

**PERJANJIAN KERJASAMA  
ANTARA  
PT. BNI LIFE INSURANCE  
DENGAN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA  
TENTANG  
PELAYANAN PERAWATAN DAN PENGOBATAN SECARA BERLANGGANAN  
DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

Nomor : 081 .PKS.BL.DIR.0313

Nomor : 156/RSMU/PKS/III/2013

Pada hari ini **Senin** tanggal **25** bulan **Maret** tahun **2013** kami yang bertandatangan di bawah ini:

- I. **Budi Tampubolon, Direktur PT BNI Life Insurance**, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut di atas dari dan demikian untuk dan atas nama serta sah mewakili **PT BNI Life Insurance**, berkedudukan di Jakarta dengan alamat BNI Life Tower, The Landmark Center 21<sup>st</sup> Floor **Jl. Jendral Sudirman No. 1 Jakarta 12910**, dengan NPWP **01.785.256.7-093.000**, yaitu sesuai dengan ketentuan dari Anggaran Dasarnya beserta perubahan terakhir melalui Akta No. 15 tanggal 9 Desember 2011 yang dibuat dihadapan **Aryanti Artisari, SH., Notaris di Jakarta**, berdasarkan **Bukti Penerimaan Pemberitahuan Perubahan Anggaran Dasar dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia** dengan Surat No. AHU-AH.01.10-42902 tanggal 30 Desember 2011, dan untuk selanjutnya disebut : -----

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

- II. **dr. Herminati HB, MARS, Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut di atas dari dan demikian untuk dan atas nama serta sah mewakili **Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya** sebagai badan usaha yang bergerak di bidang pengelolaan sarana upaya layanan kesehatan atau **Rumah Sakit** berkedudukan di Surabaya dengan alamat **Jl. Undaan Kulon 19 Surabaya 60274**, NPWP : **01.479.766.6-611.000** (a/n. **PERS PERHIMPUNAN PERAWATAN PENYAKIT MATA**), yang penyelenggaraannya berdasarkan Surat Izin Operasional Tetap Rumah Sakit Nomor: **P2T/1/03.23/III/2013** pada 7 Maret 2013, dan 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.

Handwritten notes and signatures at the bottom left corner, including the date 10/4/13 and several illegible signatures.

- 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 **Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya** (untuk 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. **Rumah Sakit** adalah **Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya** yang beralamatkan di **Jl. Undaan Kulon 19 Surabaya 60274** yang penyelenggaraannya berdasarkan Surat Izin Operasional Tetap Rumah Sakit Nomor: P2T/1/03.23/III/2013 pada 7 Maret 2013
- b. **Peserta** adalah peserta/tertanggung Asuransi Kesehatan dari **PIHAK PERTAMA** yang menggunakan jasa dan layanan kesehatan **PIHAK KEDUA**, untuk selanjutnya apabila berobat disebut sebagai "**Pasien**".
- c. **Pasien** adalah Peserta/Tertanggung Asuransi Kesehatan dari **PIHAK PERTAMA** yang menggunakan jasa dan layanan kesehatan **PIHAK KEDUA**.
- d. **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**.
- e. **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.
- f. **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.
- g. **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.
- h. **Medical Check Up** adalah pemeriksaan medis terhadap Peserta yang sehat untuk mengetahui secara dini tentang keadaan/kondisi kesehatannya.
- i. **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.

- j. **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 ditunjukkan Pasien setiap kali berobat di Rumah Sakit, sebagaimana tercantum dalam **Lampiran VIII** tentang Specimen Kartu Peserta.
- k. **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.
- l. **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.
- m. **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 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
- b. Rawat Inap
  - (i). Rawat Inap dengan atau tanpa tindakan pembedahan.
  - (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 menunjukkan 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 (Kartu Tanda Penduduk, KTP) 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 (10) Pasal ini.
  - (16). Untuk mempermudah penanganan pasien dan koordinasi maka **PIHAK KEDUA** menyarankan kepada peserta **PIHAK PERTAMA** melakukan pelayanan kesehatan pada jam kerja ( Senin-kamis pukul 07.00 s/d 14.00 dan Jumat-Sabtu 07.00 s/d 12.00).

#### **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 Rp. 150.000 dari total tagihan.

**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 9 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.

**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.
  - c. Identitas Kartu Peserta tidak sesuai dengan Kartu Identitas Kartu Tanda Penduduk (KTP).
- (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 10 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.

**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 cedera 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 badan usaha yang bergerak di bidang Jasa Pelayanan Kesehatan dan sebagai penyelenggara **Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya** yang dalam operasionalnya telah mempunyai izin dari pihak yang berwenang dan pada saat ditandatangani 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.

#### **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.

Tu Q A



- (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 : Mandiri**  
**Cabang : Surabaya Swandayani**  
**No. Rekening : 142-00-7500007-4**  
**Atas Nama : Rumah Sakit Mata Undaan**
- (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 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 :



<b>PIHAK PERTAMA</b> Alamat Kantor Pusat	<b>: PT. BNI LIFE INSURANCE</b> : BNI Life Tower The Landmark Center 21 <sup>st</sup> Floor Jl. Jend. Sudirman No. 1 Jakarta 12190 - Indonesia	
Untuk Perhatian	: Claim Askes BNI : Claim Askes Non BNI	: Hesty Purwanty : Rosilawati
No. Telepon	: 021 - 29539999	
No. Facsimile	: 021 - 29539998	




Alamat Provider Relation : **Gedung BNI Life Insurance**  
 Jl. KS. Tubun No. 67, Petamburan  
 Jakarta Pusat 10260

Untuk Perhatian : Provider Relation : Dikdik Ahmad S. / Tika  
 No. Telepon : (021) 5366 7676 ext. 373/369  
 No. Facsimile : (021) 5366 7617  
 Email : [provider.relation@bni-life.co.id](mailto:provider.relation@bni-life.co.id)

Pejabat yang menandatangani Surat Jaminan

NAMA	NO. TELEPON	JABATAN	SPECIMEN TANDA TANGAN	CAP/ STEMPEL
dr. Bambang Paryono	(021) 53667676	Provider Relation & Case Monitoring		

**PIHAK KEDUA** : **RS Mata Undaan Surabaya**  
 Alamat lengkap : Jl. Undaan Kulon 19 Surabaya 60274  
 Untuk Perhatian : Bag. Humas dan Marketing :  
 a.n Dyan KS / Arnold H  
 e-mail : [marketing.rsmataundaan@gmail.com](mailto:marketing.rsmataundaan@gmail.com)  
 Bag. Penerimaan Keuangan :  
 a.n Dena Nulijnati  
 e-mail : [undaan\\_mata@yahoo.com](mailto:undaan_mata@yahoo.com)

No. Telepon : 031 - 534 3806, 5319619 ext 289/303  
 No. Facsimile : 031 - 531 7503  
 Email : [marketing.rsmataundaan@gmail.com](mailto:marketing.rsmataundaan@gmail.com)

- (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 (1) tahun terhitung sejak tanggal 25 Maret 2013 sampai dengan tanggal 24 Maret 2014 dan dapat diperpanjang secara otomatis sesuai dengan jangka waktu Perjanjian.





- (2). 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.
- (3). 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.
- (4). 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.
- (5). 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;
- (6). **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** sepakat satu sama lain bahwa sehubungan dengan batal/putusnya Perjanjian ini, maka para pihak mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 dan 1267 Kitab Undang-undang Hukum Perdata.

**Pasal 11**  
**PENYELESAIAN PERSELISIHAN**

- (1). Apabila terjadi perselisihan dalam pelaksanaan isi Perjanjian ini, maka Para Pihak sepakat akan menyelesaikan secara musyawarah kekeluargaan.
- (2). Apabila perselisihan tidak dapat diselesaikan secara musyawarah kekeluargaan, maka setiap dari Para Pihak dapat mengajukan penyelesaian perselisihan tersebut kepada **Pengadilan Negeri Surabaya**, dan untuk maksud tersebut para pihak memilih domisili hukum yang sah dan tetap di Kantor Kepaniteraan **Pengadilan Negeri Surabaya**.

**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 7 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**  
**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 14**  
**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 VII Format kwitansi
  - h. 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 bermaterai cukup dan mempunyai kekuatan pembuktian yang sama bagi masing-masing pihak.

**PIHAK PERTAMA  
PT. BNI Life Insurance**

  
  
  
**Budi Tampungolon**  
Direktur

**PIHAK KEDUA  
Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**

  
  
**dr. Herminiati HB, MARS**  
Direktur



**Lampiran-lampiran Perjanjian Kerjasama antara PT. BNI Life Insurance dengan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**

**Nomor : 061 .PKS.BL.DIR.0313**  
**Nomor : 156/RSMU/PKS/III/2013**

**(PIHAK PERTAMA)**  
**(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 menefax ke nomor : 021-5366-7617 dan 021-50217601.
5. Dengan data tersebut BNI Life Insurance akan mengeluarkan Surat Jaminan
6. Konfirmasi Rawat Inap 24 Jam, Unit Provider Helpdesk di telp.021-5366-7627, Emergency Call: 021 – 50217627 HP : 08121070922 atau Email : [provider.helpdesk@bni-life.co.id](mailto:provider.helpdesk@bni-life.co.id).
7. Pelayanan bagi Pensiunan dan pasangan PT. Bank Negara Indonesia hanya Pelayanan Rawat Inap.
8. 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.
9. 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.

## 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 rata-rata Dokter Umum + Obat Rp. 100.000, untuk Dokter Spesialis + Obat Rp. 300.000, obat diberikan dalam jumlah wajar dan sesuai dengan diagnosa.
7. Biaya pemeriksaan laboratorium diatas Rp. 500.000 harap dikonfirmasi kepada **PT. BNI Life Insurance**. Pemeriksaan radiologi tanpa dikonfirmasi selama sesuai indikasi kecuali CT Scan dan MRI.
8. Tindakan Imunisasi dan keluarga berencana tidak ditanggung.
9. Jika dibutuhkan/dirujuk rawat Inap Rumah Sakit/Klinik, maka dalam 2 x 24 jam harus menghubungi BNI Life Insurance, Unit Provider Helpdesk di telp 021-5366-7627, Emergency Call : 021-50217627 HP : 08121070922. Kirim **Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap** melalui fax. 021-5366 7617, 021-5021 7601 atau e-mail [provider.helpdesk@bni-life.co.id](mailto:provider.helpdesk@bni-life.co.id),
10. **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).
11. **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 Supplement, 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

### **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 cedera 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.

*Am*



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

Tu

Rh

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.

*Tm*

*97*

**Lampiran IV:            Formulir Pelaporan Pasien Rawat Inap**



**PT. BNI LIFEE INSURANCE**  
Jl. AIPDA KS. Tubun No. 67  
Petamburan – Jakarta 10260  
Telp. : 021-5366-7627  
Fax. : 021-5366-7617  
E-mail : [provider.helpdesk@bni-life.co.id](mailto:provider.helpdesk@bni-life.co.id)

**FORMULIR PELAPORAN RAWAT INAP**

Perusahaan : \_\_\_\_\_  
Nama Pasien/Karyawan : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
No. Peserta : \_\_\_\_\_  
Hak Kelas /Kelas ditempati /Ruang : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tanggal Rawat : \_\_\_\_\_  
Anamnesa/Keluhan saat masuk : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
Pemeriksaan Fisik (Yang Abnormal) : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
Pemeriksaan Penunjang (Abnormal) : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
Terapi Sementara : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
Diagnosa Masuk : \_\_\_\_\_  
Dokter Memeriksa : \_\_\_\_\_  
Dokter Merawat : \_\_\_\_\_  
  
Rumah Sakit .....

( \_\_\_\_\_ )

*th*

**Lampiran V : Resume Medis**



<b>RESUME MEDIS</b>	
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 :	
<p>Riwayat Penyakit Sekarang :</p> <p>Riwayat Penyakit Dahulu :</p> <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Laboratorium :</p> <p>Pemeriksaan Penunjang Lain :</p> <p>Therapi / Tindakan :</p>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Pasien</p> <p>_____</p> <p><i>Tanda Tangan &amp; Nama Jelas</i></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Dokter Yang Merawat</p> <p>_____</p> <p><i>Tanda Tangan &amp; Nama Dokter</i></p> </div> </div>	

*fu*

**Lampiran VI : Tarif Pelayanan Kesehatan**



**Lampiran VII : Format Kwitansi**

**Lampiran VIII : Specimen Kartu Peserta**


**PIHAK PERTAMA**  
**PT. BNI Life Insurance**

  
**Budi Tampubolon**  
Direktur

**PIHAK KEDUA**  
**Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**

  
**dr. Herminiati HB, MARS**  
Direktur

*fm*