

Date : MAR-07-2022 05:08:37 PM

MEMBER INFO.				PAYOR, CORPORATE AND PLAN INFO.			
Patient Name	KHOLID NUR SHEHA			Payor	PT ASURANSI JIWA SYARIAH JASA MITRA ABADI		
Principal Name				Corp Code	BTECH		
Relation	Principal	Status	ACTIVE	Policy No.	22.000007.6104	Pol. Status	ENFORCED
Card No.	8001001000981864	DOB	MAR-03-1999	Membership	25K	Client	IP750
Member ID	19653840	Since	JAN-18-2022	Plan	IP750	Type	MAX DOLLAR AMOUNT
-		Gender	MALE	Start Date	JAN-18-2022 To JAN-17-2023	Currency : IDR	

CLAIMS DETAILS					
Reference ID	109581395	Provider	RS. GANDARIA (IDR) - 0799		
Claim Type	MANUAL	Diagnosis	K35-Acute Appendicitis		
Admission Date	MAR-02-2022	No. of Days	4	Disability No	109581395
Discharge Date	MAR-06-2022	Coverage	H&S - RAWAT INAP	Amount Incurred	29,610,000
MC Days :		Status	40-VALID CLAIM	Amount Approved	28,756,004

CLAIMS ASSESSMENT				
Manfaat Polis	Batasan Polis	Biaya Diajukan	Biaya Disetujui	Biaya Tidak Disetujui
02:KAMAR & MENGINAP (MAKS 365 HARI), PER HARI	750000	3200000	3100000	100000
05:BIAYA ANEKA PERAWATAN, PER PERAWATAN	15000000	10188509	9882973	305536
06:KUNJUNGAN DOKTER (MAKS 365 HARI), PER HARI	375000	660000	660000	0
13:PENGOBATAN 30 HARI SEBELUM PER PERAWATAN	1500000	250000	250000	0
16:PEMBEDAHAN TOTAL, BIAYA PEMBEDAHAN TERMASUK DOKTER BEDAH, BIAYA KAMAR BEDAH DAN ANASTESI	37500000	14981491	14533031	448460
17:KONSULTASI DOKTER SPESIALIS (MAKS 365 HARI), PER HARI	562500	330000	330000	0
	<b>TOTAL</b>	<b>29610000</b>	<b>28756004</b>	<b>853996</b>

### Remarks

DX AKHIR. POST OP APPENDICITIS AKUT. PASIEN MENEMPATI KAMAR KELAS 1 RP800.000,- SELAMA 4 HARI. ASURANSI MENJAMIN SESUAI BENEFT. SELISIH YANG TERJADI RP853.996,- BERUPA SELISIH BIAYA NON MEDIS, SEPERTI HANDSCOND, TOPI OK, MASKER, URIN BAG, POT URIN, GAMEX, APRON, YANG TERJADI PADA PEMBEDAHAN DAN KEPERAWATAN DAN SELISIH KAMAR (SELISIH DITAGIH DI TEMPAT). MOHON FORM F INI DITANDATANGANI OLEH PESERTA/KELUARGA. NOTE: PENJAMINAN BERDASARKAN HASIL PA

Petugas AdMedika :

Verify/Petugas RS :

Agreed/Peserta :

[Tanggal : MAR-07-2022 05:08:37 PM]

[Tanggal : ]

[Tanggal: ]

Catatan :

**PRINT** **SAVE A COPY**  
8001001000981864-109581395-APPROVED CLAIMS

Dokumen Terbatas. Dilarang memperbanyak atau mendistribusikan tanpa seizin PT. Administrasi Medika.