

Jakarta,

Yang Terhormat,
 Direktur Utama
 RSUP Persahabatan
 Di Jakarta

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama :
 Umur :
 Alamat :
 No. Telepon :
 Hubungan dengan pasien/almarhum :

* Mengajukan permohonan untuk pengurusan :

1. Asuransi :
2. Jasa Raharja
3. Permintaan foto +copy Surat Keterangan Kelahiran
4. Permintaan hasil Visum et Repertum
5. Permintaan legalisir Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)
6. Permintaan resume medis/ fotocopy hasil penunjang medis
7. Surat keterangan rawat inap dan ditanggung oleh BPJS kesehatan
8.

Atas pasien sebagai berikut :

Nama :
 No. Rekam Medis :
 Umur :
 Alamat :
 Tanggal berobat/dirawat/meninggal :
 Poliklinik/ruang rawat/IGD :
 Keperluan :

Demikian, atas perhatian dan bantuan bapak Direktur saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

(.....)

SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI PADA PIHAK KETIGA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tgl Lahir :

Umur :

Alamat :

Pekerjaan :

No. Telepon/HP :

Selaku*) : Pasien / Orang Tua / Suami / Istri / Anak / Lain-lain

Atas Nama Pasien :

Nomor Rekam Medis :

Dengan ini memberikan kuasa sepenuhnya kepada pihak **RSUP PERSAHABATAN**

untuk memberikan atau melepaskan Informasi / Rekaman Kesehatan :

*Saya sendiri / Orang Tua / Anak / Suami / Istri, kepada :

Asuransi / Perusahaan :

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sesungguhnya dan secara sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya dengan penuh tanggung jawab.

Jakarta, 20....

Yang Menyaksikan
Petugas MIK

Yang Memberikan Kuasa,
Saya

Materai Rp. 6000

(.....)
TTD dan Nama Jelas

(.....)
TTD dan Nama Jelas

**Dilingkari sesuai keperluan*



RSUP PERSAHABATAN
Jl. Persahabatan Raya No. 1
Jakarta Timur
Telp 4891708 /Fax 4711222

CHECK LIST PENGURUSAN ASURANSI / RESUME MEDIS

PERSYARATAN YANG HARUS DILENGKAPI ADALAH :

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Permohonan ke Direktur Utama | : Asli | ☐ |
| 2. Formulir Asuransi /Resume Medis Rawat Jalan / IGD | : | ☐ |
| 3. Surat kuasa pemberian informasi pada pihak ketiga | : Asli | ☐ |
| 4. KTP Pasien | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 5. KTP ahli waris | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 6. KK dan surat nikah pasien | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 7. KK dan surat nikah ahli waris | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 8. Surat kuasa pengurusan asuransi | : Asli | ☐ |
| 9. KTP yang dikuasakan untuk pengurusan | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 10. KK dan surat nikah yang dikuasakan | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 11. Akte kelahiran | : Asli dan foto copy 1 lembar | ☐ |
| 12. Surat Kehilangan dari kepolisian | : Asli | ☐ |
| 13. Surat keterangan Ahli Waris, diketahui RT/RW/Kelurahan/Kecamatan : | | ☐ |
| 14. Pada saat berobat masuk rawat menggunakan cara pembayaran : | a. Umum | |
| | b. BPJS | |
| | c. | |
| 15. | | ☐ |

Dokumen persyaratan telah diperiksa dan sesuai dengan aslinya.

Jakarta, 20....

Pemohon

Petugas MIK

(.....)

(.....)

Telah diterima persyaratan permohonan kelengkapan permintaan Asuransi / Resume Medis/
Surat Keterangan dirawat menggunakan BPJS:

Pasien :

Alamat :

TELEPON INSTALASI MIK
(021) 4891708 EXT. 224

Jakarta, 20....

← → Petugas Penerima

Petugas MIK :

1. Nasiman, A.Md
2. Obing Hobir, A.Md

(.....)

**SURAT KUASA PENGURUSAN ASURANSI / LEGALISIR SMPK
SURAT KETERANGAN KELAHIRAN / SURAT KETERANGAN LAINNYA**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini selaku pihak PERTAMA :

Nama :
 Tgl Lahir :
 Umur :
 Alamat :
 Pekerjaan :
 No. Telepon/HP :
 Selaku*) : Pasien / Orang Tua / Suami / Istri / Anak / Lain-lain
 Atas Nama Pasien :
 Nomor Rekam Medis :

Dengan ini memberikan kuasa sepenuhnya kepada pihak KEDUA :

Nama :
 Tgl Lahir :
 Umur :
 Alamat :
 Pekerjaan :
 No. Telepon/HP :

Untuk mengurus proses pengurusan, ***ASURANSI/ LEGALISIR SMPK / SURAT KETERANGAN
KELAHIRAN / SURAT KETERANGAN LAINNYA**

Atas Nama Pasien :
 Nomor Rekam Medis :

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sesungguhnya dan secara sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya dengan penuh tanggung jawab.

Penerima Kuasa

Jakarta, 20....

Pemberi Kuasa,

Materai Rp. 6000

(.....)
 TTD dan Nama Jelas

(.....)
 TTD dan Nama Jelas

**Dilingkari sesuai keperluan*