

Nomor : 155/AJII/KOP-SBY/0521
Tanggal : 21 Mei 2021
Lampiran : 1 (satu) bendel

PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia
Kantor Operasional Surabaya
Gedung Graha Pena Extension
Lantai 8 Ruang 802
Jl. A. Yani No. 88, Surabaya
Tlp. (031) 8275001
Fax. (031) 8275346
www.mandiriinhealth.co.id

Kepada Yth.,
Rumah Sakit Mata Undaan
Jl. Undaan Kulon No.19, Peneleh, Kec. Genteng
Kota Surabaya, Jawa Timur

Perihal : Permohonan informasi medis

Dengan hormat,

Sehubungan dengan klaim dari peserta asuransi kami, yakni atas nama bertanggung:

Nama : terlampir
Tanggal lahir : terlampir
No. Kartu : terlampir

Berdasarkan pengajuan klaim yang kami terima, yang bersangkutan pernah mendapatkan perawatan/pengobatan di Rumah Sakit Mata Undaan Jl. Undaan Kulon No.19, Peneleh, Kec. Genteng, Kota SBY, Jawa Timur 60274.

Sehubungan dengan hal tersebut dan untuk memproses lebih lanjut klaim yang sedang diajukannya, kami memerlukan informasi mengenai riwayat pelayanan yang bersangkutan.

Oleh karena itu, kami mohon kesediaan Rumah Sakit Mata Undaan untuk memberikan keterangan yang selengkap-lengkapnyanya guna membantu kami dalam memproses lebih lanjut klaim yang sedang diajukan dan seluruh informasi tersebut akan kami jaga kerahasiaannya, mohon agar keterangan tersebut dapat disampaikan ke petugas kami.

Demikian yang dapat kami sampaikan. Terima kasih atas perhatian dan kerjasamanya.

PT. Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia



mandiri
inhealth


Lis Setiyorini, S.KM, M.Kes, AAK
Head of Claim Unit

RAHASIA

1. Berdasarkan keterangan dan dokumen yang diajukan kepada kami, bahwa pasien dengan data terlampir pernah mendapat perawatan/pengobatan di Rumah Sakit Mata Undaan.
() Ya
() Tidak

Mohon penjelasan (Pelayanan dilakukan pada bulan apa saja)

.....
.....
.....

2. Berdasarkan keterangan dan dokumen yang diajukan kepada kami, Apakah berkas kwitansi/form resep/stempel yang diajukan oleh peserta sesuai dengan berkas yang dimiliki yang memang dikeluarkan untuk keperluan peserta?
() Ya
() Tidak

Mohon penjelasan

.....
.....
.....

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua keterangan di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Tanggal

(TTD,nama optik, dan stempel dokter)
No. telepon yang dapat dihubungi :

Lampiran 1. Daftar Nama Peserta

NO	NAMA PESERTA	TANGGAL PELAYANAN
1	SULISTIA MELANI	26/04/2021
2	ALDRICH EZEKIEL N	26/01/2021
3	AYU CANDRA DEWI	08/05/2021



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

Jl. Undaan Kulon 19 - Telp. 5343806, 5319619

SURABAYA (60274)

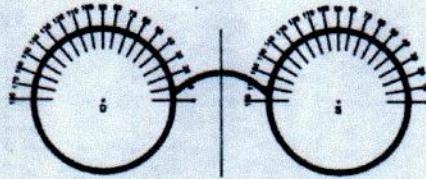
RESEP KACAMATA Jauh
Dekat

Surabaya, 26.04.2021

	Spheric	Cylindric	Axis	Jenis Lensa
KANAN (Dextra)	-300	-150	180°	SV
KIRI (Sinistra)	-300	-075	180°	SV
Addisi :				

Jarak Pupil (P. D.) 62

Jenis & Ukuran Frame



Pro :
Tuan
Nyonya
Nona

Dr. Iyda Nuragisari, Sp.M
SP.MU.003.44614.300.P.004.00.6.2018
RS Mata Undaan
Jl. Undaan Kulon 19 Surabaya
Telp. 031-5343806

Resep Kacamata sesuai kepemilikan RS	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Stempel sesuai kepemilikan RS	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Tanda tangan milik dokter sesuai	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>



RSMATA UNDAAN

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343806 , 5319619, Fax. 031 5317503

RESEP KACAMATA Jauh Dekat

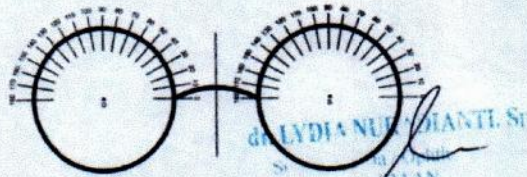
08 MAI 2021

Surabaya,

	Spheric	Cylindric	Axis	Jenis lensa
KANAN (Dextra)	-2.00	-1.50	0	
KIRI (Sinistra)	-2.00	-1.00	0	
Addisi : -				

Jarak Pupil (P.D) : 63/61

Jenis & Ukuran Frame :



Pro :

RM : 1185142
NIK : 3310174111900001
AYU CANDRA DEWI, Ny
CEMPAKA RESIDENCE BLOK , BOGOR

01 - 11 - 1990 / 30 Th

REV 001/2020

Resep Kacamata sesuai kepemilikan RS	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Stempel sesuai kepemilikan RS	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Tanda tangan milik dokter sesuai	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>