

## Kwitansi Rawat Jalan

No. Kwitansi : OP-00109286  
No Reg : 2307180250  
No. RM : 00-30-77-47  
Nama Pasien : EASY RAHMAWATI ROSADA  
No Antrian Resep :  
Sudah Terima Dari : EASY RAHMAWATI ROSADA

Keterangan	Qty	Total
ADMINISTRASI :		
Administrasi Rawat Jalan	1	110.000,-
	<b>Subtotal :</b>	<b>110.000,-</b>
BIAYA TINDAKAN :		
Konsul Atau Jasa Tindakan Iii [ Nurhasanah Puji Lestari, Sp.Og ]	1	500.000,-
Usg Obsgyn 2d	1	366.450,-
Vaginal Toilet	1	101.850,-
	<b>Subtotal :</b>	<b>968.300,-</b>
BIAYA PEMAKAIAN OBAT RUANGAN :		
Sodium Chloride 0.9 % 100 MI ( 1230709000057 )	1	33.700,-
	<b>Subtotal :</b>	<b>33.700,-</b>
	Tagihan	1.112.000,-
	Pembulatan	0,-
	<b>Total Tagihan</b>	<b>1.112.000,-</b>

004

002 / KEU / I / 06

Pembayaran :

Debet ID(5378) MANDIRI 1.112.000,-  
Total Bayar 1.112.000,-  
Sisa Tagihan 0,-  
\*PPN Di Bebaskan 110.198,-

\*\*\* TERIMA KASIH \*\*\*

**LUNA**  
**18 JUL 2023**

Kota Depok / 18-07-2023, 13:45

Petugas

**RUMAH SAKIT**  
**PURI CINERE**  
(IRWAN JAYADI)

Dicetak : 18-07-2023, 13:45

PT. ANADI SARANA TATAHUSADA (RS PURI CINERE)  
JL. MARIBAYA BLOK F2 NO.1 RT.001 RW.005 PANGKALAN  
JATI CINERE DEPOK JAWA BARAT 16514  
NPWP : 01.353.525.7-431.000

004

002 / KEU / I / 06

## FORMULIR MEDIS RAWAT JALAN

### A. IDENTITAS PASIEN (Di isi oleh Pasien)

Nama Pasien : Easy Rahmawato Rosada Nama Asuransi/Perusahaan :  
Tanggal Lahir : No. Polis/No. Induk Karyawan :  
No Rekam Medis :  
Status Pasien : ☐ Karyawan ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak

#### Pernyataan Pemberi Kuasa :

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada Dokter RS Puri Cinere yang telah memeriksa atau merawat saya, untuk memberikan keterangan lengkap terkait informasi medis / diagnosa penyakit saya kepada asuransi / perusahaan. Saya menyetujui bahwa biaya yang timbul sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan oleh asuransi/perusahaan sesuai dengan ketentuan polis dan bersedia membayar kepada asuransi/perusahaan/rumah sakit, atas biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam ketentuan polis yang berlaku.

### B. DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA

Tanggal Pelayanan : 18/7/2023  
Keluhan/Anamnesa : K Irs. 18 di RS RS 2023  
Diagnosa Utama : PRA (M2, M52) RS 2023  
Diagnosa Penyerta :  
Pemeriksaan Penunjang : ☐ Laboratorium ☐ Radiologi ☐ Diagnostik / Penunjang Lainnya  
Terapi :  
Tindakan :  
Anjuran :  
- Sa di RS 18  
- her se  
- u m. 18

Saya, Dokter yang memeriksa, dengan ini menyatakan keterangan tersebut diatas adalah benar.

Depok, 18/7/2023

Dr. Nurhasanah Puji Lestari, SpOU  
NIP. 446/0303/1980001/2020

RUMAH SAKIT  
PURI CINERE

Nama & Tanda tangan Dokter, Stempel

Nama & Tanda tangan Pasien / Wali

