

**Kwitansi Farmasi**

ASLI

No. Kwitansi : OP-00250639  
No Reg / Tgl. Reg : 2303230167 / 23 Mar 2023  
No. RM : 00-43-30-21  
Nama Pasien : ELSYABELLA DWI RAHMAWATI  
No Antrian Resep : A,C,UJ7,11,25

No. Faktur : 010.000.13.  
NPWP : 01.314.856.4.073.000

Keterangan	Qty	Disc(%)	Total
Diagit Tablet ( R230330502011 )	10	-	43.669,-
Inpepsa Syrup 100 Ml ( R230330502011 )	1	-	108.780,-
Lansoprazole 30 Mg Capsul ( R230330502011 )	10	-	19.090,-
Ondansetron 8 Mg Tab ( R230330502011 )	10	-	35.740,-
		Tagihan	207.279,-
		Pembulatan	0,-
		Total Tagihan	207.279,-
		Total Tagihan Penjamin	0,-
		Total Tagihan Pasien	843.873,-

Terbilang (Dua Ratus Tujuh Ribu Dua Ratus Tujuh Puluh Sembilan Rupiah)

- Pembayaran Sah Setelah Kasir Memberikan Cap Lunas
- Barang Yang Sudah Dibeli Tidak Dapat Dikembalikan Atau Ditukar
- Untuk Barang Kena Pajak, Harga Sudah Termasuk PPN

DPP 186.738,-  
PPN 20.541,-  
Pejabat Penanda Tangan  
**BUNDA**  
RSU Bunda Jakarta  
**LUNAS**

Dicetak : 23-03-2023, 13:08

RSU BUNDA JAKARTA, NPWP : 01.314.856.4.073.000  
Jl. Teuku Cik Ditiro No. 21 Kel. Gondangdia Kec. Menteng, Jakarta Pusat - 10350

7  
30326  
BCA  
BUNDA RSU,PUSAT 1  
JL.TEUKU CIK DITIRO  
NO.21 MENTENG,JAKARTA  
CARD# CX143213  
CARD TYPE VISA BCA (DIP)  
\*\*\*\*\*2412  
ELSYABELLA DWI R/  
SALE  
DATE/TIME 23 MAR,23 13:07  
MATCH : 000422  
TRACE NO: 003263  
EF.NO. 008448  
APPR.CODE 081452  
**TOTAL Rp. 843,873**  
AID : A0000000031010  
TVR : 8080048000  
C : C344EE0C16F80B15  
TSI : 6800  
AL : Visa Credit  
\*\*\* SIGNATURE NOT REQUIRED \*\*\*  
83A09DBA0D/ANS501N  
\*\*Cardholder Copy\*\*



**bmh's**  
SINCE 1973

RSU BUNDA JAKARTA  
Jl. Teuku Cik Ditiro No. 21 Kel. Gondangdia Kec. Menteng, Jakarta Pusat - 10350  
Telp. 02131923344, Fax. 1-500-799

## Kwitansi Rawat Jalan

ASLI

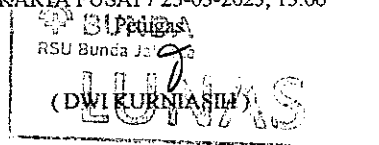
No. Kwitansi : OP-00250639  
No Reg / Tgl. Reg : 2303230167 / 23 Mar 2023  
No. RM : 00-43-30-21  
Nama Pasien : ELSYABELLA DWI RAHMAWATI  
No Antrian Resep : A,C,UJ7,11,25

Keterangan	Qty	Disc(%)	Total
Administrasi	1	-	95.000,-
Kamar Emergency >1 Jam [ Dr. Annisa Putri Ramadhanti ]	1	-	193.000,-
Konsultasi Dr. Umum (Igd) [ Dr. Annisa Putri Ramadhanti ]	1	-	200.000,-
Tindakan Injeksi (Diluar Obat) [ Dr. Annisa Putri Ramadhanti ]	1	-	100.000,-
Dermafix S Iv 6x7 *** ( I230326400522 )	1	-	2.752,-
Iv Catheter No. 24 *** ( I230326400522 )	1	-	11.544,-
Omeprazole 40 Mg Injeksi *** ( I230326400522 )	1	-	9.324,-
Ondansetron 8 Mg Injeksi 4 Ml *** ( I230326400522 )	1	-	6.713,-
Sarung Tangan Superguard/onehealth (M) ( I230326400522 )	4	-	7.516,-
Sput 5 Co *** ( I230326400522 )	1	-	921,-
Water For 25 Ml ( I230326400522 )	1	-	9.824,-
Tagihan			636.594,-
Total Tagihan			636.594,-
PPN			70.025,-
PPN Dibebaskan			-70.025,-
Pembayaran :			
ID(XXXX330121372412) Multipayment EDC BANK BCA			843.873,-
Total Bayar			843.873,-

Sudah Terima Dari : ELSYABELLA DWI RAHMAWATI

Terbilang (Enam Ratus Tiga Puluh Enam Ribu Lima Ratus Sembilan Puluh Empat Rupiah)

JAKARTA PUSAT / 23-03-2023, 13:06



Dicetak : 23-03-2023, 13:08

- Pembayaran sah setelah kasir memberikan cap lunas

## Surat Keterangan Dokter

Medical Certificate

**ELSYABELLA DWI RAHI**

23 - September - 1994 P / 28

MRN# 00-43-30-21

JL PISANGAN LAMA RT010/011

Hp# 085881316188

Tlp#

23 Mar 20

Yang bertanda tangan dibawah

The undersigned explains that:

Nama

Name

☒ Berhubung sakit memerlukan cuti selama: **Satu (1)** hari  
In relation to illness requires a leave of absence: **days**

terhitung tanggal: **23 / 3 / 2023**  
from the date

☐ Memerlukan izin tanggal \_\_\_\_\_ untuk datang  
Need permission date to come to

ke Rumah sakit guna keperluan berobat/pemeriksaan.  
the hospital for the purpose of treatment/examination

☐ Cuti hamil-nifas sesuai peraturan yang berlaku selama \_\_\_\_\_ bulan,  
Maternity leave-childbirth according to the regulation that is valid for months,  
perhitungan perkiraan persalinan:  
calculating of delivery expectations

☐ Cuti selama dirawat di Rumah Sakit dari tanggal \_\_\_\_\_  
Leave during hospitalization from date  
s/d tanggal \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ dan cuti tambahan  
selama \_\_\_\_\_ ( ) hari setelah dipulangkan.  
leave days after being returned.

☐ Dx: Abdominal pain ec dyspepsia

Harap yang berkepentingan maklum.

Please be interested.

