



**RUMAH SAKIT PELNI**



**FORMULIR PERMOHONAN PENGAJUAN DOKUMEN**

Nama Pemohon	:	.....
Hubungan Dengan Pasien	:	.....
No Telpn / HP	:	.....
No. KTP	:	.....
Nama Pasien	:	.....
Nasabah / Penjaminan	:	.....
Nomor Rekam Medis	:	.....
Jenis Pelayanan	:	.....
Ruangan / Klinik	:	.....
Tanggal Tahun Pelayanan	:	.....
Alasan Permohonan	:	.....

Kelengkapan Berkas	<input type="radio"/> Klaim Asuransi	<input type="radio"/> Legalisir Kematian	<input type="radio"/> Resume Medis	<input type="radio"/> Legalisir Billing	<input type="radio"/> Surat Ket. ....
KTP (Pasien/alm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KTP (Pengurus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KK (Pengurus & Pasien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surat Kuasa (bermaterai)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resume Medis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Surat Kematian (Asli)		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
FC Surat Kematian 10lbr		<input type="radio"/>			
Surat keterangan Lahir (asli)					<input type="radio"/>
FC SK lahir					<input type="radio"/>
Billing (asli)				<input type="radio"/>	
FC Billing				<input type="radio"/>	
Surat Kehilangan Polisi*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kronologis*			<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

Ket. \*Wajib dilampirkan pada kondisi tertentu

Yang Menerima Dokumen

(.....)

Jakarta, .....

Yang Mengajukan

(.....)

CP : 021-5485901; Hp.0882 10105110

Lama Pengurusan Permohonan Pengajuan Dokumen 7x24 jam hari kerja kecuali dalam kondisi tertentu.



**PT. Rumah Sakit PELNI**  
Jl. Aipda KS Tubun No.92-94, Jakarta Barat, 11410  
T : 021 5306901  
[www.rspelni.co.id](http://www.rspelni.co.id)

**Tahap Verifikasi**

NO.	Verifikator	Nama	Tanggal dan Jam	Paraf
1.	Ka. Bagian Keuangan			
2.	Ka. Inst. RM dan Infokes			
3.	Dokter DPJP			
4.	Ka. Div. ....			
5.	Wakil Ka Bidang Medis			
6.	Wakil Ka. Bidang Operasional dan Administrasi			

Jakarta,.....

Jawaban Surat Permohonan

Ka. Rumah Sakit Pelni

Menyetujui

Tidak Menyetujui

dr. Sheira Aurani

**BUKTI PENGEMBALIAN DOKUMEN**

No. Surat : ..... /SPD/ ..... /20.....  
 Hari/Tanggal : .....  
 Jam : .....  
 Dokumen yang diserahkan :1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....

Yang Menyerahkan

Yang Menerima

(.....)

(.....)