



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050295183
Nama Lengkap : MELAN MELIVANA NUR ANNISA
Unit/Divisi/Komite : PENYAKIT
No. Telepon/Ext : 087771687520
E-mail : melanmelan@gmail.com

Tanggal : 05 NOVEMBER 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Persetujuan Persyaratan Keuangan Rawat Inap
No/Kode Formulir : 001/F/PEND/RSIH/XII/2023
No/Kode RM** : 1.13 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : September Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	12
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Perubahan dilakukan dikarenakan biaya administrasi pada tahun 2024 berubah yang awal mutunya 2,5% menjadi 2,75%

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Poin K. Biaya administrasi rawat inap adalah 2,75% dari total biaya perawatan pasien umum. dan di kolom TTD diubah dengan Petugas billing bulan petugas pendaftaran

Tanda Tangan
Pemohon,

MELAN

Tanda Tangan
Penerima,

Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
PM 3 Piy ncr			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc. d. f. u			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Ditandatangani	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)



Identitas Pasien (Diisi oleh Petugas Pendaftaran)

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W) *
No. RM :
Ruangan/Kelas :
Dokter yang merawat :
Penjamin :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PERSETUJUAN PERSYARATAN KEUANGAN RAWAT INAP
PASIEN ATAU PENANGGUNG JAWAB/PENJAMIN PASIEN DIMINTA MEMBACA, MEMAHAMI DAN MENGISI INFORMASI BERIKUT

I. DATA PENANGGUNG JAWAB/ PENJAMIN PASIEN

Nama :
Pekerjaan :
Alamat Rumah : Telp :
No. KTP/SIM :
Hubungan dengan pasien :

II. DATA PASIEN RAWAT INAP

Nama Pasien : L / W *
No. Rekam Medis :
Ruang Perawatan : Kelas :
Tempat/ Tanggal Lahir : Umur :
Alamat Rumah :

III. PERATURAN/KETENTUAN TERKAIT KEUANGAN

- A. Perhitungan kamar perawatan dihitung mulai pukul 12.00 WIB s/d 12.00 WIB keesokan harinya. Namun jika pasien masuk kedalam kamar perawatan lebih awal yaitu lebih dari 6 jam, maka pada hari yang sama tepat pukul 12.00 WIB pasien akan dihitung 1 (satu) hari penuh. ☐
- B. Jika pasien pulang lebih lambat, lebih dari 6 jam dari pukul 12.00 WIB maka pasien akan dikenakan tambahan biaya kamar 1 hari, kecuali jika ada penundaan jadwal perawatan medis yang disebabkan oleh pihak rumah sakit. ☐
- C. Pindah kelas rawat inap tidak diperkenankan dilakukan pada hari yang sama, pasien harus menunggu 24 jam dihitung dari hari masuk kamar perawatan pertama kali. (kurang dari 24 jam, kamar tetap dikenakan biaya penuh) ☐
- D. Pasien tetap diperkenankan masuk ke kamar rawat inap sesuai instruksi Dokter dan diwajibkan membayar deposit 5x harga tarif sewa kamar sesuai ketentuan kelas perawatan yang dipilih pada saat pendaftaran dalam jangka waktu paling lambat 1x24 jam. ☐
- E. Khusus ruang intensif dewasa dan anak (HCU/ICU/PICU/NICU) diwajibkan membayar deposit awal sebesar 10x harga sewa kamar sesuai ketentuan kelas perawatan yang dipilih pada saat pendaftaran dalam jangka waktu paling lambat 1x24 jam. ☐
- F. Apabila dalam perawatan ada tindakan operasi yang telah disetujui oleh pasien/ penanggung jawab pasien, maka wajib membayar deposit tambahan sebesar 50% dari yang tercantum dalam formulir perkiraan biaya operasi yang telah disetujui. ☐
- G. Apabila biaya layanan rawat inap sudah 80% dari jumlah deposit awal, maka RS Intan Husada berhak melakukan penagihan deposit tambahan sebesar 3x harga sewa kamar per 2 hari untuk biaya perawatan kepada pasien/ penanggung jawab pasien. ☐
- H. Apabila pasien/penanggung jawab pasien tidak dapat memenuhi ketentuan deposit dan melebihi jangka waktu toleransi pembayaran, maka pihak RS. Intan Husada berhak untuk memberikan obat-obatan, melakukan pemeriksaan atau tindakan medis dengan pembayaran terlebih dahulu oleh pasien/penanggung jawab pasien, terkecuali dalam keadaan kegawat daruratan medis. ☐
- I. Pasien asuransi bersedia membayar selisih yang tidak dijamin oleh pihak asuransi. ☐
- J. Pasien *One Day Surgery* yang akan dirujuk ke rawat inap, seluruh biaya tindakan akan mengikuti tarif biaya kelas rawat inap yang ditempati. ☐
- K. Biaya administrasi rawat inap adalah 2,5% dari total biaya perawatan pasien umum serta 7,5% untuk pasien asuransi dan perusahaan atau sesuai dengan Perjanjian Kerjasama yang berlaku. ☐
- L. Pasien bersedia mengganti semua barang atau peralatan milik RS. Intan Husada yang rusak/pecah/hilang oleh pasien atau keluarga pasien. ☐
- M. Penanggung jawab dan/atau penjamin pasien yang bertanda tangan dibawah ini berkewajiban dan menyanggupi pembayaran seluruh tagihan perawatan yang tercetak dibilling tagihan sesuai ketentuan yang berlaku dan melunasi seluruh biaya sebelum keluar dan apabila kami tidak dapat melaksanakan pembayaran dengan baik, kami bersedia menerima sanksi yang berlaku. ☐

Dengan ditandatanganinya formulir ini maka penanggung jawab dan/atau penjamin pasien secara sadar dan tanpa paksaan menyatakan semua data yang diisi adalah benar dan dimengerti, menerima serta bersedia untuk mematuhi seluruh peraturan/ketentuan diatas juga bertanggung jawab dan bersedia untuk dihubungi oleh pihak RS Intan Husada untuk segala sesuatu yang berkaitan dengan biaya pengobatan pasien tersebut di atas.

Garut,// 20....
Penanggung Jawab dan/atau
Penjamin Pasien

Petugas Billing

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

**TATA CARA PENGISIAN
PERSETUJUAN PERSYARATAN KEUANGAN RAWAT INAP
001/F/PEND/RSIH/XII/2022 (RM 1.13) Rev.02**

1. PENGERTIAN

Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap adalah Formulir yang berisikan persyaratan-persyaratan mengenai tata cara dan ketentuan keuangan bagi pasien mau masuk rawat inap yang harus dipatuhi oleh pasien dan penanggung jawab/ penjamin pasien.

2. TUJUAN

Untuk memastikan pasien mengetahui peraturan keuangan rawat inap yang sudah ditentukan oleh rumah sakit intan husada.

3. KEGUNAAN

Formulir Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap digunakan untuk memastikan bahwa pasien mematuhi peraturan yang sudah ditentukan mengenai keuangan rawat inap sehingga penanggung jawab/penjamin bertanggung jawab atas persyaratan yang sudah disetujui.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Unit kerja pendapatan yang membuat Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap
- b. Unit Pendaftaran yang menerangkan isi dari Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap
- c. Unit admin rawat inap yang melaksanakan ketentuan Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap
- d. Unit rawat inap melaksanakan ketentuan dari Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Unit kerja pendaftaran mengisi identitas pasien di Formulir Persetujuan Persyaratan Keuangan Rawat Inap
- b. Unit kerja pendaftaran memanggil penanggungjawab/penjamin pasien
- c. Unit kerja pendaftaran mengisi identitas penanggung jawab/penjamin pasien

- d. Unit kerja pendaftaran menerangkan persyaratan yang ada di formulir Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap
- e. Apabila penanggungjawab/penjamin setuju dengan ketentuan Persetujuan persyaratan keuangan rawat inap, maka unit kerja pendaftaran memberitahu untuk menandatangani setiap poin persyaratan yang ada di formulir
- f. Unit kerja pendaftaran menandatangani formulir persetujuan persyaratan keuangan rawat inap setelah penjamin pasien setuju dengan persyaratan tersebut.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Data penanggung jawab/penjamin pasien	Diisi nama, pekerjaan, alamat rumah, no. ktp/sim dan hub dengan pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Nama	Diisi nama penanggung jawab/penjamin pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Pekerjaan	Diisi pekerjaan penanggungjawab/penjamin pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Alamat	Diisi alamat tinggal penanggungjawab/penjamin pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
No. Ktp/Sim	Diisi dengan angka nomer KTP penanggungjawab/ penjamin pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Hubungan dengan pasien	Diisi hubungan keluarga penanggungjawab/penjamin pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Data pasien rawat inap	Diisi nama pasien, No. rekam medis, ruang perawatan, TTL, Alamat Rumah	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Nama Pasien rawat inap	Diisi dengan nama pasien yang dirawat	Diisi oleh unit kerja pendaftaran

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
No. Rekam Medis	Diisi dengan Angka nomer rekam medis pasien	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Ruang Perawatan	Diisi dengan nama ruangan dan nomer ruangan rawat inap	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Tempat tanggal lahir	Diisi dengan tempat lahir dan angka kelahiran	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Alamat rumah	Diisi dengan alamat rumah pasien rawat inap	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
<input type="checkbox"/>	Diisi dengan Paraf penanggungjawab/ penjamin pasien	Diisi oleh penanggungjawab/ penjamin pasien
Garut,.....20....	Diisi dengan tanggal, bulan dan tahun	Diisi oleh unit kerja pendaftaran
Penanggung jawab dan/atau penjamin pasien	Diisi dengan tanda tangan dan Nama Jelas	Diisi oleh penanggungjawab/ penjamin pasien
Petugas Billing	Diisi dengan tanda tangan dan nama jelas	Diisi oleh unit kerja pendaftaran



Identitas Pasien (Diisi oleh Petugas Pendaftaran)

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W)*
No. RM :
Ruangan/Kelas :
Dokter yang merawat :
Penjamin :
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PERSETUJUAN PERSYARATAN KEUANGAN RAWAT INAP
PASIEN ATAU PENANGGUNG JAWAB/PENJAMIN PASIEN DIMINTA MEMBACA, MEMAHAMI DAN MENGISI INFORMASI BERIKUT

I. DATA PENANGGUNG JAWAB/ PENJAMIN PASIEN

Nama :
Pekerjaan :
Alamat Rumah :
No. KTP/SIM :
Hubungan dengan pasien :

II. DATA PASIEN RAWAT INAP

Nama Pasien : L / W*
No. Rekam Medis :
Ruang Perawatan : Kelas :
Tempat/ Tanggal Lahir : Umur :
Alamat Rumah :

III. PERATURAN/KETENTUAN TERKAIT KEUANGAN

- A. Perhitungan kamar perawatan dihitung mulai pukul 12.00 WIB s/d 12.00 WIB keesokan harinya. Namun jika pasien masuk kedalam kamar perawatan lebih awal yaitu lebih dari 6 jam, maka pada hari yang sama tepat pukul 12.00 WIB pasien akan dihitung 1 (satu) hari penuh. ☐
- B. Jika pasien pulang lebih lambat, lebih dari 6 jam dari pukul 12.00 WIB maka pasien akan dikenakan tambahan biaya kamar 1 hari, kecuali jika ada penundaan jadwal perawatan medis yang disebabkan oleh pihak rumah sakit. ☐
- C. Pindah kelas rawat inap tidak diperkenankan dilakukan pada hari yang sama, pasien harus menunggu 24 jam dihitung dari hari masuk kamar perawatan pertama kali. (kurang dari 24 jam, kamar tetap dikenakan biaya penuh) ☐
- D. Pasien tetap diperkenankan masuk ke kamar rawat inap sesuai instruksi Dokter dan diwajibkan membayar deposit 5x harga tarif sewa kamar sesuai ketentuan kelas perawatan yang dipilih pada saat pendaftaran dalam jangka waktu paling lambat 1x24 jam. ☐
- E. Khusus ruang intensif dewasa dan anak (HCU/ICU/PICU/NICU) diwajibkan membayar deposit awal sebesar 10x harga sewa kamar sesuai ketentuan kelas perawatan yang dipilih pada saat pendaftaran dalam jangka waktu paling lambat 1x24 jam. ☐
- F. Apabila dalam perawatan ada tindakan operasi yang telah disetujui oleh pasien/ penanggung jawab pasien, maka wajib membayar deposit tambahan sebesar 50% dari yang tercantum dalam formulir perkiraan biaya operasi yang telah disetujui. ☐
- G. Apabila biaya layanan rawat inap sudah 80% dari jumlah deposit awal, maka RS Intan Husada berhak melakukan penagihan deposit tambahan sebesar 3x harga sewa kamar per 2 hari untuk biaya perawatan kepada pasien/ penanggung jawab pasien. ☐
- H. Apabila pasien/penanggung jawab pasien tidak dapat memenuhi ketentuan deposit dan melebihi jangka waktu toleransi pembayaran, maka pihak RS. Intan Husada berhak untuk memberikan obat-obatan, melakukan pemeriksaan atau tindakan medis dengan pembayaran terlebih dahulu oleh pasien/penanggung jawab pasien, terkecuali dalam keadaan kegawat daruratan medis. ☐
- I. Pasien asuransi bersedia membayar selisih yang tidak dijamin oleh pihak asuransi. ☐
- J. Pasien *One Day Surgery* yang akan dirujuk ke rawat inap, seluruh biaya tindakan akan mengikuti tarif biaya kelas rawat inap yang ditempati. ☐
- K. Biaya administrasi rawat inap adalah 2,5% dari total biaya perawatan pasien umum serta 7,5% untuk pasien asuransi dan perusahaan. ☐
- L. Pasien bersedia mengganti semua barang atau peralatan milik RS. Intan Husada yang rusak/pecah/hilang oleh pasien atau keluarga pasien. ☐
- M. Penanggung jawab dan/atau penjamin pasien yang bertanda tangan dibawah ini berkewajiban dan menyanggupi pembayaran seluruh tagihan perawatan yang tercetak dibilling tagihan sesuai ketentuan yang berlaku dan melunasi seluruh biaya sebelum keluar dan apabila kami tidak dapat melaksanakan pembayaran dengan baik, kami bersedia menerima sanksi yang berlaku. ☐

Dengan ditandatanganinya formulir ini maka penanggung jawab dan/atau penjamin pasien secara sadar dan tanpa paksaan menyatakan semua data yang diisi adalah benar dan dimengerti, menerima serta bersedia untuk mematuhi seluruh peraturan/ketentuan diatas juga bertanggung jawab dan bersedia untuk dihubungi oleh pihak RS Intan Husada untuk segala sesuatu yang berkaitan dengan biaya pengobatan pasien tersebut di atas.

Garut,// 20....
Penanggung Jawab dan/atau
Penjamin Pasien

Petugas Pendaftaran

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan

(.....)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan