

Fasilitas Kesehatan 2022

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Selamat Pagi

Sehubungan akan berakhirnya perjanjian kerjasama Bapel Jamkesos dengan Rumah Sakit di tahun 2021, maka Kami mohon untuk mengisi GForm ini untuk kredensialing rumah sakit.

Adapun persyaratan dapat di upload dalam Gform ini dalam bentuk file pdf dengan besaran masing-masing 1 MB.

Identitas Faskes ini sebagai data dasar untuk pembuatan Perjanjian Kerjasama. Apabila identitas sudah lengkap akan kami kirimkan softkopi kepada PIC bagian Perjanjian Kerjasama di Faskes ini.

Atas kerjasamanya, Kami sampaikan terima kasih.

Wasalamu'alaikum Wr. Wb.

Hormat Kami

Mohon untuk mengisi data dengan jelas dan Lengkap

1. Persiapan Person in Charge (PIC) Untuk Nama, Jabatan, email, dan No whatsapp pada bagian

- a. Pendaftaran
- b. Jaminan/Pemberkasan Klaim
- c. Bendahara
- d. Humas
- e. Perjanjian Kerjasama/MOU

2. Pengisian ini juga menyertakan/upload Foto/PDF dari:

1. SK Pimpinan Faskes
2. Dasar Pendirian Faskes
3. ijin Operasional Faskes
4. Profil Faskes
5. NPWP Faskes
6. Penetapan Kelas Rumah Sakit
7. Sertifikasi Kemenkes Koding NCC
8. Sertifikasi ISO
9. Sertifikasi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)
10. Jadwal Praktek Dokter
11. Fotokan Nomor Rekening BanK Rumah Sakit
12. Rekomendasi Pelaksanaan/ijin operasional Hemodialisa oleh PERNEFRI
13. Sertifikasi Penanggung Jawab Hemodialisa
14. Sertifikasi Dokter pelaksana Hemodialisa
15. STR dan SIP Dokter Pelaksanaan/Dokter Spesialis Hemodialisa

16. Sertifikasi Penanggung Jawab Rehabilitasi Medik
17. Sertifikasi dokter/Sokter Spesialis Rehabilitasi Medik
18. STR dan SIP dokter/Sokter Spesialis Rehabilitasi Medik
19. Rekap Dokter, dokter gigi, dokter spesialis sesuai jadwal (form terlampir excel)
20. Informasi tempat tidur (form terlampir excel)
21. Tarif Rumah Sakit,

*** Wajib**

Person in
Charge(PIC)

1. Persiapan Person in Charge (PIC) Untuk Nama, Jabatan, email, dan No whatsapp pada bagian
 - a. Pendaftaran
 - b. Jaminan/Pemberkasan Klaim
 - c. Bendahara
 - d. Humas
 - e. Perjanjian Kerjasama/MOU

1. Nama PIC Pendaftaran

2. Jabatan PIC Pendaftaran

3. Email PIC Pendaftaran

4. No Whatsapp PIC Pendaftaran

5. Nama PIC Penjaminan/Pemberkasan Klaim

6. Jabatan PIC Penjaminan/Pemberkasan Klaim

7. Email PIC Penjaminan/Pemberkasan Klaim

8. No Whatsapp PIC Penjaminan/Pemberkasan Klaim

9. Nama PIC Bendahara

10. Jabatan PIC Bendahara

11. Email PIC Bendahara

12. No Whatsapp PIC Bendahara

13. Nama PIC Humas

14. Jabatan PIC Humas

15. Email PIC Humas

16. No Whatsapp PIC Humas

17. Nama PIC Kerjasama/MOU

18. Jabatan PIC Kerjasama/MOU

19. Email PIC Kerjasama/MOU

20. Nomor Whatsapp PIC Kerjasama/MOU

Identitas Fasilitas Kesehatan Rumah Sakit

21. Faskes Rumah Sakit

Pilih faskes dibawah ini. (Faskes yang telah ber-PKS tahun 2021). Bagi Nama Faskes Yang Belum Tercantum, pilih lainnya kemudian diisi nama Faskesnya

Tandai satu oval saja.

- RSUD Kharisma Paramedika
- RS Happy Land Medical Centre
- RS Condong Catur
- RSUD Nyi Ageng Serang
- RSKIA Arvita Bunda
- RS Jiwa Grhasia
- RS Hermina Yogyakarta
- UPT RS Pratama
- RSUD Mitra Paramedika
- RSUD Santo Yusup Boro
- RS Khusus Bedah Adelia
- RSKIA Ummi Khasanah
- RS Nur Hidayah
- RSUD Queen Latifa
- RSUD Griya Mahardhika
- RS Panti Nugroho
- RS Paru Respira
- RSIY PDHI
- RSKIA 45 Prof dr Ismangoen
- RSUD Rizki Amalia Medika
- RSUD Bethesda Lempuyangwangi
- RSKIA Sadewa
- RSUD Sakina Idaman
- RS Panti Rahayu
- RSUD Kota Yogyakarta
- RS Mata dr. YAP
- RSUD Pelita Husada
- RSUD Wonosari
- RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede
- RS Nur Rohmah
- RS Akademik UGM

- ~~RSU Permata Husada~~
- RSU Permata Husada
- RSUD Sleman
- RSKIA Permata Bunda
- RS At-Turots Al Islamy
- RSK Puri Nirmala
- RS PKU Muhammadiyah Wonosari
- RS PKU Muhammadiyah Gamping
- RSU Rachma Husada
- RSU Rajawali Citra
- RSUD Prambanan
- RSU Panti Baktiningsih
- RSUD Panembahan Senopati Bantul
- RSU Rizki Amalia
- RSU PKU Muhammadiyah Bantul
- RSUD Wates
- RS Bhayangkara Polda DIY
- RS TK III 04.06.03 dr. Soetarto
- RSI Hidayatullah
- RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- RS Santa Elisabeth
- RS Ludira Husada Tama Yogyakarta
- Rumah Sakit Khusus Bedah (RSKB) Ring Road Selatan
- RS Puri Husada
- RS Panti Rapih
- RS Universitas Ahmad Dahlan
- RS Panti Rini
- RSPAU dr.S. Hardjolukito
- RS Bethesda
- RSUP Dr. Sardjito
- Yang lain: _____

22. Alamat

23. Dusun

24. Kelurahan/Desa

25. Kecamatan

26. Kabupaten

Tandai satu oval saja.

Kota Yogyakarta

Bantul

Kulonprogo

GunungKidul

Sleman

Yang lain: _____

27. Provinsi

Tandai satu oval saja.

D.I Yogyakarta

Yang lain: _____

28. Kode Pos

29. Nomor Telpon1

30. Nomor Telpon2

31. Nomor Telpon3

32. Faksimail

33. email rumah sakit1

34. email rumah sakit2

35. Dasar Pendirian Faskes

Tandai satu oval saja.

- Rumah Sakit Umum Pusat
- Rumah Sakit Umum Daerah
- Rumah Sakit Khusus Pusat
- Rumah Sakit Khusus Daerah
- Yayasan
- Perseroan Terbatas
- CV
- Akta Notaris
- Yang lain: _____

36. Nomor Dasar Pendirian Faskes

37. Tanggal Dasar Pendirian Faskes

Contoh: 7 Januari 2019

38. Kirimkan Dasar Pendirian Faskes

File dikirimkan:

39. Ijin Operasional Faskes dikeluarkan Oleh

Tandai satu oval saja.

- Kementerian Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan DIY
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Bantul
- Dinas Kesehatan Kulonprogo
- Dinas Kesehatan Gunung Kidul
- Dinas Kesehatan Sleman
- Yang lain: _____

40. nomor Ijin Operasional Faskes

41. Tanggal dikeluarkan Ijin Operasional Faskes

Contoh: 7 Januari 2019

42. Type Ijin Operasional Faskes

Tandai satu oval saja.

A

B

C

D

A Pendidikan

B Pendidikan

Yang lain: _____

43. Kirimkan Ijin Operasional Faskes

File dikirimkan:

44. Memiliki Profil Faskes

Tandai satu oval saja.

Ya

45. Kirimkan Profil Faskes

File dikirimkan:

46. Nomor NPWP Faskes

47. Kirimkan NPWP Faskes

File dikirimkan:

48. Penetapan Kelas Rumah Sakit

49. Kirim Penetapan Kelas Rumah Sakit

File dikirimkan:

50. Nomor Koding NCC Kemenkes RI

51. Kirimkan Sertifikasi Kemenkes Koding NCC

Bila tidak ada, kirimkan screenshot dapat menggunakan aplikasi Ina-cbgs

File dikirimkan:

52. Faskes telah dilakukan ISO

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

53. Kirimkan Sertifikasi ISO Faskes

File dikirimkan:

54. Faskes Telah Dilakukan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

55. Predikat Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

Tandai satu oval saja.

- Dasar
- Madya
- Utama
- Paripurna

56. Kirimkan Sertifikasi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

File dikirimkan:

57. Ada Jadwal Praktek Dokter

Tandai satu oval saja.

- Ya

58. Kirim Jadwal Praktek Dokter

File dikirimkan:

Para Pihak

Para Pihak ini yang nantinya akan menandatangani MOU/PKS
untuk itu dibutuhkan nama yang jelas sesuai Ketetapan Pengangkatannya

59. Nama Pimpinan Faskes

60. jabatan Pimpinan Faskes

Tandai satu oval saja.

Direktur Rumah Sakit

Kepala Rumah Sakit

Kepala Balai

Yang lain: _____

61. Didepan Nomor Pegawai adalah

Tandai satu oval saja.

NIP.

NBM.

NRP.

NIK.

Yang lain: _____

62. Nomor NIP/NBM/NRP/NIK Pimpinan Faskes

63. Nomor SK Pimpinan Faskes

64. Tanggal SK Pimpinan Faskes

Contoh: 7 Januari 2019

65. Ditetapkan Oleh

Tandai satu oval saja.

- Menteri Kesehatan RI
- Gubernur
- Bupati
- Yayasan
- Perusahaan
- Yang lain: _____

66. Upload/Kirimkan SK Pimpinan Faskes

File dikirimkan:

67. Nomor Telpon Pimpinan Faskes

68. Email Pimpinan Faskes

**Transfer
Bank**

Nomor Rekening ini akan digunakan untuk transfer uang hasil Klaim yang telah disetujui.

Nomor rekening Bank diutamakan BPD DIY

apabila menggunakan Bank Selain BPD DIY, maka biaya transfer menjadi tanggung Jawab Rumah Sakit.

69. Menggunakan Bank BPD DIY

Tandai satu oval saja.

- Bank BPD DIY *Langsung ke pertanyaan 70*
- Tidak *Langsung ke pertanyaan 75*

Bank BPD DIY

70. Bank BPD DIY Cabang/Unit

71. atas Nama Rekening

72. Nomor Rekening

73. Fotokan Nomor Rekening

File dikirimkan:

74. Lanjut

Tandai satu oval saja.

Ya *Langsung ke pertanyaan 80*

Bank Selain BPD DIY

75. Nama Bank

Tandai satu oval saja.

Bank BNI 46

Bank Mandiri

Bank BRI

Yang lain: _____

76. Bank Cabang/Unit

77. atas nama rekening Bank selain BPD DIY

78. Nomor Rekening Bank selain BPD DIY

79. Fotokan Nomor Rekening Bank selain BPD DIY

File dikirimkan:

Sarana Prasarana Yang Dipunyai

80. Mempunyai Hemodialisa

Tandai satu oval saja.

Ya *Langsung ke pertanyaan 81*

Tidak *Langsung ke pertanyaan 98*

Hemodialisa

81. Ada rekomendasi dari PERNEFRI

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

82. Kirimkan rekomendasi dari PERNEFRI

File dikirimkan:

83. Siapa Konsulen Hemodialisa

84. Siapa Penanggung Jawab Hemodialisa

85. Kirimkan Sertifikasi Penanggung Jawab Hemodialisa

File dikirimkan:

86. Ada Ijin Operasional Hemodialisa

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

87. Kirimkan Ketetapan Ijin Operasional Hemodialisa

File dikirimkan:

88. Dokter Pelaksanaan Hemodialisa 1

89. Kirimkan Sertifikasi Dokter Pelaksanaan Hemodialisa 1

File dikirimkan:

90. Dokter Pelaksanaan Hemodialisa 2

91. Kirimkan Sertifikasi Dokter Pelaksanaan Hemodialisa 2

File dikirimkan:

92. Dokter Pelaksanan Hemodialisa 3

93. Kirimkan Sertifikasi Dokter Pelaksanan Hemodialisa 3

File dikirimkan:

94. Kirimkan STR dan SIP Dokter Pelaksanan/Dokter Spesialis Hemodialisa

File dikirimkan:

95. Jumlah mesin Hemodialisabuah

96. Dijalankan dengan berapa shift

Tandai satu oval saja.

1

2

3

Yang lain: _____

97. Waktu shift

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
Pagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sewaktu-waktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rehabilitasi medik

Dijalankan oleh dokter spesialis Rehabilitasi Medik (Sp.KFR/Sp.RM)

98. Sarana Rehabilitasi Medik

Tandai satu oval saja.

- Ya *Langsung ke pertanyaan 99*
- Tidak *Langsung ke pertanyaan 106*

Rehabilitasi Medik

99. Siapa Penanggung Jawab Rehabilitasi Medik

100. Kirim Sertifikasi Penanggung Jawab Rehabilitasi Medik

File dikirimkan:

101. Adakah Dokter /Dokter Spesials pelaksana Rehabilitasi Medik

Tandai satu oval saja.

- Ya
- Tidak

102. Jumlah Dokter /Dokter Spesials pelaksana Rehabilitasi Medikberapa orang

103. Kirimkan Sertifikasi dokter/Sokter Spesialis Rehabilitasi Medik

File dikirimkan:

104. Kirimkan STR dan SIP dokter/Sokter Spesialis Rehabilitasi Medik

File dikirimkan:

105. Fasilitas Rehabilitasi Medik untuk terapi

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
Okupasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wicara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistem Informasi Manajemen

106. Mempunyai Websit

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

107. Nama Homepage Websit

108. Informasi dalam Websit

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
Tempat tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jadwal Praktek Dokter/dokter gigi Spesialis/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homecare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Home visit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunjungan rawat Jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendaftaran online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109. Ada Informasi tempat tidur

Tandai satu oval saja.

Ya

110. Kirim Informasi tempat tidur sesuai format excel

File dikirimkan:

111. Ada informasi Tarif Rumah sakit

Tandai satu oval saja.

Ya

112. Tanggal ditetapkan Tarif Rumah sakit

Contoh: 7 Januari 2019

113. Nomor ditetapkan Tarif Rumah sakit

114. Kirimkan Tarif Rumah sakit yang telah ditetapkan

File dikirimkan:

115. Jarak Rumah sakit dengan RSUD (Km)

116. Jarak Rumah sakit dengan RS Dr. Sardjito (Km)

Kelengkapan administrasi

117. Ada Rekap Dokter, dokter gigi, dokter spesialis (form terlampir)

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

118. Kirim Rekap Dokter, dokter gigi, dokter spesialis (form terlampir excel)

File dikirimkan:

Pernyataan

Dari yang mengisi Formulir Online Identitas Rumah Sakit

119. Pernyataan *

Centang semua yang sesuai.

Identitas pernyataan ini, saya isi dengan sejujurnya. Apabila dikemudian Hari terdapat kesalahan dapat hubungi saya

120. Nama yang membuat pernyataan *

121. Nomor Whatsapp yang membuat pernyataan *

122. Email yang membuat pernyataan *

Terima kasih telah mengisi identitas data secara lengkap.

Periksa email untuk

1. Prosedur Pengajuan MOU
2. Draf MOU masing-masing Faskes
3. Format isian

Konten ini tidak dibuat atau didukung oleh Google.

Google Formulir