

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15090193056
 Nama Lengkap : Acang Hilman
 Unit/Divisi/Komite : Rekam Medis
 No. Telepon/Ext :
 E-mail :

Tanggal : 28 / 01 / 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Keanggotaan Rekam Medis Asuransi / perusahaan
 No/Kode Formulir : 159/F/PM/RSIH/1/2023
 No/Kode RM** : 1.9 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama :-

Buffer stock :-

Proses PO :-

Waktu :-

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

untuk pembuatan Asuransi - pasien Asuransi / perusahaan terkait data yang dibutuhkan.

Komponen Perubahan

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

ditambahkan dengan kebutuhan.

Tanda Tangan
Pemohon,


Acang H

Tanda Tangan
Penerima,


Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply bolak balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace Dilaksanakan			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
nomor rm sudah direvisikan.	 28/1/23 Acang	ditandatangani	 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		Ace	 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 Perawat)

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

KELENGKAPAN PASIEN RAWAT INAP ASURANSI/ PERUSAHAAN

Beri tanda centang (✓) pada kotak (☐) sesuai dengan pilihan

Nama Asuransi/ Perusahaan : _____

Nomor Polis/ ID Card : _____

Dokter Pengirim : _____

Dokter Merawat : _____

Diagnosa : _____

Nomor Telepon : _____

ASURANSI

Pasien / Keluarga Pasien

- | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|
| 1 | Fc KTP (2 Lembar) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Fc ID CARD (2 Lembar) | <input type="checkbox"/> |

Asuransi

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | Laporan Medis Awal (diisi oleh dr. jaga / DPJP) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Surat Pernyataan Pasien (diisi oleh keluarga pasien) | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Surat Jaminan (diisi oleh asuransi) | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Formulir Naik Kelas* (diisi oleh keluarga pasien) | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Surat Konfirmasi Medis Lanjutan (diisi oleh DPJP) | <input type="checkbox"/> |

Rumah Sakit

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Formulir Prakiraan Biaya Operasi (diisi oleh petugas billing) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Resume Medis Akhir (diisi oleh DPJP) | <input type="checkbox"/> |

PERUSAHAAN

Pasien / Keluarga Pasien

- | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|
| 1 | Fc KTP (2 Lembar) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Fc ID CARD (2 Lembar) | <input type="checkbox"/> |

Asuransi

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Laporan Medis Awal (diisi oleh dr. jaga / DPJP) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Surat Jaminan (diisi oleh asuransi) | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Formulir Naik Kelas* (diisi oleh keluarga pasien) | <input type="checkbox"/> |

Rumah Sakit

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Formulir Prakiraan Biaya Operasi (diisi oleh petugas billing) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Resume Medis Akhir (diisi oleh DPJP) | <input type="checkbox"/> |

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR KELENGKAPAN PASIEN RAWAT INAP ASURANSI/PERUSAHAAN
00/F/RM/RSIH/I/2022 (Rev.00)

1. PENGERTIAN

Kelengkapan pasien asuransi / Perusahaan adalah formulir atau data yang di butuhkan oleh pihak rumah sakit sebelum di ajukan kepada pihak asuransi atau perusahaan yang pasien gunakan.

2. TUJUAN

Sebagai bukti perjanjian antara rumah sakit dan pasien atau keluarga pasien serta pihak ketiga.

3. KEGUNAAN

Melakukan pengisian formulir kelengkapan pasien rawat inap asuransi atau perusahaan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Petugas pendaftaran dan Billing
- b. Distribusi Form kelengkapan pasien rawat inap asuransi atau perusahaan akan diberikan kepada subunit pendaftaran yang memberikan formulir tersebut ketika pasien akan dirawat inap.

5. MEKANISME PENGISIAN

kelengkapan pasien rawat inap asuransi atau perusahaan dilakukan oleh petugas pendaftaran tandatangani.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Data Identitas Pasien		
Nama	Diisi nama lengkap pasien	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Tanggal Lahir	Diisi tanggal lahir dengan lengkap	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
No Rekam Medis	Diisi nomor rm dengan lengkap	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Ruangan / kelas	Diisi ruangan / kelas yang di tempati	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Jenis Kelamin	Lingkari / coret salah satu jenis kelamin	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Penjamin	Diisi penjamin pasien	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Data Umum		
Nama Asuransi/Perusahaan	Diisi Nama Asuransi/Perusahaan	Petugas Pendaftaran
Nomo Polis/ ID Card	Diisi Nomo Polis/ ID Card dengan lengkap	Petugas Pendaftaran

Dokter Pengirim	Diisi Nama Dokter pengirim	Petugas Pendaftaran
Dokter Merawat	Diisi Nama Dokter merawat	Petugas Pendaftaran
Diganosa	Diisi diagnosa sesuai ICD	Petugas Pendaftaran
Nomor Telepon	Diisi nomor telepon yang bisa dihubungi	Petugas Pendaftaran
Data Asuransi		
Fc KTP (2 lembar)	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Fc ID CARD (2 lembar)	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Laporan Medis Awal	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Surat Pernyataan Pasien	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Surat Jaminan	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Formulir Naik Kelas*	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Surat Konfirmasi Medis Lanjutan	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Laporan Medis Akhir	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Formulir Prakiraan Biaya Operasi	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Resume Medis Akhir	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Data Perusahaan		
Fc KTP (2 lembar)	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Fc ID CARD (2 lembar)	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Laporan Medis Awal	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Surat Pernyataan Pasien	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Surat Jaminan	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Formulir Naik Kelas*	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Formulir Prakiraan Biaya Operasi	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Resume Medis Akhir	Diisi Ceklis di kolom yang sudah di sediakan (bila ada)	Petugas Pendaftaran
Data Pasien		
Nama Pasien	Diisi Nama Lengkap Pasien	Petugas Pendaftaran
No Rekam Medis	Diisi Nomor rekam medis pasien	Petugas Pendaftaran
Nama Asuransi/Perusahaan	Diisi Nama Asuransi/Perusahaan	Petugas Pendaftaran
Nomo Polis/ ID Card	Diisi Nomor Polis / Id Card Pasien	Petugas Pendaftaran

Keterangan	Diisi sesuai keterangan yang yang di butuhkan	Petugas Pendaftaran/Petugas Billing
Tandatangan	Diisi Tandatangan petugas pendaftaran dan billing	