BNI Life

RSST

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
PT BNI LIFE INSURANCE
DENGAN
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TENTANG
PELAYANAN PERAWATAN DAN PENGOBATAN SECARA BERLANGGANAN
DI RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

Nomor : 342.PKS.BL.DIR.1018
Nomor : HK.03.01/II.1/1494 39/2018

Pada hari ini Jum'at tanggal tiga bulan Agustus tahun dua ribu delapan belas (03-08-2018) kami yang bertandatangan di bawah ini :

I. **dr. Okta Sinta Harini, *Head of Claim & Provider Division*** bertindak berdasarkan Surat Kuasa nomor 007.POA.BL.DIR-02.0518 tanggal 23 Mei 2018 sehingga berdasarkan Anggaran Dasar Perseroan sebagaimana termaktub dalam Akta No. 07 tanggal 03 April 2014 beserta perubahan-perubahannya. Anggaran Dasar Perseroan ebagaimana termaktub dalam Akta No. 44 tanggal 29 Agustus 2014 yang dibuat dihadapan Notaris Fathiah Helmi, S.H., Notaris di Jakarta, yang penerimaan pemberitahuan perubahan Anggaran Dasar Perseroan yang telah diterima dan dicatat di dalam Sistem Administrasi Badan Hukum oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia dengan Surat Keputusan No. AHU-26846.40.22.2014 tanggal 29 Agustus 2014, berkedudukan dan berkantor pusat Centennial Tower 9th Floor **Jl. Gatot Subroto Kav. 24-25 Jakarta 12930**, untuk selanjutnya disebut : ---------

---------- **PIHAK PERTAMA** ----------

II. **dr. Endang Widyaswati, M.Kes., Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro** berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor KP.03.03/Menkes/196/2018 tentang Pemberhentian Dan Pengangkatan Dari Dan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tanggal 30 April 2018 dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut di atas dari dan demikian untuk dan atas nama serta sah mewakili Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai badan usaha yang bergerak dibidang pengelolaan sarana upaya layanan kesehatan atau Rumah Sakit berkedudukan di Klaten beralamat di Jl. Dr. KRT Soeradji Tirtonegoro No 1, NPWP. 00.004.307.5.525.000 an RSUP Soeradji Tirtonegoroyang penyelenggaraannya berdasarkan Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018 tanggal 26 Januari 2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A,, untuk selanjutnya disebut : ----------

---------- **PIHAK KEDUA** ----------

PIHAK PERTAMA dan **PIHAK KEDUA** secara sendiri-sendiri disebut "Pihak" dan secara bersama-sama disebut "Para Pihak".

Para Pihak tersebut di atas dengan ini menerangkan terlebih dahulu sebagai berikut :

a. Bahwa **PIHAK PERTAMA** merupakan suatu perseroan terbatas yang bergerak di bidang pelayanan asuransi jiwa dan memiliki produk berupa asuransi kesehatan.

b. Bahwa **PIHAK KEDUA**, merupakan suatu badan usaha sebagai sarana pelayanan kesehatan sebagaimana kemampuan dan fasilitas yang tersedia dengan senantiasa akan berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik berdasarkan standar pelayanan kesehatan yang berlaku.

c. Bahwa **PIHAK PERTAMA** berkeinginan untuk meningkatkan jumlah penyedia pelayanan kesehatan (provider) dalam menunjang bidang usahanya dengan menunjuk **PIHAK KEDUA** sebagai provider **PIHAK PERTAMA**, dan **PIHAK KEDUA** dengan ini menyatakan setuju untuk menerima penunjukan **PIHAK PERTAMA** tersebut sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan sebagaimana diatur dalam perjanjian kerjasama pelayanan perawatan dan pengobatan secara berlangganan di **RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN** selanjutnya disebut "Perjanjian").

Selanjutnya Para Pihak telah sepakat untuk membuat dan menandatangani Perjanjian ini dengan ketentuan–ketentuan sebagai berikut:

Pasal 1
PENGERTIAN

Dalam Perjanjian ini yang dimaksud dengan:

a. **RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN** adalah institusi di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang melaksanakan tugas dan fungsinya melakukan pelayanan kesehatan, pendidikan dan Penelitian.

b. **Asuransi** adalah program asuransi kesehatan baik individu maupun kumpulan milik **PIHAK PERTAMA**

c. **Peserta** adalah peserta/tertanggung Asuransi Kesehatan dari **PIHAK PERTAMA** yang menggunakan jasa dan layanan kesehatan **PIHAK KEDUA**, untuk selanjutnya apabila berobat disebut sebagai "**Pasien**".

d. **Pasien** adalah Peserta/Tertanggung Asuransi Kesehatan dari **PIHAK PERTAMA** yang menggunakan jasa dan layanan kesehatan **PIHAK KEDUA**.

e. **Rawat Sehari (*One Day Service*)** adalah tindakan medis non-bedah dan tindakan keperawatan lainnya yang diberikan Rumah Sakit kepada Peserta yang memerlukan perawatan paling lama 24 (dua puluh empat) jam di Rumah Sakit **PIHAK PERTAMA**.

f. **Rawat Jalan** adalah semua pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit kepada Pasien untuk sementara hanya selama jam kerja dalam upaya perawatan dan/atau pengobatan atau pemulihan kesehatan dimana Peserta tidak perlu menginap di Rumah Sakit.

g. **Rawat Jalan Tingkat I** adalah pelayanan kesehatan yang ditangani oleh dokter umum atau dokter gigi yang memiliki izin praktek sesuai bidangnya.

h. **Rawat Jalan Tingkat II** adalah pelayanan kesehatan yang ditangani oleh dokter ahli (Spesialis) atau khusus dalam bidang tertentu yang memiliki izin praktek sesuai bidangnya, dikecualikan untuk dokter gigi.

i. **Rawat Inap** adalah semua jasa kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit dalam upaya pemulihan kesehatan, termasuk di dalamnya jasa medis, jasa penunjang medis, jasa keperawatan, pemakaian alat kesehatan, alat kedokteran, obat-obatan, serta jasa penunjang lainnya (baik bersifat medis teknis dan administrasi) yang diperuntukkan bagi pasien selama dilakukan pelayanan kesehatan rawat inap di setiap ruang perawatan yang dilakukan minimal 6 (enam) jam.

j. ***Medical Check Up*** adalah pemeriksaan medis terhadap Peserta yang sehat untuk mengetahui secara dini tentang keadaan/kondisi kesehatannya.

k. **Surat Jaminan** adalah surat yang dikeluarkan oleh **PIHAK PERTAMA** bagi Peserta yang berisi jaminan atas perawatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** terhadap Peserta, sebagai pengantar mendapatkan pelayanan kesehatan dari **PIHAK KEDUA** dan merupakan jaminan pembayaran atas pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan.

l. **Kartu Peserta** adalah bukti tanda kepesertaan bagi Peserta yang diterbitkan oleh **PIHAK PERTAMA** yang masih berlaku, berisi jaminan atas perawatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** terhadap Peserta yang wajib ditunjukan Pasien setiap kali berobat di Rumah Sakit, sebagaimana tercantum dalam **Lampiran VII** tentang Specimen Kartu Peserta.

m. **Tarif** adalah harga komponen atau kegiatan sebagai imbalan atas pelayanan kesehatan yang diterima Pasien di Rumah Sakit yang ditanggung oleh **PIHAK PERTAMA**, yang berlaku pada saat Pasien memperoleh pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

n. **Operasi** adalah tindakan pembedahan yang diberikan Rumah Sakit kepada Pasien, yang dapat terdiri dari operasi kecil yang tidak memerlukan Rawat Inap, operasi sedang, operasi besar, dan operasi khusus.

o. ***Emergency* (Pelayanan Gawat Darurat)** adalah pelayanan perawatan kesehatan bagi Peserta dengan kondisi sangat memerlukan perawatan segera dan/atau perawatan bersifat darurat yaitu sebagai berikut :
   (i). Kecelakaan;
   (ii). Colic abdomen;
   (iii). Acute abdomen;
   (iv). Gastroenteritis;
   (v). Serangan jantung;
   (vi). Kejang-kejang;
   (vii). Status asthmaticus;
   (viii). Pendarahan;
   (ix). Gangguan sirkulasi darah otak;
   (x). Syok;
   (xi). Koma atau gangguan kesadaran;
   (xii). Keracunan / intoksikasi;
   (xiii). Reaksi alergi; dan

(xiv). Kasus-kasus lainnya yang menurut pertimbangan medis termasuk kategori kasus gawat darurat medis.

Pasal 2
LINGKUP PELAYANAN KESEHATAN

(1). **PIHAK KEDUA** menyediakan dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan kepada Peserta di Rumah Sakit dengan ruang lingkup pelayanan yang diberikan adalah:

a. Rawat Jalan Tingkat I
   (i). Pemeriksaan oleh dokter Umum / dokter Gigi
   (ii). Sarana Penunjang Diagnostik
   (iii). Tindakan Pengobatan
   (iv). Obat

b. Rawat Jalan Tingkat II
   (i). Pemeriksaan oleh Dokter Spesialis dan atau Dokter yang khusus ahli dalam bidang tertentu
   (ii). Sarana Penunjang Diagnostik
   (iii). Tindakan Pengobatan (termasuk Fisioterapi)
   (iv). Obat

c. Rawat Inap
   (i). Rawat Inap dengan atau tanpa tindakan pembedahan, termasuk bersalin.
   (ii). *Emergency Out – Patient* karena kecelakaan atau *Accident*.
   (iii). Minor Surgery tanpa rawat inap atau *one day care*

(2). **PIHAK KEDUA** atas persetujuan **PIHAK PERTAMA** akan merujuk Pasien ke rumah sakit yang memiliki fasilitas lebih lengkap dari fasilitas yang dimiliki **PIHAK KEDUA**, dalam hal keterbatasan fasilitas yang dimiliki **PIHAK KEDUA**, dimana Pasien memerlukan tindakan dan atau perawatan lebih lanjut.

(3). Ketentuan sebagaimana dimaksud ayat (2) Pasal ini, dimungkinkan apabila kondisi Pasien yang memerlukan rujukan sesuai indikasi medis.

Pasal 3
PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

(1). Rumah Sakit hanya melayani Pasien yang dilengkapi dengan Kartu Peserta, kecuali dalam keadaan *Emergency*, untuk itu Peserta yang datang berobat diharuskan menunjukan Kartu Peserta yang masih berlaku yang resmi dikeluarkan oleh **PIHAK PERTAMA**;

(2). **PIHAK KEDUA** mencocokkan Kartu Peserta yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan, dengan fotocopy tanda pengenal dari Peserta (KTP, SIM, atau Kartu Pelajar) kepada petugas **PIHAK KEDUA** (Administrasi Rawat Inap) sesuai dengan ketentuan yang berlaku dari waktu ke waktu dalam **Lampiran I dan Lampiran II** tentang Prosedur Penerimaan Pasien yang merupakan bagian dan satu kesatuan dengan Perjanjian ini.

(3). Peserta (Pasien) wajib menandatangani surat persetujuan pemberian informasi medis oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK PERTAMA**.

(4). Apabila diperlukan Rawat Inap, maka **PIHAK KEDUA** akan memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta **PIHAK PERTAMA** dalam jangka waktu 24 (dua puluh empat) jam pertama dan **PIHAK PERTAMA** bersedia menjamin pelayanan kesehatan tersebut.

(5). **PIHAK KEDUA** dalam waktu 1 (satu) kali 24 (dua puluh empat) jam akan memberitahukan kepada **PIHAK PERTAMA**, dengan melalui telepon atau faksimile data yang dibutuhkan **PIHAK PERTAMA** sesuai dengan ketentuan yang berlaku dari waktu ke waktu dalam **Lampiran IV** tentang Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap yang merupakan bagian dan satu kesatuan dengan Perjanjian ini.

(6). **PIHAK PERTAMA** akan mengeluarkan Surat Jaminan apabila **PIHAK KEDUA** telah melakukan prosedur pelayanan kesehatan sebagaimana dijelaskan dalam Pasal 3 Perjanjian ini.

(7). Dalam hal Peserta yang telah mendapatkan fasilitas Rawat Inap sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) Pasal ini, setelah dilakukannya pengecekan oleh **PIHAK PERTAMA** ternyata tidak berhak untuk mendapatkan pelayanan Rawat Inap karena sebab apapun, maka **PIHAK PERTAMA** tidak menanggung segala biaya yang timbul atas pelayanan Rawat Inap Peserta setelah batas waktu 24 (dua puluh empat) jam pertama.

(8). Peserta (Pasien) wajib menandatangani surat persetujuan selisih biaya pelayanan kesehatan di luar Surat Jaminan yang dikeluarkan oleh **PIHAK PERTAMA**, selisih biaya tersebut dibebankan kepada Peserta (Pasien) dan pembayaran dilakukan sebelum Peserta (Pasien) meninggalkan ruang perawatan (pulang).

(9). Surat Jaminan disediakan oleh **PIHAK PERTAMA** dalam tenggang waktu 1 x 24 jam, apabila tenggang waktu tersebut jatuh pada hari libur, maka tenggang waktu diundur 1 x 24 jam berikutnya yang tidak jatuh pada hari libur nasional. (

(10). Pasien akan ditempatkan pada kelas perawatan sesuai kelas yang ditentukan dalam Surat Jaminan.

(11). Apabila kelas perawatan yang ditetapkan dan disebutkan dalam Surat Jaminan tidak tersedia, maka pasien akan ditempatkan sementara pada kelas perawatan yang lebih rendah/tinggi setingkat sampai kelas perawatan yang menjadi haknya tersedia dan selisih biaya pelayanan kesehatan tetap ditanggung **PIHAK PERTAMA** dan tarif yang berlaku adalah tarif yang berlaku pada saat itu sesuai dengan kelas yang ditempati.

(12). Apabila Pasien memilih kelas perawatan yang lebih tinggi karena kehendaknya sendiri, yang tidak sesuai dengan Surat Jaminan, maka **PIHAK KEDUA** harus menginformasikan kepada Pasien dan selisih biaya kelas perawatan tersebut ditagihkan langsung oleh **PIHAK KEDUA** kepada Pasien sebelum Pasien pulang. **PIHAK PERTAMA** tidak mempunyai tanggung jawab apapun terhadap penagihan selisih biaya kelas perawatan tersebut.

(13). Apabila Pasien memerlukan Rawat Inap akan tetapi seluruh kamar perawatan dalam keadaan penuh atau demi pertimbangan kesehatan dan keselamatan atas diri Pasien, Rumah Sakit dapat mengirimkan/merujuk Pasien ke tempat/sarana pelayanan kesehatan lainnya yang layak dan setara dengan memberitahukan kepada **PIHAK PERTAMA**.

(14). Pasien tidak perlu membayar biaya selama berobat/dirawat selama tidak melanggar ketentuan dalam Perjanjian ini (sesuai dengan Surat Jaminan), dan tidak berhak memperoleh tanda bukti pembayaran serta lampirannya kecuali formulir berobat/ persetujuan atas pelayanan kesehatan tersebut.

(15). **PIHAK KEDUA** membebaskan Peserta dari prosedur pembayaran biaya pelayanan, kecuali biaya sebagaimana disebutkan dalam ayat (12) Pasal ini.

Pasal 4
TARIF PELAYANAN KESEHATAN

(1). Tarif Pelayanan Kesehatan yang berlaku adalah Tarif Pelayanan Kesehatan yang dikeluarkan oleh **PIHAK KEDUA** tidak terbatas kepada tarif Rawat Inap, tarif Rawat Jalan, tarif Dokter sebagaimana yang berlaku dari waktu ke waktu sebagaimana tercantum dalam **Lampiran VI** tentang Tarif Pelayanan Kesehatan yang merupakan bagian dan satu kesatuan dengan Perjanjian ini.

(2). Dalam hal pemberlakuan dan atau perubahan Tarif Pelayanan Kesehatan berdasarkan ayat (1) Pasal ini, **PIHAK KEDUA** akan memberitahukan kepada **PIHAK PERTAMA** secara tertulis selambatnya 30 (tiga puluh) hari sebelum Tarif pelayanan kesehatan tersebut diberlakukan.

(3). Dalam hal terdapat kejadian/peristiwa yang memaksa **PIHAK KEDUA** melakukan perubahan Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta di Rumah Sakit sebelum jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini, maka pemberlakuannya terhitung 30 (tiga puluh) hari setelah **PIHAK KEDUA** menyampaikan pemberitahuan secara tertulis atas perubahan yang dimaksud.

(4). Biaya yang ditimbulkan akibat pemberian Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) Perjanjian ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab **PIHAK PERTAMA** dan dibayarkan langsung oleh Peserta sendiri atau **PIHAK KEDUA** kepada rumah sakit lain tersebut dan akan ditagihkan kepada **PIHAK PERTAMA**.

(5). **PIHAK KEDUA** sepakat menentukan besarnya biaya administrasi untuk pelayanan rawat inap sebesar 1,5 %dari total tagihan dengan batas maksimal Rp.15.000,- (lima belas ribu).

Pasal 5
HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK PERTAMA

(1). **PIHAK PERTAMA** berhak mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan bagi Peserta sesuai dengan kemampuan dan fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit.

(2). **PIHAK PERTAMA** berhak mendapatkan tanggapan dari **PIHAK KEDUA** atas saran/ usulan/komplain/keluhan yang disampaikan **PIHAK PERTAMA** sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini oleh **PIHAK KEDUA** dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya komplain/keluhan dari **PIHAK PERTAMA**.

(3). **PIHAK PERTAMA** berkewajiban menanggapi saran/usulan/komplain/keluhan yang disampaikan **PIHAK KEDUA** sehubungan dengan pelaksanaan Perjanjian ini kepada

PIHAK KEDUA dalam waktu 14 (empat belas) hari sejak diterimanya komplain/keluhan dari **PIHAK KEDUA**.

(4). **PIHAK PERTAMA** berkewajiban memenuhi pembayaran atas tagihan seluruh Tarif Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Pasien, sepanjang seluruh ketentuan dalam Perjanjian ini dipenuhi **PIHAK KEDUA**.

(5). **PIHAK PERTAMA** berkewajiban memberikan contoh tanda tangan pejabat yang berkewenangan membuat Surat Jaminan berikut contoh cap/stempel **PIHAK PERTAMA** sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) perjanjian ini.

(6). **PIHAK PERTAMA** berkewajiban memberitahu secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** setiap kali terdapat perubahan yang terjadi dalam hal:

a. **PIHAK PERTAMA** pindah alamat/domisili usaha;
b. Peserta tidak lagi menjadi tanggungan Asuransi Jiwa **PIHAK PERTAMA**;
c. Lingkup Pelayanan kesehatan yang berubah.

(7). **PIHAK PERTAMA** berkewajiban untuk menjamin kerahasiaan informasi bisnis kepada Peserta apa yang dimaksud dalam Perjanjian ini kecuali:

a. Atas persetujuan tertulis dari **PIHAK KEDUA**;
b. Data tersebut sudah merupakan informasi milik umum dan sudah dibuka kepada umum oleh **PIHAK KEDUA**;
c. Harus diberikan berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku.

(8). **PIHAK PERTAMA** berhak untuk menolak pembayaran tagihan tarif pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** kepada pasien yang ternyata tidak benar atau tidak sesuai dengan ketentuan perjanjian ini. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa tarif pelayanan kesehatan yang telah dibayarkan adalah tidak benar, **PIHAK PERTAMA** dapat melakukan upaya penyelesaian perselisihan sebagaimana dimaksud pasal 12 perjanjian ini.

Pasal 6
HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK KEDUA

(1). **PIHAK KEDUA** berhak menolak penggunaan Surat Jaminan atau Kartu Peserta apabila :

a. Tanda tangan pejabat yang berwenang mengeluarkan Surat Jaminan dan/atau stempel/ cap tidak sesuai dengan contoh yang telah diberikan sebelumnya;
b. Tanggal berlaku Kartu Peserta telah habis.

(2). **PIHAK KEDUA** berhak mendapatkan pembayaran atas Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta yang telah diberikan oleh **PIHAK KEDUA** sepanjang seluruh ketentuan dalam Perjanjian ini dipenuhi oleh **PIHAK KEDUA**.

(3). **PIHAK KEDUA** wajib memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya kepada pasien sesuai dengan kemampuan dan fasilitas Rumah Sakit dengan menjamin bahwa pengobatan dan perawatan kesehatan yang diberikan kepada Peserta Jaminan Kesehatan **PIHAK PERTAMA** adalah:

a. Berdasarkan standar praktisi medis yang berlaku di Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
b. Berdasarkan Diagnosis yang menjadi sebab utama diperlukannya perawatan kesehatan yang bersangkutan.

c. Layanan perawatan kesehatan dengan diagnosis yang termasuk dalam pengecualian yang dikeluarkan oleh **PIHAK PERTAMA** bukan merupakan tanggung jawab **PIHAK PERTAMA** sesuai dengan ketentuan yang berlaku dari waktu ke waktu dalam **Lampiran III** tentang Daftar Pengecualian yang merupakan bagian dan satu kesatuan dengan Perjanjian ini.

(4). **PIHAK KEDUA** berkewajiban menyampaikan kepada **PIHAK PERTAMA** tagihan tarif pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien setiap saat pada bulan yang sedang berjalan dengan melampirkan kwitansi/perincian biaya perawatan dan laporan medis secara tertulis berupa resume medis pada saat Pasien telah mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan **PIHAK PERTAMA.**

(5). **PIHAK KEDUA** tidak mengenakan biaya apapun kepada pasien setiap pemberian tindakan pelayanan kesehatan, kecuali seperti dimaksud dalam Pasal 3 ayat 12 Perjanjian ini dan biaya-biaya lain selain pemberian tindakan pelayanan kesehatan.

(6). **PIHAK KEDUA** berkewajiban menanggung terlebih dahulu Tarif Pelayanan Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan yang tidak tersedia dan atau tidak dapat dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** sepanjang hal tersebut merupakan rujukan langsung dari **PIHAK KEDUA**, kemudian biaya tersebut akan disatukan dalam perincian Tarif pelayanan kesehatan yang ditagihkan ke **PIHAK PERTAMA.**

(7). **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk menjamin kerahasiaan informasi bisnis kepada Peserta apa yang dimaksud dalam Perjanjian ini kecuali:

a. Atas persetujuan tertulis dari **PIHAK PERTAMA**;
b. Data tersebut sudah merupakan informasi milik umum dan sudah dibuka kepada umum oleh **PIHAK PERTAMA**;
c. Harus diberikan berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku.

(8). **PIHAK KEDUA** berhak mendapatkan Formulir Klaim dari **PIHAK PERTAMA.**

(9). **PIHAK KEDUA** berkewajiban untuk tidak membedakan tingkat pelayanan antara peserta dengan jaminan asuransi maupun pasien umum dalam pemberian pelayanan kesehatan yang ditagihkan ke **PIHAK PERTAMA.**

(10) **PIHAK KEDUA** berkewajiban mengisi dan melengkapi Formulir Klaim dengan benar, lengkap, dan mudah dibaca untuk memudahkan proses verifikasi klaim.

Pasal 7
PERNYATAAN DAN JAMINAN

(1). **PIHAK KEDUA** menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta **PIHAK PERTAMA** adalah sesuai dengan diagnosa dan prosedur pelayanan medis yang lazim untuk penyakit dan cidera yang membutuhkan pelayanan kesehatan dari Rumah Sakit, sesuai dengan standar praktek medis yang berlaku, dan bukan untuk dimanfaatkan oleh Peserta atau walinya dan/atau oleh dokter yang merawat.

(2). **PIHAK PERTAMA** menjamin bahwa Peserta telah setuju dan memberikan kuasa kepada **PIHAK PERTAMA** untuk meminta/menerima resume medis dari **PIHAK KEDUA**, karenanya **PIHAK KEDUA** tidak akan mendapat gugatan, klaim atau tuntutan hukum dari Peserta yang resume medisnya diserahkan kepada **PIHAK PERTAMA**.

(3). **PIHAK PERTAMA** menjamin kerahasiaan dokumen medis Peserta yang diperolehnya dari **PIHAK KEDUA**, dan hanya dipergunakan sebagaimana maksud permintaannya serta dalam kalangan terbatas yang berkompeten.

(4). Bahwa tindakan-tindakan **PIHAK PERTAMA** menandatangani dan melaksanakan Perjanjian ini telah sesuai dengan anggaran dasar **PIHAK PERTAMA**, dan **PIHAK PERTAMA** mempunyai kemampuan untuk memenuhi setiap dan semua kewajibannya dalam Perjanjian ini.

(5). Bahwa tindakan-tindakan **PIHAK KEDUA** menandatangani dan melaksanakan Perjanjian ini telah sesuai dengan anggaran dasar **PIHAK KEDUA**, dan **PIHAK KEDUA** mempunyai kemampuan untuk memenuhi setiap dan semua kewajibannya dalam Perjanjian ini.

(6). Bahwa **PIHAK KEDUA** adalah adalah institusi di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang melaksanakan tugas dan fungsinya melakukan pelayanan kesehatan, pendidikan dan Penelitian yang dalam operasionalnya telah mempunyai izin dari pihak yang berwenang dan pada saat ditandatanganinya Perjanjian ini, izin, dan persetujuan dimaksud masih berlaku.

(7). Tidak ada satu hal pun dalam Perjanjian ini yang akan menyebabkan Pihak lain dalam Perjanjian ini menjadi bertanggung jawab atas kerugian yang diajukan oleh Peserta atau walinya kepada Pihak dalam Perjanjian ini atau dokter atau staf medis atau dokter spesialis sebagai akibat kelalaian, malpraktek, atau sebab lainnya yang mungkin timbul dalam perawatan dan/atau pemeriksaan terhadap Peserta.

(8). **PIHAK KEDUA** menjamin dalam melakukan pelayanan menggunakan dokter resmi/dokter tetap yang memiliki Surat Izin Praktik bertempat di Rumah Sakit **PIHAK KEDUA**, dalam memberikan pelayanan kepada peserta.

(9). **PIHAK KEDUA** menjamin dalam melakukan pelayanan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 pasal 46 mengenai Praktik Kedokteran berikut perubahan-perubahannya**.** PIHAK KEDUA yang diwakili oleh dokter yang merawat peserta tidak akan mengubah diagnosa penyakit, kecuali diagnosa dapat berubah karena adanya pemeriksaan dan terapi yang mendukungnya sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Pasal 8
PENAGIHAN DAN PEMBAYARAN

(1). Pembayaran Tarif/biaya pelayanan kesehatan akan diselesaikan oleh **PIHAK PERTAMA**, dalam waktu **secepatnya 14 (empat belas) hari kerja** dan **selambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja** sejak penagihan diterima oleh **PIHAK PERTAMA.** Dalam hal terdapat perbedaan pendapat tentang laporan dan invoice biaya perawatan yang menjadi dasar penagihan, segera akan diselesaikan oleh **PIHAK KEDUA** bersama dengan **PIHAK PERTAMA** dengan musyawarah untuk mufakat.

(2). Penagihan seperti yang dimaksud pada ayat (1) Pasal ini, wajib dilengkapi dengan hal-hal sebagai berikut:

a. Formulir klaim yang disediakan **PIHAK PERTAMA** dan sudah dilengkapi oleh **PIHAK KEDUA**;

b. Surat permintaan pembayaran dan alamat transfer (nama pengirim, nama bank, nomor rekening bank) sebagaimana tersebut dalam ayat (4) Pasal ini;
c. Surat pengantar berobat dan atau resume medis sesuai ketentuan yang berlaku pada **PIHAK KEDUA**;
d. Surat jaminan yang dikeluarkan **PIHAK PERTAMA** dan resume medis yang dikeluarkan **PIHAK KEDUA** dalam rangka penagihan untuk Rawat Inap;
e. Kwitansi asli yang dilampiri keterangan mengenai pasien berupa ; diagnosa dan perawatan yang telah diberikan.

(3). Tagihan Rawat Jalan disertai Rekap Klaim Rawat Jalan yang telah dilengkapi dengan diagnosa, serta tindakan penunjang diagnosa yang diberikan dan dikirim setiap 2 (dua) minggu sejak tanggal pelayanan. Klaim Rawat Inap dikirim setiap selesai perawatan.

(4). Tagihan Tarif Pelayanan Kesehatan yang telah diberikan oleh **PIHAK KEDUA**, dilakukan dengan cara transfer bank dari rekening bank **PIHAK PERTAMA**, kepada rekening bank **PIHAK KEDUA** melalui :

Bank : BUKOPIN
Cabang : KLATEN
No. Rekening : 1003027.05.4
Atas Nama : RPL 148 RSUP DR SOERADJI U/PNRM

(5). Apabila terjadi perubahan nomor rekening **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) Pasal ini, maka selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kerja sebelum perubahan tersebut **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan hal tersebut kepada **PIHAK PERTAMA**. Apabila hal tersebut tidak dilakukan maka segala risiko dan kerugian yang timbul akan menjadi tanggungan **PIHAK KEDUA**.

(6). Apabila pelaksanaan pembayaran melebihi dari waktu yang ditentukan dalam ayat (1) Pasal ini, **PIHAK PERTAMA** akan dikenakan denda administrasi 1 ‰ (satu per mil) untuk setiap hari keterlambatan dengan batasan maksimal 3 % (tiga persen) dari tagihan tersebut, dan selanjutnya **PIHAK KEDUA** dapat menghentikan sementara pelayanan kesehatan kepada **PIHAK PERTAMA.**

(7). **PIHAK PERTAMA** tidak dibenarkan membayar kepada pihak lain, sebagian atau seluruhnya dengan cara apapun, biaya pelayanan kesehatan pasien yang ditagihkan oleh **PIHAK KEDUA** kepada **PIHAK PERTAMA**;

(8). Perhitungan biaya pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada **PIHAK PERTAMA**, didasarkan atas tarif perawatan dan pengobatan yang pada saat itu berlaku.

(9). **PIHAK PERTAMA** tidak diwajibkan membayarkan terhadap penagihan **PIHAK KEDUA** yang lebih dari 30 (tiga puluh) hari kalender sejak periode transaksi terakhir atas Pelayanan Kesehatan bagi Peserta yang dilakukan oleh Rumah Sakit, kecuali jika ada kesepakatan dengan alasan dapat dilakukan pembayaran.

(10). Penagihan sebagaimana dimaksud ayat (1) Pasal ini hanya dapat dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** untuk biaya Pelayanan Kesehatan bagi Peserta yang telah selesai menerima Pelayanan Kesehatan, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap di Rumah Sakit.

Pasal 9
PEMBERITAHUAN

(1). Untuk kelancaran dan dapat terlaksananya Perjanjian ini secara baik dan lebih efektif, Para Pihak menunjuk wakilnya masing-masing dan alamat tetap surat-menyurat maupun komunikasi lainnya, sebagai berikut :

PIHAK PERTAMA : **PT. BNI LIFE INSURANCE**
Alamat Kantor Pusat : Centennnial Tower 9th Floor
Jl. Gatot Subroto Kav.24-25
Jakarta 12930 - Indonesia
Untuk Perhatian : Claim Askes BNI : Sulistio Purwanti
No. Telepon : (021) 2953 9999
No. Facsimile : (021) 2953 9998

Alamat Provider Relation : **Gedung BNI Life Insurance**
Jl. KS. Tubun No. 67, Petamburan
Jakarta Pusat 10260
Untuk Perhatian : Provider Relation : Nia Agustiena/Rendi FJA
No. Telepon : (021) 2953 9999 ext. 3819, 3820, 3821, 3822
No. Facsimile : (021) 5366 7656/17
Email : provider.relation@bni-life.co.id

Pejabat yang menandatangani Surat Jaminan :

NAMA	NO. TELEPON	JABATAN	SPECIMEN TANDA TANGAN	CAP/ STEMPEL
dr. Tri Maryani Kusuma Astuti	(021) 2953 9999	PGS Manager Provider Relation & Case Monitoring		

PIHAK KEDUA :
RSUP dr.Soeradji Tortonegoro
Jl. KRT Dr. Soeradji Tirtonegoro No. 1 Klaten, Jawa Tengah
Up. Nama : Widiatmono Wibowo, SE
Jabatan : Kepala Instalasi Penyelesaian Piutang Pasien (IP3)
Email : widiatmono.wibowo@yahoo.co.id
Tlp : (0272) 316060 Ext. 162
Fax : (0272) 321104
Hp : 082134963633

(2). Penggantian Pejabat sebagaimana dimaksud ayat (1) Pasal ini hanya dilaksanakan atas pemberitahuan dari **PIHAK PERTAMA** kepada **PIHAK KEDUA** untuk kemudian dituangkan secara tertulis dalam bentuk *Side Letter*.

(3). Apabila terjadi perubahan alamat sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) Pasal ini, maka selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari kerja sebelum perubahan tersebut Pihak yang mengalami perubahan alamat wajib memberitahukan hal tersebut kepada Pihak lainnya dalam Perjanjian ini. Apabila hal tersebut tidak dilakukan maka segala risiko dan kerugian yang timbul akan menjadi tanggungan Pihak yang mengalami perubahan alamat.

(4). Penandatanganan yang berkaitan dengan pelaksanaan Perjanjian ini yang dilakukan oleh Pejabat yang ditunjuk sebagaimana dimaksud ayat (1) Pasal ini dilakukan berdasarkan hirarki dan apabila dengan penandatanganan tersebut mengakibatkan kerugian bagi **PIHAK PERTAMA** maka hal tersebut sepenuhnya menjadi tanggung jawab **PIHAK PERTAMA.**

Pasal 10
JANGKA WAKTU DAN PEMUTUSAN PERJANJIAN

(1). Perjanjian ini dibuat untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak tanggal 04 Agustus 2018 sampai dengan tanggal 03 Agustus 2020 dan dapat diperpanjang dan diakhiri sesuai dengan kesepakatan Para Pihak.

(2). Apabila **PIHAK PERTAMA** bermaksud untuk memperpanjang Perjanjian ini setelah masa berikutnya selesai, maka **PIHAK PERTAMA** harus memberitahukan maksud tersebut dengan surat permohonan kepada **PIHAK KEDUA** paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Perjanjian berakhir.

(3). Perjanjian ini dapat dibatalkan atau diputuskan secara sepihak baik oleh **PIHAK PERTAMA** maupun **PIHAK KEDUA** dengan pemberitahuan tertulis 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal berlakunya pembatalan/pemutusan Perjanjian ini.

(4). Pemberitahuan 30 (tiga puluh) hari sebelumnya sebagaimana dimaksud ayat (2) Pasal ini tidak diperlukan apabila:

a. **PIHAK PERTAMA** atau **PIHAK KEDUA** pailit atau akan dibubarkan atau dilikuidasi;
b. Izin menjalankan perusahaan asuransi jiwa yang diberikan kepada **PIHAK PERTAMA** dicabut atau dibekukan oleh pihak yang berwenang;
c. **PIHAK PERTAMA** atau **PIHAK KEDUA** melakukan tindakan melanggar hukum atau peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam melaksanakan kewajibannya menurut Perjanjian ini;
d. **PIHAK PERTAMA** atau **PIHAK KEDUA** tidak melaksanakan kewajiban-kewajiban berdasarkan Perjanjian ini.

(5). Pembatalan atau pemutusan Perjanjian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pasal ini, tidak akan mengurangi hak dan/atau kewajiban kedua belah pihak yang telah dilaksanakan sebelumnya dan dapat dituntut pemenuhannya sesuai ketentuan dalam Perjanjian ini.

(6). Apabila Perjanjian ini diakhiri sebelum waktunya, maka :

a. **PIHAK KEDUA** dan **PIHAK PERTAMA** setuju bahwa Pasien yang berdasarkan alasan-alasan medis harus tetap mendapatkan pelayanan kesehatan Rawat Jalan dan/atau melanjutkan pelayanan kesehatan Rawat Inap oleh **PIHAK KEDUA** akan diklasifikasikan sebagai kasus khusus yang tidak dipengaruhi oleh pemutusan Perjanjian ini;

b. Kasus khusus sebagaimana dimaksud dalam point a tersebut ditentukan oleh dokter yang merawat dan disetujui oleh **PIHAK PERTAMA**, dan **PIHAK KEDUA** akan terus melanjutkan hak dan kewajibannya mereka seperti yang diatur oleh Perjanjian ini sampai Pasien tersebut keluar dari Rumah Sakit;

Pasal 11
PENYELESAIAN PERSELISIHAN

(1). Apabila terjadi perselisihan dalam pelaksanaan isi Perjanjian ini, maka Para Pihak sepakat akan menyelesaikan secara musyawarah kekeluargaan.

(2). Apabila dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak dimulainya musyawarah, PARA PIHAK tidak dapat menyelesaikan perselesian tersebut, maka PARA PIHAK sepakat bahwa semua sengketa yang timbul dari perjanjian ini akan diselesaikan melalui Pengadilan.

(3). Untuk maksud ayat 2 para pihak memilih domisili hukum yang sah dan tetap di Kantor Kepaniteraan Pengadilan Negeri Klaten.

(4). Perselesihan diantara PARA PIHAK tidak menghapus hak, kewajiban dan tanggung jawab masing-masing pihak yang masih harus dilakukan dan/atau diselesaikian terhadap pemegang polis berdasarkan ketentuan-ketentuan dalam polis asuransi dalam perjanjian ini, hingga kepesertaan Pemegang Polis berakhir.

Pasal 12
FORCE MAJEURE

(1). Keadaan Memaksa atau *Force Majeure* dalam Perjanjian ini adalah keadaan atau kejadian atau hal-hal lain yang berada di luar kekuasaan dan atau kemampuan **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** yang disebabkan bencana alam, seperti : gempa bumi, letusan gunung berapi, banjir, angin topan, kebakaran, epidemi, pemogokan massal, perang, huru–hara, kebijakan pemerintah di bidang moneter dan politik yang kesemuanya berhubungan langsung dengan pelaksanaan Perjanjian ini, dan lain-lain **(*"Force Majeure"*).**

(2). *Force Majeure* harus diberitahukan oleh Pihak yang mengalami kejadian *Force Majeure* secara tertulis yang diketahui oleh pejabat yang berwenang serendah-rendahnya Camat di tempat terjadinya *Force Majeure* kepada Pihak lainnya selambat-lambatnya 5 X 24 jam setelah terjadinya *Force Majeure* dengan disertai alasan-alasan *Force Majeure* tersebut. Para Pihak dengan itikad baik harus berusaha untuk menemukan jalan keluar dari keadaan *Force Majeure* tersebut.

(3). Apabila Pihak yang mengalami *Force Majeure* dalam jangka waktu yang ditentukan tidak memberitahukan kejadian tersebut, maka tidak dapat lagi menggunakan *Force Majeure* sebagai alasan keterlambatan pelaksanaan kewajiban.

(4). Jika *Force Majeure* tersebut bersifat temporer ataupun kemudian telah dapat diatasi, sesegera mungkin, pihak yang terhalang untuk melaksanakan kewajiban-kewajibannya tersebut harus melanjutkan kembali pelaksanaan kewajiban-kewajibannya sesuai dengan ketentuan dalam Perjanjian ini, kecuali bila disepakati sebaliknya kemudian.

Pasal 13
ITIKAD BAIK

(1). **PARA PIHAK** menjamin bahwa akan melaksanakan perjanjian ini dengan itikad baik dan secara jujur dan mematuhi sepenuhnya prinsip-prinsip Good Coorporate Governance (GCG)

(2). Tidak satupun ketentuan dan atau tafsir atas ketentuan dalam perjanjian ini atau ketidakjelasan dalam perjanjian ini akan digunakan untuk mengambil keuntungan secara tidak wajar dan mengakibatkan kerugian bagi pihak lainnya, dan tidak satupun ketentuan perjanjian ini yang dimaksudkan untuk member keuntungan secara tidak wajar kepada salah satu Pihak.

Pasal 14
KETENTUAN ANTI KORUPSI/PENYUAPAN

(1). **PARA PIHAK** tidak akan melakukan, memberikan kuasa atau mengiizinkan tidakan yang akan menyebabkan PARA PIHAK dan/atau afiliasinya melakukan segala perbuatan yang melanggar hukum yang diatur dalam undang-undang anti korupsi dan anti pencucian uang dan/atau peraturan lain yang berlaku. Kewajiban ini berlaku khususnya untuk pembayaran yang tidak sah kepada pejabat pemerintah, wakil-wakil otoritas publik atau rekan-rekan mereka, keluarga atau teman dekat.

(2). PARA PIHAK setuju bahwa tidak akan menawarkan atau memberi atau setuju memberi kepada karyawan, setiap perwakilan atau pihak ketiga yang bertindak atas nama pihak lain atau menerima, atau menyetujui untuk menerima dari setiap karyawan, perwakilan atau pihak ketiga yang bertindak atas nama pihak lain, hadiah atau manfaat baik berupa uang atau lainnya yang mana penerima menurut hukum bukanlah pihak yang berhak sehubungan dengan negosiasi, hasil atau pelaksana perjanjian ini

(3). PARA PHAK harus segera memberitahukan satu sama lainnya, jika menyadari atau memiliki kecurigaan adanya tindakan korupsi berkaitan dengan negosiasi hasil atau pelaksanaan perjanjian ini.

(4). Apabila terdapat pembayaran atau pemberian hadiah yang tidak wajar yang dilakukan oleh salah satu pihak sebagaimana disebut dalam perjanjian ini, atau jika salah satu pihak memilik alasan untuk menyakini bahwa pembayaran atau pemberian hadiah tersebut dilakukan oleh pihak lainnya, maka pihak yang menyakini tersebut boleh mengakhiri perjanjian ini dengan segera.

Pasal 15
ADDENDUM DAN *SIDE LETTER* PERJANJIAN

(1). Hal-hal yang belum diatur dalam Perjanjian ini akan diatur tersendiri dalam bentuk *Addendum*, yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam Perjanjian ini.

(2). Dalam hal perubahan/penambahan klausul yang bersifat tidak prinsip/material maka perubahan/penambahan tersebut cukup dituangkan dalam bentuk *Side Letter*.

(3). Untuk perubahan harga obat, karena sifatnya berkala dengan jangka waktu yang relatif pendek, maka untuk tidak mengganggu kegiatan pelaksanaan operasional Perjanjian ini dalam implementasinya dapat dilakukan dengan membuat *Side Letter* yang ditandatangani oleh Para Pihak.

(4). Baik Addendum maupun *Side Letter* merupakan bagian yang mempunyai kekuatan yang sama dengan Perjanjian ini dan tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

Pasal 16
LAMPIRAN-LAMPIRAN PERJANJIAN

(1). Perjanjian ini disertai dengan lampiran-lampiran di bawah ini:
- a. Lampiran I Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Inap
- b. Lampiran II Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Jalan
- c. Lampiran III Daftar Pengecualian
- d. Lampiran IV Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap
- e. Lampiran V Resume Medis
- f. Lampiran VI Tarif Pelayanan Kesehatan
- g. Lampiran VIII Specimen Kartu Peserta

(2). Lampiran-lampiran dalam Perjanjian ini sebagaimana disebutkan dalam ayat (1) Pasal ini merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dan mempunyai kekuatan hukum yang sama serta mengikat Para Pihak seperti halnya Pasal-pasal lain dalam Perjanjian ini.

Demikian Perjanjian ini ditandatangani pada hari dan tanggal seperti tersebut di atas, dibuat dalam rangkap 2 (dua) masing-masing bermeterai cukup dan mempunyai kekuatan pembuktian yang sama bagi masing-masing pihak.

PIHAK PERTAMA	**PIHAK KEDUA**
PT. BNI Life Insurance	**RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro**
dr. Okta Sinta Harini	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes.**
Head of Claim & Provider Division	**Direktur Utama**

Lampiran-lampiran Perjanjian Kerjasama antara PT. BNI Life Insurance dengan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro

Nomor : 342.PKS.BL.DIR.IV18 (PIHAK PERTAMA)
Nomor : HK.03.01/II.1/14439/2018 (PIHAK KEDUA)

Lampiran I : Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Inap

1. Peserta Harus Menunjukkan Kartu Peserta dan Identitas diri pada saat Peserta datang di Rumah Sakit. Petugas Administrasi Rumah Sakit mencocokkan Kartu Peserta BNI Life dengan Identitas Peserta berupa (KTP, SIM, Kartu pegawai atau Kartu Pelajar).
2. Penempatan Pasien Rawat Inap harus sesuai dengan Hak Kelas/Plan Kartu Peserta dan pelayanan sesuai Benefits di kartu (RI, RJ, Gigi dan Lahir).
3. Apabila kamar yang menjadi haknya penuh, peserta akan dititipkan di kelas yang lebih tinggi atau lebih rendah satu tingkat selama 2 x 24 jam.
4. Petugas Administrasi Rumah Sakit Melaporkan Data Pasien masuk ke PT. BNI Life Insurance dengan Unit Provider Helpdesk atau Mengirimkan Formulir Pelaporan Rawat Inap dengan mengefax ke nomor : 021-5366 7656/17
5. Dengan data tersebut BNI Life Insurance akan mengeluarkan Surat Jaminan
6. Konfirmasi Rawat Inap 24 Jam, Unit Provider Helpdesk di telp. 021 – 2789 5100 atau 021-5366-7627 Emergency Call : 08121070922. Atau Kirim Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap Fax. 021-53667656/17 Email : inbound.phd@bni-life.co.id atau provider.helpdesk@bni-life.co.id.
7. Surat Jaminan merupakan Bukti Persetujuan BNI Life Insurance dan Rumah Sakit dapat menagihkan semua biaya Perawatan tersebut dengan melampirkan Resume Medis dan Kwitansi Tindakan yang terjadi.
8. Hal yang tidak ditanggung: Handuk, Tissue, Sandal, Kendil, Gurita, Akte Kelahiran. Penggunaan Termometer hanya 1 (satu) Buah. Obat-obatan yang berhubungan dengan Kecantikan, Obat Bebas, Food Suplemen, Viagra dan Sejenisnya, Sabun, Shampoo, Obat Keluarga Berencana serta Obat Golongan Psikotropika. Tindakan dan Obat-obatan Imunisasi serta Alat Bantu.

PIHAK PERTAMA	PIHAK KEDUA
PT. BNI Life Insurance	RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
dr. Okta Sinta Harini	dr. Endang Widyaswati, M.Kes.
Head of Claim & Provider Division	Direktur Utama

Lampiran II : Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Jalan

1. Peserta datang dengan menunjukkan **Kartu Peserta atau ID Card.**
2. Rumah Sakit dan Klinik mencocokkan **Kartu Peserta ID Peserta** dengan **Identitas Peserta**/Tanda Pengenal misalnya: **KTP, SIM, Kartu Pegawai dan lain-lain**.
3. Pelayanan kesehatan disesuaikan benefits dalam kartu BNI Life Insurance serta bukan merupakan **Pengecualian.**
4. Pelayanan Dokter Spesialis boleh langsung adalah **Spesialis Anak, Kandungan, Gigi dan Mata** (kelainan refraksi tidak ditanggung).
5. Pelayanan dokter Spesialis dapat langsung diberikan kepada peserta pemegang **Kartu Executive**.
6. Biaya pemeriksaan laboratorium + Obat diatas Rp. 500.000 per item harap dikonfirmasikan kepada **PT. BNI Life Insurance**. Pemeriksaan radiologi tanpa dikonfirmasi selama sesuai indikasi kecuali CT Scan dan MRI.
7. Tindakan Imunisasi dan keluarga berencana tidak ditanggung.
8. Jika dibutuhkan/dirujuk rawat Inap Rumah Sakit, harus menghubungi BNI Life Insurance dalam 2 x 24 jam, ke Unit Provider Helpdesk di telp 021-2789 5100. Atau Kirim Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap Fax. 021-53667656/17 Email: provider.helpdesk@bni-life.co.id.
9. **Hal-hal yang tidak ditanggung dalam pelayanan Rawat Jalan**: Tidak Sesuai dengan benefits/Manfaat yang diambil seperti yang tertera dalam Kartu Peserta: RI/RJ/RG/Lahir. Nama Peserta Tidak Tercantum, masa berlaku dalam kartu sudah berakhir (terminasi).
10. **Obat dan Tindakan tidak ditanggung dalam Rawat Jalan:** Obat-obatan yang berhubungan dengan Kecantikan. Obat bebas/Tanpa Resep Dokter missal : Neozep, Procold, Bodrex, Refagan, Shampoo dan sejenisnya, Sabun Dll. Obat Golongan Food Suplement, Obat Psikotropika, Viagra dan Sejenisnya. Obat dan pengobatan untuk penyakit kelamin (GO, Syphilis, HIV, Condyloma/jengger Ayam). Obat dan Tindakan Keluarga Berencana serta Tindakan dan Pengobatan Imunisasi

KATEGORY PELAYANAN GIGI DASAR
PESERTA BNI LIFE

- ❑ Pengobatan penyakit Gigi, Gusi dan Jaringan sekitar Mulut
- ❑ Pencabutan Gigi tanpa Penyulit
- ❑ Perawatan Saluran Akar
- ❑ Penambalan dengan Amalgam atau Komposit
- ❑ Pembersihan Karang Gigi

PIHAK PERTAMA	PIHAK KEDUA
PT. BNI Life Insurance	**RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro**
dr. Okta Sinta Harini	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes.**
Head of Claim & Provider Division	**Direktur Utama**

Lampiran III : Daftar Pengecualian

1. Pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan secara medis
2. Pelayanan kesehatan yang tanpa rujukan dokter umum kecuali emergency
3. Pelayanan Eksperimen
4. Pelayanan yang dicakup oleh asuransi lain
5. Penyakit akibat kecanduan narkotik, alcohol, obat berbahaya dan psikotropik
6. Transplantasi organ tubuh
7. Tindakan kesuburan tidak terbatas pada endometriosis
8. Tindakan aborsi tanpa alasan medis
9. Pengobatan cidera yang langsung akibat bencana alam
10. Pelayanan tindakan imunisasi
11. Akibat Perbuatan Sendiri : Akibat percobaan bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri yang disengaja baik dalam keadaan sadar maupun tidak sadar.
12. Radiasi : Radiasi percobaan atau kontaminasi oleh radio aktif dari setiap bahan bakar atau limbah nuklir dari fisi nuklir atau setiap bahan senjata nuklir
13. Kosmetika (termasuk ACNE atau Jerawat) : Operasi atau perawatan kosmetika kecuali yang dinyatakan perlu karena akibat kecelakaan yang terjadi selama masa asuransi
14. Alat Bantu : Selama masa protesa, alat pacu jantung, kacamata, alat bantu dengar, kecuali yang diakibatkan karena kecelakaan yang dibuktikan dengan keterangan Dokter dari pihak Jaminan Kesehatan.
15. Cacat Bawaan : Cacat bawaan (kelainan fisik sebelum / dan atau yang terbentuk dalam waktu 14 hari setelah lahir). Termasuk Hernia Inguinalis dibawah umur 12 tahun
16. Penyakit Bawaan : Penyakit bawaan adalah penyakit yang terbentuk sejak dalam kandungan
17. Kejiwaan : Penyakit kejiwaan dan gangguan mental lainnya.
18. Alat Keluarga Berencana : Alat kontrasepsi, dan tindakan Sterilisasi
19. Penyakit Kelamin : Pengobatan penyakit kelamin, termasuk AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (AIDS Related Complex).
20. Cuci Darah : Hemodialisis (gagal ginjal) atau cuci darah.
21. Pengobatan Gigi : Perawatan dan pengobatan gigi, selain pelayanan Gigi Dasar.
22. Perawatan Biasa : Perawatan atau pengobatan yang tidak diperlukan secara medis atau tidak berhubungan dengan pengobatan suatu penyakit atau cedera.
23. Check Up : Check Up kesehatan rutin atau pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis penyakit yang dijamin
24. Obat-obat Bebas : Untuk mengobati suatu penyakit atau yang tidak sesuai dengan diagnosis penyakit
25. Peperangan : Cedera atau penyakit yang timbul akibat perang atau akibat tindakan peperangan, yang dinyatakan atau tidak, huru hara, bentrokan atau keributan sipil.
26. Olah Raga Berbahaya : Penyakit atau cedera yang timbul dari olah raga berbahaya, yaitu segala jenis perlombaan balap (kecuali balap lari), terjun payung, olah raga profesional (bayaran) dan kegiatan-kegiatan yang melanggar hukum.

27. Penerbangan Di Luar Jadwal Tetap : Luka yang diakibatkan karena terlibat atau turut serta dalam suatu penerbangan atau semacamnya diluar dari jadual yang sudah ditetapkan kecuali apabila peserta atau tertanggung merupakan penumpang dari suatu perusahaan penerbangan komersial dengan jadual penerbangan yang tetap.

PIHAK PERTAMA	PIHAK KEDUA
PT. BNI Life Insurance	RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
dr. Okta Sinta Harini	dr. Endang Widyaswati, M.Kes.
Head of Claim & Provider Division	Direktur Utama

Lampiran IV : Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap

BNI Life

Untuk diisi lengkap oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah / To be filled in by the attending doctor or surgeon for surgical treatment.

FORMULIR PELAPORAN RAWAT INAP

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/ luka yang pasien tersebut dibawah ini.
I do certify that I personally examined the Sickness / Injury sustained by patient mentioned below.

Nama Pasien / Patient Name : Nomor Rekam Medik / Medical Record Number :

Tanggal Mulai dirawat / Begin Date :

Keluhan dan Gejala utama / Primary symptoms and signs :

Dari hasil anamnesa saat masuk dan pemeriksaan penunjang, apakah perawatan dapat dilakukan rawat jalan ?

Sejak kapan keluhaan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien? / Since when the symptoms and signs suffered by the patient ?

Indikasi dilakukan Rawat Inap / Indication for Hospitalization :
Perkiraan lama rawat Inap : ..... Hari

Tujuan dilakukan Rawat Inap / Purpose on Hospitalization :
☐ Observasi / Observation ☐ Diagnostik / Diagnostic ☐ Terapi / Therapeutic

Pemeriksaan Fisik / Physical Examination : TD / BP: Nadi / Pulse Suhu / Temperature : c RR :
Ukuran benjolan: CM/MM Jumlah Benjolan: buah Konsistensi : Skala Nyeri :

Diagnosa Awal / First Diagnose : Kode ICD / ICD X Code :
Mohon dijelaskan penyebab diagnosa tersebut :

Terapi / Therapy :
Injection :
Oral :

Apakah sebelumnya pasien pernah mendapatkan perawatan untuk keadaan / penyakit yang sama ? Mohon dijelaskan.
Have the patien ever been treated for the same sickness/ injury? Please explain

Bila merupakan pasien rujukan, mohon informasikan nama, alamat, dan nomor telepon dokter dan/ Instansi kesehatan yang merujuk.
If referred patient, please state the name, address, and telephone number of the referring physician and/or health institution

Tindakan atau pembedahaan yang akan dilakukan selama perawatan / Procedures or Surgical performed during treatment :

Alasan memilih jenis tindakan atau pembedahaan tersebut diatas/ Reason to choose the above Procedures or Surgery :

Jenis Anastesi / Anesthesia Type : ☐ Umum/ General ☐ lokal/ Local ☐ Spinal
Alasan Pemilihan Anastesi/ Reason Selection of Anesthesia :
Jumlah Sayatan :
Status Pembedahaan : (Cito / Efektif / ODC)

Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan, mohon dapat di ceklis :
Is the above sickness / conditions caused by or related to :

☐ Cacat, Kelainan Bawaan dan hereditter/Congenital Anomalies and Hereditary	(Ya/Tidak)	☐ Faktor Usia / Geriatric	(Ya/Tidak)
☐ Gangguan Tumbuh kembang/Growth Disorders	(Ya/Tidak)	☐ Gigi / Dental	(Ya/Tidak)
☐ Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic	(Ya/Tidak)	☐ Gangguan Hormonal/Hormonal Imbalance	(Ya/Tidak)
☐ Mental disorder / Mental Disorder	(Ya/Tidak)	☐ HIV/PHS (Sexual Transmitted Diseases)/AIDS	(Ya/Tidak)
☐ Pengaruh obat-obatan terlarang atau Alkohol / The influence of drugs or alcohol intake	(Ya/Tidak)	☐ Kecelakaan / Accident	(Ya/Tidak)
☐ Percobaan Bunuh Diri, ketidak warasan atau melukai diri sendiri/ Suicide, Insanity or Self - inflicted injury		☐ Kesuburan / Fertility	(Ya/Tidak)

☐ Keharmilan / Kemplikasi Kehamilan / Persalinan, Tanggal HPHT/The First date of last period : _____
Jika YA harap jelaskan / If YES Please explain :
Apakah sudah mempunyai keturunan? (Sudah/Belum)* Berapa jumlahnya? ..... Anak

Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, Mohon dicantumkan / If the treatment due to occupational accident please state :
Tanggal kecelakaan / Date of accident :
Penyebab kecelakaan / Cause of accident :
Fotocopy SIM jika sebagai pengemudi / Copy of drivers License :

Kronologis kecelakaan :

Prognosis / Prognosis :

Tempat dan Tanggal / Place and Date : _____

Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter
Physician's name and signature

PIHAK PERTAMA
PT. BNI Life Insurance

dr. Okta Sinta Harini
Head of Claim & Provider Division

PIHAK KEDUA
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

dr. Endang Widyaswati, M.Kes.
Direktur Utama

Lampiran V : Resume Medis

BNI Life

RESUME MEDIS			
Nama Pasien	:	Nama Perusahaan	:
Umur	:	Nama Peserta	:
Tanggal Masuk	:	Nomor Polis	:
Tanggal Keluar	:	Dokter Yang Merawat	:
Diagnosa Masuk	:		
Diagnosa Keluar, Utama	:		
Diagnosa Lain (Komplikasi)	:		
Jenis Tindakan / Operasi	:		

Riwayat Penyakit Sekarang :

Riwayat Penyakit Dahulu :

Pemeriksaan Fisik :

Laboratorium :

Pemeriksaan Penunjang Lain :

Therapi / Tindakan :

Pasien

(_____)
Tanda Tangan & Nama Jelas

Dokter Yang Merawat

(_____)
Tanda Tangan & Nama Dokter

PIHAK PERTAMA
PT. BNI Life Insurance

dr. Okta Sinta Harini
Head of Claim & Provider Division

PIHAK KEDUA
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

dr. Endang Widyaswati, M.Kes.
Direktur Utama

Lampiran VI : Tarif Pelayanan Kesehatan

------ Tarif Pelayanan Kesehatan Terupdate Oleh Pihak RS Dalam Bentuk Hardcopy (Buku)

PIHAK PERTAMA
PT. BNI Life Insurance

dr. Okta Sinta Harini
Head of Claim & Provider Division

PIHAK KEDUA
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

dr. Endang Widyaswati, M.Kes.
Direktur Utama

Lampiran VII : Specimen Kartu Peserta

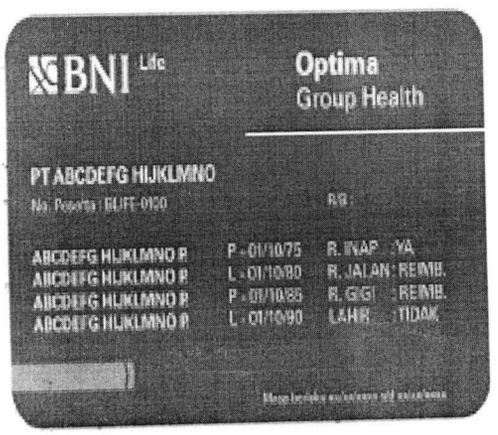
1. Askes Group / Perusahaan



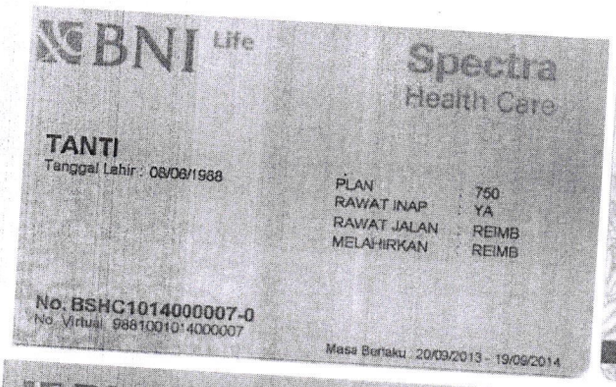




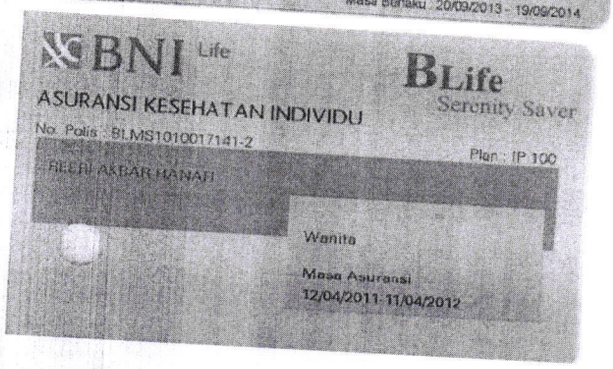




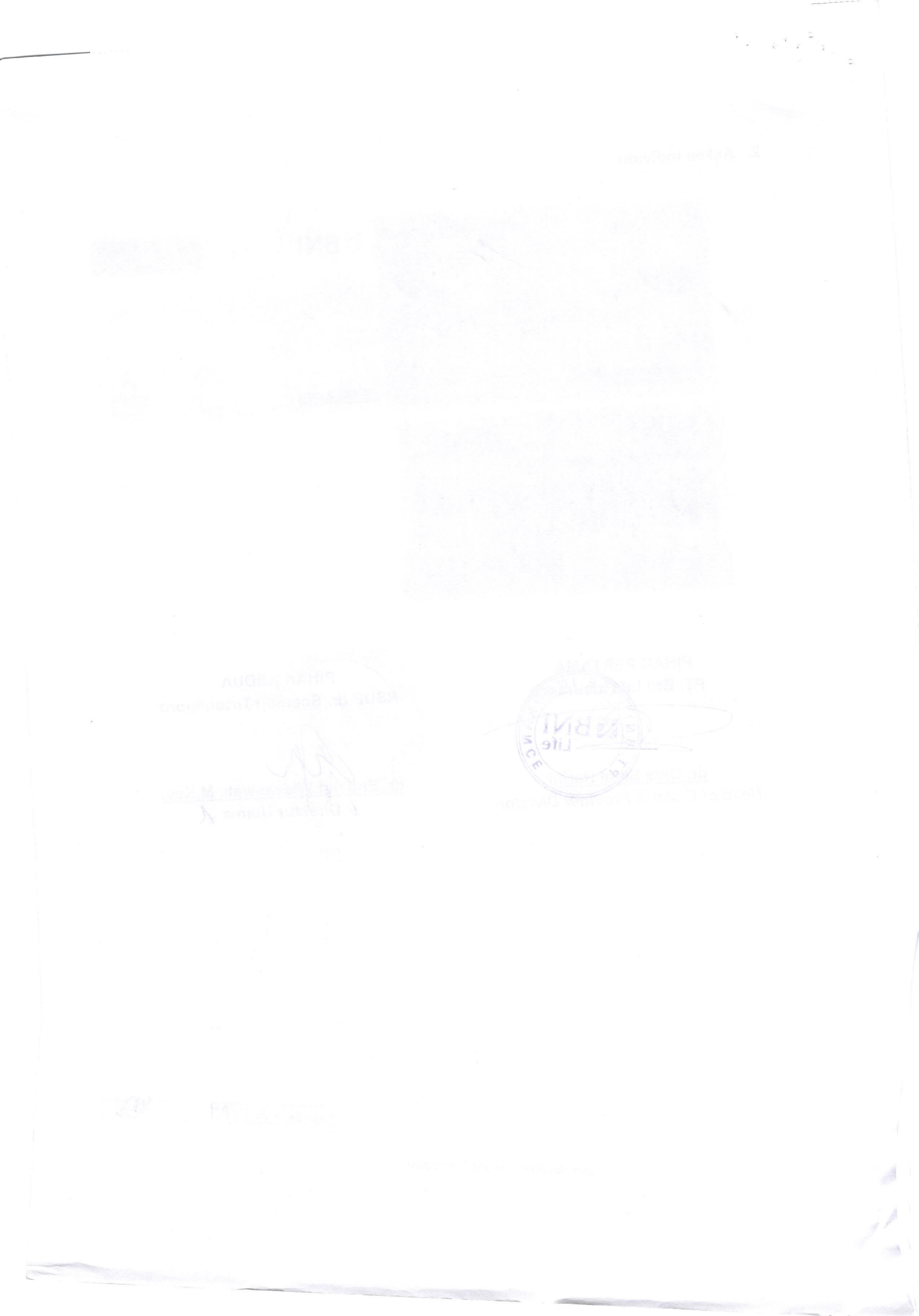
2. **Askes Individu**







PIHAK PERTAMA PT. BNI Life Insurance	PIHAK KEDUA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
dr. Okta Sinta Harini *Head of Claim & Provider Division*	dr. Endang Widyaswati, M.Kes. Direktur Utama



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO
Jln. KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro No. 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

NOTA DINAS
Nomor : HK.03.01/I.1/ 92 /2018

Yth. : Direktur Umum, SDM dan Pendidikan
Dari : Direktur Medik dan Keperawatan
Hal : Kajian Perpanjangan Kerjasama *PT. BNI Life Insurance*
Tanggal : 24 Agustus 2018

Sehubungan dengan akan berakhirnya Perjanjian Kerjasama antara *PT. BNI Life Insurance* dengan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, Nomor : 301.PKS.BL.DIR.0816 yang berlaku dari tanggal 3 Agustus 2016 sampai dengan tanggal 3 Agustus 2018, kami sampaikan bahwa :

1. Selama periode kerjasama, jumlah peserta *BNI Life Insurance* yang dilayani : 4 orang
2. Nominal klaim selama periode kerjasama : Rp. 44.856.649,-, dengan rincian :
   - Rawat Jalan : Rp. 140.960,-
   - Rawat inap : Rp. 44.715.689,-
3. Tidak ada kendala dalam penagihan biaya pelayanan peserta *BNI Life Insurance*

Dengan memperhatikan rekam jejak selama periode kerjasama dan untuk meningkatkan cakupan pelayanan, maka kami merekomendasikan untuk **memperpanjang kerjasama** antara *PT. BNI Life Insurance* dengan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Demikian kajian ini kami sampaikan, selanjutnya mohon arahan atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Direktur Medik dan Keperawatan,

dr. Juli Purnomo, Sp.P, MPH
NIP 196907142001121001