

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](http://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-lengkapny 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

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

No. \_\_\_\_\_  
 Telah terima dari Sulistia Melani  
 Uang sejumlah Seratus lima puluh ribu Rupiah  
 Untuk pembayaran Pemeriksaan Mata

26.04.2021

Rp. 150.000,-

**Dr. Lydia Nuradianti, SpM**  
 SIP NO. 563 448/01238/02/05/436.6.3/2015  
 R.S. Mata Undaan  
 J. Undaan Kulon 18 Surabaya  
 Telp. 031-5343806

PAPERLINE

Kwitansi 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"/>

**RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

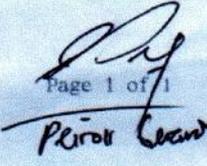
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
 Jl. Undaan Kulon No.19 Surabaya  
 Telp. (031)5343806 - 5319619  
 Fax. (031)5317603

No. Kwitansi : PP/2/26012021/000044

No RM : 1261224	Tanggal : 26 Jan 2021 Shift : 2
Nama : ALDRICH EZEKIEL NOTANUBUN, An	Jenis Pasien : PP SORE
Alamat : MULYOSARI TENGAH 6/35	Dokter Operator : Lydia Nuradianti, SpM
Telepon : 08175099033	Dokter Pengirim : -
Kota : SURABAYA	Instalasi : RAWAT JALAN

NO	NAMA TINDAKAN	QTY	HARGA	JUMLAH
1.	Konsultasi	1	140.000	140.000
# Seratus empat puluh ribu Rupiah			SUB TOTAL : Rp. 140.000	TOTAL : Rp. 140.000

Keterangan :  
 Jenis Pembayaran : PIUTANG/MANDIRI INHEALTH (indemnity) - BANK MANDIRI (Fitur LUNAS)  
 Waktu: 18:59:27

  
 Page 1 of 1  


Kwitansi 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"/>



# RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

Jl. Undaan Kulon 19 - Telp. 5343806, 5319619

SURABAYA (60274)

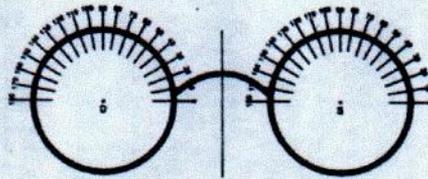
RESEP KACAMATA Jauh  
Dekat

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.MS  
SP.MS.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

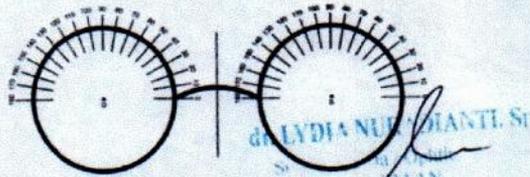
08 MAI 2021

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"/>