

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080178032
 Nama Lengkap : R. IMAN NURJAMAN, SE
 Unit/Divisi/Komite : UNIT PENDAPATAN
 No. Telepon/Ext : 2301 (Billing)
 E-mail : nurjaman72@gmail.com

Tanggal : 14-MARET 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 01/E/pendapatan/RSIH/III/2022
 No/Kode RM : 1.13 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir


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

Perubahan formulir dirubah karena untuk lebih
 praktis pada perseratan persetujuan Keuangan.
 Rantai Inap saja dan jam masuk dan pulang pasien

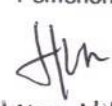
Komponen Perubahan

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

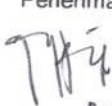
peraturan dan ketentuan perseratan keuangan yang
 sebagai dasar dirubah adalah jam perhitungan
 masuk pasien dan keluar (pulang)

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

Tanda Tangan
Pemohon,

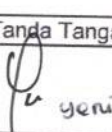
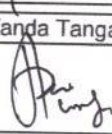
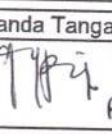
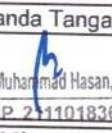

 R. Iman Nurjaman, SE

Tanda Tangan
Penerima,


 P. Yenni

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
74 3 ply nor.			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		No Form disesuaikan. 001/F/PEND/RSIH/III/2022.	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		ACC Seger Implikasi	

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)

Eksekusi 1 April 2022



Identitas Pasien (Diisi oleh Petugas Pendaftaran)

Nama :
Tanggal Lahir : L/P
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 / P
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