

**PERJANJIAN KERJA SAMA SEMENTARA  
ANTARA  
PT. MEDICAL ASSISTANT HEALTHCARE INDONESIA (MEDIA HEALTHCARE)  
DENGAN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**NOMOR : 747/RS - PROV/ IV - MHC/ 2013  
220/RSMU/PKS/IV/2013**

Pada hari ini Senin, tanggal Dua Puluh Sembilan, bulan April tahun Dua Ribu Tiga Belas (29-04-2013), yang bertanda tangan dibawah ini :

- 1. Nama : **Setya Wibowo, S.Kom, ASAI. AAAI-J**
- Jabatan : **Direktur Utama**
- Alamat : **Jl. Pengadegan Utara Raya No.19A Jakarta Selatan 12770**

Untuk selanjutnya bertindak untuk dan atas nama PT. Medical Assistant HealthCare Indonesia (MEDIA HEALTHCARE) Pihak Pertama

- 2. Nama : **dr. Herminiati HB, MARS**
- Jabatan : **Direktur**
- Alamat : **Jalan Undaan Kulon 19, Surabaya 60274**

Untuk selanjutnya bertindak untuk dan atas nama **RS. Mata Undaan Surabaya ( Pihak Kedua )**

Pihak Pertama dan Pihak Kedua sepakat untuk melakukan kerjasama Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan dan Rawat Inap kepada peserta PT. Media Healthcare.

Sesuai dengan kesepakatan kedua belak pihak, untuk pembayaran akan dilakukan 30 hari kalender setelah diterimanya nota tagihan dari pihak Kedua.

Selanjutnya seluruh tagihan dikirim ke alamat Pihak Pertama yaitu Jl. Pengadegan Utara Raya No.19A Jakarta Selatan 12770



Pihak pertama akan melakukan pembayaran dengan cara transfer ke rekening Bank Pihak Kedua, yaitu :

**Bank** : Mandiri  
**Cabang** : Surabaya Swandayani  
**A/n** : Rumah Sakit Mata Undaan  
**No Rek** : 142-00-7500007-4

Sehubungan draft perjanjian utama sedang dalam proses, maka perjanjian kerjasama sementara ini berlaku sejak tanggal ditandatangani dan akan berakhir pada saat Perjanjian Kerjasama yang saat ini sedang diproses telah disepakati dan ditandatangani oleh kedua belah pihak dibuat, perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) bermaterai dan mempunyai kekuatan hukum yang sama untuk masing-masing pihak.

Jakarta, 29 April 2013

**Pihak Pertama**  
**PT. Media Health Care**



**Setya Wibowo, S.Kom, ASAI. AAI-J**  
**Direktur Utama**

**Pihak Kedua**  
**RS. Mata Undaan**



**dr. Herminiati HB, MARS**  
**Direktur**

## LAMPIRAN 1

### I. Daftar Pengecualian

#### **Pelayanan Kesehatan atau tindakan yang tidak dijamin oleh PIHAK PERTAMA :**

1. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapatkan penggantian dari Jamsostek dan/atau Perusahaan Asuransi lain di luar Penanggung termasuk apabila perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan oleh kelalaian pihak ketiga.
2. Biaya-biaya atau tarif yang melebihi batas/limit maksimum penggantian yang diperkenankan untuk penggunaan kamar dan akomodasi per hari seperti yang tercantum pada Kartu Peserta.
3. Biaya untuk tetirah atau istirahat dan perawatan yang tujuannya bukan untuk penyembuhan tetapi untuk pemulihan atau pemeliharaan kesehatan atau kebugaran, baik menggunakan fasilitas di pusat-pusat kesehatan dan kebugaran maupun tidak.
4. Biaya pribadi non-medis seperti telepon, televisi, radio, faks, salon, laundry, dan lain-lain termasuk di dalamnya biaya penggunaan peralatan penunjang seperti baterai, adaptor, dan alat pengukur tekanan darah, termasuk semua tindakan yang tidak diperlukan secara medis/hanya untuk kenyamanan.
5. Biaya *food supplement* dengan rekomendasi dokter maupun tanpa rekomendasi dokter, biaya vitamin tanpa rekomendasi Dokter atau tidak ada indikasi medis.
6. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh keluarga dekat Peserta atau oleh seseorang yang secara normal tinggal serumah dengan Peserta.
7. Layanan/prosedur medis atau bedah yang bersifat percobaan atau belum diakui sebagai pengobatan medis standar oleh organisasi profesi medis misalnya Chelation therapy, Iridology, Cell implant Therapy, Laser Therapy untuk koreksi refraksi, berbagai bentuk penyinaran lain atau obat yang belum disetujui oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jendral Pengawasan Obat dan Makanan (POM) termasuk namun tidak terbatas pada pengobatan tradisional, pengobatan alternatif, perawatan hiperbarik dan akupuntur.
8. Bedah kosmetik dan/atau perawatan kosmetik untuk tujuan kecantikan/estetika seperti bedah plastik kecuali bedah plastik rekonstruksi akibat Kecelakaan yang dilakukan 31 (tiga puluh satu) hari setelah Kecelakaan.
9. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Kelainan Bawaan, kecuali bibir sumbing.
10. Kelainan Gizi dan Perkembangan seperti; Delayed Growth (Keterlambatan Pertumbuhan), Delayed Speech (Keterlambatan Bicara), Anoreksia (tidak nafsu makan), penyakit keturunan.
11. Sunat (sirkumsisi) tanpa indikasi medis / di atas usia 2 (dua) tahun dan / atau hernia dibawah usia 5 (lima) tahun termasuk untuk perubahan jenis kelamin.
12. Perawatan Gigi.



13. Setiap tindakan preventif, obat-obatan atau pemeriksaan preventif oleh seorang Dokter (termasuk vaksinasi dan/atau imunisasi, kecuali imunisasi dasar) dan perawatan yang secara khusus untuk kegemukan (obesitas), pengurangan atau penambahan berat badan.
14. Pemeriksaan kesehatan (Medical Check Up), seleksi kesehatan termasuk tes TORCH, uji hepatitis, mammography, pap smear dan uji alergi untuk tujuan *screening*.
15. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan :
  - a. Metode-metode kontrasepsi untuk pengaturan kehamilan dan/atau sterilisasi secara mekanis, pembedahan atau kimiawi.
  - b. Usaha inseminasi buatan, bayi tabung dan juga perawatan dan pemeriksaan yang berkaitan dengan kesuburan.
  - c. Semua terapi hormonal.
16. Kondisi-kondisi yang berhubungan dengan Penyakit-Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks/golongan Penyakit Kelamin dan segala akibatnya termasuk di dalamnya AIDS/HIV.
17. Semua perawatan dan/atau pengobatan dengan alat penunjang dan/atau alat bantu buatan seperti namun tidak terbatas pada Alat Pacu Jantung, Kursi roda dan/atau alat penyangga, Stent, dan alat bantu lainnya kecuali yang sudah diatur dalam Manfaat Khusus.
18. Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ kecuali yang sudah diatur dalam Manfaat Khusus.
19. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan gangguan mental dan/atau gangguan kejiwaan, pengobatan fisik dan mental akibat gangguan psikis (psikosomatis) dan pengobatan-pengobatan yang berkaitan dengan Psikolog /Psikiater.
20. Pemeriksaan dan tindakan terhadap penyakit keganasan (kanker/carcinoma) ataupun terindikasi keganasan kecuali yang sudah diatur dalam manfaat khusus.
21. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kecanduan obat, penggunaan alkohol, pemakaian narkotik, obat bius dan sejenisnya.
22. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung dari :
  - a. Terlibat aktif dalam perang, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, perkelahian, perbuatan kriminal atau aktifitas yang berhubungan dengan teroris.
  - b. Luka yang disengaja, bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dalam keadaan waras atau tidak waras.
  - c. Keadaan bencana alam seperti gempa bumi, tsunami, banjir, tanah longsor dan lain-lain termasuk jika terjadi keadaan luar biasa (KLB) atau wabah dimana hal tersebut ditetapkan oleh pemerintah setempat.
  - d. Penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja.
23. Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan karena keikutsertaan dalam aktifitas atau olahraga berbahaya (mendaki gunung, panjat tebing, arung jeram dll), olahraga profesional (bayaran), segala jenis olahraga kontak fisik (tinju, karate, silat, gulat dll), segala jenis



olahraga musim dingin, segala aktifitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, sky diving dll), segala aktifitas menyelam yang menggunakan alat bantu pernafasan, segala jenis lomba kecepatan dengan menggunakan kendaraan bermesin (balap mobil, motor, gokart, perahu dll); melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat udara carteran, militer/polisi, atau helikopter.

24. Radiasi Ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fusi nuklir atau dari setiap bahan-bahan senjata nuklir.

## II. Pembatalan Dan Penambahan Layanan Kesehatan

1. Jika ada Peserta dengan diagnosa yang masuk daftar pengecualian di atas dan Perlu Secara Medis dirujuk ke Rumah Sakit, maka rujukan yang diberikan TIDAK DIPERKENANKAN menggunakan formulir **PIHAK PERTAMA**.
2. Layanan Kesehatan Yang Dikecualikan sebagaimana ditetapkan pada angka I di atas, dapat dibatalkan melalui konfirmasi khusus tertulis yang resmi menggunakan Surat Jaminan Pembayaran dari **PIHAK PERTAMA**, dimana oleh karena itu **PIHAK PERTAMA** akan menerima untuk menanggung sebagian atau seluruh biaya Layanan Kesehatan tersebut dengan mencantumkan identitas Pasien, kondisi Pasien dan waktu atau durasi waktu yang dimaksudkan.
3. Layanan Kesehatan yang termasuk dalam layanan kesehatan yang dikecualikan dapat ditambahkan melalui konfirmasi tertulis resmi dari **PIHAK PERTAMA**, dimana oleh karena itu **PIHAK PERTAMA** akan menolak untuk menanggung biaya Layanan Kesehatan tersebut dengan mencantumkan identitas Pasien, kondisi Pasien dan waktu atau durasi waktu yang dimaksudkan.
4. Konfirmasi pembatalan atau penambahan ini hanya efektif untuk satu kali kejadian dan konfirmasi ulang diperlukan untuk tiap kejadian berikutnya.

Am f

## LAMPIRAN 1

### KETENTUAN SURAT MENYURAT

Semua surat menyurat atau pemberitahuan Informasi yang perlu disampaikan atau dikirim masing-masing PIHAK kepada PIHAK yang lain mengenai atau sehubungan dengan Perjanjian ini harus dilakukan untuk bentuk dokumen tertulis dengan pos kilat khusus atau melalui ekspedisi atau faksimile dan dilakukan untuk bentuk lisan dengan telepon kepada alamat-alamat di bawah ini :

**PIHAK PERTAMA** : **PT.Media Healthcare Indonesia**  
Alamat : Jl. Pengadegan Utara Raya No 19 A Jakarta Selatan.  
Telepon : +62 21 7975328/70029996  
Faksimile : +62 21 7990847

#### **Pengiriman Tagihan dan Konfirmasi Jaminan :**

Ditujukan kepada : **Media Claim Center**  
Alamat : Jl. Pengadegan Utara Raya No.19A Jakarta Selatan  
Telepon : +62 21 9055 8224  
Fax : +62 21 7990847  
PIC : Dedy Fiyanto ( 0852 6706 2895 )  
Email : [claim.mhc@media-healthcare.com](mailto:claim.mhc@media-healthcare.com)

#### **Ketentuan Surat Menyurat dan Konfirmasi Provider :**

Ditujukan Kepada : **Provider Relation**  
Alamat : Jl. Pengadegan Utara Raya No.19 A Jakarta Selatan 12770  
Telepon : +62 21 797 5328  
Fax : +62 21 7990847  
Provider Relation : Beny Waluyo ( 0821 1010 5016 )  
Rizqi Noviarini ( 085 740 177 555 )  
Email : [provider.mhc@media-healthcare.com](mailto:provider.mhc@media-healthcare.com)

#### **Customer Services**

Telepon : +62 21 9154 0662 / +62 21 4178 0208 /  
+62 21 797 5328  
PIC : Prio Ananda ( 0812 8111 5515 )  
Email : [Callcenter1@media-healthcare.com](mailto:Callcenter1@media-healthcare.com)

FW |

**PIHAK KEDUA** : **RS. Mata Undaan Surabaya**  
Alamat : Jalan Undaan Kulon 19, Surabaya 60274  
Telepon : 031-5319619, 031-5343806  
Faksimile : 031-5317503  
Contract Person : Dyan Kartika Sari (Humas)  
Arnold Hariyono (Marketing)  
Dena Nulijanti (Penerimaan Keuangan)  
Email : [marketing.rsmataundaan@gmail.com](mailto:marketing.rsmataundaan@gmail.com)

Baik **PIHAK PERTAMA** maupun **PIHAK KEDUA** dapat mengganti alamatnya dengan memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya paling lambat 7 (tujuh) hari kerja dari sebelum tanggal pengantiannya dan dianggap diterima jika dikirim secara pribadi pada tanggal penerimaannya dan/atau jika dikirim melalui faksimile pada tanggal pengiriman.

