

SILOAM HOSPITALS KEBON JERUK  
JL. RAYA PEJUANGAN KAV 8 KEBON JERUK, JAKARTA BARAT  
TELP: 021-25677888

INVOICE

Registration No / MR : OPA2306260416 / 00-54-15-73  
Name : JULIANA DIONG  
Address : ANPASIT II NO.9 CIBENG BARAT GAMBIR  
Patient Type : PRIVATE

Invoice No : 01V2306260221  
Invoice Date : 26-Jun-2023 11:30  
Registration Date : 26-Jun-2023 11:27

No Name	Description	Qty UOM	Amount	Discount	Patient
RADIOLOGY 1 ANKLE	dr. Langga Sintong, SpOT (K)	1	321,000	32,100	288,900
SUB TOTAL :			321,000	32,100	288,900
ROUNDING :					-900
TOTAL :					288,000
PAYMENT :					288,000
BALANCE :					0

IN WORDS - PATIENT :  
Dua ratus delapan puluh delapan ribu rupiah

PATIENT RECEIPT / KUITANSI :

Type	Date	Payment Mode	Card / Account No	Card / Account Name	Description	Cashier	Patient
Payment	26/06/23	Credit Card	XXXXXXXXXXXXXXXX6721	-	BCA, Ref No: 041003	HERMINA SEPTIANA NAPITUPULU	288,000
						TOTAL :	288,000

CASHIER  
HERMINA SEPTIANA NAPITUPULU

Siloam Hospitals Kebon Jeruk  
Jl. Perjuangan Jl. Kav. VIII, RT.14/RW.10, Kb. Jeruk, Kec. Kb. Jeruk, Kota  
Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 11530  
(021) 25677888

MR : SHKJ.00-54-15-73  
Name (Nama) : JULIANA OJONG  
DOB/Age (TTL/Umur) : 05 Jul 1975 / 47Y 11M 21D  
Sex (Jenis Kelamin) : Female  
Doctor (Dokter) : dr. Langga Sintong, SpOT (K)  
Adm No. (No. Adm) : OPA2306260247 / 26 Jun 2023  
Payer (Payer) : PRIVATE

## Permohonan Pemeriksaan Radiologi

Diagnosa Klinis ( *Clinical Diagnosis* ) :  
Plantar fasciitis D

Tanggal Dibuat ( *Order Date* )  
26 Jun 2023 11:05:57

Status Kehamilan ( *Pregnancy Status* ) : -

### Order Radiologi ( *Radiology Order* ) :

Order	Detail
XRay	o X-RAY ANKLE ( Right )
USG	(tidak ada order)
CT	(tidak ada order)
MRI 1,5 Tesla	(tidak ada order)
MRI 3 Tesla	(tidak ada order)
Lain-lain	(tidak ada order)

### Catatan:

### PERNYATAAN / STATEMENT

Tanggal / Date : 26/6/23

Pada saat pemeriksaan ini dilakukan, saya tidak sedang hamil. /  
*I'm not pregnant during the examination*



Pasien / Patient





MR : SHKJ.00-54-15-73  
Name (Nama) : JULIANA OJONG  
DOB/Age (TTL/Umur) : 05 Jul 1975 / 47Y 11M 21D  
Sex (Jenis Kelamin) : Female  
Doctor (Dokter) : dr. Langga Sintong, SpOT (K)  
Adm No. (No. Adm) : OPA2306260247 / 26 Jun 2023  
Payer (Payer) : PRIVATE

Created Date ( Tanggal Dibuat ) : 26 June 2023 11:05:57  
Modified Date ( Tanggal Diubah ) : 26 June 2023 12:32:29

## Medical Resume ( Resume Medis )

Section (Keterangan)	Description (Deskripsi)
Anamnesis (Anamnesa)	Nyeri tumit kaki kanan sejak 3 minggu yg lalu.
Physical Exam (Pemeriksaan Fsk)	R/pedis D: tenderness (+), ROM baik Vital Signs (TTV) Blood Pressure (Tekanan darah): 100/75 mmHg Pulse (Nadi): 84 x/mnt Respiratory (Pernapasan): 19 x/mnt SpO2: -% Temperature (Suhu): -°C Weight (BB): 62 kg Height (TB): 158 cm Head Circumference (LK): - cm
Diagnosis (Diagnosa)	Plantar fasciitis D
Plan & Procedure (Tindakan di RS)	Ro ankle D AP/Lat stretching medikamentosa fisioterapi
Procedure Result (Hasil Tindakan)	-

Item (Obat)	Qty (Jml)	UoM (Unit)	Frequency (Frekuensi)	Dose (Dosis)	Instruction (Instruksi)	Route (Rute)	Iter (Iter)	Routine (Rutin)
REMABREX 200MG CAP	15	CAPSULE	2 X SEHARI	1 CAPSULE	SESUDAH MAKAN	ORAL	1	No
NUTRIFLAM NEO CAP	15	CAPSULE	2 X SEHARI	100 MG	SESUDAH MAKAN	ORAL	1	No
KALTROFEN 2.5% 30GRAM GEL	1	TUBE	3 X SEHARI	1 OLES	OLESKAN TIPIS-TIPIS	TOPICAL	1	No
VOMIZOLE 40MG TAB	15	TABLET	2 X SEHARI	40 MG	30 menit sebelum makan	ORAL	1	No

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada Siloam Hospitals untuk menyimpan dan memberikan segala keterangan / catatan medis dan lainnya untuk keperluan klaim kepada Perusahaan / Asuransi tersebut diatas sesuai kebutuhan polis / perusahaan. Saya bersedia membayar kepada pihak Rumah Sakit pada saat :

1. Biaya Pemakaian saya sudah melebihi limit dan / atau tidak ditanggung di dalam polis / ketentuan perusahaan.
2. Belum ada jawaban resmi dari perusahaan / asuransi dan pelayanan bersifat emergency & urgent (life saving).

I herewith, authorized Siloam Hospitals to release all Medical Records and other data to Corporate / Insurance Company for claiming purposes in accordance with the Insurance Policy or Company rule. I will pay the Hospital if :

1. The actual billing is over my limit and / or not bormed in the Insurance Policy / Company's rule.
2. There is no official reply from Company / Insurance and I am really need Emergency & Urgent Medical Service (life saving).



*(Handwritten Signature)*

Patient(Pasien)

INVOICE

PATIENT RECEIPT / KUITANSI :

CASHIER

Stoan Hospital