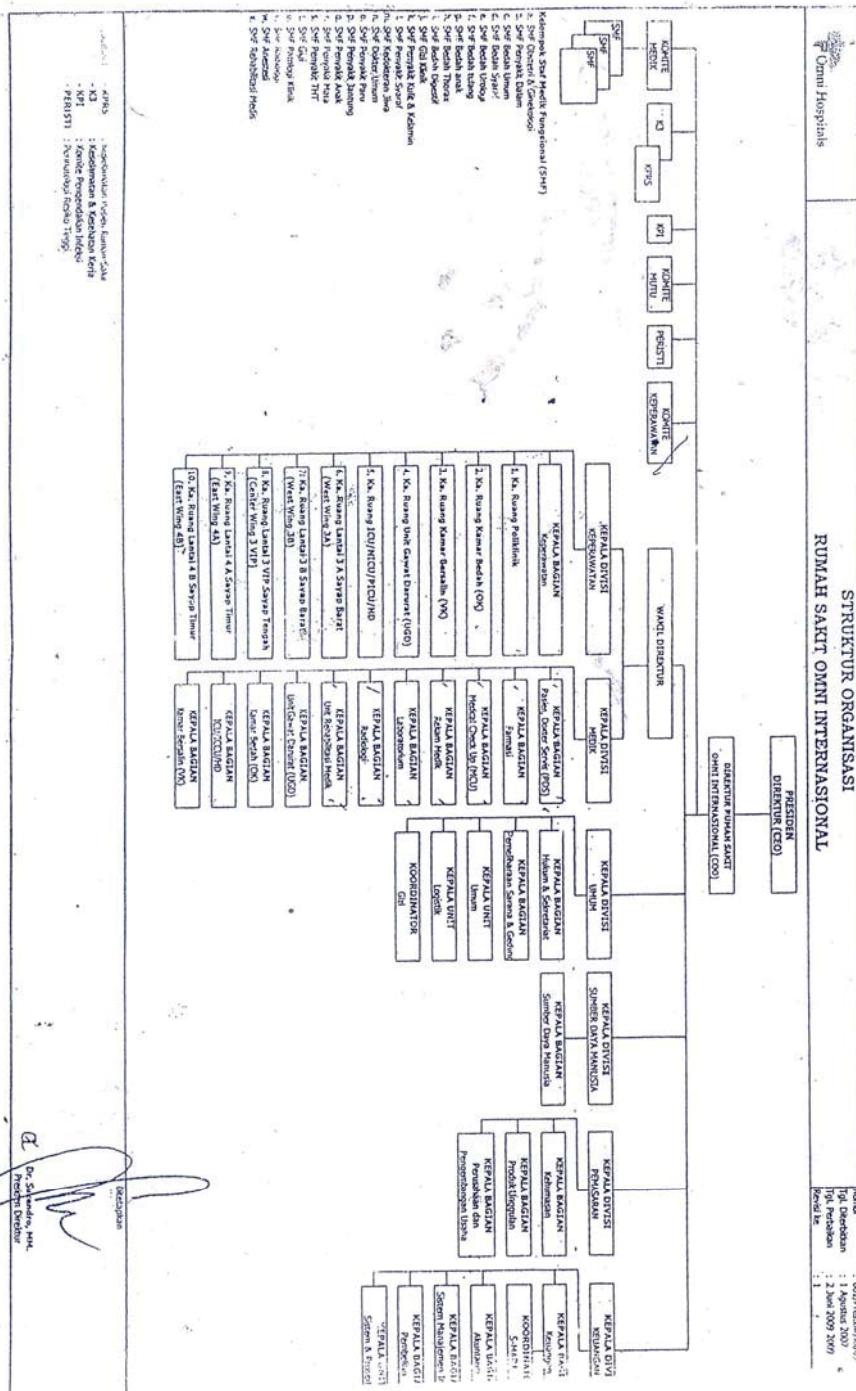


**Rekapitulasi Waktu Penyelesaian Surat Keterangan Medis Pada Bulan Februari 2011 di Omni
Internasional Hospital**

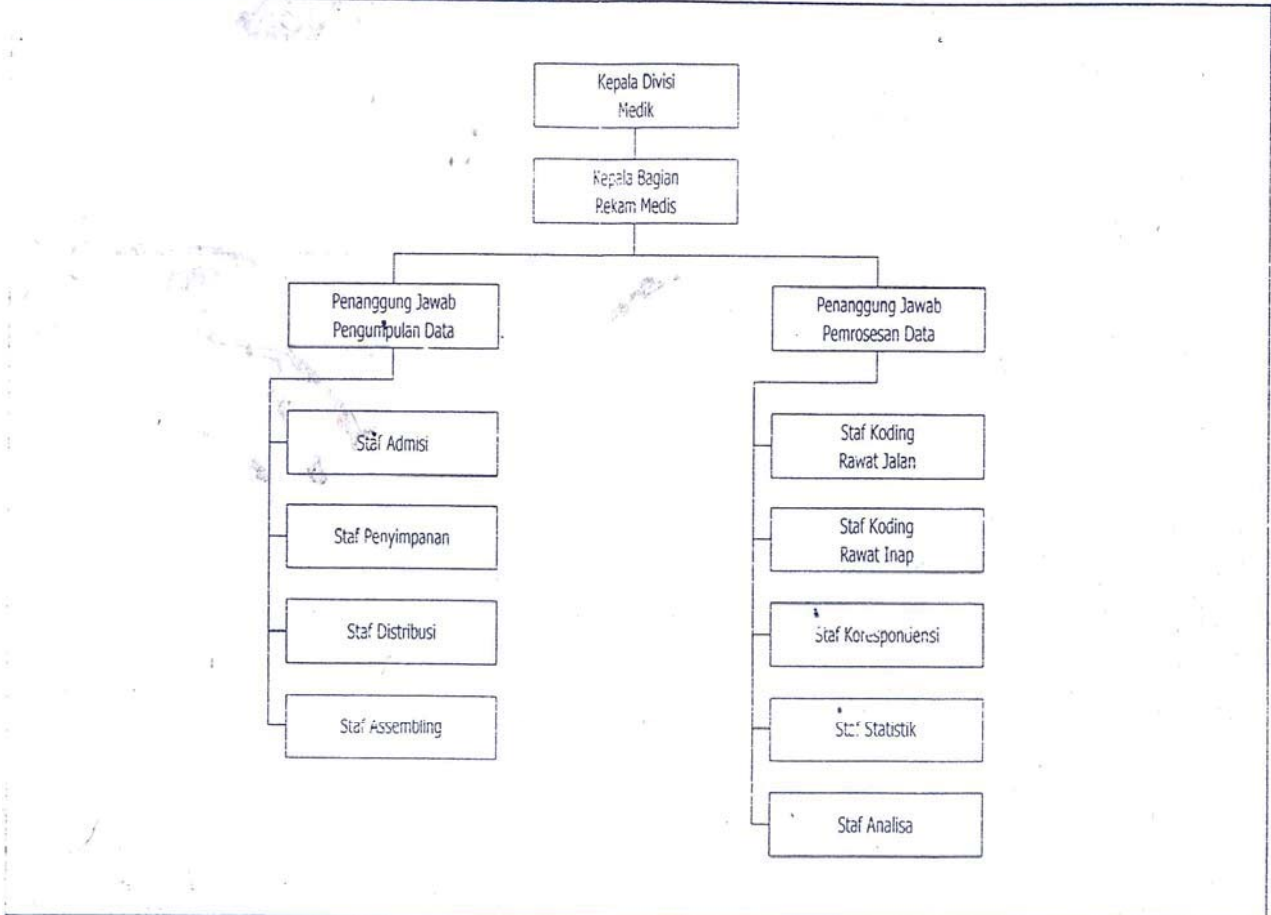
NO	Tanggal Masuk Klaim	No.Rekam Medis	Tanggal Selesai Proses Klaim	Lama Waktu	Ketepatan Waktu	Keterlambatan Waktu	Nama Asuransi	Nama Dokter
1.	04 / 02 / 2011	05 - 78 - 39	09 / 02 / 2011	5	3	2	Prudential	dr. NI
2.	04 / 02 / 2011	04 - 38 - 55	10 / 02 / 2011	6	3	3	Manulife	dr. E
3.	01 / 02 / 2011	01 - 85 - 65	07 / 02 / 2011	6	3	3	Prudential	dr. J
4.	18 / 02 / 2011	05 - 79 - 71	22 / 02 / 2011	5	3	2	Allianz	dr. Eo
5.	11 / 02 / 2011	04 - 75 - 14	19 / 02 / 2011	8	3	5	Allianz	dr. At
6.	01 / 02 / 2011	05 - 55 - 58	13 / 02 / 2011	12	3	9	Allianz	dr. H
7.	04 / 02 / 2011	05 - 78 - 19	21 / 02 / 2011	17	3	14	Allianz	dr. H
8.	09 / 02 / 2011	03 - 80 - 74	12 / 02 / 2011	3	3	0	Allianz	dr. E
9.	01 / 02 / 2011	03 - 68 - 75	09 / 02 / 2011	8	3	5	Prudential	dr. S
10.	16 / 02 / 2011	05 - 70 - 38	19 / 02 / 2011	3	3	0	Seguis Life	dr. Ad

26.	08 / 02 / 2011	01 - 54 - 32	15 / 02 / 2011	7	3	4	Prudential	dr. H
27.	05 / 02 / 2011	05 - 81 - 16	09 / 02 / 2011	4	3	1	Cigna	dr. At
28.	11 / 02 / 2011	05 - 86 - 75	19 / 02 / 2011	8	3	5	Allianz	dr. H
29.	10 / 02 / 2011	00 - 08 - 57	14 / 02 / 2011	4	3	1	Sun Life	dr. E
30.	10 / 02 / 2011	02 - 00 - 64	16 / 02 / 2011	6	3	3	Prudential	dr. M



Lampiran 3

 <p>Omni Hospitals</p>	STRUKTUR ORGANISASI REKAM MEDIS	<p>No. Dokumen : SO-2/REME/001 Tgl. Terbit : 8 Juni 2009 No. Revisi : 01 Hal. : 1</p>
---	--	---



Ditetapkan



Dr. Bina Ratna Kusuma Fitri, MM
Direktur

Lampiran 4

JOB DESCRIPTION STAF KORESPONDENSI

HUBUNGAN ORGANISASI

Bertanggung Jawab Kepada : Penanggung Jawab Pemrosesan Data

Membawahi Langsung : -

TUGAS POKOK JABATAN

Melakukan korespondensi medis dengan pihak ke-3 atas persetujuan pasien

WEWENANG

1. Memastikan Surat Keterangan Medis atas seizin pasien yang bersangkutan
2. Memastikan Surat keterangan Medis dibuat sesuai data yang ada

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

1. Menerima permohonan Surat Keterangan Medis
2. Memproses permohonan Surat keterangan Medis untuk diteruskan kepada dokter yang bersangkutan
3. Menyerahkan Surat Keterangan Medis kepada pemohon.

KUALIFIKASI JABATAN

Seorang lulusan D3 Rekam Medis yang telah berpengalaman kerja minimal 1 tahun di Bagian Rekam Medis.

Lampiran 5



Lampiran 5

SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI MEDIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : _____
Alamat : _____
No. KTP : _____

Selaku : Pasien / Suami / Isteri / Orang tua / Ayah / Ibu / Wali / Anak / Penanggung jawab *)

Nama Pasien : _____
Nomor Rekam Medis : _____
Tanggal Rawat : _____
Dokter Yang Merawat : _____

Selanjutnya pihak diatas disebut Pemberi Kuasa , dengan ini memberikan kuasa kepada :

OMNI INTERNATIONAL HOSPITAL, beralamat di Jl. Alam Sutera Boulevard Kav. 25 Serpong, Tangerang
(Selanjutnya disebut Penerima Kuasa) :

K H U S U S

Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya / pasien tersebut diatas *), baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan OMNI INTERNATIONAL HOSPITAL kepada :

Perorangan / Perusahaan / Asuransi *) : _____
Fotocopy hasil pemeriksaan yang diminta : _____
1. Hasil Resume Medis tanggal : _____
2. Hasil Laboratorium tanggal : _____
3. Hasil Radiologi tanggal : _____
4. Hasil Lain-Lain : _____

Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, maka dengan ini Pemberi Kuasa membebaskan Penerima Kuasa dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga, yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Tangerang, _____
Jam _____
Pemberi Kuasa,

(_____)

BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS

Saya bertanda tangan di bawah ini : _____
Nama : _____
Alamat : _____
Hubungan dengan pasien : _____

Menerima dari OMNI INTERNATIONAL HOSPITAL informasi medis dari pasien yang tersebut di atas.

Tangerang, _____
Yang menerima,

Yang memberi,
Petugas Rekam Medis

Nama & Tanda tangan

Nama & Tanda tangan

*) coret yang tidak perlu



Omni Hospitals

Omni International Hospital
Jl. Alam Sutera Boulevard Kav. 25
Serpong, Tangerang
Ph + 21 5312 5555, 5312 8555 (Hunting)
Fx + 21 5312 8666
E-mail info@omni-hospitals.com

Omni Hospital
Jl. Pulomas Barat VI No. 20
Jakarta 13210
Ph + 21 472 2719, 472 3332 (Hunting)
Fx + 21 471 8081
www.omni-hospitals.com

Lampiran 6

SURAT KETERANGAN

Yang bertandatangan di bawah ini Dokter Omni International Hospital, menerangkan bahwa :

Nama Pasien : _____
No. Pasien : _____
Alamat : _____
Tanggal berobat : _____
Dokter : _____
Diagnosa : _____
Terapi : _____

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tangerang, 14 November 2010

(Dokter yang Merawat)



World Class Healthcare



PERMOHONAN PENGISIAN FORMULIR
ASURANSI/ VISUM ET REPERTUM*)

Catatan :

- Untuk konfirmasi hubungi Bagian Rekam Medis Ext. 8012 atau 8014
- Rekam Medis : Poliklinik
 Gawat Darurat
 Rawat Inap

*) Coret yang tidak perlu

Kepada Yth :
Dr.
di tempat

Dimohon mengisi formulir Asuransi / Visum et Repertum *)

Nama Pasien :

Nomor Pasien :

Nomor Registrasi :

Terima kasih.
Tangerang,

(User id MRO & Paraf)

Lampiran 8

Lampiran 8



TANDA TERIMA FORMULIR ASURANSI

Catatan :

- Sebelum pengambilan, harap hubungi **Omni International Hospital**, Bagian Rekam Medis Telp. (021) 53125555 atau 53128555 Ext. 8012 atau 8014
 - Tanda terima form Asuransi ini merupakan bukti pengambilan Formulir Asuransi
- Harap membawa Surat Kuasa yang telah ditandatangani oleh pasien pada saat pengambilan

Tanggal Terima :

Rekam Medis : Poliklinik
 Gawat Darurat
 Rawat Inap

Nama :

Nomor Pasien :

Nomor Registrasi :

Nama Asuransi :

Surat Kuasa : Ada Tidak

Penerima,

(
Nama & tanda tangan)