

## RSAB Harapan Kita

Jln. Let. Jen. S. Parman Kav. 87 Slipi

Kontak Center 021.3973.1255

Kotak Pos 22 Palmerah

JAKARTA

## KWITANSI

Print by Marsely Tandi Allo

7/4/2023 6:28:50PM

No. Kwitansi : 2307040631

Sudah terima dari : NICHOLAS KRISTIAN HALOMOAN HUTABARAT  
Banyaknya uang : **Rp. 693,192.00**

Terbilang : ENAM RATUS SEMBILAN PULUH TIGA RIBU SERATUS SEMBILAN PULUH DUA RUPIAH

Untuk pembayaran : BIAYA LAYANAN KLINIK EKSEKUTIF ANAK

NAMA/MR/NO.REG : NICHOLAS KRISTIAN HALOMOAN HUTABARAT/ 846769/  
2307040631

Jakarta, 7 April 2023, 6:28:50P

( Marsely Tandi Allo )

**Rincian Biaya Pelayanan**

No. Registrasi : 2307040631 Unit : Klinik Eksekutif Anak Tgl. Masuk : 2023/07/04 00:00  
 No. RM : 846769 Kamar : - Tgl. Pulang : 2023/07/04 00:00  
 Nama Pasien : Nicholas Kristian Helomoon Kelas : Non Kelas Panjamin : Umum / Diri Sendiri  
 Hutsberet ( L )  
 Tipe : Umum/Pribadi Dokter P. Jawab : dr. Yuliatmoko Suryatin, Sp.A

No	Tanggal	Deskripsi	Kelas	Dokter	Qty	Tarif	Diskon	Sub Total
<b>Jenis : Akomodasi</b>								<b>25.000,00</b>
Klinik Eksekutif Anak								
1	07/04/2023	Karcis	Non Kelas -		1.00	25,000.00	0.00	25,000.00
								<b>25,000.00</b>
<b>Jenis : Jenis Barang Farmasi</b>								<b>368.192,00</b>
Farmasi 2 Resep No: 0/2307/02864 dr. Yuliatmoko Suryatin, Sp.A								
2	07/04/2023	R/1 HAVRIX 720 0.5 ML	-		1.00	368,439.00	0.00	367,239.00
3	07/04/2023	R/2 ALCOHOL SWABB CHG 2% (Onemed)	-		1.00	153.00	0.00	953.00
								<b>368,192.00</b>
<b>Jenis : Konsultasi</b>								<b>300.000,00</b>
Klinik Eksekutif Anak								
4	07/04/2023	Konsultasi Dokter Spesialis Eksekutif ( eks )	Non Kelas	dr. Yuliatmoko Suryatin, Sp.A	1.00	300,000.00	0.00	300,000.00
								<b>300,000.00</b>
ADMINISTRASI								0.00
MATERAI								0.00
JUMLAH BIAYA								693,192.00
DEPOSIT - UANG MUKA								0.00
DISKON JASA MEDIS								0.00
DISKON UMUM								0.00
SISA DEPOSIT								0.00
JUMLAH BILL								693,192.00
PEMBULATAN								693,192.00
PERINCIAN								
DITANGGUNG PERUSAHAAN								0.00
DITANGGUNG RUMAH SAKIT								0.00
DITANGGUNG SENDIRI / OBAT								693,192.00
SURPLUS / MINUS KE RS								0.00

**TERBILANG :**

# ENAM RATUS SEMBILAN PULUH TIGA RIBU SERATUS SEMBILAN PULUH DUA RUPIAH #



Jab. 7431 2023

6:27:26PM

Pemeriksa

Penanggung Biaya

Catatan

Rusdyowati, SE

☐ CASHLESS\* ☐ REIMBURSEMENT\*

\*pilih sesuai kebutuhan (select as needed)

**1. DATA PASIEN (Patient's Information)**

Nama Pasien : ..... Tanggal Lahir : ..... Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Wanita  
(Patient's Name) (Date of Birth) (Sex) (Male) (Female)

MR PASIEN : 846769 No. Tlp : .....

Nomor Peserta : ..... Nama Perusahaan : .....  
(Membership Number) (Company's Name)

Status Pasien : ☐ Pegawai ☐ Suami/Istri ☐ Anak  
(Patient's Status) (Employee) (Husband/Wife) (Child)

**NAMA ASURANSI : .....**  
(Insurance's Company)

**2. RESUME MEDIS (Medical Resume)**

- Anamnesa (Anamnesis)
  - Keluhan Utama (Main Complaint)  
Gigitan
  - Keluhan Tambahan (Additional Complaint)
  - Sejak Kapan Peserta Mengalami Keluhan Tersebut  
(Dated of Complaint Occur)
  - Riwayat Penyakit yang Diderita (History of Illness)
- Diagnosa Kerja (Working Diagnosis)  
Selisih
- Pembedahan Jika Ada (Surgery, if any)
- Terapi dan Tindakan (Procedure/Medication)  
Vitamin
- Anjuran dan Saran Pengobatan Selanjutnya  
(Medication Advice)
- Diagnosa Medis berhubungan dengan (beri tanda (✓))  
(Medical diagnoses related to, give a (✓) check list)
 

<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan (Congenital)	<input type="checkbox"/> Kosmetik / Estetika (Cosmetics / Aesthetics)
<input type="checkbox"/> Kesuburan (Fertility / Infertility)	<input type="checkbox"/> Psikis / Psikomatis (Psychiatric / Psychosomatic)
<input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal (Hormonal Disorders)	<input type="checkbox"/> HIV / PHS / AIDS (Sexual Transmitted Disease)
<input type="checkbox"/> Keturunan (Hereditary)	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Kerja (Work Accident)
<input type="checkbox"/> Lainnya (Others) :	<input type="checkbox"/> Gangguan Tumbuh Kembang (Growth Disorders)

**3. PEMERIKSAAN GIGI (Dental Examination)**

(Diagnosis) : .....

Tindakan : .....

(Treatment)

Jenis Tindakan : (Type of Procedure)

- Konsultasi (Consultation)
- Pembersihan Karang (Scalling)
- Tambal Amalgam (Filling)
- Cabut Gigi (Extracrie)
- Perawatan Akar Gigi (Root Canal)
- Rontgen Gigi (X ray)
- Lain-lain (Others)  
gigi yang diperiksa

Gigi Tetap (Permanent Teeth)

Atas Kanan								Atas Kiri							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Gigi Susu (Deciduous Teeth)

Atas Kanan								Atas Kiri								
55	54	55	15	14	13	12	11									
85	84	83	45	44	43	42	41									

\*Lingkari

**4. PERNYATAAN PASIEN (Authorization Statement)**

Dengan ini saya memberikan kuasa penuh kepada setiap dokter RS 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 mengganti kepada perusahaan/ asuransi untuk biaya excess & pengecualian yang tidak dipertanggungkan 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  
/ hereby authorize any physician of hospital 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 exclusions as written in my policy. I declare the above statements is written truthfully without force from any one. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tanda Tangan pasien (atau orang tua jika usia <17 tahun)

Tanda tangan Dokter yang merawat

RSAB HARAPAN KITA  
dr. Yuliatmoko Suryatni, Sp.A  
SIP: 402.104/31.73.07/1.779 3/e/2015