

**PERJANJIAN KERJASAMA  
ANTARA  
YAYASAN KESEHATAN BANK MANDIRI  
DENGAN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA  
TENTANG  
PELAYANAN KESEHATAN BPJS DAN  
PELAYANAN KESEHATAN TAMBAHAN  
BAGI PENERIMA MANFAAT YANG MENJADI PESERTA BPJS**

**NOMOR : 008/ PKS-YKBM /II/2017  
NOMOR : 120/PKS/DIR/RSMU/II/2017**

PERJANJIAN KERJA SAMA  
ANTARA  
YAYASAN KESEHATAN BANK MANDIRI  
DENGAN  
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
TENTANG  
PELAYANAN KESEHATAN BPJS DAN PELAYANAN KESEHATAN TAMBAHAN  
BAGI PENERIMA MANFAAT YANG MENJADI PESERTA BPJS

---

NOMOR PIHAK PERTAMA : 008/ PKS-YKBM /II/2017  
NOMOR PIHAK KEDUA : 120/PKS/DIR/RSMU/II/2017

Pada hari ini Selasa tanggal tujuh Februari tahun Dua ribu tujuh belas, kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. **YAYASAN KESEHATAN BANK MANDIRI**

Berkedudukan dan berkantor di Jakarta, yang beralamat di Gedung Bank Mandiri Lantai 2 Jalan Mampang Prapatan Raya No. 61 Jakarta Selatan 12790 – Indonesia, yang didirikan berdasarkan Hukum Negara Republik Indonesia, dalam hal ini diwakili oleh :

- a. Nama : **S u s i l o**  
Jabatan : **Ketua**
- b. Nama : **Dalimin**  
Jabatan : **Sekretaris**

Dalam hal ini sah bertindak untuk dan atas nama Yayasan Kesehatan Bank Mandiri berdasarkan Anggaran Dasar yang sah dan berlaku serta Undang – Undang tentang Yayasan beserta peraturan dan ketentuan pelaksanaannya yang berlaku, selanjutnya dalam Perjanjian ini disebut **PIHAK PERTAMA**.

2. **RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

Berkedudukan dan berkantor di Surabaya, yang beralamat di Jalan Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274. Jawa Timur – Indonesia, yang didirikan berdasarkan Hukum Negara Republik Indonesia. Dalam hal ini diwakili oleh :

Nama : **dr. Bambang Samudra, M.Kes**  
Jabatan : **Direktur**

Dalam hal ini sah bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Mata Undaan berdasarkan Anggaran Dasar dan berlaku serta Undang-undang tentang Rumah Sakit tentang Pemberian Pelayanan Kesehatan, selanjutnya dalam perjanjian ini disebut **PIHAK KEDUA**.

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA selanjutnya disebut PARA PIHAK. Bahwa PARA PIHAK sepakat untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan BPJS dan Pelayanan Kesehatan Tambahan bagi Pasien dari Penerima Manfaat PIHAK PERTAMA yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan, dengan mengadakan Perjanjian Kerja Sama dengan ketentuan-ketentuan dan syarat-syarat sebagai berikut :

## **PASAL 1 DEFINISI DAN PENGERTIAN**

Yang dimaksud dalam Perjanjian ini dengan :

1. **BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN (BPJS)** adalah badan yang dibentuk oleh pemerintah berdasarkan Undang-Undang Nomor No. 24 tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial di bidang Kesehatan;
2. **BANTUAN BIAYA KESEHATAN** adalah bantuan keuangan yang diberikan oleh PIHAK PERTAMA kepada Penerima Manfaat berdasarkan ketentuan yang berlaku namun tidak terbatas pada ketentuan mengenai Plafond dari masing-masing Penerima Manfaat yang memerlukan Pelayanan Kesehatan untuk penyembuhan penyakitnya;
3. **FASILITAS KESEHATAN** adalah sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang dimiliki dan disediakan oleh PIHAK KEDUA yang digunakan untuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum dan telah memenuhi persyaratan dan ketentuan yang ditetapkan dalam undang-undang dan peraturan pelaksanaannya yang berlaku;
4. **JAMINAN PEMBAYARAN** adalah kepastian pembayaran yang diberikan dan dicantumkan dalam Surat Jaminan yang diterbitkan oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA atas Pelayanan Kesehatan Tambahan bagi Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan;
5. **KARTU PENERIMA MANFAAT** adalah Kartu atas nama Pasien yang berlaku sebagai tanda bahwa yang bersangkutan adalah Penerima Manfaat yang tercatat dan berhak mendapat bantuan biaya kesehatan dari PIHAK PERTAMA;
6. **KARTU PESERTA BPJS** adalah Kartu atas nama Pasien yang berlaku sebagai tanda kepesertaan yang bersangkutan pada BPJS Kesehatan sehingga yang bersangkutan berhak mendapat jaminan pelayanan kesehatan di Provider BPJS Kesehatan;
7. **PASIEN** adalah orang atau perseorangan yang berdasarkan diagnosa dokter atas penyakit yang dideritanya membutuhkan pelayanan medis yang disediakan oleh Fasilitas Kesehatan PIHAK KEDUA;
8. **PELAYANAN KESEHATAN** adalah upaya-upaya medis yang dilakukan oleh PIHAK KEDUA yang meliputi namun tidak terbatas pada konsultasi, pemeriksaan, perawatan, pengobatan dan tindakan-tindakan medis yang dibutuhkan oleh Pasien dalam rangka penyembuhan atas penyakit yang dideritanya;

9. **PELAYANAN KESEHATAN BPJS KESEHATAN** adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh PIHAK KEDUA berdasarkan tata-cara, prosedur dan ketentuan yang berlaku dan pembayaran jasa pelayanannya dilakukan oleh BPJS Kesehatan setelah memenuhi syarat-syarat yang ditetapkan;
10. **PELAYANAN KESEHATAN TAMBAHAN** adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh PIHAK KEDUA berdasarkan tata-cara, prosedur dan ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan namun dengan tambahan pelayanan kesehatan selain pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan dengan pertimbangan kondisi penyakit (diagnosa dokter) dan kebutuhan medis Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS dan pembayaran jasa Pelayanan Kesehatan Tambahan tersebut dilakukan oleh PIHAK PERTAMA;
11. **PENERIMA MANFAAT** adalah pensiunan dan keluarganya yang tercatat pada PIHAK PERTAMA untuk mendapatkan bantuan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan sedang menjadi Pasien dari PIHAK KEDUA;
12. **PENERIMA MANFAAT YANG MENJADI PESERTA BPJS** adalah Penerima Manfaat dari PIHAK PERTAMA yang sudah terdaftar sebagai Peserta BPJS dan berhak mendapat pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dalam rangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) setelah memenuhi syarat-syarat dan ketentuan serta tata-cara dan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan;
13. **PLAFOND** adalah batas maksimum jumlah bantuan biaya kesehatan yang diberikan kepada Penerima Manfaat dari PIHAK PERTAMA dalam hal melakukan upaya mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan dicantumkan dalam Surat Jaminan yang diterbitkan oleh PIHAK PERTAMA;
14. **SURAT JAMINAN** adalah surat yang diterbitkan oleh PIHAK PERTAMA atas permintaan dari PIHAK KEDUA yang menerangkan Jaminan Pembayaran atas Pelayanan Kesehatan Tambahan yang dilaksanakan oleh PIHAK KEDUA terhadap Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan;
15. **SURAT TAGIHAN** adalah surat yang dikirim oleh PIHAK KEDUA kepada PIHAK PERTAMA mengenai biaya atas Pelayanan Kesehatan Tambahan yang dibebankan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS yang telah mendapat Jaminan Pembayaran dan dilengkapi dengan dokumen yang diperlukan.

## **PASAL 2 MAKSUD DAN TUJUAN**

PARA PIHAK sepakat untuk melakukan kerja sama yang saling menguntungkan dalam hal :

- (1) PIHAK KEDUA memberikan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Tambahan melalui Fasilitas Kesehatan yang dimiliki dan disediakan bagi Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;

- (2) **PIHAK PERTAMA** memberikan Jaminan Pembayaran atas Pelayanan Kesehatan Tambahan yang diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS tersebut;

### **PASAL 3 RUANG LINGKUP**

Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan yang disepakati bersama dan diatur dalam ketentuan-ketentuan dalam Perjanjian ini adalah :

- (1) Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan yang diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan meliputi Pelayanan Kesehatan rawat jalan, rawat inap atau Pelayanan Kesehatan lainnya yang menjadi hak Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan, sehingga biaya Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan tersebut sepenuhnya ditanggung oleh BPJS Kesehatan sepenuhnya; dan
- (2) Pelayanan Kesehatan Tambahan yang diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS tersebut di atas dengan mempertimbangkan kondisi medis berdasarkan diagnosa dokter yang sesuai dengan kebutuhan medis Pasien, dan biaya Pelayanan Kesehatan Tambahan tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan tetapi ditanggung sepenuhnya oleh **PIHAK PERTAMA** sepanjang Plafond bagi yang bersangkutan masih tersedia menurut catatan dan administrasi **PIHAK PERTAMA**.
- (3) Pelayanan kesehatan tambahan seperti yang tertera pada poin (2) tersebut diberikan oleh **PIHAK KEDUA** dengan mengabaikan/mengesampingkan manlak BPJS Kesehatan.

### **PASAL 4 TATA CARA DAN PROSEDUR**

- (1) **Penerimaan Pasien dari Penerima Manfaat yang Menjadi Peserta BPJS**
  - a. **PIHAK PERTAMA** melengkapi Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan dengan Kartu Penerima Manfaat sebagai tanda pengenal atas nama yang bersangkutan, sehingga **PIHAK KEDUA** dapat mengenalinya dan melakukan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh yang bersangkutan;
  - b. **PIHAK KEDUA** memastikan bahwa Pasien adalah Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan dari **PIHAK PERTAMA** untuk memperoleh Pelayanan Kesehatan BPJS dan Pelayanan Kesehatan Tambahan;
  - c. **PIHAK KEDUA** memastikan bahwa Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan telah memenuhi syarat-syarat dan ketentuan serta tata-cara dan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan sehingga dapat diberikan Pelayanan Kesehatan BPJS;

- d. PIHAK KEDUA menghubungi PIHAK PERTAMA apabila terdapat hal-hal yang perlu diketahui mengenai Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan tersebut atau apabila diperlukan ijin/persetujuan terlebih dahulu dari PIHAK PERTAMA.

**(2) Pemberian Pelayanan Kesehatan**

- a. PIHAK KEDUA memberikan Pelayanan Kesehatan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS sesuai dengan kebutuhan medis yang bersangkutan dan standar mutu Pelayanan Kesehatan yang memenuhi standar profesi medis serta syarat-syarat dan ketentuan yang ditetapkan oleh undang-undang dan peraturan pelaksanaannya yang berlaku;
- b. PIHAK KEDUA bertanggung jawab sepenuhnya atas mutu dan kendali Pelayanan Kesehatan BPJS dan Pelayanan Kesehatan Tambahan yang diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;
- c. PIHAK KEDUA membebaskan PIHAK PERTAMA dari segala macam dan jenis tuntutan, gugatan dan upaya hukum lainnya atas kelalaian, kesalahan dan tindakan lainnya yang terkait dengan Pelayanan Kesehatan BPJS dan Pelayanan Kesehatan Tambahan yang diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;

**(3) Pelayanan Kesehatan Tambahan Rawat Jalan**

- a. Dalam hal Rawat Jalan, PIHAK PERTAMA tidak menerbitkan Surat Jaminan kepada PIHAK KEDUA, dan oleh karena itu PIHAK KEDUA menagihkan pembayaran atas biaya Pelayanan Kesehatan Tambahan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS atau keluarganya, yang akan menyelesaikannya dengan reimbursement kepada PIHAK PERTAMA;
- b. PIHAK KEDUA memberikan Pelayanan Kesehatan BPJS sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan yang berlaku dan sesuai dengan tata-cara dan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Atas biaya Pelayanan Kesehatan BPJS tersebut, PIHAK KEDUA menagih pembayarannya kepada BPJS Kesehatan;
- c. PIHAK KEDUA dapat memberikan Pelayanan Kesehatan Tambahan sesuai dengan kondisi medis (diagnosa dokter) dan kebutuhan medis Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS. Atas biaya Pelayanan Kesehatan Tambahan, PIHAK KEDUA menagih pembayarannya kepada Pasien sebagaimana dimaksud pada huruf a ayat (3) Pasal 4 perjanjian ini;

**(4) Pelayanan Kesehatan Rawat Inap**

- a. Dalam hal Rawat Inap, PIHAK PERTAMA menerbitkan Surat Jaminan kepada PIHAK KEDUA, dan oleh karena itu PIHAK KEDUA menagihkan pembayaran atas biaya Pelayanan

Kesehatan Tambahan kepada PIHAK PERTAMA sepanjang Plafond bagi yang bersangkutan masih tersedia sebagaimana yang tercantum dalam Surat Jaminan;

- b. PIHAK KEDUA memberikan Pelayanan Kesehatan BPJS sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan yang berlaku dan sesuai dengan tata-cara dan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Atas biaya Pelayanan Kesehatan BPJS Rawat Inap atas nama Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS tersebut, PIHAK KEDUA menagih pembayarannya kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan yang berlaku;
- c. PIHAK KEDUA dapat memberikan Pelayanan Kesehatan Tambahan sesuai dengan kondisi medis (diagnosa dokter) dan kebutuhan medis Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS. Atas biaya Pelayanan Kesehatan Tambahan Rawat Inap yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan tersebut, PIHAK KEDUA menagih pembayarannya kepada PIHAK PERTAMA dengan melengkapi dokumen yang ditetapkan sesuai dengan Perjanjian ini;
- d. Biaya Pelayanan Tambahan yang dapat ditagihkan oleh PIHAK KEDUA kepada PIHAK PERTAMA berdasarkan Surat Jaminan dan atau Plafond yang tersedia meliputi namun tidak terbatas pada hal-hal sebagai berikut :
  - d.1. Selisih tarif kamar perawatan dari hak yang seharusnya diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS berdasarkan kelas kamar perawatan yang tercantum dalam Kartu Peserta BPJS. Selisih tarif kamar perawatan tersebut terjadi dengan syarat dan ketentuan bukan karena atas permintaan sendiri (APS) dari Pasien, tetapi semata-mata karena urgensi penanganan perawatan medis yang dibutuhkan atau kondisi memaksa;
  - d.2. Pemberian obat-obatan yang tidak termasuk dalam Formularium Obat yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, namun dengan mempertimbangkan urgensi pengobatan semata-mata hal tersebut memang sangat dibutuhkan untuk penyembuhan;
  - d.3. Tindakan-tindakan medis yang dibutuhkan oleh Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS berdasarkan diagnosa medis dan urgensi kebutuhan medisnya yang bukan atas permintaan sendiri (APS) dari Pasien dan biaya tersebut tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan;
  - d.4. Pemeriksaan medis dengan menggunakan alat diagnostik atau laboratorium yang dibutuhkan oleh Pasien dari Penerima Manfaat yang Menjadi Peserta BPJS berdasarkan diagnosa medis dan urgensi kebutuhan medisnya yang bukan atas permintaan sendiri (APS) dari Pasien dan biaya tersebut tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan;
- e. Dalam rangka tertib administrasi agar Jaminan Pembayaran dapat dilaksanakan oleh PIHAK PERTAMA dengan sebaik-baiknya, maka PIHAK KEDUA menghubungi petugas PIHAK

PERTAMA untuk memastikan Plafond yang tersedia bagi Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS yang meliputi namun tidak terbatas mengenai :

- e.1. Ketersediaan dan peruntukan kamar perawatan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS tersebut pada saat pertama kalinya masuk dan selama masa perawatan selanjutnya;
  - e.2. Pemberian obat-obatan khusus yang melebihi harga sebesar Rp.500.000,- per pemberian atau obat-obat lainnya seperti injeksi atau antibiotik;
  - e.3. Tindakan medis yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan namun sangat dibutuhkan oleh Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;
  - e.4. Tindakan diagnostik medis yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan namun sangat dibutuhkan untuk penegakan diagnosa medis.
- f. PIHAK KEDUA membebankan dan menagih secara langsung kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS atas biaya-biaya yang tidak mendapat Jaminan Pembayaran dari PIHAK PERTAMA, yang meliputi namun tidak terbatas pada biaya-biaya seperti :
- f.1. Selisih tarif kamar perawatan sebagai akibat naik kelas karena atas permintaan sendiri (APS) oleh Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;
  - f.2. Biaya-biaya non medis atas penggunaan sarana telpon, laundry, suplemen dan herbal, ambulance dari rumah sakit kerumah dan sebaliknya, pengurusan jenazah, makan dan minuman yang dikonsumsi oleh selain Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;
  - f.3. Biaya-biaya yang terkait dengan diagnosa, pemeriksaan laboratorium, pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang diberikan tanpa pertimbangan diagnosa medis dan kebutuhan medis serta atas permintaan sendiri Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS.
  - f.4. Biaya yang timbul melebihi dari Surat Jaminan yang dikeluarkan oleh PIHAK PERTAMA.

**(5) Penerbitan Surat Jaminan**

- a. PIHAK KEDUA menyampaikan permohonan Surat Jaminan kepada PIHAK PERTAMA secepatnya pada hari kerja sejak Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS pertama kalinya masuk perawatan agar dapat dipastikan Jaminan Pembayaran yang tersedia menurut catatan dan administrasi dari PIHAK PERTAMA;
- b. PIHAK PERTAMA segera menerbitkan Surat Jaminan kepada PIHAK KEDUA sesuai dengan kebutuhan untuk memberikan Jaminan Pembayaran atas biaya Pelayanan Kesehatan Tambahan yang dibebankan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS;

- c. PIHAK KEDUA melampirkan Surat Jaminan yang sudah disetujui dan ditandatangani oleh Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS pada Surat Tagihan yang dikirim kepada PIHAK PERTAMA.

**(6) Penagihan Dan Pembayaran**

- a. PIHAK KEDUA menagihkan terlebih dahulu biaya-biaya yang terjadi atas Pelayanan Kesehatan BPJS yang diberikan kepada Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan yang berlaku, namun tidak terbatas pada INA CBGs serta administrasi lainnya untuk mendapat pembayaran dari BPJS Kesehatan;
- b. PIHAK KEDUA menagihkan kepada PIHAK PERTAMA hanya biaya-biaya yang terjadi atas Pelayanan Kesehatan Tambahan yang menjadi beban Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS sesuai dengan syarat-syarat dan ketentuan sebagaimana ditetapkan pada ayat 4 dan 5 pasal ini ;
- c. PIHAK KEDUA mengirimkan Surat Tagihan kepada PIHAK PERTAMA setelah dilengkapi dengan dokumen yang diperlukan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah Pasien dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS Kesehatan meninggalkan rumah sakit, dengan alamat sebagaimana diatur dalam Pasal 8 ayat 1 perjanjian ini.
- d. Penagihan PIHAK KEDUA ditujukan kepada PIHAK PERTAMA dengan melampirkan:
- d.1. Kuitansi asli bermaterai cukup
  - d.2. Surat Jaminan dari PIHAK PERTAMA yang telah ditandatangani oleh Pasien atau keluarganya dari Penerima Manfaat yang menjadi Peserta BPJS
  - d.3. Dokumen yang diperlukan lainnya
- e. Pembayaran atas Surat Tagihan Pelayanan Kesehatan Tambahan, dilaksanakan oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA melalui transfer ke rekening pada :
- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Nama Bank   | : Bank Mandiri           |
| Cabang      | : cabang Tunjungan Plaza |
| No Rekening | : 142-00-7500007-4       |
| Atas Nama   | : P4M Undaan             |
- f. PIHAK PERTAMA melakukan pembayaran paling lambat 15 (lima belas) hari kalender sejak Surat Tagihan yang dikirim oleh PIHAK KEDUA, diterima dengan baik dan lengkap oleh PIHAK PERTAMA.

**PASAL 5**

**JANGKA WAKTU DAN PERUBAHAN PERJANJIAN**

- (1) Jangka waktu Kerja Sama ini berlaku terhitung sejak di tanda tangani pada tanggal tujuh bulan Februari tahun 2017 (07-02-2017), dan berlaku selama 2 tahun terhitung dari di tandatanganinya perjanjian ini.

- (2) Perjanjian ini dapat diubah oleh PARA PIHAK, dimana pihak yang akan melakukan perubahan kerjasama ini membuat secara tertulis dan disetujui oleh pihak lainnya.
- (3) PARA PIHAK dapat melakukan evaluasi sepihak dan dapat digunakan dalam hal PARA PIHAK mempertimbangkan dan memutuskan hal – hal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) Pasal ini.

**PASAL 6  
KEADAAN MEMAKSA (FORCE MAJEURE)**

Dalam hal terjadinya peristiwa Force Majeure, maka Pihak yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh Pihak lainnya. Pihak yang terkena Force Majeure wajib memberitahukan adanya peristiwa Force Majeure tersebut kepada Pihak yang lain secara tertulis paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa Force Majeure, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa Force Majeure tersebut. Pihak yang terkena Force Majeure wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini segera setelah peristiwa Force Majeure berakhir.

**PASAL 7  
PENYELESAIAN PERSELISIHAN**

Setiap perselisihan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh PARA PIHAK.

**PASAL 8  
KORESPONDENSI**

- (1) Semua surat-menyurat disampaikan secara langsung atau melalui pos, ekspedisi, atau faksimili dialamatkan kepada:

**PIHAK PERTAMA**

**YAYASAN KESEHATAN BANK MANDIRI**

Gedung Bank Mandiri lantai 2

Jl. Mampang Prapatan Raya No. 61, Jakarta Selatan

No. Telepon

: 021-79199633, 79199632, 79199637

No. Faximilie

: 021-79199634, 79199635

e-mail

: layananinformasi@yakesmandiri.co.id

**PIHAK KEDUA**

Rumah Sakit Mata Undaan.

Jalan Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya 60274.

Jawa Timur

No. Telepon

: (031) 531 9619, (031) 534 3806

No. Faximilie

: (031) 531 7503

e-mail

: Marketing.rsmataundaan@gmail.com

- (2) Semua permohonan dan persetujuan sebagaimana dimaksud dan diatur pada Pasal 4 ayat (4) huruf e dilakukan oleh pejabat yang berwenang di PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA dengan menggunakan sarana komunikasi yang sesuai dengan urgensi Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan.
- (3) PARA PIHAK saling memberitahukan secara tertulis perubahan alamat sebagaimana dimaksud ayat (1) dan pejabat berwenang ayat (2) Pasal ini.

**PASAL 9  
LAIN – LAIN**

Lampiran-lampiran dari Perjanjian ini merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dan mempunyai kekuatan hukum yang sama serta mengikat seperti halnya Pasal-Pasal lain dalam Perjanjian;

Demikian perjanjian ini dibuat rangkap 2 (dua), diberi materai cukup dan mempunyai kekuatan hukum yang sama untuk masing-masing Pihak serta ditandatangani pada tanggal tersebut pada awal Perjanjian ini.

**PIHAK PERTAMA**

**YAYASAN KESEHATAN BANK MANDIRI**

  
  
**Susilo**  
Ketua

**Dalimin**  
Sekretaris

**PIHAK KEDUA**

**RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

  
  
**dr. Bambang Samudra, M.Kes.**  
Direktur Utama