



**RUMAH SAKIT**  
**HERMINA DEPOK**  
Jl. Raya Siliwangi No. 50 Pancoran Mas, Depok 16436  
Telp. (021) 77202525 (Hunting) Fax. (021) 7763309  
Website : www.herminahospitals.com

RM 04.02.008 Rev 1

<b>FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN (RAWAT JALAN)</b> <b>HEALTH INSURANCE CLAIM FORM (OUT PATIENT)</b>			
<i>Mohon isi formulir dibawah ini dengan lengkap dan jelas</i> <i>Please fill this form completely</i>			
<b>INFORMASI PASIEN (diisi oleh peserta) Patient Information</b>			
Nama Perusahaan <i>Company Name</i>	:		No. Polis <i>Policy Number</i>
Nama Peserta <i>Patient Name</i>	:		No. Peserta <i>Membership Number</i>
Tanggal Lahir <i>Date of Birth (dd/mm/yy)</i>	:		Jenis Kelamin <i>Gender</i> <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita <i>Male Female</i>
Status Pasien <i>Patient</i>	:	<input type="checkbox"/> Karyawan <i>Employee</i> <input type="checkbox"/> Istri/Suami <i>Spouse</i> <input type="checkbox"/> Anak <i>Child</i>	
<b>INFORMASI PELAYANAN Service Information</b>			
Jenis Pelayanan <i>Service Type</i>	:	Tanggal Masuk <i>Date of Admission</i>	: 1 / 9 / 2023.
<input type="checkbox"/> Pasca Rawat Inap <i>Post in Patient</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Pasca Melahirkan <i>Post Maternity</i>	Tanggal Keluar <i>Date of Discharge</i>	:
<input checked="" type="checkbox"/> Rawat Jalan <i>Out Patient</i>	<input type="checkbox"/> Dokter Umum <i>General Practitioner</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Dokter Spesialis <i>Specialist Doctor</i>			
<b>HASIL PEMERIKSAAN (diisi oleh dokter pemeriksa) Doctor's Consultation</b>			
Anamnese <i>Anamnesis</i>	:	Rujukan dr. Suryawati, Sp.A(k). Gerakan mengayit pd mata kanan dan kiri - tidak terencana.	
Pemeriksaan Fisik & Penunjang Medis <i>Physical Examination &amp; Supporting Diagnostic Examination</i>	:	wawancara, observasi psikologis.	
Tindakan/Terapi <i>Procedure / Medication</i>	:	psikoedukasi, Hipnotherapy, kontrol 13/9/2023.	
Diagnosa Masuk <i>First Diagnosis</i>	:	motor tic / tic disorder.	
Diagnosa keluar <i>Final Diagnosis</i>	:	tic disorder.	
Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan :			
<input type="checkbox"/> Kesuburan/Ketidaksuburan   <i>Fertility / Infertility</i>	<input type="checkbox"/> Hormonal / <i>Hormonal</i>		
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Keturunan   <i>Congenital/Hereditary</i>	<input type="checkbox"/> Kejiwaan / Psikosomatis   <i>Psychiatric / Psychosomatic</i>		
<input type="checkbox"/> Kosmetika   <i>Cosmetic</i>	<input type="checkbox"/> Kehamilan   <i>Maternity</i>		
<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual   <i>Sexually transmitted disease</i>	<input type="checkbox"/> Tidak termasuk semuanya   <i>Other</i>		
<b>Pernyataan Pemberi Kuasa</b>			
Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada setiap Dokter RS, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi atau organisasi lainnya yang telah memeriksa, melakukan tindakan/operasi atau merawat saya karena sebab apapun, untuk memberikan keterangan lengkap termasuk riwayat medis saya sebelumnya kepada perusahaan asuransi. Dalam hal ini saya akan mengganti kepada perusahaan /asuransi untuk biaya excess & pengecualian yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis. Saya menyatakan semua yang tertulis ini benar dan dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun, copy pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya			
<i>I hereby authorize any physician of hospital, clinic, public health services, insurance company or other organization who has treated me to my medical record and information including my past medical history to insurance company. I will pay the excess in accordance to my medical benefit plan and exlusions as written in my policy. I declare the above statement is written truthfully without force from any one. Acopy of this statement should be as valid and legal as the original</i>			
Tanda tangan Pasien / Wali / Orang Tua Pasien <i>Patient/Word/Parent signature</i>		Tanda tangan Dokter yang Memeriksa <i>Treating Doctor</i>	

Farani Hidayah Angkat, M.Psi., Psi.  
STRPK : 12.24.8.2.1.20-3323670



PT MEDIKALOKA HUSADA  
**RUMAH SAKIT HERMINA DEPOK**

Jl. Raya Siliwangi No. 50, Kecamatan Pancoran Mas, Depok, Jawa Barat 16436  
Telp. (021) 77202525 (Hunting) Fax. (021) 77206107  
Website : [www.herminahospitals.com](http://www.herminahospitals.com)

**BUKTI PEMBAYARAN**

Nama Pasien <i>Nama Pasien</i>	: An. KHAYLA MALIKA DUCHARI	Tanggal Transaksi <i>Transaction Date</i>	: 01/09/2023 14:38
No. Rekam Medik <i>Medical Record Number</i>	: 1040595389	Poliklinik <i>Polyclinic</i>	: RAWAT JALAN
Jenis Kelamin <i>Gender</i>	: Perempuan	Nama Dokter <i>Doctor's Name</i>	: Ny. Farani Angkat, M.Psi, Psi, CHT
No. Telepon <i>Contact No.</i>	: 081214084315	Penjamin <i>Guarantor</i>	:
No. Transaksi <i>Invoice No.</i>	: IOP/104/230901/0446	Sudah Terima Dari <i>Payor</i>	:

Tanggal <i>Date</i>	Keterangan <i>Description</i>	Jumlah <i>Quantity</i>	Tarif (Rp.) <i>Charges (Rp.)</i>	Total (Rp.) <i>Total (Rp.)</i>
KONSULTASI				
01/09/2023	Jasa Sarana Klinis RS.   Ny. Farani Angkat, M.Psi, Psi, CHT	1	64.000	64.000
01/09/2023	Konsultasi Psikolog > 1 jam   Ny. Farani Angkat, M.Psi, Psi, CHT	1	329.000	329.000
			<b>Sub Total</b>	<b>393.000</b>
<b>Total Transaksi</b> <i>Total Transaction</i>				<b>393.000</b>

**Cara Bayar:**  
*Payment Method*

Debit/Credit Card	MANDIRI	393.000
-------------------	---------	---------

**Terbilang Total Transaksi : Tiga Ratus Sembilan Puluh Tiga Ribu Rupiah**  
*Amount In Words : Rupiah Three Hundred Ninety Three Thousand Only*

**Harga Obat-obatan sudah termasuk PPN**  
*Medicine prices include VAT*

PT. MEDIKALOKA HUSADA. NPWP/PKP : 01.973.467.2-007.000  
Jl. Raya Siliwangi No. 50 Pancoran Mas

Depok, 01/09/2023



Nur Indah Hidayah

  
**mandiri**

RS HERMINA DEPOK LT.3  
JL. RAYA SILIWANGI NO. 50  
PANCORAN NAS  
DEPOK

MID:71000752997

TEL:74809017

CHN TYPE:LINK OFUS

\*\*\*\* \* 7404 DIP

CHIP NASIONAL INST PV

SALE

BATCH:000085

DATE:01/09/2023

REF NO:324414018446

**TOTAL**

AID:40000006021010

TC:315A4C03B3375827

AB NSICCS ATM/Debit

\*\*/\*\*

TRACE NO:001233

TIME:14:37:48

APPR CODE:016663

**Rp 393.000**

TVR:0880048000

TSI:F800

0/GR/01.21s

NO SIGNATURE REQUIRED

\*\*MERCHANT COPY\*\*

[IC0623024/74809017]





RUI

HERM

Jl. Raya Siliwangi No. 50 Pancoran Mas, Depok 16436

Telp. (021) 77202525 (Hunting) Fax. (021) 7763309

Website : www.herminahospitals.com



**FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN (RAWAT JALAN)**  
**HEALTH INSURANCE CLAIM FORM (OUT PATIENT)**

Mohon isi formulir dibawah ini dengan lengkap dan jelas  
 Please fill this form completely

**INFORMASI PASIEN (diisi oleh peserta) Patient Information**

Nama Perusahaan Company Name	:		No. Polis Policy Number	:	
Nama Peserta Patient Name	:		No. Peserta Membership Number	:	
Tanggal Lahir Date of Birth (dd/mm/yy)	:		Jenis Kelamin Gender	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female
Status Pasien Patient	:	<input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Istri/Suami <input type="checkbox"/> Anak Employee Spouse Child			

**INFORMASI PELAYANAN Service Information**

Jenis Pelayanan Service Type	Tanggal Masuk Date of Admission	:	15 / 9 / 2023.
<input type="checkbox"/> Pasca Rawat Inap Post in Patient <input checked="" type="checkbox"/> Rawat Jalan Out Patient <input checked="" type="checkbox"/> Dokter Spesialis Specialist Doctor	<input type="checkbox"/> Rawat Pasca Melahirkan Post Maternity <input type="checkbox"/> Dokter Umum General Practitioner	Tanggal Keluar Date of Discharge	:

**HASIL PEMERIKSAAN (diisi oleh dokter pemeriksa) Doctor's Consultation**

Anamnese Anamnesis	:	Progress intensitas & frekwensi tic berulang
Pemeriksaan Fisik & Penunjang Medis Physical Examination & Supporting Diagnostic Examination	:	
Tindakan/Terapi Prosedure / Medication	:	Psikoedukasi, Parenting, Hipnoparenting
Diagnosa Masuk First Diagnosis	:	
Diagnosa keluar Final Diagnosis	:	Tic disorder.

**Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan :**

<input type="checkbox"/> Kesuburan/Ketidaksuburan   Fertility / Infertility	<input type="checkbox"/> Hormonal / Hormonal
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Keturunan   Congenital/Hereditary	<input type="checkbox"/> Kejiwaan / Psikomatis   Phychiatric / Psychosomatic
<input type="checkbox"/> Kosmetika   Cosmetic	<input type="checkbox"/> Kehamilan   Maternity
<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual   Sexually transmitted disease	<input type="checkbox"/> Tidak termasuk semuanya   Other

**Pernyataan Pemberi Kuasa**

Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada setiap Dokter RS, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi atau organisasi lainnya yang telah memeriksa, melakukan tindakan/operasi atau merawat saya karena sebab apapun, untuk memberikan keterangan lengkap termasuk riwayat medis saya sebelumnya kepada perusahaan asuransi. Dalam hal ini saya akan mengganti kepada perusahaan/asuransi untuk biaya excess & pengecualian yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis. Saya menyatakan semua yang tertulis ini benar dan dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun, copy pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya

I hereby authorize any physician of hospital, clinic, public health services, insurance company or other organization who has treated me to my medical record and information including my past medical history to insurance company. I will pay the excess in accordance to my medical benefit plan and exlusions as written in my policy. I declare the above statement is written truthfully without force form any one. Acopy of this statement should be as valid and legal as the original

Tanda tangan Pasien / Wali / Orang Tua Pasien  
 Patien/Word/Parent signature

Tanda tangan Dokter yang Memeriksa  
 Treating Doctor

Farani Hidayah Angkat, M.Psi., Psi.  
 STRPK : 12.24.8.2.1.20-3323670



PT MEDIKALOKA HUSADA  
**RUMAH SAKIT HERMINA DEPOK**

Jl. Raya Siliwangi No. 50, Kecamatan Pancoran Mas, Depok, Jawa Barat 16436  
Telp. (021) 77202525 (Hunting) Fax. (021) 77206107  
Website : [www.herminahospitals.com](http://www.herminahospitals.com)

**BUKTI PEMBAYARAN**

Nama Pasien <i>Nama Pasien</i>	: An. KHAYLA MALIKA DUCHARI	Tanggal Transaksi <i>Transaction Date</i>	: 15/09/2023 16:00
No. Rekam Medik <i>Medical Record Number</i>	: 1040595389	Poliklinik <i>Polyclinic</i>	: RAWAT JALAN
Jenis Kelamin <i>Gender</i>	: Perempuan	Nama Dokter <i>Doctor's Name</i>	: Ny. Farani Angkat, M.Psi, Psi, CHT
No. Telepon <i>Contact No.</i>	: 081214084315	Penjamin <i>Guarantor</i>	:
No. Transaksi <i>Invoice No.</i>	: IOP/104/230915/0530	Sudah Terima Dari <i>Payor</i>	:

Tanggal <i>Date</i>	Keterangan <i>Description</i>	Jumlah <i>Quantity</i>	Tarif (Rp.) <i>Charges (Rp.)</i>	Total (Rp.) <i>Total (Rp.)</i>
KONSULTASI				
15/09/2023	Konsultasi Psikolog.   Ny. Farani Angkat, M.Psi, Psi, CHT	1	153.000	153.000
			<b>Sub Total</b>	153.000
LAIN - LAIN				
15/09/2023	JASA SARANA KLINIS RS	1	64.000	64.000
			<b>Sub Total</b>	64.000
<b>Total Transaksi</b> <i>Total Transaction</i>				<b>217.000</b>

**Cara Bayar:**  
*Payment Method*

Debit/Credit Card	BCA	217.000
-------------------	-----	---------

**Terbilang Total Transaksi : Dua Ratus Tujuh Belas Ribu Rupiah**  
*Amount In Words : Rupiah Two Hundred Seventeen Thousand Only*

Depok, 15/09/2023



**Harga Obat-obatan sudah termasuk PPN**  
*Medicine prices include VAT*

PT. MEDIKALOKA HUSADA. NPWP/PKP : 01.973.467.2-007.000  
Jl. Raya Siliwangi No. 50 Pancoran Mas

mandiri



**BCA**

HERMINA RSIA, DEPOK-HO  
JL. SILIWANGI NO.50  
PANCORAN MAS, DEPOK

mandiri

TERM# 00834988      MERC# 000885000436964

CARD TYPE DEBIT BCA (DIP)

\*\*\*\*\*1818

SALE      DATE/TIME 15 SEP,23 15:59

BATCH : 000199      TRACE NO: 003535

REF.NO.      006034      APPR.CODE 155932

**TOTAL      Rp. 217,000**

mandiri

AID : A0000000021010      TVR : 0200018000

CC : C5619053EB6B1992      TSI : F800

PP/AL : NSICCS ATM/Debit

\*\*\* SIGNATURE NOT REQUIRED \*\*\*

n

CB3E0A2F3C/AN5502C

^^Cardholder Copy^^