



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050295183
Nama Lengkap : Melan Meliyana Nur Annisa
Unit/Divisi/Komite : Unit Pendapatan
No. Telepon/Ext : 087771687520
E-mail : melianamelan@gmail.com

Tanggal : 15 Agustus 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Permohonan Penundaan Pembayaran tagihan,
No/Kode Formulir : 006 / F / PEND / RSIH / VIII / 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 : ~ minggu
Waktu :
Paraf :
Rawat Inap

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Untuk menunjang pekerjaan bagian Billing dan sebagai bukti jika pasien/keluarga pasien tersebut melakukan penundaan pembayaran tagihan Rawat Inap.

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Melan

Tanda Tangan
Penerima,

Wahy Supriyogo, SE, MM
NIP. 0050181548

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
2 ply fd.		Wahy Supriyogo, SE, MM NIP. 0050181548	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Panitia Rekam Medik**		Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite
Rekam Medik**		Tanda Tangan	Kesekretariatan
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**		Tanda Tangan	Direktur
		Tanda Tangan	
		dr. Muhammad Hani, MARS NIP. 21110103633	

*) 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 penundaan pembayaran tagihan rawat inap atas nama pasien tersebut diatas (tertera di stiker pasien) dengan rincian sebagai berikut :

Total Tagihan Perawatan Rawat Inap : **Rp.**

Deposit : **Rp.**

Kurang Bayar : **Rp.**

(Terbilang dalam rupiah) :

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

1. Perhiasan emas asli dilengkapi dengan bukti pembelian
2. Kendaraan roda 4 dan atau 2 beserta kelengkapan suratnya (BPKB dan STNK)
3. Menyimpan jaminan seperti surat berharga (sertifikat)
4. Harga jaminan yang disimpan harus sesuai dengan biaya tagihan yang tertunda
5. Menyiapkan 2 KTP elektronik (pasien dan keluarga pasien)
6. Menyiapkan 2 nomor telepon aktif

Sesuai ketentuan diatas, maka saya sebagai pasien/keluarga pasien akan bertanggungjawab dan menyelesaikan pelunasan penundaan pembayaran tagihan rawat inap ini dalam jangka waktu(.....) Hari. Apabila dalam jangka waktu yang ditentukan tidak dapat melakukannya, maka Rumah Sakit Intan Husada akan melakukan proses lebih lanjut terhadap jaminan yang disimpan.

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)

Catatan : * coret yang tidak perlu

Putih: Petugas Billing Rawat Inap Merah : Pasien/Keluarga Pasien

FORMULIR PERMOHONAN PENUNDAAN PEMBAYARAN TAGIHAN RAWAT INAP

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PENUNDAAN PEMBAYARAN TAGIHAN PASIEN RAWAT INAP
006/F/PEND/RSIH/VIII/2023 (Rev.00)

1. PENGERTIAN

- Penundaan Pembayaran Tagihan Pasien Rawat Inap adalah Proses pemulangan pasien rawat inap yang tidak mampu untuk membayar atau melunasi semua tagihan biaya perawatan pada Rumah Sakit Intan Husada
- Pihak Rumah Sakit adalah lembaga yang bergerak di jasa layanan kesehatan yang didalamnya terdiri dari petugas medis dan non medis diantaranya seperti dokter, perawat, petugas administrasi dan manajemen rumah sakit.

2. TUJUAN

Sebagai acuan dan langkah-langkah untuk menanggulangi penundaan pembayaran tagihan Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit Intan Husada.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan sebagai tanda bukti jika pasien tersebut melakukan penunggakan pembayaran.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Petugas *Billing* Rawat Inap dan Kasir

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Pengisian identitas pasien di formulir penundaan pembayaran tagihan pasien rawat inap diisi oleh Petugas *billing* rawat inap.
- b. Pengisian Identitas penanggung jawab penundaan pembayaran tagihan pasien rawat inap diisi oleh Keluarga Pasien
- c. Pengisian biaya total tagihan rawat inap, deposit dan jumlah kurang bayar di formulir penundaan pembayaran tagihan pasien rawat inap diisi oleh petugas *billing* rawat inap

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,	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
	dokter yang merawat dan penjamin	
Yang bertanda tangan dibawah ini (identitas penanggung jawab penundaan pembayaran tagihan pasien 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
Rincian penundaan pembayaran tagihan pasien rawat inap	Diisi dengan nominal total tagihan perawatan rawat inap, deposit dan kurang bayar	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap
Tempat Tanggal Lahir	Diisi dengan nama kota lahir, tanggal , bulan dan tahun lahir penjamin.	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap
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
Tanggal	Diisi dengan hurup dan angka tanggal, bulan dan tahun pernyataan dibuat	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap
Nama Ruangan	Diisi dengan nama dan nomor ruangan rawat inap yang ditempati pasien.	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap
Jumlah deposit	Diisi dengan angka berupa besaran jumlah uang	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap
Kurang bayar	Diisi dengan angka berupa besaran jumlah	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
	tagihan yang belum dibayarkan	
(Terbilang dalam rupiah)	Diisi dengan huruf yang memberikan informasi besaran uang yang dibayar dengan ejaan huruf yang benar	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