

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR


## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050292187  
 Nama Lengkap : Mila Sofariah  
 Unit/Divisi/Komite : Pengeluaran  
 No. Telepon/Ext : 082118552767  
 E-mail : keuangan\_rslh@gmail.com

Tanggal : 06 September 2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 001 / F / ~~SEKRE~~ PEN / RSIH / IX / 2022  
 No/Kode RM : - (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : 1 Revisi ke : 01

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

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Untuk Memberikan Informasi Kepada Pasien Mengenai  
 Prakiraan Biaya Operasi dan Biaya tindakan

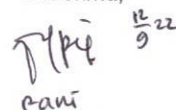
## Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

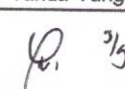

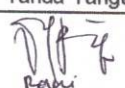
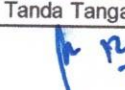
  
Mila S

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Rani

## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
14 2. 87 ncr			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		no. formulir disesuaikan. unit keuangan menjab unit pengeluaran.	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		Acc	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



No Rekam Medik : .....

Nama Pasien : .....

No Telepon : .....

Diagnosa : .....

Jenis Tindakan : .....

Kelas : .....

Penjamin : .....

Perincian	:	Prakiraan Awal	Keterangan
Jasa Dokter Operator 1	:	Rp.	
Jasa Dokter Operator 2	:	Rp.	
Jasa Dokter Anastesi	:	Rp.	
Jasa Dokter Lain :	:	Rp.	
a. dr .....	:	Rp.	
b. dr .....	:	Rp.	
Biaya Operasi	:	Rp.	
Sewa Kamar Bedah	:	Rp.	
Sewa alat bedah	:	Rp.	
	:	Rp.	
BMHP Operasi	:	Rp.	
Penggunaan Alkes	:	Rp.	
	:	Rp.	
Kamar Rawat Inap	:	Rp.	
Lain-lain	:	Rp.	
<b>Total</b>	:	Rp.	

Keterangan :

- 1) Perkiraan biaya tindakan ini telah di mengerti oleh pasien/penanggung jawab pasien dan menyetujui semua realisasi biaya biaya yang terjadi setelah tindakan dilakukan mencakup apapun hasil dari tindakan yang telah dilakukan. Termasuk adanya perubahan golongan tindakan berdasarkan tingkat kesulitan
- 2) Perkiraan biaya diatas diluar biaya perawatan rawat inap (tindakan di ruangan, laboratorium, dan radiologi)
- 3) Belum termasuk pemakaian obat di ruang perawatan dan obat pulang

Yang membuat Prakiraan

Pasien/ Penanggung Jawab

(.....)

(.....)



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PRAKIRAAN BIAYA OPERASI (PBO)  
001/F/PGN/RSIH/IX/2022 Rev.01**

**1. Pengertian**

Prakiraan Biaya Operasi adalah sejumlah prakiraan biaya yang diinformasikan kepada Pasien / Keluarga Pasien dan harus disiapkan oleh pasien / keluarga pasien untuk mendapatkan layanan tindakan medis dan perawatan di RSIH.

**2. Tujuan**

- a. Sebagai acuan dan langkah-langkah dalam memberikan informasi PBO kepada Pasien/ Keluarga Pasien.
- b. Dapat memberikan gambaran prakiraan biaya perawatan yang mendekati biaya sebenarnya kepada Pasien/ Keluarga Pasien
- c. Dapat melibatkan dokter operator dalam proses konfirmasi prakiraan biaya operasi untuk pasien yang akan ditanganinya.

**3. Kegunaan**

Formulir digunakan untuk kepentingan memberikan informasi mengenai prakiraan biaya operasi kepada pasien

**4. Tanggung Jawab Pelaksanaan**

Unit IGD, Unit rawat jalan, Unit Pendaftaran dan Sub Unit *Billing*

**5. Mekanisme Pengisian**

- a. Pengisian identitas pasien di formulir prakiraan biaya operasi diisi oleh Dokter operator/pendaftaran.
- b. Pengisian biaya pasien di formulir prakiraan biaya operasi diisi oleh Petugas *Billing*.

**6. Cara Pengisian**

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
No. Rekam Medis	Diisi Nomor Rekam Medis Pasien	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Nama Lengkap	Diisi Nama Lengkap Pasien	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
No. Telepon	Diisi nomor telepon pasien/penanggung jawab pasien	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Diagnosa	Diisi berdasarkan diagnosa dokter	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>

Jenis Tindakan	Diisi berdasarkan konfirmasi dari Dokter Operator	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Kelas Perawatan	Diisi berdasarkan kelas perawatan yang dipilih pasien.	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Nama Penjamin	Diisi berdasarkan nama penjamin yang ditunjuk oleh pasien	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Jasa Dokter Operator	Diisi berdasarkan tarif yang berlaku di Rumah Sakit	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Jasa Dokter Anastesi	Diisi tarif yang berlaku di Rumah Sakit	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Jasa Dokter Lain (jika ada)	Diisi berdasarkan tarif yang berlaku di Rumah Sakit	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Biaya Operasi	Diisi meliputi jasa tim bedah, jasa penata anastesi, biaya recovery room, jasa recovery room, biaya sewa mesin anastesi & infus pump, biaya administrasi, dan CSSD	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Sewa Kamar Bedah	Diisi berdasarkan tarif yang berlaku di Rumah Sakit	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Sewa Alat Bedah	Diisi berdasarkan konfirmasi dari Dokter Operator	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
BMHP Operasi	Diisi berdasarkan konfirmasi dari Unit farmasi	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Penggunaan Alkes	Diisi berdasarkan konfirmasi dari Dokter Operator	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Kamar Rawat Inap	Diisi berdasarkan kelas perawatan yang dipilih pasien setelah operasi	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Lain- lain	Diisi apabila ada tambahan biaya lain-lain	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>
Keterangan	Diisi berdasarkan rincian biaya yang diperkirakan kepada pasien	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i>