

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR


### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050205183  
 Nama Lengkap : Melan Meliyana Nur Annisa  
 Unit/Divisi/Komite : Pembayatan  
 No. Telepon/Ext : 08777687520  
 E-mail : melanamelan@gmail.com

Tanggal : 05 September 2023

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Formulir Pernyataan Pembayaran Excess Peserta  
 No/Kode Formulir : 007/F (PEND/RSIH/IX/2023 (Rev 00)  
 No/Kode RM\*\* : (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	-
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	 youi
Jaminan Asuransi	

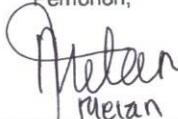
### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 Sebagai bukti bahwa pasien tersebut bersedia untuk membayar excess dikemudian hari

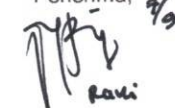
### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan Pemohon,

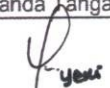
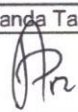
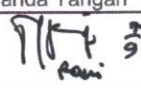

  
 Melan

Tanda Tangan Penerima,

  
 Penerima

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
2 ply FM		 youi	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc. d. Cebh.		 Pr	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		dikirim ke bagian gud.	 Pani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		ACC	 dr. Muhammad Hasan, MARS

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

**Identitas Pasien** *(Diisi oleh Billing)*

Nama Pasien : .....  
Tanggal Lahir : ..... ( L / W ) \*  
No. RM :     -     -     -  
Ruangan / Kelas : .....  
Dokter yang merawat : .....  
Penjamin : .....

*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini*

Kepada Yth,

**Manajemen RS. Intan Husada**

di Tempat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Tempat dan Tanggal lahir : .....

Alamat : .....

No Identitas diri \*KTP/SIM : .....

Hubungan dengan pasien : \*Suami/Istri/Anak/Menantu

Dengan ini mengajukan permohonan pemulangan pasien dapat didahulukan tanpa menunggu proses penyelesaian administrasi asuransi untuk pasien tersebut diatas dan bersedia untuk membayar apabila terdapat excess yang harus dibayarkan setelah jaminan akhir dari asuransi keluar

Saya juga telah mengerti dan memahami penjelasan dari petugas *billing* rawat inap terkait konsekuensi dari permohonan ini, yaitu harus menyimpan jaminan berupa :

1. KTA (Kartu Tanda Asuransi)

2. KTP elektronik (pasien/keluarga pasien)

3. Nomor telpon aktif pasien/keluarga pasien(  $\geq 2$  nomor ):

~Nama : .....

~Nama : .....

~Nomor : .....

~Nomor : .....

4. Pembayaran excess dapat dibayarkan melalui:

☐ **Transfer**

☐ **Kartu Debit/Kredit**

☐ **Cash**

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas bantuan dari Manajemen RS. Intan Husada saya ucapkan terima kasih.

Tanggal/Pukul : ..... / ..... / 20..... Jam : ..... : ..... WIB

\*Pasien / Keluarga Pasien

Petugas Billing Rawat Inap

Materai

( Tanda Tangan dan Nama Jelas )

( Tanda Tangan dan Nama Jelas )

**Nomer rekening resmi RS. Intan Husada adalah sebagai berikut :**

BRI 0025.01.002838.56.6, Mandiri 1310012759223, BCA 1481487272, CIMB 706174675900, Permata 9870395555 an. RS. Intan Husada

**Catatan :** \* coret yang tidak perlu

Putih: Petugas Billing Rawat Inap

Merah : Pasien/Keluarga Pasien

**FORMULIR PERNYATAAN PEMBAYARAN EXCESS PESERTA JAMINAN ASURANSI**

**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PERNYATAAN PEMBAYARAN  
EXCESS PASIEN JAMINAN ASURANSI  
007/PEND/RSIH/IX/2023 (Rev.00)**

**1. PENGERTIAN**

- Pemulangan pasien asuransi rawat inap adalah proses pemulangan pasien rawat inap dengan jaminan asuransi yang sudah bekerja sama dengan RS. Intan Husada
- Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk kerumah sakit dengan menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan penunjang medik lainnya
- Petugas adalah Petugas *Billing* Rawat Inap

**2. TUJUAN**

Sebagai acuan dalam tata laksana proses pemulangan pasien Rawat Inap dengan jaminan asuransi di Rumah Sakit Intan Husada..

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan sebagai tanda bukti jika pasien asuransi tersebut dapat dipulangkan terlebih dahulu tanpa menunggu surat jaminan akhir dari pihak asuransi

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Petugas *Billing* Rawat Inap dan Kasir

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Pengisian identitas pasien di formulir penundaan pembayaran pasien asuransi rawat inap diisi oleh Petugas *billing* rawat inap.
- b. Pengisian Identitas penanggung jawab penundaan pembayaran pasien asuransi rawat inap diisi oleh Keluarga Pasien

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Identitas Pasien	Diisi nomor dan huruf baik nama pasien, tanggal lahir, rekam medis, ruangan/kelas, dokter yang merawat dan penjamin	Diisi oleh petugas <i>billing</i> rawat inap

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Yang bertanda tangan dibawah ini (identitas penanggung jawab penundaan pembayaran pasien asuransi rawat inap)	Diisi nomor dan huruf baik nama penanggung jawab, tempat tanggal lahir, alamat, no identitas diri (KTP/SIM), dan hubungan dengan pasien	Diisi oleh Penanggung jawab pasien
Tempat Tanggal Lahir	Diisi dengan nama kota lahir, tanggal , bulan dan tahun lahir penjamin.	Diisi oleh Penanggung jawab pasien
Alamat	Diisi dengan nama alamat jelas pasien/keluarga pasien	Diisi oleh Penanggung jawab pasien
No Identitas diri *KTP/SIM	Diisi dengan angka identitas KTP/SIM dan coret salah satu yang tidak perlu	Diisi oleh Penanggung jawab pasien
Hubungan dengan pasien	Dicoret yang tidak perlu	Diisi oleh Penanggung jawab pasien
Tanggal	Diisi dengan hurup dan angka tanggal, bulan dan tahun pernyataan dibuat	Diisi oleh petugas <i>billing</i> rawat inap
Pukul	Diisi dengan angka waktu /jam dan menit pernyataan dibuat	Diisi oleh petugas <i>billing</i> rawat inap
Tanda Tangan dan Nama jelas	Diisi dengan tanda tangan pasien/keluarga pasien dan diisi dengan nama jelas	Diisi oleh Penanggung jawab pasien
Tanda Tangan dan Nama jelas	Diisi dengan tanda tangan petugas billing rawat inap	Diisi oleh petugas <i>billing</i> rawat inap