

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : Mila Sofariah
Unit/Divisi/Komite : Pengeluaran
No. Telepon/Ext : 082118552767
E-mail : keuanganrsih@gmail.com

Tanggal : 16 Februari 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 0081 F/ PEN/RSIH / 11 / 2023
No/Kode RM : - (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	
Buffer stock :	
Proses PO :	
Waktu :	
Paraf	<u>yeni</u>

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Terbib Administrasi unit pengeluaran

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan
Pemohon,

Mila S 16/2/23

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami 16/2/23

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
<u>fu lpy. PLATK SEMA KERUNHAN</u>		<u>yeni</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Acc di Grah Jan he bndh</u>		<u>wahyus</u>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		<u>Dtn dalam gnt</u>	<u>Rani Setia Utami</u> 16/2/23 NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		<u>Acc</u>	<u>dr. Muhammad Hasan, MARS</u> NIP. 21110103633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021 (Rev.00)



No Rekam Medik

(Diisi oleh Petugas kasir)

Nama Pasien

(Diisi oleh Petugas kasir)

No Telepon

(Diisi oleh Petugas kasir)

Total Billingan

(Diisi oleh Petugas kasir)

Total yang dibayar Pasien

(Diisi oleh Petugas kasir)

Total Refund

(Diisi oleh Petugas kasir)

Nama Bank

(Diisi oleh Petugas kasir)

Nama Pemilik Rekening

(Diisi oleh Petugas kasir)

Cabang Bank

(Diisi oleh Petugas kasir)

Nomor Rekening

(Diisi oleh Petugas kasir)

Tanggal Refund

(Diisi oleh Petugas kasir)

Keterangan :

- 1) nominal pembayaran refund sesuai dengan nominal yang tertera di scan barcode dengan total pembayaran pasien
- 2) Pembayaran *refund* akan diproses pada hari kerja
- 3) Pembayaran *refund* akan sampai pada penerima maksimal 2 hari kerja
- 4) Pembayaran *refund* dilakukan secara transfer untuk pasien yang belum datang ke Rumah Sakit
- 5) Pembayaran *refund* dilakukan ketika pasien sudah membayar namun kemudian terjadi pembatalan dari pihak RS. Intan Husada
- 6) Pembayaran *refund* tidak bisa dilakukan ketika pasien sudah membayar namun membatalkan dengan alasan sendiri

Petugas Kasir	Staf Pengajuan	Staf Bendahara	Kanit Pengeluaran	Manajer Keuangan dan PKRS
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PEMBATALAN DOKTER PADA APLIKASI *MOBILE PASIEN*

1. Pengertian

Pembatalan praktik dokter pada aplikasi *mobile pasien* merupakan proses pengembalian uang pasien yang dilakukan oleh rumah sakit kepada pasien yang melakukan pendaftaran online melalui mobile aplikasi pasien yang disebabkan karena pembatalan pemeriksaan pasien ke poliklinik RS. Intan Husada

2. Tujuan

- a. Sebagai bentuk pengembalian uang pasien karena pembatalan praktik dokter
- b. Menjaga kepercayaan pasien mengenai administrasi Rumah sakit

3. Kegunaan

Formulir digunakan untuk kepentingan memberikan informasi mengenai *refund* uang pembatalan praktik dokter kepada Pasien/ Keluarga Pasien.

4. Tanggung Jawab Pelaksanaan

Pelayanan medis, Poliklinik, Operator, Unit Pendaftaran, Unit Pendapatan, Unit Pengeluaran, PT. RS Intan Husada

5. Mekanisme Pengisian

- a. Pengisian formulir pembatalan praktik dokter pada aplikasi mobile pasien diisi oleh petugas kasir untuk kemudian diberikan kepada staf pengajuan

Cara Pengisian

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
No Rekam Medis	Diisi Nomor Rekam Medis Pasien	Diisi oleh Petugas Kasir
Nama pasien	Diisi Nama Lengkap Pasien	Diisi oleh Petugas Kasir
No Telepon	Diisi nomor telepon pasien/penanggung jawab pasien	Diisi oleh Petugas Kasir
Total Billangan	Diisi berdasarkan total deposit selama dirawat	Diisi oleh Petugas Kasir
Total yang dibayar pasien	Diisi berdasarkan total biaya pasien selama dirawat	Diisi oleh Petugas Kasir
Total <i>Refund</i>	Diisi berdasarkan total <i>refund</i> pasien	Diisi oleh Petugas Kasir

Nama Bank	Diisi berdasarkan nama bank yang dimiliki pasien / penanggung jawab pasien	Diisi oleh Petugas Kasir
Nama pemilik rekening	Diisi berdasarkan nama pemilik rekening	Diisi oleh Petugas Kasir
Cabang Bank	Diisi berdasarkan cabang bank yang dimiliki oleh pasien	Diisi oleh Petugas Kasir
Nomor Rekening	Diisi berdasarkan nomor rekening yang dimiliki pasien	Diisi oleh Petugas Kasir
Tanggal <i>Refund</i>	Diisi berdasarkan total refund pasien	Diisi oleh Petugas Kasir