



FORM REIMBURSEMENT TELKOMEDIKA

TGL TERIMA BERKAS

A. PERMOHONAN

Nomor Kartu Karyawan : _____
 Nama Karyawan : _____
 NIK : _____
 Korporasi : _____
 Lokasi Kerja : _____
 Tanggal Masuk Berkas * : _____
 No. Rekening * : _____
 Nama Bank : _____
 Nama Penerima * : _____
 No. Telp. : _____

 Pengobatan Atas Nama : _____
 Nomor Kartu Pasien : _____
 Nama Pasien : _____
 Tanggal Berobat : _____
 Masuk : _____
 Keluar : _____
 Keluhan * : _____
 Diagnosa * : _____
 Alasan Reimbursement * : _____

B. PERINCIAN BIAYA

NO	URAIAN PENGOBATAN	Pengajuan (Rp)	Disetujui (Rp)
1	RAWAT JALAN		
2	RAWAT INAP		
3	KASUS KHUSUS		
4	RAWAT GIGI		
5	PERSALINAN		
6	ALAT REHABILITASI		
7	TAMBAHAN		
	JUMLAH TOTAL :		

Pemohon Jakarta, Mengetahui,

Keterangan :

*) wajib diisi

GM/RM/DRM