



PERMOHONAN PENGgantian BIAYA PENGobatan

FM-IBSW-HRG-001

Medical Claim Form

NAMA Name	Ronny Fajar Pribadi	DEPARTEMEN / BAGIAN Department	Planning		
JABATAN/GOLONGAN Position	Senior Staff / I	COST CENTER			
NO. KARYAWAN Employee ID number	20160162				
NO	JENIS PENGgantian Type of Reimbursement	JUMLAH KUITANSI (lbr) Number of Original Receipt	NOMINAL KUITANSI (Rp) Amount of Original Receipt	PENGgantian 100 % (Rp) REIMBURSEMENT 100% (IDR)	KETERANGAN
1	APOTIK Pharmacist	1	Rp 618.800	Rp 618.800	Diri Sendiri / Istri / Anak Employee / Wife / Children
2	DOKTER Doctor	1	Rp 425.000	Rp 425.000	Diri Sendiri / Istri / Anak Employee / Wife / Children
3	LABORATORIUM Laboratory				Diri Sendiri / Istri / Anak Employee / Wife / Children
4	GIGI Dental				Diri Sendiri / Istri / Anak Employee / Wife / Children
5	KACAMATA (Lensa/Frame) Optical Aid (Lenses/frames)				Hanya untuk Diri Sendiri Employee only
6	RAWAT INAP In-patient				Diri Sendiri / Istri / Anak Employee / Wife / Children
TOTAL			Rp 1.043.800	Rp 1.043.800	
POTONGAN (kelebihan atas Jatah Tahunan) Deduction (over limit from current year's entitlement)					
TOTAL PENGgantian YANG DISETUJUI Total Approved Reimbursement					
SISA BIAYA PENGobatan Remaining Reimbursement Limit		Rawat jalan Out-patient			(diisi oleh HR) (filled by HR)
		Rawat inap In-patient			
BUKTI-BUKTI YANG DILAMPIRKAN Submitted original receipt		<input type="checkbox"/> Kuitansi asli (Dokter, Apotik, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium) Original receipt (doctor, pharmacist, hospital, clinic, laboratory)			
		<input type="checkbox"/> Copy Resep Dokter Copy of Medical Prescription			
DIAGNOSA		Pemeriksaan Kehamilan			
DIBUAT OLEH PEMOHON Prepared by Requestor		DIKETAHUI OLEH ATASAN Acknowledged by Superior *apabila rawat inap		DISETUJUI OLEH SDM Approved by	
Nama Name	Ronny Fajar Pribadi				
Jabatan Title	Planning				
Tanggal Date	16-Jan-23				
<p>Semua KUITANSI pengobatan sudah harus diajukan untuk permohonan penggantian biaya selambat-lambatnya tanggal 15 atau tanggal 30 sejak tanggal penerbitan kuitansi tersebut. KUITANSI dengan tanggal pengeluaran lebih dari 1 (satu) bulan pada tanggal pengajuan dianggap kadaluarsa & tidak berhak atas penggantian biaya (Lihat: Internal Office Memorandum - Tata Cara Penggantian Klaim Biaya Pengobatan).</p> <p>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 (See Internal Office Memorandum - Procedure to Apply for Medical Reimbursement).</p>					
Document Number		Revision History			