

FORMULIR PENGUMPULAN DATA

Nomor Peserta :

Nama Peserta :

Nama Perusahaan :

Status Kepesertaan :

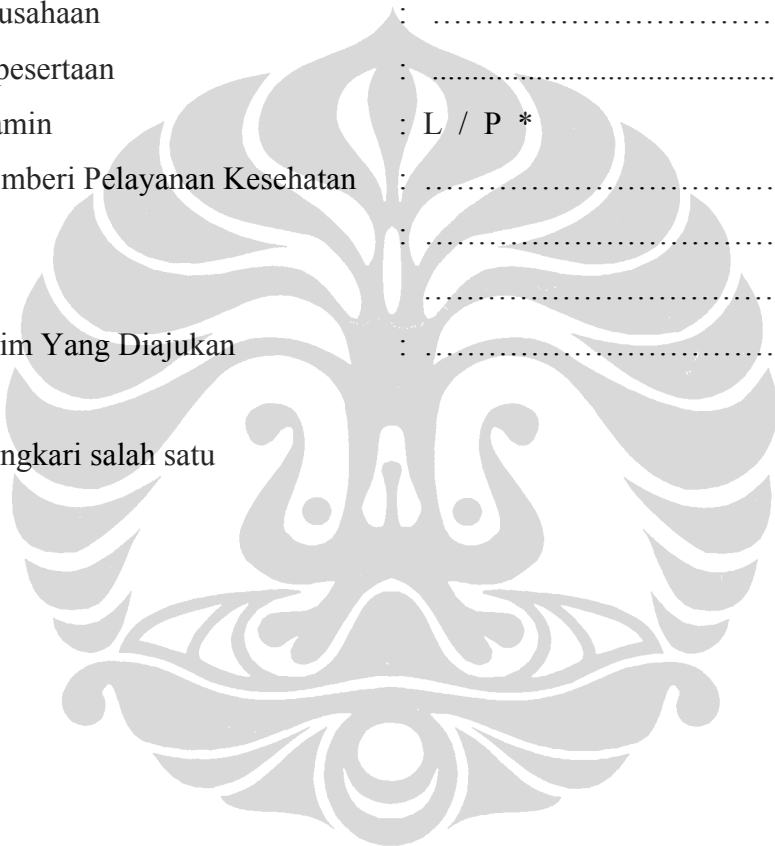
Jenis Kelamin : L / P *

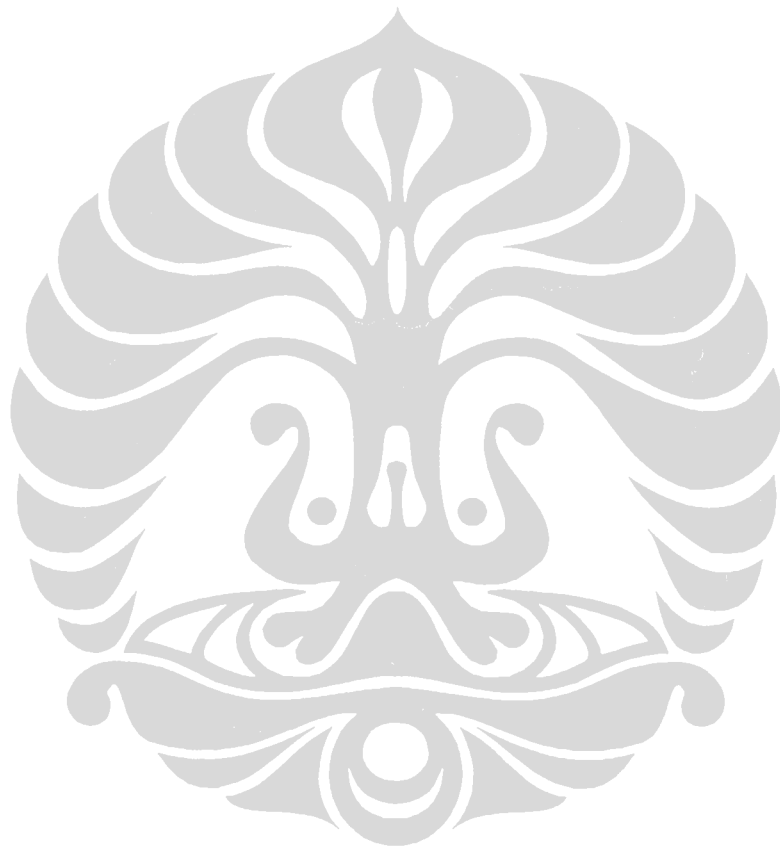
Pilihan Pemberi Pelayanan Kesehatan :

Diagnosa :

Biaya Klaim Yang Diajukan :

Cat : * Lingkari salah satu





REKAP HASIL VERIFIKASI RAWAT JALAN KLAIM JPK SUKARELA

NO KLAIM :
DOR/TGL KLAIM :
PROVIDER :
TGL KIRIM :

VERIFIKATOR :
TGL VERIF :
BULAN PELY :

NO	NO PESERTA/ NIK	NAMA PESERTA	NAMA PERUSAHAAN	TGL KUNJ	POLI	DIAGNOSA	KODE PENY	STATUS	BIAYA DIAJUKAN	RINCIAN BIAYA							TOTAL RINCIAN	BIAYA DIBAYAR	KETERANGAN	
										RO	OBAT/ ALKES	TINDAKAN	KONSUL/ JASA DR	LAB	ADM	DLL				
PARAF AUDITOR MEDIS :								TOTAL DIAJUKAN:	0	PARAF VERIFIKATOR:		PARAF PENGENTRI:				TOTAL DI BAYAR:				
PARAF AUDITOR MEDIS :								TOTAL DIAJUKAN:	0	PARAF VERIFIKATOR:		PARAF PENGENTRI:				TOTAL DI BAYAR:				