
ALKOHOL SWABS (ALAT 3.0 600
KESEHATAN)
VASOFIX G20 (ALAT 1.0 9,228
KESEHATAN)
INTRAFIX AIR SAFE SET 1.0 28,740
(ALAT KESEHATAN)
OMEPRAZOL 40MG MHK 1.0 12,488
INJ (INJEKSI)
ONDANCENTRON INJ 4 1.0 4,024
MG (INJEKSI)
RINGER LACTAT ECOSOL 1.0 11,445
BBRAUN (INJEKSI)
ONDANCETRON TAB 8 5.0 6,940
MG (OBAT)
TOTAL 84,565
TAGIHAN 664,565
PPN 0

enam ratus enam puluh
TOTAL BAYAR empat ribu lima ratus enam puluh lima rupiah 664,565

Tangerang Selatan, 26-
09-2023 14:08:17
Petugas

Dimas Priyo Renggono



RumahSakit
Syarif Hidayatullah

KWITANSI

No. Kwitansi
Telah terima dari
Uang Sebanyak
Untuk Pembayaran

: 2589/RJ/A09/09/2023
: VIRNA ERVIYANTI
: enam ratus enam puluh empat ribu lima ratus enam puluh lima rupiah
: Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di RS Syarif Hidayatullah a/n VIRNA
ERVIYANTI (25Th), RM 289638

Terbilang Rp. 664,565

Tangerang Selatan, 26-09-2023



RumahSakit
Syarif Hidayatullah

KASIR



RS Premier
Bintaro

Jl. MH. Thamrin No. 1, Sektor 7 - Bintaro Jaya
Tangerang Selatan 15224 - Indonesia
Business Support : +62-21 2762 5500
Fax. : 62-21 7455 800
www.ramsaysimedarby.co.id

KWITANSI
Receipts

--- Asli/Original ---

Nomor / Number : 37671

Sudah Terima dari : Virna Erviyanti

Receive from

RAWAT JALAN

Terbilang : Sembilan Ratus Tiga Puluh Empat Ribu Tiga Ratus Tiga Puluh Empat Rupiah

In Words

: Nine Hundred Thirty Four Thousand Three Hundred Thirty Six Rupiah

Untuk Pembayaran : Tindakan dan Pelayanan oleh / Service & Treatment by dr. AB Wardoyo, Sp.PD
(Internal Medicine)

Payment For

Pro : Virna Erviyanti (0004007547) - OB00088495

Jumlah Uang : Rp. 934.336,00

Total



Bintaro, 27-Sep-2023 20:01:45

APRILLYA PUTRI WAHYUNI
Aprillya Putri Wahyuni

27-Sep-2023

20:01:45

NOTE:

1. Pemeriksaan yang telah dikerjakan tidak dapat dibatalkan.
2. Bila ternyata diperlukan pengulangan pemeriksaan atau terjadi hal-hal yang diluar batas kemampuan kami (seperti kekosongan reagen, kerusakan alat yang mendadak, sample tidak memenuhi syarat dll) maka



RS Premier
Bintaro

DETAIL PEMBAYARAN / PAYMENT DETAIL

Jl. MH. Thamrin No. 1, Sektor 7 - Bintaro Jaya
Tangerang Selatan 15224 - Indonesia
Business Support : +62-21 2762 5500
Fax : 62-21 7455 800
www.ramsaysimedarby.co.id



Nama Pasien/Patient Name : Virna Erviyanti
No. MR/MRN : 0004007547
Tgl lahir/DOB : 13-Dec-1997
Penjamin/Payor : Self Payment
Tipe/Plan : Self Payment RJ PB
Tgl. Episode/Episode Date : OB00088495 27-Sep-2023 19:30:00
Nomor Pembayaran/No Payment : 82828
Dokter/Doctor : dr. AB Wardoyo, Sp.PD

No	Keterangan / Details	Qty	Price	Payor Shr	Patient Shr	TOTAL(Rp)
1	Administrasi Pasien (OP)	1.00	85,000.00	85,000.00	0.00	85,000.00
2	Jasa Dokter Konsultasi E	1.00	375,000.00	375,000.00	0.00	375,000.00
3	ANVOMER B6 TABLET 40MG/30MG	10.00	3,900.00	39,000.00	0.00	39,000.00
4	EPISAN SUSPENSION 500MG/5ML 200ML (LASA)	1.00	117,074.00	117,074.00	0.00	117,074.00
5	LASGAN CAPSULE 30MG	14.00	22,733.00	318,262.00	0.00	318,262.00
TOTAL				934,336.00	0.00	934,336.00

- * PT AFFINITY HEALTH INDONESIA. NPWP 01.609.966.505-8.000
- * ALAMAT NPWP: JL. JATINEGARA TIMUR 85A BALIMESTER, JATINEGARA, JAKARTA TIMUR.
- * HARGA BARANG KENA PAJAK SUDAH TERMASUK PAJAK PERTAMBAHAN NILAI
- * NOMOR STRUK INI AKAN MUNCUL DI LAYAR DISPLAY APABILA OBAT SUDAH SELESAI DISIAPKAN
- * OBAT YANG SUDAH DIBELI TIDAK DAPAT DITUKAR ATAU DIKEMBALIKAN
- * OBAT YANG TIDAK DIAMBIL DALAM WAKTU 2 MINGGU , DI LUAR TANGGUNG JAWAB FARMASI RSPB

27-Sep-2023

20:01:38

Page 1 of 1



NOTE:

- Pemeriksaan yang telah dikerjakan tidak dapat dibatalkan.
- Bila ternyata diperlukan pengulangan pemeriksaan atau terjadi hal-hal yang diluar batas kemampuan kami (seperti kekosongan reagen, kerusakan alat yang mendadak, sample tidak memenuhi syarat, dll) maka



**RS Premier
Bintaro**

JL. MH. Thamrin No. 1 Sektor 7 Bintaro Jaya
Tangerang Selatan 15224 - Indonesia
Tel: 62-21 7455 500/600/700, Fax: 62-21 7455 800

No. Klaim (Claim No)

Perusahaan / Asuransi (Company / Insurance)

Self Payment

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN
(OUT PATIENT CLAIM FORM)**

Identitas Peserta (Member Identity) Diisi oleh Pasien / keluarga (to be fill by patient / family)

Nama Pasien (Patient Name) : Virna Erviyanti
Tanggal Lahir (Date of Birth) : 13-Dec-1997
Jenis Kelamin (Sex) : Perempuan (F)
No. Rekam Medis (Med. Record No.) : 0004007547
No. Kartu (Card No.) :
No. Polis (Policy No.) :
Nama Perusahaan (Company Name) :

Pernyataan Pemberian (Authorization)

Dalam rangka pengurusan klaim Asuransi/Perusahaan/Administrator Pihak Ketiga dan/atau pelayanan nasabah asuransi, Saya dengan ini memberikan kuasa dan ijin kepada pihak RS Premier Bintaro, dokter/tenaga medis RS Premier Bintaro, laboratorium atau pihak lain yang mempunyai catatan atau informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya untuk memberikan catatan riwayat kesehatan Saya, perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya tersebut kepada perusahaan /Perusahaan Asuransi sebagaimana tersebut di atas dan/atau administrator pihak ketiga yang bekerja sama dengan Perusahaan Asuransi. Pemberian kuasa dan ijin ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan. Untuk pelaksanaan kuasa ini Saya dengan ini melepaskan/mengesampingkan (waiver) berlakunya ketentuan-ketentuan yang terdapat dalam Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata tentang berakhirnya kuasa. Salinan dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya. Saya dengan ini membebaskan dan melepaskan setiap pihak yang terkait dari setiap gugatan, tuntutan, komplain, dan tindakan hukum lainnya yang sejenis baik secara perdata maupun pidana selubung dengan pemberian dan/atau pelaksanaan kuasa dan ijin ini. Saya wajib membayarkan dan/atau mengganti segala biaya tindakan medis yang termasuk kelebihan biaya dan pengecualian yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis Asuransi/peraturan atau perjanjian dengan Perusahaan/Administrator Pihak Ketiga.

In order to manage the claims of insurance/company/third party administrators and/or insurance customer service, I am authorize and permit to the party of RS Premier Bintaro, the doctor/medical personnel of RS Premier Bintaro, laboratory or any other parties who have a record or information on my health history, treatment or other information about myself to provide the company/insurance company as stated above and/or third party administrators working with the insurance company with a record of my health. This granting of power and license cannot be withdrawn or cancelled. For the implementation of this power I have waive/waive (waiver) the validity of the provisions contained in article 1813, 1814 and article 1816 of the Civil Code Law on the expiration of power. This copy of power has the same legal force and binding according to the original. I therefore waive and waive any party relating to any claims, demands, complaints, and other legal acts of both civil and criminal in connection with the granting and/or performance of these powers and permits. I shall pay and/or reimburse any costs of medical action including excess fees and exclusions not also insured in the insurance policy/regulations or agreements with third party companies/administrators

Tanda-tangan Pasien/Wali (Patient/Ward Signature)

Nama Jelas (Name)

Diisi Oleh Dokter (To be fill by Doctor)

Anamnesa (Anamnesa)

Anamnesa	Create Date	Create Time	User
(Informasi): MUAL (PARAH BANGET), NYERI ULU HATI, MERJANG, BATUK	2023-09-27	19:42:28	dr. AB Wardoyo, Sp.PD

Tanda-tanda Vital (Vital Sign)

	Value	Date	Time
	149	2023-09-27	19:14:00
	84	2023-09-27	19:14:00
	367	2023-09-27	19:14:00
	20	2023-09-27	19:14:00

	Create Date	Create Time	User
	2023-09-27	19:42:28	dr. AB Wardoyo, Sp.PD

: 27-Sep-2023