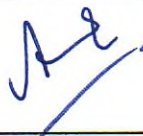


**PERMOHONAN PENGgantian BIAYA PENGOBATAN***Medical Claim Form*

<b>NAMA</b> <i>Name</i>		Anni Suwardi		<b>DEPARTEMEN / BAGIAN</b> <i>Department</i>		
<b>JABATAN/GOLONGAN</b> <i>Position</i>		CFO		<b>REGIONAL</b> <i>Region</i>		DKI JAKARTA
<b>NO. KARYAWAN</b> <i>Employee ID number</i>		20180115				
<b>NO. TELEPON</b> <i>Telephone number</i>		08881850099				
<b>NO</b>	<b>JENIS PENGgantian</b> <i>Type of Reimbursement</i>	<b>JUMLAH KUITANSI (lbr)</b> <i>Number of Original Receipt</i>	<b>TOTAL NOMINAL KUITANSI (Rp)</b> <i>Total Amount of Original Receipt</i>	<b>PENGgantian (Rp)</b> <b>REIMBURSEMENT (IDR)</b>	<b>KETERANGAN</b> <i>(coret yang tidak perlu)</i>	
1	APOTIK <i>Pharmacist</i>	2	399.000	399.000	Diri Sendiri / Suami / Anak <i>Employee / Wife / Children</i>	
2	DOKTER <i>Doctor</i>			-	Diri Sendiri / Suami / Anak <i>Employee / Wife / Children</i>	
3	LABORATORIUM <i>Laboratory</i>			-	Diri Sendiri / Suami / Anak <i>Employee / Wife / Children</i>	
4	GIGI <i>Dental</i>			-	Diri Sendiri / Suami / Anak <i>Employee / Wife / Children</i>	
5	KACAMATA (Lensa/Frame) <i>Optical Aid (Lenses/frames)</i>			-	Hanya untuk Diri Sendiri <i>Employee only</i>	
6	RAWAT INAP (PCR) <i>In-patient</i>			-	Diri Sendiri / Suami / Anak <i>Employee / Wife / Children</i>	
<b>TOTAL</b>				399.000		
<b>POTONGAN (kelebihan atas Jatah Tahunan)</b> <i>Deduction (over limit from current year's entitlement)</i>						
<b>TOTAL PENGgantian YANG DISETUJUI</b> <i>Total Approved Reimbursement</i>						
<b>SISA BIAYA PENGOBATAN</b> <i>Remaining Reimbursement Limit</i>		Rawat jalan <i>Out-patient</i>			(diisi oleh HR) <i>(filled by HR)</i>	
		Rawat inap <i>In-patient</i>				
<b>BUKTI-BUKTI YANG DILAMPIRKAN</b> <i>Submitted original receipt</i>		<input type="checkbox"/> Kuitansi asli (Dokter, Apotik, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium) <i>Original receipt (doctor, pharmacist, hospital, clinic, laboratory)</i>				
		<input type="checkbox"/> Copy Resep Dokter <i>Copy of Medical Prescription</i>				
<b>DIAGNOSA</b>		radang tenggorokan dan batuk				
<b>DIBUAT OLEH PEMOHON</b> <i>Prepared by Requestor</i>		<b>DIKETAHUI OLEH ATASAN</b> <i>Acknowledged by Superior</i> <i>*apabila rawat inap</i>		<b>DISETUJUI OLEH HR</b> <i>Approved by HR</i>		
						
<b>Nama</b> <i>Name</i>	Anni Suwardi					
<b>Jabatan</b> <i>Title</i>	CFO					
<b>Tanggal</b> <i>Date</i>	05 January 2023					
<p>Semua KUITANSI pengobatan sudah harus diajukan untuk permohonan penggantian biaya selambat-lambatnya 30 hari sejak tanggal penerbitan kuitansi tersebut. KUITANSI dengan tanggal pengeluaran lebih dari 1 (satu) bulan pada tanggal pengajuan dianggap kadaluarsa &amp; tidak berhak atas penggantian biaya (sesuai dengan Kebijakan/Prosedur yang berlaku).</p> <p><i>All medical receipt must be submitted for reimbursement no less than 30 days from the issuance date of the medical receipt. Medical receipt with an issuance date more than 1 (one) month to submission date will be considered expired and no longer valid to be reimbursed (refer to Policy/Procedure).</i></p>						
<b>Effective Date</b>		01-Jan-20	<b>Revision History</b>			





Apotik "ANDALAS"

MUARA KARANG BLOK Z1 BARAT NO.35

TELP. : 6679111 - 6616360 - 66603906 - 66601128

WA Apotik : 081511102006 - Jakarta Utara

No. ....

Sudah terima dari : ..... Anni Suwardi

Banyaknya Uang ..... dua ratus empat puluh satu ribu rupiah.

Untuk pembayaran ..... obat-obatan atas R/dr Stephanus I

Sumlah Rp.

241.000,-

Jakarta, ..... 26 / 2 ..... 2022



copyr

Ry. Begunior 500 X'

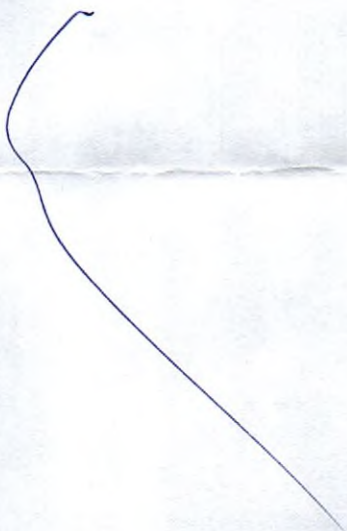
800

\_\_\_\_\_ deb

Ry. Cataplam 50 X'

80

\_\_\_\_\_ deb





**Apotik "ANDALAS"**  
MUARA KARANG BLOK Z1 BARAT NO.35  
TELP. : 6679111 - 6616360 - 66603906 - 66601128  
WA Apotik : 081511102006 - Jakarta Utara

No. ....

Sudah terima dari : *Anni Suwardi*

Banyaknya Uang

*Seratus Lima Puluh Belas Ratus Ribu Rupiah*

Untuk pembayaran *obat. Obatn rtas / dr. stephanns. indrawati*

Jakarta, *28 - 12* 20*22*

*Sumlah Rp.*

*150.000,-*





copy/

calinFlam su 7  
pns pan syr 1

suc



20/227