

PERJANJIAN KERJASAMA PELAYANAN KESEHATAN /
COOPERATION AGREEMENT ON HEALTHCARE SERVICES

antara/between

PT. FULLERTON HEALTH INDONESIA
NOMOR : 723/IP-OP/PKS/FHI/X/2020

dan/and

RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
UNDAAN SURABAYA EYE HOSPITAL
NOMOR:
1454/PKS/DIR/RSMU/XI/2020

hereinafter referred to as **PATIENTS**.

Other than that, **FULLERTON** also has a responsibility to pay all the medical cost to the **PROVIDER**.

1.2 **PROVIDER** offers a variety of hospital treatments and related medical services such as but not limited to inpatient, outpatient treatments, medical check-up, maternity, dental care, eye care services, hereinafter referred as **HEALTHCARE SERVICES**.

1.3 **FULLERTON** intends to appoint the **PROVIDER** to provide medical services as set out herein below and the **PROVIDER** agrees to accept such appointment in accordance with the laws and regulations of the Republic of Indonesia as well as under the terms and conditions as set forth in this **CA**.

1.4 **PROVIDER** shall deal with **FULLERTON**'s individual business unit directly for any admission and billing matters.

1.5 This **CA** sets out the mutual understanding and agreement between the **PARTIES**.

2. DEFINITIONS :

The following expressions shall have the following meanings unless the context provides otherwise:

2.1 HEALTHCARE SERVICES are:

2.1.1 **INPATIENT SERVICES** are the services provided to the **PATIENTS** such as to observe, diagnose, care, provide medical rehabilitation, and/or other medical treatments by staying overnight in the hospital.

2.1.2 **OUTPATIENT SERVICE** are the services provided to the **PATIENTS** such as to observe, diagnose, care, provide medical rehabilitation, and/or other medical treatments without staying overnight in the hospital.

tanggung dari **FULLERTON** selanjutnya disebut **PASIEN**.

Selain itu, **FULLERTON** juga memiliki tanggung jawab untuk membayar seluruh biaya medis kepada **PENYEDIA**.

1.2 **PENYEDIA** menawarkan berbagai perawatan rumah sakit serta pelayanan medis terkait untuk rawat inap, rawat jalan, pemeriksaan klinis, perawatan mata yang selanjutnya disebut **LAYANAN KESEHATAN**.

1.3 **FULLERTON** bermaksud menunjuk **PENYEDIA** untuk memberikan pelayanan medis sebagaimana tersebut dibawah ini dan **PENYEDIA** setuju untuk menerima penunjukan tersebut sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku di Republik Indonesia dengan syarat dan kondisi yang ditetapkan dalam **PK** ini.

1.4 **PENYEDIA** akan menangani dan berhubungan secara langsung dengan masing-masing unit bisnis **FULLERTON** untuk setiap laporan masuk dan hal-hal penagihan.

1.5 **PK** ini menetapkan pemahaman dan kesepakatan bersama antara **PARA PIHAK**.

2. PENGERTIAN :

Kecuali ditentukan lain, maka istilah-istilah dalam **PK** ini mempunyai pengertian sebagai berikut:

2.1 LAYANAN KESEHATAN mencakup:

2.1.1 **LAYANAN RAWAT INAP** adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

2.1.2 **PELAYANAN RAWAT JALAN** adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit.

- 2.1.3 **ONE DAY CARE** is the services provided to the **PATIENTS** such as to observe, diagnose, care, provide medical rehabilitation, and/or other medical treatments by staying in the hospital bed for less than 6 (six) hours.
- 2.1.4 **EMERGENCY TREATMENT SERVICES** are the emergency medical services necessary to be provided immediately to prevent/eliminate the risk of death or subsequent defect.
- 2.1.5 **MEDICAL CHECK UP** is through health examination in order to know **PATIENTS** health condition.
- 2.1.6 **SURGERY** is a medical action taken by surgery/incision using general or local anesthesia, or without anesthesia.
- 2.1.7 **CONGENITAL DEFECT** are the medical defects existing at birth such as abnormal physical abnormalities. These include hernias of all kinds and congenital heart defects, except those caused by trauma arising after the date that **PATIENT** has been registered as a member of the **FULLERTON** service held by the **PROVIDER**.
- 2.1.8 **EYE CARE SERVICES** are health services relating to the eye and related structures as well as vision, vision systems and processing of vision information.
- 2.2 **MEDICALLY NECESSARY** or **MEDICAL NECESSITY** shall mean health care services that a Healthcare Provider, exercising prudent clinical judgment, would provide to a patient for the purpose of evaluating, diagnosing or treating an illness, injury, disease or its symptoms, and that are:
- 2.2.1. in accordance with the generally accepted standards of medical practice;
- 2.2.2. clinically appropriate, in terms of type, frequency, extent, site and
- 2.1.3 **PELAYANAN RAWAT SEHARI (ONE DAY CARE)** adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lain dan menempati tempat tidur rumah sakit kurang dari 6 (enam) jam.
- 2.1.4 **PELAYANAN RAWAT DARURAT** adalah pelayanan kedaruratan medik yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko kematian atau cacat.
- 2.1.5 **PEMERIKSAAN KLINIS** adalah melalui pemeriksaan kesehatan untuk mengetahui kondisi kesehatan **PASIEN**.
- 2.1.6 **TINDAKAN MEDIK OPERATIF** adalah tindakan pembedahan kepada pasien yang menggunakan pembiusan umum, pembiusan local atau tanpa pembiusan
- 2.1.7 **CACAT BAWAAN** adalah kelainan medis yang telah ada pada saat dilahirkan seperti kelainan fisik yang tidak normal. Hal ini mencakup hernia dari segala jenis dan cacat jantung bawaan, kecuali yang disebabkan oleh trauma yang timbul setelah tanggal dimana **PASIEN** telah tercatat sebagai anggota layanan **FULLERTON** yang diselenggarakan oleh **PENYEDIA**.
- 2.1.8 **LAYANAN PERAWATAN MATA** adalah layanan kesehatan yang berhubungan dengan mata dan struktur terkait serta penglihatan, sistem penglihatan dan pengolahan informasi penglihatan.
- 2.2 **DIPERLUKAN SECARA MEDIS** atau **KEPERLUAN MEDIS** berarti layanan medis yang diberikan **PENYEDIA** layanan kesehatan kepada **PASIEN** setelah melakukan penilaian medis secara berhati-hati, untuk mengevaluasi, mendiagnosa, atau mengobati penyakit, cedera, atau gejalanya, dan yang:
- 2.2.1 sesuai dengan standar umum dalam praktik kedokteran;
- 2.2.2 sesuai secara klinis dalam hal jenis, frekuensi, batasan, tempat

duration, and considered effective for the patient's illness, injury or disease; and

2.2.3. not primarily for the convenience of the patient or Healthcare Provider, a Physician or any other Healthcare Provider, and not more costly than an alternative service or sequence of services at least as likely to produce equivalent therapeutic or diagnostic results as to the diagnosis or treatment of that patient's illness, injury or disease.

For these purposes, "generally accepted standards of medical practice" means:

- standards that are based on credible scientific evidence published in peer-reviewed medical literature generally recognized by the relevant medical community,
- Physician and Healthcare Provider Specialty Society recommendations,
- the views of Physicians and Healthcare Providers practicing in relevant clinical areas and
- any other relevant factors.

2.3 **LETTER OF GUARANTEE** shall mean a letter issued by **FULLERTON**, and **FULLERTON** is willing to bear all the treatment costs in accordance with the rules of this **CA** during the period where **PATIENTS** receives **HEALTHCARE SERVICES** in accordance with the limitation stated in the **LETTER OF GUARANTEE**.

2.4 **HIGHEST RETAIL PRICE** is the highest price of medications in the pharmacies, drugstores, and the hospital/clinic's pharmacy installations pursuant to Minister of Health Regulation No.98 Year 2015 regarding Information Dissemination on The Highest Drug Retail Price. This is to be calculated using the following formula:

HET = price as shown on the provincial e-catalog + pharmacy fee, maximum 28% from the price on e-

dan jangka waktu, dan dianggap efektif untuk penyakit atau cedera **PASIE**; dan

2.2.3 tidak pada khususnya untuk kenyamanan **PASIE** atau **PENYEDIA** layanan kesehatan, seorang dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya, dan tidak lebih mahal daripada layanan alternatif yang tersedia atau tuntutan layanan setidaknya yang memberikan hasil terapis maupun diagnosa setara dengan diagnosa maupun perawatan terhadap penyakit maupun diagnosa **PASIE**.

Untuk tujuan demikian, standar umum dalam praktik kedokteran berarti:

- standar yang berdasarkan bukti ilmiah terpercaya yang diterbitkan literatur kedokteran yang dikaji dan diakui secara umum oleh komunitas medis yang relevan,
- rekomendasi Dokter dan Komunitas Penyedia Layanan Kesehatan Khusus,
- pandangan dokter dan penyedia layanan kesehatan yang berpraktik di bidang yang relevan secara medis, dan
- faktor-faktor terkait lainnya.

2.3 **SURAT JAMINAN** berarti surat yang dikeluarkan oleh **FULLERTON**, dan **FULLERTON** bersedia menanggung semua biaya perawatan sesuai dengan aturan dalam **PK** ini selama masa **PASIE** menerima **LAYANAN KESEHATAN** sesuai dengan pembatasan yang ditentukan dalam **SURAT JAMINAN**.

2.4 **HARGA ECERAN TERTINGGI (HET)** adalah harga jual tertinggi obat di apotek, toko obat, dan instalasi farmasi rumah sakit/klinik sesuai dengan Peraturan Kementerian Kesehatan No. 98 Tahun 2015 tentang Pemberian Informasi Harga Eceran Tertinggi Obat. Perhitungannya adalah dengan formula sebagai berikut:

HET = harga di katalog elektronik provinsi + biaya pelayanan kefarmasian maksimum 28% dari harga katalog setiap

NOW, THEREFORE, in consideration of the premises and the mutual covenants contained herein the **PARTIES** hereby agree as follows:

3. PURPOSE

The **PARTIES** agree to establish an effective cooperation for the purpose of achieving primary objectives, which are as follows:

3.1 For **FULLERTON**:

- 3.1.1 Acceptance by **PROVIDER** of email or emailed **LETTERS OF GUARANTEE** issued by **FULLERTON**, covering reasonable and customary medical expenses for referred **PATIENTS** up to the limit described by **LETTER OF GUARANTEE**.
- 3.1.2 To obtain from **PROVIDER** an estimation of costs at an early stage of any **HEALTHCARE SERVICES** provided by **PROVIDER** to **PATIENTS**.
- 3.1.3 To develop with the **PROVIDER** the best financial arrangement possible as **FULLERTON** acts as a referring partner.
- 3.1.4 To obtain initially a list of sample of prices and to be regularly updated by **PROVIDER** about new prices list, new **HEALTHCARE SERVICES** available or about the termination of some **HEALTHCARE SERVICES**. Detailed pricing is available to **FULLERTON** on an as-needed and case-by-case basis to allow **PROVIDER** the ability to provide accurate process to **FULLERTON** for acceptance before a **LETTER OF GUARANTEE** is released

SEKARANG, DENGAN DEMIKIAN, atas pertimbangan terhadap alasan-alasan dan kesepakatan bersama yang dimuat dalam perjanjian ini maka **PARA PIHAK** dengan ini sepakat akan hal-hal berikut:

3. TUJUAN

PARA PIHAK setuju untuk mendirikan suatu kerjasama yang efektif dengan tujuan untuk mencapai sasaran utama sebagai berikut:

3.1 Untuk **FULLERTON**:

- 3.1.1 Penerimaan oleh **PENYEDIA** atas **SURAT JAMINAN** yang dikirim melalui email atau email yang dikeluarkan oleh **FULLERTON**, yang mencakup pengeluaran medis yang wajar dan umum untuk **PASIE** yang dirujuk sampai dengan batas yang ditetapkan dalam **SURAT JAMINAN**.
- 3.1.2 Untuk mendapatkan perkiraan biaya secara dini dari **PENYEDIA** tentang setiap **LAYANAN KESEHATAN** yang diberikan oleh **PENYEDIA** kepada **PASIE**.
- 3.1.3 Untuk mengembangkan pengaturan keuangan sebaik mungkin dengan **PENYEDIA** karena **FULLERTON** bertindak sebagai mitra yang memberi rujukan.
- 3.1.4 Untuk terlebih dahulu mendapatkan daftar contoh harga dan akan diperbarui secara berkala oleh **PENYEDIA** tentang daftar harga yang baru, **LAYANAN KESEHATAN** yang baru yang disediakan atau mengenai peniadaan sebagian **LAYANAN KESEHATAN**. Rincian harga tersedia bagi **FULLERTON** sebagaimana diperlukan dan secara kasus per-kasus untuk memungkinkan **PENYEDIA** memberikan proses yang akurat kepada **FULLERTON** untuk penerimaan sebelum **SURAT JAMINAN** dikeluarkan.

3.1.5 To be informed by **PROVIDER** about any news about facilities or constraints, obstacles that may hinder the volume of referred **PATIENTS**.

3.1.5 Untuk diberitahukan oleh **PENYEDIA** mengenai berita apapun tentang fasilitas atau kendala dan hambatan yang dapat menghalangi volume **PASIE**n yang dirujuk.

3.2 For **PROVIDER**:

3.2 Untuk **PENYEDIA**:

3.2.1 To ease collaboration in order to increase number of referred **PATIENTS** from **FULLERTON** seeking for **HEALTHCARE SERVICES** at **PROVIDER**.

3.2.1 Untuk mempermudah kerjasama agar meningkatkan jumlah **PASIE**n yang dirujuk dari **FULLERTON** yang mencari **LAYANAN KESEHATAN** dari **PENYEDIA**.

3.2.2 To implement an agreed billing procedure with **FULLERTON** to secure payment of bills for **FULLERTON's** referred **PATIENTS**.

3.2.2 Untuk menerapkan prosedur penagihan dengan **FULLERTON** untuk menjamin pembayaran tagihan terhadap **PASIE**n yang dirujuk oleh **FULLERTON**.

4. DURATION

4. JANGKA WAKTU

This **CA** will be valid for a period of 3 (three) years from **October 24th, 2020** to **October 23rd, 2023** and can be extended for the same term and conditions unless otherwise desired by both **PARTIES**.

PK ini berlaku selama 3 (tiga) tahun berlaku mulai **24 Oktober 2020** sampai dengan **23 Oktober 2023** dan dapat diperpanjang untuk jangka waktu dan ketentuan yang sama terkecuali dikehendaki lain oleh **PARA PIHAK**.

The **PARTIES** hereby mutually agree to review this **CA** from time to time. If any change and / or addition to this **CA** will be made in an Amendment and / or Addendum of Agreement which will be signed by the **PARTIES** and considered as an integral with this **CA**.

PARA PIHAK sepakat untuk meninjau **PK** ini dari waktu ke waktu. Apabila ada perubahan dan/atau penambahan atas **PK** ini maka akan dibuat dalam suatu *Amandemen* (Perjanjian Perubahan) dan/atau *Addendum* (Perjanjian Tambahan) yang akan ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan merupakan satu kesatuan dengan **PK** ini.

5. CHARACTER OF THE CA

5. SIFAT DARI PK

It is agreed between **PARTIES** that this is a unique **CA** and no third-party, individual or entity shall be permitted or invited to share in the information and experience gathered from the unique working relationship without the express written agreement of both **PARTIES**.

PARA PIHAK setuju bahwa ini adalah **PK** yang khusus dan tidak ada pihak ketiga, baik individu maupun entitas yang diizinkan atau diundang untuk berbagi informasi dan pengalaman yang didapatkan dari hubungan kerja yang khusus ini tanpa persetujuan tertulis secara tegas dari kedua **PIHAK**.

6. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF PARTIES

6. HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

It is hereby agreed between **PARTIES** that collaboration of this nature within the service industry requires commitment and dedication from all **PARTIES** to ensure its success. Accordingly, upon the execution of this **CA**, all **PARTIES** are obliged to establish and maintain a healthy,

PARA PIHAK dengan ini setuju bahwa sifat dari kerjasama ini dalam industri jasa memerlukan komitmen dan dedikasi dari semua **PIHAK** untuk menjamin keberhasilannya. Oleh sebab itu, setelah dilaksanakannya **PK** ini, **PARA PIHAK** diwajibkan untuk menciptakan dan mempertahankan hubungan kerja yang

Paraf I,

Paraf II,

Indonesia, in order to provide prompt confirmation of **PATIENTS** eligibility to **PROVIDER**.

The 24 hour Call Centre / Hotline is also manned with Medical Officers in order to ease communications with medical staff from **PROVIDER**.

FULLERTON shall inform **PROVIDER** about necessary contact details (See Appendix A)

- 6.2.2 **FULLERTON** shall be obliged to issue **LETTER OF GUARANTEE** for **PATIENTS** who are member of **FULLERTON**, including details such as maximum amount of coverage (if any), level of ward which is covered, excluded items (such as, but not limited to, newspapers, telephone calls, additional meals, etc...), **EXCESS CHARGES, DEDUCTIBLES** or **CO-INSURANCE** to be paid directly by **PATIENTS** to **PROVIDER**.

Should a reason for admission be unclear or more a symptom than a diagnosis, **FULLERTON** will contact **PROVIDER** daily until a confirmed diagnosis is made. Should the confirmed diagnosis be an uncovered event in the **PATIENTS** policy, **FULLERTON** will advice **PROVIDER** that the guarantee will cease. All costs incurred up until that time will be honored by **PATIENT**.

- 6.2.3 **FULLERTON** shall be obliged to issue proof of membership in the form of physical cards or E-cards which can be used by any **PATIENT** to obtain **HEALTHCARE SERVICES** from the **PROVIDER** and **FULLERTON** shall provide information to the **PROVIDER** on the change of membership, benefit of the members, and other matters related to this

Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia, agar dapat memberikan konfirmasi segera mengenai penerimaan **PASIE**n kepada **PENYEDIA**.

Call centre 24 / Hotline jam juga dijaga oleh Petugas Medis untuk memudahkan komunikasi dengan staf medis dari **PENYEDIA**.

FULLERTON harus memberitahukan kepada **PENYEDIA** mengenai keterangan tentang kontak yang diperlukan (Lihat Lampiran A).

- 6.2.2 **FULLERTON** diwajibkan menerbitkan **SURAT JAMINAN** untuk **PASIE**n yang merupakan peserta **FULLERTON**, termasuk keterangan seperti jumlah maksimum yang ditanggung (jika ada), kelas kamar yang ditanggung, hal-hal yang tidak ditanggung (seperti namun tidak terbatas pada koran, pemakaian, telepon, tambahan makanan, dll), **BIAYA EXCESS, POTONGAN** atau **KO-ASURANSI** yang akan dibayarkan langsung oleh **PASIE**n kepada **PENYEDIA**.

Apabila alasan untuk penerimaan tidak jelas atau lebih bersifat gejala ketimbang diagnosa, maka **FULLERTON** akan menghubungi **PENYEDIA** setiap hari hingga diagnosa yang pasti dibuat. Apabila diagnosa yang ditegaskan adalah kejadian yang tidak ditanggung dalam polis **PASIE**n, maka **FULLERTON** akan memberitahukan kepada **PENYEDIA** bahwa jaminan akan dihentikan. Seluruh biaya yang timbul hingga saat itu akan tetap ditanggung oleh **PASIE**n.

- 6.2.3 **FULLERTON** diwajibkan menerbitkan bukti keanggotaan dalam bentuk fisik kartu peserta atau kartu elektronik yang dapat dipergunakan oleh setiap **PASIE**n untuk mendapatkan **LAYANAN KESEHATAN** dari **PENYEDIA** dan **FULLERTON** wajib memberikan informasi kepada **PENYEDIA** atas perubahan kepesertaan, benefit peserta, dan hal-hal lain yang terkait dengan

Expiry Date on the Card. If the **PROVIDER** has any cause to believe or suspect the person using the card is not the person whose detail appear on the card, then **PROVIDER** is authorized and encourage by **FULLERTON** to ask for further identification from the person (e.g. ID Card, Driving License, Passport etc.)

If the member admit to the **PROVIDER** they are **FULLERTON** member but have forgotten to bring their membership card, then **PROVIDER** should contact **FULLERTON**'s 24 hours Hotline to ask confirmation. **FULLERTON**'s staff may provide authorization if the person is able to present suitable alternate identification to **PROVIDER** (e.g., ID Card, Driving License, Passport, etc) then the **PROVIDER** will ask the **PATIENT** information regarding **PATIENT**'s name, the main complaint / diagnosis / examination so that **PATIENT** are concerned ask maintained in-patient, and name of the treating physician (if known).

After collecting this information, the **PROVIDER** will contact **FULLERTON**'s 24 hours Call Center / Hotline to request authorization to admit the **PATIENTS**.

6.4.3 The **PROVIDER** shall provide quality and cost competitive **HEALTHCARE SERVICES** to **FULLERTON** referred **PATIENTS**. The **PROVIDER** agrees to charge **FULLERTON** the full amount of the common charges applied to all other **PATIENTS** at **PROVIDER**.

In particular, **PROVIDER** agrees not to charge any higher fees or loadings due to **PATIENTS** nationality or citizenship.

apakah tanggal Daluarsanya yang tertera belum terlewati. Bila **PENYEDIA** mempunyai alasan untuk mencurigai bahwa orang menggunakan kartu peserta tersebut tidak sesuai dengan keterangan yang tertera pada kartu, maka **PENYEDIA** diberi hak oleh **FULLERTON** untuk meminta keterangan lebih lanjut tentang orang yang bersangkutan (misalnya KTP, SIM, Paspor. dsb.)

Bila **PASIE**n mengaku pada **PENYEDIA** bahwa ia adalah peserta **FULLERTON** tetapi lupa membawa kartu peserta, **PENYEDIA** harus menelepon Call Centre / Hotline 24 Jam dari **FULLERTON** untuk meminta penegasan petugas **FULLERTON** agar dapat memberikan otorisasi bila orang yang bersangkutan dapat menunjukkan bukti diri lain yang sesuai kepada **PENYEDIA** (mis. KTP, SIM, Paspor, dsb) kemudian **PENYEDIA** akan meminta **PASIE**n informasi mengenai nama **PASIE**n, keluhan utama / diagnosa / pemeriksaan sehingga **PASIE**n yang bersangkutan minta dirawat-inap, dan nama dokter yang merawat (bila diketahui).

Setelah memperoleh informasi di atas, **PENYEDIA** akan menelepon Call Centre/ Hotline 24 Jam dari **FULLERTON** untuk meminta otorisasi melayani **PASIE**n yang bersangkutan.

6.4.3 **PENYEDIA** harus memberikan **LAYANAN KESEHATAN** yang bermutu dengan harga yang pantas kepada **PASIE**n yang dirujuk oleh **FULLERTON**. **PENYEDIA** setuju membebaskan kepada **FULLERTON** keseluruhan biaya yang umum yang berlaku bagi **PASIE**n lainnya pada **PENYEDIA**.

Secara khusus, **PENYEDIA** setuju untuk tidak membebaskan biaya yang lebih tinggi karena kewarganegaraan dari **PASIE**n.

Further, the **PROVIDER** shall notify to **FULLERTON** for any tariff alteration prevailing for **HEALTHCARE SERVICES 1** (one) month in advance of any change in prices.

Selanjutnya, **PENYEDIA** harus memberitahukan kepada **FULLERTON** tentang perubahan tarif yang berlaku untuk **LAYANAN KESEHATAN** minimal 1 (satu) bulan sebelumnya.

6.4.4 The **PROVIDER** shall provide **FULLERTON** with updated medical reports on timely manner, upon request from **FULLERTON**.

The **PROVIDER** shall ease direct contact between the doctor and **FULLERTON** in encouraging the doctor to directly answer phone calls from **FULLERTON** from time to time.

6.4.4 **PENYEDIA** harus memberikan kepada **FULLERTON** laporan medis yang diperbarui secara tepat waktu, atas permintaan dari **FULLERTON**. **PENYEDIA** harus memudahkan kontak langsung antara dokter yang menangani dan **FULLERTON** untuk mendorong dokter tersebut menjawab secara langsung telepon dari **FULLERTON** dari waktu ke waktu.

6.4.5 **PROVIDER** shall check on the **PATIENT**'s eligibility as well as the validity and expiration date of the **LETTER OF GUARANTEE** for certain services.

6.4.5 **PENYEDIA** harus memastikan kelayakan **PASIE**n serta validitas dan tanggal daluarsa yang tertera pada **SURAT JAMINAN** untuk mendapatkan pelayanan tertentu.

6.4.6 In **EMERGENCY SITUATION**, the **PROVIDER** shall render immediate service and treatment(s) to the **PATIENT**, then to contact **FULLERTON** within 1x24 hours to obtain the guarantee number.

6.4.6 Dalam **KEADAAN GAWAT DARURAT**, **PENYEDIA** wajib memberikan pertolongan dan perawatan terlebih dahulu kepada **PASIE**n, kemudian dapat menghubungi **FULLERTON** dalam kurun waktu 1x24 jam untuk mendapatkan nomor jaminan.

6.4.7 The **PROVIDER** shall provide room for **PATIENTS** according to accommodation entitlement as authorized and shown on the **LETTER OF GUARANTEE** sent by **FULLERTON** via email.

6.4.7 **PENYEDIA** harus menyediakan kamar untuk **PASIE**n sesuai dengan hak untuk akomodasi sebagaimana otorisasi yang dicantumkan dalam **SURAT JAMINAN** yang dikirim oleh **FULLERTON** melalui email.

6.4.7.1 In the event a suitable Room Level does not become available, then **PROVIDER** will call **FULLERTON** hotline to get further instructions.

6.4.7.1 Apabila kamar dengan kelas yang sesuai tidak tersedia, maka **PENYEDIA** akan menghubungi *hotline* **FULLERTON** untuk mendapat instruksi lebih lanjut.

6.4.7.2 When suitable room or not suitable room is available within 48 (forty eight) hours, the **PROVIDER** must call **FULLERTON** hotline to get further instructions.

6.4.7.2 Apabila Kelas Kamar yang sesuai atau tidak sesuai tersedia dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam, **PENYEDIA** harus menghubungi *hotline* **FULLERTON** untuk mendapat instruksi lebih lanjut.

6.4.7.3 If **PATIENTS** do not agree to pay for the higher Room Level, then the **PROVIDER** shall inform **FULLERTON** without delay and **FULLERTON** will shall give clear instruction immediately.

6.4.7.4 Wards classification shall be accommodated to **PATIENTS** coverage entitlement (as shall be specified in the **LETTER OF GUARANTEE**), unless due to **PATIENTS** condition such as having a contagious disease, immuno-compromised disease or other medical reasons that shall be deemed as necessary to isolate **PATIENTS**, then he/she shall be placed in a dedicated service / room. **PROVIDER** informs without delay **FULLERTON** about room change and about any excess of coverage amount (i.e. room, diagnostic examinations, medical action, doctor fees, etc) resulted of such mentioned act.

6.4.7.5 When a **PATIENT** request to be admitted to a higher room than that stated in the authorization by email from **FULLERTON**, the **PROVIDER** will ensure first that the related **PATIENT** agrees to pay the difference in room and treatment cost directly to the **PROVIDER** at the time the related patient is discharged. The **PROVIDER** will then carry out all the necessary services to the extent authorized by the **PROVIDER**.

6.4.7.6 **PROVIDER** will provide **INPATIENT** authoriation to limit the number of days specified. The **INPATIENT**

lanjut.

6.4.7.3 Jika **PASIEN** tidak setuju untuk membayar kamar yang lebih tinggi, maka **PENYEDIA** harus segera memberitahukan kepada **FULLERTON** dan **FULLERTON** harus memberikan instruksi yang jelas secepatnya.

6.4.7.4 Klasifikasi kamar harus disediakan sesuai dengan hak yang ditanggung untuk **PASIEN** (sebagaimana disebutkan dalam **SURAT JAMINAN**), kecuali karena kondisi **PASIEN** misalnya menderita penyakit menular, penyakit yang membahayakan sistem kekebalan tubuh (*immuno-compromised disease*) atau alasan medis lain yang dianggap perlu untuk mengisolasi **PASIEN**, maka ia harus ditempatkan dalam ruang khusus. **PENYEDIA** harus segera memberitahukan kepada **FULLERTON** tentang perubahan kamar dan mengenai kelebihan jumlah yang ditanggung (termasuk kamar, tes diagnostic, tindakan medis, biaya dokter, dst) yang timbul dari tindakan tersebut.

6.4.7.5 Bila seorang **PASIEN** meminta dirawat-inap dalam kelas kamar yang lebih tinggi daripada yang tertera dalam otorisasi Melalui email dari **FULLERTON**, **PENYEDIA** akan memastikan dulu bahwa **PASIEN** yang bersangkutan setuju membayar selisih biaya kamar dan perawatan langsung kepada **PENYEDIA** pada waktu pasien selesai menjalani rawat-inap, kemudian akan melaksanakan semua layanan yang diperlukan sejauh otorisasi yang diberikan oleh **FULLERTON**.

6.4.7.6 **FULLERTON** akan memberikan otorisasi rawat-inap sampai batas jumlah hari yang ditentukan. Setelah

after appropriate authorization expires, the **PROVIDER** should contact to **FULLERTON** if hospitalization is necessary to continue where the cost is expected to be closed by the **FULLERTON**.

masa **RAWAT INAP** yang sesuai otorisasi berakhir, **PENYEDIA** perlu menghubungi **FULLERTON** untuk persetujuan kedua bila rawat inap perlu dilanjutkan dimana biayanya diharapkan akan ditutup oleh **FULLERTON**.

6.4.7.7 **FULLERTON** encourage **PROVIDER** to not use confusing room denomination; but to use clear denomination such as Level III, II, I, VIP, VVIP, SUPER VIP, etc.

6.4.7.7 **FULLERTON** mendorong **PENYEDIA** untuk tidak memakai denominasi kamar yang membingungkan; tetapi menggunakan denominasi yang jelas seperti kelas III, II, I, VIP, VVIP, SUPER VVIP, dst

6.4.8 The **PROVIDER** shall ensure a high level of integrity and professionalism in delivery of **HEALTHCARE SERVICES** to **PATIENTS** of **FULLERTON** and immediately notify **FULLERTON** of issues and challenges that may prevent **PROVIDER** doing so.

6.4.8 **PENYEDIA** harus memastikan integritas dan profesionalisme tingkat tinggi dalam pemberian **LAYANAN KESEHATAN** kepada **PASIE**n dari **FULLERTON** dan segera memberitahukan kepada **FULLERTON** mengenai hal-hal dan tantangan yang mungkin menghambat **PENYEDIA** untuk melakukan hal tersebut.

6.4.9 The **PROVIDER** will invoice **FULLERTON** with **PROVIDER**'s current standard reasonable and customary fees for any **HEALTHCARE SERVICES**. The invoice and its supporting documents must be received by **FULLERTON** within 30 calendar days of date of service. The bills / claims received over 30 calendar days would not be paid.

6.4.9 **PENYEDIA** akan menagih **FULLERTON** dengan standar **PENYEDIA** saat ini dengan biaya yang wajar dan umum untuk **LAYANAN KESEHATAN**. Tagihan beserta dokumen-dokumen pendukungnya harus diterima **FULLERTON** paling lambat 30 hari kalender setelah layanan diberikan. Tagihan yang diterima melebihi 30 hari kalender setelah tanggal pelayanan tidak akan dibayarkan.

6.4.10 Procedure to receive individual insurance **PATIENTS**

6.4.10 Prosedur penerimaan **PASIE**n asuransi individu

PROVIDER's invoices should be made in details, including per diem rates, for all services, **PROVIDER** shall attach the following documents to the bills sent to **FULLERTON**, including but not limited to :

Tagihan **PENYEDIA** harus dirinci, termasuk biaya harian, untuk semua layanan, **PENYEDIA** harus melampirkan dokumen-dokumen berikut pada tagihan yang dikirim ke **FULLERTON**, termasuk namun tidak terbatas pada:

- Original copy of claim form / medical resume / doctor statement (brief report from the doctor (including anamnesa, the history of

- Asli formulir klaim / ringkasan medis / keterangan dokter (laporan singkat dari dokter yang menangani (termasuk anamnesa, riwayat dan

illness/diagnosis and treatments given to the **PATIENTS** at the hospital) which has been duly signed by the **PATIENTS**

- Original copy of invoice and the details thereof.
- Details of any amounts charged directly to the patient.
- Original copy **LETTER OF GUARANTEE**.
- **PATIENT** with age over 17 years old must provide a copy of ID Card. **PATIENT** with age below 17 years must provide the birth certificate and photocopy of the parents' ID card.
- Original copy of **PATIENTS** Statement Letter which has been duly signed.
- Copy of letter of recommendation from other hospital, if any.
- Copy of result of laboratorium or other diagnostic test, if any.
- Detail of fee doctor services.
- Detail of the medication used (proven by the doctor's prescription).
- For cases involving accidents, the **PROVIDER** must provide all documents as stated above with the addition of sufficient chronological explanation and details of such accident.

6.4.11 **FULLERTON** shall audit the invoice that were previously sent by **PROVIDER** (See Appendix B).

6.4.12 The **PROVIDER** shall apply to submit all room types and tariff, of the **HEALTHCARE SERVICES** available during the term of this **CA**. (See Appendix C)

6.4.13 The **PROVIDER** is not authorised to issue any additional copies of invoices to **PATIENTS** or any third party other than **FULLERTON**.

diagnosa penyakit dan layanan yang diberikan kepada **PASIEN** selama perawatan di rumah sakit) yang telah ditandatangani **PASIEN**.

- Asli faktur dan perinciannya.
- Rincian biaya yang ditagihkan langsung pada pasien.
- Asli **SURAT JAMINAN**.
- **PASIEN** dengan usia di atas 17 tahun harus melampirkan fotokopi KTP. **PASIEN** dengan usia di bawah 17 tahun harus melampirkan akta kelahiran dan fotokopi KTP orangtua.
- Asli Surat Pernyataan **PASIEN** yang telah ditandatangani.
- Salinan surat rekomendasi dari rumah sakit lain, jika ada.
- Salinan hasil dari tes laboratorium atau tes diagnostik lain, jika ada.
- Rincian biaya jasa dokter.
- Rincian penggunaan obat (dengan melampirkan buki resep dokter).
- Dalam hal kecelakaan, **PENYEDIA** harus melampirkan semua dokumen di atas dengan tambahan penjelasan secara kronologis beserta detil kejadian.

6.4.11 **FULLERTON** akan mengaudit faktur yang dikirimkan sebelumnya oleh **PENYEDIA** (Lihat Lampiran B).

6.4.12 **PENYEDIA** harus menyerahkan jenis kamar dan tarif dari **LAYANAN KESEHATAN** yang tersedia selama masa **PK** ini. (Lihat Lampiran C)

6.4.13 **PENYEDIA** tidak berwenang menerbitkan tambahan salinan dari faktur kepada **PASIEN** atau pihak ketiga mana pun selain **FULLERTON**.

7. SCOPE AND LIMITATIONS OF HEALTHCARE SERVICES COVERED

7.1 The **HEALTHCARE SERVICES** and/or medications provided by the **PROVIDER** and covered by **FULLERTON** are those **MEDICALLY NECESSARY** including:

- a. **INPATIENTSERVICES** including:
 1. Special Treatment;
 2. General Treatment Room;
 3. Surgery/operation;
 4. Unit day care;
 5. Emergency Treatment.
- b. **OUTPATIENT SERVICES** including:
 1. General doctor;
 2. Specialist doctor;
 3. Diagnostic examination (laboratory and radiology);
 4. Medications;
 5. Simple surgery e.g., lipoma extirpation, ganglion, etc.
- c. Treatments in the Emergency Room for **EMERGENCY** cases, and

7.2 The following treatments and/or conditions should be exempted and will not be paid by **FULLERTON**, and should be therefore should be charged directly to the **PATIENT** before being discharged from the hospital.

- 1) Treatments that are not medically necessary (e.g. cosmetic treatments and diseases such as Vitiligo, asthenapia, anorexia, dispareunia).
- 2) Treatment relating to work accident.
- 3) Birth defect and congenital conditions, meaning medical abnormalities that existed at the time of birth or neonatal physical abnormalities developing within 6 months of birth (e.g., the side effect of certain medications).
- 4) Dialysis, except if stated in the **LETTER OF GUARANTEE**.

7. LINGKUP DAN BATASAN PELAYANAN KESEHATAN YANG DITANGGUNG

7.1 **LAYANAN KESEHATAN** dan / atau pengobatan yang diberikan oleh **PENYEDIA** dan yang ditanggung **FULLERTON** yang **DIPERLUKAN SECARA MEDIS** mencakup:

- a. **RAWAT INAP**, yaitu
 1. Perawatan Khusus;
 2. Ruang perawatan biasa;
 3. Tindakan pembedahan/operasi
 4. Pelayanan harian;
 5. Perawatan gawat darurat.
- b. **RAWATJALAN**, yaitu:
 1. Dokter umum;
 2. Dokter spesialis;
 3. Pemeriksaan diagnostik (laboratorium dan radiologi);
 4. Pemberian obat;
 5. Tindakan bedah sederhana, seperti extirpasi lipoma, ganglion, dan lain-lain
- c. Perawatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk kasus **DARURAT**; dan

7.2 Perawatan dan/atau keadaan berikut adalah pengecualian dan tidak akan dibayarkan oleh **FULLERTON**, sehingga harus langsung ditagihkan kepada **PASIE**n sebelum meninggalkan rumah sakit.

- 1) Perawatan yang secara medis tidak diperlukan (contoh: perawatan kosmetik, vitiligo (kelainan pigmen pada Perawatan kulit), asthenapia (kelelahan mata), anorexia (hilangnya selera makan), dan dispareunia (nyeri pasca sanggama).
- 2) Perawatan yang berhubungan dengan kecelakaan kerja.
- 3) Cacat lahir dan kelainan kongenital, yaitu semua kelainan, deformitas, penyakit, keadaan sakit atau cedera yang ada pada saat lahir [telah didiagnosa atau belum], kondisi herediter ataupun masalah yang disebabkan oleh hal-hal yang terjadi dalam 6 bulan setelah bayi dilahirkan [contoh: efek suatu obat].
- 4) Cuci darah (haemodialisa) kecuali dengan **SURAT JAMINAN**.

- 5) Consultations and treatments relating to infertility, fertility, birth control, family planning, in-vitro fertilization, and circumcision (except if mentioned in the **LETTER OF GUARANTEE**).
- 6) Routine Medical check up such as eye care services (including myopia, astigmatisme) except mentioned in the **LETTER OF GUARANTEE**.
- 7) Impotent, sexual disfunction, transgender, and infections, sexually transmitted diseases, including HIV.
- 8) Psychiatric or other mental disorder.
- 9) Treatment relating to participation in the war, riots, demonstrations, strikes, or civil commotion. Treatment in connection with a deliberate trip to the warzone. Treatment of injury or illness obtained when performing their duties as members of the police or the army or military unit. Treatment related to weapons of mass destruction, whether or not containing bombs.
- 10) Home nursing or doctor visits without advance approval by **FULLERTON** (approval will be given if home nursing is proven as medically acceptable as a lieu of a hospital stay)
- 11) The cost of non-prescriptive drugs, prostheses, corrective devices (including hearing aids) and unrelated medical appliances.
- 12) Treatments related to drug or alcohol misuse.
- 13) Treatments related to suicide attempt.
- 14) Treatments related genetics or hereditary defects to the feet, weak, strained or flat feet, corns, calluses, bunions or toenail.
- 5) Konsultasi dan perawatan sehubungan dengan ketidaksuburan atau kesuburan, sterilisasi, pembatasan kelahiran, keluarga berencana, inseminasi buatan, dan sunat (khitanan) (kecuali disebutkan di **SURAT JAMINAN**).
- 6) Pemeriksaan Klinis rutin seperti layanan perawatan mata (termasuk myopia, astigmatisme) kecuali disebutkan pada **SURAT JAMINAN**.
- 7) Impotensi, disfungsi seksual, pergantian kelamin, dan infeksi atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks termasuk HIV.
- 8) Kelainan psikiatri, mental, atau penyakit jiwa lainnya.
- 9) Perawatan yang berkaitan dengan keikutsertaan anggota dalam perang, huru-hara, demonstrasi, pemogokan, atau keributan sipil. Perawatan yang berkaitan dengan perjalanan yang disengaja ke zona perang. Perawatan cedera atau keadaan sakit yang didapat ketika menjalankan tugas sebagai anggota polisi atau pasukan atau unit militer. Perawatan yang berhubungan dengan senjata penghancur massa, baik mengandung bom ataupun tidak.
- 10) Perawatan di rumah atau kunjungan dokter yang tidak disetujui dahulu oleh **FULLERTON** (persetujuan akan diberikan bila perawatan di rumah dapat diterima secara medis sebagai pengganti perawatan di rumah sakit).
- 11) Biaya obat-obatan tanpa resep, protesa, alat-alat koreksi (termasuk alat bantu pendengaran) dan alat-alat medis yang tidak berkaitan.
- 12) Perawatan yang berkaitan dengan penyalahgunaan obat atau alkohol.
- 13) Perawatan yang berkaitan dengan usaha bunuh diri.
- 14) Perawatan yang berhubungan dengan kelainan genetik atau cacat bawaan pada kaki, kaki bengkok atau datar, mata ikan, kapalan, bunion, atau kuku-kuku jari kaki.

- | | |
|---|---|
| <p>15) Chiropractic treatments or acupuncture.</p> | <p>15) Perawatan dengan chiropractic atau akupunktur.</p> |
| <p>16) Items which not related to medical treatment e.g., diapers, sanitary napkin, wash lap, soap, and other personal items.</p> | <p>16) Hal-hal yang tidak berhubungan dengan perawatan secara medis, misalnya popok, pembalut wanita, lap pencuci, sabun dan alat-alat pribadi lainnya.</p> |
| <p>17) Treatment of obesity, weight gain, bulimia or anorexia nervosa.</p> | <p>17) Perawatan obesitas, penambahan berat badan, bulimia atau anoreksia nervosa.</p> |
| <p>18) Vitamins at the request of members and not as prescribed by a doctor.</p> | <p>18) Vitamin atas permintaan peserta dan tidak diresepkan oleh dokter.</p> |
| <p>19) Antibiotics that are not medically necessary and are not associated with the diagnosis.</p> | <p>19) Antibiotik yang secara medis tidak diperlukan dan tidak berhubungan dengan diagnosa.</p> |
| <p>20) Abortion due to psychological or social reasons and its consequences thereof.</p> | <p>20) Aborsi karena alasan psikologis atau sosial dan akibat yang ditimbulkannya.</p> |
| <p>21) Costs for services or equipment that are experimental or research, including treatments, procedures, facilities, equipment, drugs, common uses of the drug, or device which is not recognized in medical practice that has been received, and other things that have not been approved by the government at the time of the service performed.</p> | <p>21) Biaya-biaya pelayanan atau peralatan yang bersifat eksperimental atau penelitian, termasuk didalamnya perawatan, prosedur, fasilitas, peralatan, obat-obatan, penggunaan obat, atau alat yang tidak dikenal dalam praktik medis yang telah diterima, dan hal-hal lain yang belum mendapatkan persetujuan pemerintah pada saat pelayanan dilakukan.</p> |
| <p>22) Cost of filing a claim by a physician or dentist.</p> | <p>22) Biaya pengisian formulir klaim oleh dokter atau dokter gigi.</p> |
| <p>23) Medical conditions that are caused by natural disasters and nuclear reactions - including but not limited to - radiation nuclear, ionization, fusion, fission or radioactive pollution .</p> | <p>23) Kondisi-kondisi medis yang disebabkan oleh bencana alam dan reaksi nuklir - termasuk namun tidak terbatas - radiasi nuklir, ionisasi, fusi, fisi atau polusi radioaktif.</p> |
| <p>24) Injury, sickness or death as a result of the participation of members in dangerous activities -which include but not limited to, hiking, kite flying, sky diving, parasailing, parachutes, balloons, bungee jumping, rock climbing (including the use of ropes and human), exploration of caves, pot holing, various forms of competition in addition to using the foot speed, professional sports, winter sports, boxing, scuba diving (unless certified or dive with certified instruction with depth of no more than 30 meters), and deep</p> | <p>24) Cidera, keadaan sakit atau kematian sebagai akibat dari keikutsertaan anggota dalam aktivitas berbahaya – meliputi tetapi tak terbatas pada- mendaki gunung, terbang layang, terjun payung parasailing, parasut, balon udara, bungee jumping, panjat tebing (meliputi penggunaan tali dan manusia), penjelajahan gua, pot holing, berbagai bentuk lomba kecepatan selain menggunakan kaki, olahraga professional, olahraga musim dingin, bertinju, menyelam (kecuali bersertifikasi atau menyelam dengan instruksi bersertifikasi dengan</p> |

sea diving.

- 25) Treatments related to the participation of members of the unlawful activities, including those resulting to imprisonment.
- 26) Allergy testing without a medical indication, tests related to reproductive function and pregnancy tests.
- 27) Baldness treatment or fake hair.
- 28) All medical care, including the cost of **DENTAL** and **EYE CARE** treatment with cosmetic purposes, except as a direct result of an injury.
- 29) Basic Dental Services (unless stated on the Participant card). Complex Dental services (except with the **LETTER OF GUARANTEE**).

7.3 The **PATIENT** shall only be allowed to receive immediate services from the general doctor and, if necessary, allowed to receive further services from the specialist doctor upon a recommendation letter issued and filled-in by the general doctor except for pediatrician, obstetrician, ophthalmologist, skin and venereal disease specialist, and orthopedist, or the services of specialist doctors as stated in the **LETTER OF GUARANTEE**.

If there is any uncertainty of the **PROVIDER** on scope of services that can be covered by **FULLERTON**, the **PROVIDER** should call the 24 Hour Service Hotline of **FULLERTON** for confirmation.

7.4 The **PARTIES** agree that the tariff of medications given and to be covered by **FULLERTON** should not exceed the **HIGHEST RETAIL PRICE**

8. MEDICAL EVACUATION

Should the **PROVIDER** ask to **FULLERTON** to arrange/perform any Medical Evacuation services (such as but not limited to medical escort for patients using commercial flight with

kedalaman tidak lebih dari 30 meter), dan penyelaman laut dalam.

- 25) Perawatan yang berhubungan dengan keikutsertaan anggota pada aktivitas melanggar hukum, termasuk dipenjarakan sebagai akibatnya.
- 26) Tes alergi tanpa indikasi medis, tes-tes yang berhubungan dengan fungsi reproduksi, dan tes kehamilan.
- 27) Perawatan kebotakan, atau rambut palsu.
- 28) Semua perawatan medis termasuk **PERAWATAN GIGI** dan **MATA** dengan tujuan kosmetik, kecuali sebagai akibat langsung dari suatu cedera.
- 29) Pelayanan Gigi Dasar (kecuali disebutkan di kartu Peserta). Pelayanan Gigi Kompleks (kecuali dengan **SURAT JAMINAN**).

7.3 **PASIE**n hanya dapat menerima layanan langsung dari dokter umum dan, hanya apabila diperlukan, diperkenankan untuk mendapat pelayanan dari dokter spesialis setelah mendapat surat rekomendasi dari dan yang ditandatangani dokter umum, kecuali untuk dokter spesialis anak, kandungan, mata, kulit dan kelamin, bedah tulang, atau layanan dokter spesialis sebagaimana tercantum pada **SURAT JAMINAN**.

Jika sekiranya timbul ketidakpastian di **PIHAK PENYEDIA** mengenai lingkup layanan yang dapat ditanggung kepada **FULLERTON**, **PENYEDIA** dapat menghubungi Layanan *Hotline* 24 Jam dari **FULLERTON** untuk mengkonfirmasi.

7.4 **PARA PIHAK** setuju untuk tarif obat-obatan yang akan ditanggung oleh **FULLERTON**, tidak melebihi **HARGA ECERAN TERTINGGI**.

8. EVAKUASI MEDIS

Apabila **PENYEDIA** meminta **FULLERTON** untuk mengurus/melakukan layanan Evakuasi Medis (seperti namun tidak terbatas pada pengantaran medis bagi pasien menggunakan penerbangan

normal seat or stretcher, full arrangement of an airborne evacuation using an air ambulance, ground ambulance transfer) for someone which is hospitalized and which is not covered by FULLERTON or any insurance then the PROVIDER is entitled to received referral fee.

9. BEST ENDEAVOR BASIS

PARTIES hereby confirm and agree that the roles and responsibilities of all **PARTIES** are extensive and accordingly **FULLERTON** does not warrant or represent the exact or minimal number of **PATIENTS** that it may refer to **PROVIDER** during the term of this **CA**. Notwithstanding, **PARTIES** agree to work on a best effort basis to ensure that all the abovementioned roles and responsibilities shall be undertaken in earnest and to the best of the abilities **PARTIES**.

10. METHOD OF PAYMENTS

10.1 **FULLERTON's** Referred **PATIENTS** shall be exempted from obligation to pay for down payment as **FULLERTON** shall bear for and guarantee all payments of claims by the issue of a **LETTER OF GUARANTEE**, which will confirm the coverage amount and decipher all relevant coverage entitlement information.

The **FULLERTON** client is divided into three in terms of billing:

- a) **PROVIDER** billing addressed to **FULLERTON** and payments made directly by the **FULLERTON**
- b) **PROVIDER** Billing addressed to **FULLERTON** where **FULLERTON** as verification of claim and payment is made directly by the client, where the client has collaborated with the **PROVIDER** (Billing Notes Attachment)
- c) **PROVIDER** Billing addressed directly to the client and the client who verify the bill and make the payment directly to the **PROVIDER**, where the client has collaborated with the **PROVIDER** (Billing Notes Attachment)

komersial dengan kursi normal atau usungan, pengaturan lengkap untuk evakuasi udara menggunakan ambulans udara, transfer ambulans darat) bagi seseorang yang dirawat inap dan yang tidak ditanggung oleh **FULLERTON** atau asuransi mana pun makan **PENYEDIA** berhak menerima imbalan rujukan.

9. BERDASARKAN UPAYA TERBAIK

PARA PIHAK dengan ini menegaskan dan setuju bahwa peran dan tanggung jawab **PARA PIHAK** adalah luas dan dengan demikian **FULLERTON** tidak menjamin atau menyatakan jumlah **PASIE**n yang pasti atau minimum yang dapat ia rujuk kepada **PENYEDIA** selama masa **PK** ini. Namun demikian, para **PIHAK** setuju untuk bekerja berdasarkan upaya terbaik untuk menjamin bahwa seluruh peran dan tanggung jawab yang disebutkan di atas akan dilaksanakan dengan sungguh-sungguh dan dengan kemampuan terbaik dari **PARA PIHAK**.

10. TATA CARA PEMBAYARAN

10.1 **PASIE**n yang dirujuk **FULLERTON** harus dibebaskan dari kewajiban membayar uang muka karena **FULLERTON** yang akan menanggung dan menjamin seluruh pembayaran atas klaim dengan menerbitkan **SURAT JAMINAN**, yang akan memastikan jumlah yang ditanggung dan menguraikan seluruh informasi yang akan ditanggung.

Klien **FULLERTON** terbagi menjadi tiga dalam hal penagihan:

- a) Penagihan dari **PENYEDIA** yang ditujukan kepada **FULLERTON** dan pembayaran dilakukan langsung oleh **FULLERTON**
- b) Penagihan dari **PENYEDIA** yang ditujukan kepada **FULLERTON** dimana **FULLERTON** sebagai verifikasi claim dan pembayaran dilakukan langsung oleh pihak klien, dimana klien tersebut telah bekerjasama dengan **PENYEDIA** (Lampiran Catatan Penagihan)
- c) Penagihan dari **PENYEDIA** yang ditujukan langsung kepada pihak klien dan klien tersebut yang meverivikasi tagihan serta melakukan pembayaran langsung kepada **PENYEDIA**, dimana klien tersebut telah bekerjasama dengan

For the **FULLERTON** insurance client acting as Payer when making a delay in bill payment to the **PROVIDER**, the **FULLERTON** will not be responsible and the closure of the temporary service will apply only to the insurance client acting as the Payer

Untuk Klien Asuransi dari **FULLERTON** yang bertindak sebagai Payer apabila melakukan keterlambatan dalam pembayaran tagihan kepada **PENYEDIA**, maka **FULLERTON** tidak akan bertanggung jawab dan penutupan pelayanan sementara hanya akan diberlakukan kepada klien asuransi yang bertindak sebagai Payer tersebut

10.2 **FULLERTON** will provide prompt payment to **PROVIDER** after receive all correct and complete invoices documents. The invoices must be received by **FULLERTON** within 30 calender days after the healthcare services of the patients. The invoices received over 30 calender days after the healthcare services provided to patients can not be paid.

10.2 **FULLERTON** akan membayar kepada **PENYEDIA** segera setelah menerima tagihan lengkap. Tagihan harus diterima **FULLERTON** paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender setelah pasien selesai menjalani layanan kesehatan. Tagihan yang datang lebih dari 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal pelayanan tidak bisa dibayarkan.

Payment shall be made within 30 calender days of receipt of such claim/invoice. In the event claims documentation received is not complete, **FULLERTON** will contact the nominated billing contact person at **PROVIDER** to ensure payment is not delayed any longer than necessary.

Pembayaran akan diselesaikan paling lambat dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sejak diterimanya tagihan dimaksud. Apabila berkas tagihan tidak lengkap **FULLERTON** akan segera menghubungi petugas urusan tagihan dari **PENYEDIA** agar pembayaran tidak tertunda lebih lama dari pada yang semestinya.

10.3 **CO-PAYMENT, CO-INSURANCE, DEDUCTIBLES** or **EXCESS CHARGES** are common amongst **PATIENT** referred by **FULLERTON**.

10.3 **CO-PAYMENT, KO-ASURANSI, POTONGAN** atau **BIAYA EXCESS** adalah umum di antara **PASIEN** yang dirujuk oleh **FULLERTON**.

Details related to payment of **CO-PAYMENT, CO-INSURANCE, DEDUCTIBLES** or **EXCESS CHARGES** will be provided by **FULLERTON** in the **LETTER OF GUARANTEE** and prior to the time of discharge in order for **PROVIDER** to collect right share of the total bill directly from **PATIENT** at the time of discharge. **FULLERTON** will be liable for the remaining amount.

Rincian mengenai pembayaran **CO-PAYMENT, KO-ASURANSI, POTONGAN** atau **BIAYA EXCESS** akan disediakan oleh **FULLERTON** dalam **SURAT JAMINAN** dan sebelum keluar rumah sakit agar **PENYEDIA** dapat menagih bagian dari tagihan total langsung dari **PASIEN** pada waktu keluar rumah sakit. **FULLERTON** akan berkewajiban membayar sisanya.

11.CONFIDENTIALITY

11.KERAHASIAAN

PROVIDER hereby agrees and accepts that **PATIENTS** referred to it by **FULLERTON**, shall continue to remain **PATIENTS** of **FULLERTON**.

Dengan ini **PENYEDIA** setuju dan menerima bahwa **PASIEN** yang dirujuk kepadanya oleh **FULLERTON** akan tetap menjadi **PASIEN** dari **FULLERTON**.

PARTIES here to mutually agree to keep strictly confidential all information of the other party, including details and

PARA PIHAK dengan ini sepakat untuk saling merahasiakan semua informasi dari pihak lainnya, meliputi rincian dan

wording of this Agreement, PATIENT tients information, data, reports, records and other materials. The PARTIES shall ensure that the confidential information of the other party will be given only to such providers, employees, and intermediaries as may need to have the confidential information in order to properly perform their duties.

The **PARTIES** (except with a mutual written consent) also shall not itself use or divulge to any person or entity any confidential information concerning the business, operations or finance of the **PARTIES** or any of their respective dealings, transactions or affairs.

The obligations contained in this clause shall bind the parties during the term of this Agreement and shall also continue to bind the parties for a period of 5(five) years after this Agreement is terminated (for whatever cause) or expires.

The obligation to keep informations shall become invalid in the event of:

- a. The information becomes available to public;
- b. The information is instructed to be opened in compliance with orders of the Court or other authorized government bodies under applicable laws and regulations;
- c. The information is provided to other parties as agreed by the **PARTIES**.
- d. In the event both **PARTIES** are legally compelled to disclose such information, they must use their best efforts to seek and obtain an appropriate protective order or other assurance satisfactory of confidential treatment for the information required to be disclosed.

Breach of this provision entitles one of the **PARTY** to terminate this **CA**.

susunan Perjanjian ini, Informasi PASIEN, data, laporan, catatan dan bahan lainnya. **PARA PIHAK** memastikan bahwa informasi rahasia dari pihak lainnya hanya akan diberikan kepada para penyedia layanan, pegawai dan perantara yang mungkin memerlukan informasi rahasia itu agar dapat melaksanakan tugas mereka sebagaimana mestinya.

PARA PIHAK (kecuali dengan persetujuan tertulis secara bersama) juga tidak akan memakai atau membocorkan kepada siapa pun atau kepada entitas mana pun informasi rahasia mengenai usaha, operasi atau keuangan **PARA PIHAK** atau kesepakatan, transaksi atau urusan mereka.

Kewajiban yang tertera dalam klausa ini mengikat kedua pihak selama jangka waktu Perjanjian ini dan akan terus mengikat kedua pihak dalam jangka waktu 5 (lima) tahun setelah Perjanjian ini diakhiri (karena alasan apa pun) atau habis waktu berlakunya.

Kewajiban untuk menyimpan informasi menjadi tidak berlaku, apabila:

- a. Informasi tersebut menjadi tersedia untuk masyarakat umum;
- b. Informasi tersebut diperintahkan untuk dibuka guna memenuhi perintah Pengadilan atau badan pemerintahan lain yang berwenang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- c. Informasi tersebut diberikan kepada pihak lain sesuai persetujuan **PARA PIHAK**;
- d. Dalam hal demikian, kedua belah **PIHAK** tetap mengusahakan untuk memperoleh perlindungan sejauh mungkin atas kerahasiaan informasi medis terkait.

Pelanggaran terhadap ketentuan ini memberikan hak kepada **SALAH SATU PIHAK** untuk melakukan pemutusan **PK** ini.

12. TERMINATION

Notwithstanding the term hereby created, this CA can be terminated with the following:

- 12.1 By mutual agreement in writing by **PARTIES**; or
- 12.2 Where any of the **PARTIES** breaches or fails to perform any of the provisions of this CA and the breach or failure is not rectifiable within 30 (thirty) calendar days and up to a maximum of 90 (ninety) calendar days depending on the complexity of the case.
- 12.3 In the event of one **PARTY** desire to terminate this Agreement, a written notice shall be made available to the other party within 90 (ninety) calendar days before the effective date of termination proposed. During the 90 calendar days period of notice, the **PARTIES** will continue to meet their responsibilities and obligations under this Agreement.
- 12.4 If the **PROVIDER** intends to temporarily hold **HEALTHCARE SERVICES** to members of the **FULLERTON**, the **PROVIDER** is obligated to inform in writing to the **FULLERTON** provided with the reasons for the suspension in no less than 14 (fourteen) calendar days in advance.

Termination of this CA shall not nullify the obligation of **FULLERTON** to pay off the outstanding debt to the **PROVIDER**.

13 FORCE MAJEURE

- 13.1 "**Force Majeure**" means any event, circumstances, or contingencies, beyond the reasonable control of the **PARTIES** whose obligation is affected, that renders due performance of an obligation under this Agreement invalid or impracticable including but not limited to these following conditions :

12. PENGAKHIRAN

Dengan mengesampingkan masa berlaku yang dibuat dalam PK ini, PK dapat diakhiri:

- 12.1 Melalui kesepakatan bersama secara tertulis oleh **PARA PIHAK**; atau
- 12.2 Manakala salah satu **PIHAK** melanggar atau gagal melaksanakan ketentuan dalam PK ini dan pelanggaran atau kegagalan tersebut tidak dapat diperbaiki dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender dan sampai maksimum 90 (sembilanpuluh) hari kalender bergantung pada kompleksitas masalahnya.
- 12.3 Apabila salah satu **PIHAK** bermaksud memutuskan Perjanjian ini maka sebuah pemberitahuan tertulis harus dibuat dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sebelum tanggal pengakhiran perjanjian kepada **PIHAK** lainnya. Selama jangka waktu pemberitahuan selama 90 (sembilan puluh) hari kalender itu, **PARA PIHAK** akan terus memenuhi tanggung jawab dan kewajiban mereka menurut Perjanjian ini.
- 12.4 Jika **PENYEDIA** bermaksud untuk menghentikan sementara **LAYANAN KESEHATAN** kepada Peserta dari **FULLERTON**, maka **PENYEDIA** berkewajiban untuk memberitahukan secara tertulis kepada **FULLERTON** beserta alasan adanya penghentian sementara paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sebelumnya.

Pemutusan PK ini tidak akan membatalkan kewajiban **FULLERTON** untuk membayar lunas utang yang belum dibayar kepada **PENYEDIA**.

13 KEADAAN KAHAR

- 13.1 "**Keadaan Kahar**" berarti peristiwa atau keadaan yang berada di luar kemampuan yang wajar untuk diatasi oleh **PARA PIHAK** yang terkena dampak oleh keadaan itu, yang menyebabkan pelaksanaan suatu kewajiban menurut Perjanjian ini menjadi tidak sah atau tidak dapat diterapkan termasuk, tetapi tidak terbatas pada keadaan di bawah ini

- a. Emergency conditions such as riots, epidemic, fire, strikes, lock-out or other labor disturbances, riots, civil commotion, war, blockades, embargoes.
- b. Natural disasters such as earth quake, storm, flood, tempest, and other natural disasters that have direct impact on the operational of one **PARTY**.
- c. Government orders or restrictions and changes in related laws and regulations which cause the scope of implementation of this **CA** become prohibited or other occurrences beyond the control of both **PARTIES**.

- a. Keadaan darurat seperti kerusuhan, epidemi, kebakaran, pemogokan buruh, penutupan kesempatan masuk ke tempat kerja (lock-out) atau gangguan-gangguan tenaga kerja lain, keributan warga sipil, perang, blokade, embargo.
- b. Bencana alam seperti gempa bumi, badai, banjir, angin topan, dan bencana alam lainnya yang memiliki dampak secara langsung terhadap keberlangsungan operasional dari salah satu **PIHAK**.
- c. Perintah atau pembatasan dari pemerintah dan perubahan peraturan perundang-undangan terkait yang menyebabkan ruang lingkup pelaksanaan **PK** ini menjadi dilarang atau kejadian-kejadian lain di luar kendali **PARA PIHAK**.

No party shall be liable for any delay or failure in the performance of any of its obligations (other than an obligation to pay money) under this Agreement to the extent that such delay or failure is caused by Force Majeure, provided that the **PARTIES** whose performance is prevented or delayed by Force Majeure shall make every good faith effort to overcome or dispel the event of Force Majeure.

PARA PIHAK tidak bertanggungjawab atas hal-hal tak terduga yang terjadi di luar kendali **PARA PIHAK** yang menyebabkan keterlambatan atau kegagalan dalam pelaksanaan kewajiban (selain kewajiban membayar) menurut **PK** bila keterlambatan atau kegagalan demikian disebabkan oleh Keadaan Kahar dan sepanjang **PARA PIHAK** yang pelaksanaan kewajibannya terhalang atau terhambat tersebut berusaha sedapat mungkin untuk mengatasi atau mencegah Keadaan Kahar.

13.2 Upon the occurrence of any event of Force Majeure, which affects performance under this Agreement, the affected party shall notify the other **PARTY** specifying the nature of the events, the effect of the event on the **PARTY's** performance and the estimated duration of the event or effect. The affected **PARTY** shall give written notice to the other **PARTY** immediately within 14 (fourteen) calendar days after the Force Majeure occurred.

13.2 Pada waktu terjadinya Keadaan Kahar, yang mempengaruhi pelaksanaan kegiatan menurut Perjanjian ini, **PIHAK** yang terkena dampaknya harus memberitahu **PIHAK** lainnya tentang jenis peristiwa itu, pengaruh peristiwa itu atas pelaksanaan kegiatan **PIHAK** yang bersangkutan serta perkiraan lamanya atau dampak dari peristiwa itu. **PIHAK** yang terkena dampak harus segera memberitahukan secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah kejadian Keadaan Kahar itu.

13.3 The **PARTIES** mutually agree to discuss amicably the matter of the Force Majeure event in a good faith to settle and agree on a joint effort to continue the obligations of the **PARTY** suffering from the Force Majeure.

13.3 **PARA PIHAK** sepakat untuk melakukan pembicaraan secara musyawarah membahas permasalahan atas kejadian tersebut dengan itikad baik untuk menyelesaikan dengan baik dan menyepakati suatu upaya bersama untuk melanjutkan kembali kewajiban

PIHAK yang menderita Keadaan Kahar tersebut.

13.4 The Force Majeure event only postpone the obligations of **PARTIES** and is not a breach of the Agreement. After the Force Majeure has ended, the **PARTIES** shall continue to perform their obligations under this Agreement.

13.4 Keadaan Kahar hanya menunda kewajiban **PARA PIHAK** dan bukan merupakan pelanggaran Perjanjian. Setelah Keadaan Kahar tersebut berakhir, maka **PARA PIHAK** kembali harus melaksanakan kewajibannya berdasarkan Perjanjian ini.

14 DISPUTE RESOLUTION

14 PENYELESAIAN SENGKETA

14.1 Should any dispute or contention arise, both **PARTIES** to this Agreement shall try as far as possible to solve it peacefully and in good faith through negotiation .

14.1 Apabila timbul perselisihan atau sengketa, maka **PARA PIHAK** harus berusaha menyelesaikannya dengan damai dan itikad baik secara musyawarah.

14.2 Any dispute arising out or in connection under this Agreement that cannot be resolved through negotiation shall be resolved by Arbitration administered by the Indonesian National Board of Arbitration (BANI) with BANI Rules and shall be decided by the board of arbitrators consisting by three arbitrators domiciled in Jakarta: two arbitrators appointed by each **PARTIE** respectively, and the third arbitrator to be appointed by the said two arbitrators.

14.2 Setiap sengketa yang timbul atau berkaitan dengan Perjanjian ini yang tidak dapat diselesaikan secara musyawarah akan diselesaikan melalui Arbitrase yang diadministrasikan oleh **Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI)** dengan Peraturan BANI untuk diputus oleh majelis arbiter yang terdiri atas tiga orang arbiter yang berdomisili di Jakarta: dua orang arbiter yang ditunjuk oleh masing-masing **PIHAK** dan arbiter ketiga akan ditunjuk oleh kedua arbiter tersebut.

The arbitration award shall be final and binding upon **PARTIES**.

Putusan arbitrase adalah final dan mengikat **para PIHAK**.

14.3 None of the **PARTY** shall be entitled to commence or maintain any action in the court of law upon any matter in dispute arising from or in relation to this Agreement except for the enforcement of an arbitration award granted pursuant to point 14.2.

14.3 Tidak ada **PIHAK** dalam Perjanjian ini boleh melaksanakan atau meneruskan proses di pengadilan atas sengketa yang harus diselesaikan melalui Arbitrase ini, kecuali dalam hal penegakkan keputusan arbitrase dalam poin 14.2.

15 WAIVER

15 PENGESAMPINGAN

The **PARTIES** hereby agree to waive the Article 1266 Indonesian Civil Code regarding the necessity of court decision in the termination of agreement.

PARA PIHAK sepakat untuk mengesampingkan pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, mengenai persyaratan pemutusan Perjanjian dengan putusan pengadilan.

16. MISCELLANEOUS

16 LAIN-LAIN

16.1 Legal protection and Indemnity

16.1 Perlindungan hukum dan ganti rugi

Both **PARTIES** hereby agree to indemnify for any losses or damages which the other **PARTY** may suffer due to the negligence, willful default, violation or other

PARA PIHAK dengan ini sepakat untuk mengganti rugi atas setiap kehilangan atau kerugian yang mungkin diderita oleh salah satu **PIHAK** lainnya sebagai akibat yang

breach or breaches of its duties by itself (including those done by its servants, employees and agents) during the performance of the services as stated in this CA.

16.1.1 For the purpose of due diligence, prior to adding a **PROVIDER** into the **FULLERTON** provider panel, documents including (but not limited to), relevant Ministry i.e. Ministry of Law and Human Rights, tariff booklet, Operational Permit, Proof of Company Registration, Statement Letter of Company Domicile, and the organization structure needs to be submitted to **FULLERTON**.

16.2 No Partnership

The provisions of this CA are not intended to create a relationship as between **PARTIES** of Partners or Joint Ventures nor should this CA be construed to create any form of partnership or joint venture.

16.3 Governing Law

This CA shall be construed and enforced in accordance with the laws of Republic of Indonesia.

16.4 Assignment prohibited

This CA shall not be assignable by either party without the written consent of the other.

16.5 Notices

All notices and other communications required or permitted will be deemed to have been duly given if delivered personally, sent by registered post, mailed or sent by facsimile transmission, to the addresses set forth below:

timbul dari kelalaian, kesalahan yang disengaja, penyimpangan atau pelanggaran lain atau pelanggaran yang dibuat oleh salah satu **PIHAK** (termasuk oleh pembantunya, karyawannya dan agennya) dalam pemberian layanan sebagaimana dicantumkan dalam PK ini.

16.1.1 Untuk kepentingan uji tuntas, sebelum menambahkan **PENYEDIA** ke dalam daftar **PENYEDIA FULLERTON**, dokumen-dokumen terkait termasuk (namun tidak terbatas pada), Kementerian terkait seperti Kementerian Hukum dan HAM, buku tarif, Surat Izin Operasional, Surat Keterangan Domisili Perusahaan, dan struktur organisasi perusahaan harus disampaikan kepada **FULLERTON**.

16.2 Tanpa Kemitraan

Ketentuan-ketentuan dalam PK ini tidak ditujukan untuk menciptakan suatu hubungan layaknya antara **PARA PIHAK** dari suatu Kemitraan atau Usaha Patungan atau ditafsirkan untuk menciptakan bentuk kemitraan atau usaha patungan apa pun.

16.3 Hukum yang mengatur

PK ini harus ditafsirkan dan dilaksanakan menurut hukum negara Republik Indonesia.

16.4 Larangan Pemindahan

PK ini tidak dapat dipindahkan oleh salah satu pihak tanpa persetujuan tertulis dari pihak yang lain.

16.5 Pemberitahuan

Semua pemberitahuan dan komunikasi lain yang diperlukan atau diizinkan akan dianggap telah diberikan bila diantar langsung, dikirim melalui pos tercatat, diposkan atau dikirim melalui faksimil ke alamat yang ditentukan berikut:

If to PROVIDER :
UNDAAN SURABAYA EYE
HOSPITAL
UNIT PUBLIC RELATION AND
MARKETING
PIC : **Yonita Eka Sudarto,**
S. Sos
Address: Undaan Kulon St. No. 17-
19 Surabaya
Telp: 031-5319619
email:
marketing.rsmataundaan@gmail.co
m

If to FULLERTON:
Cibis Nine Building, 5th Floor, Jl.
Letjend Tb Simatupang No. 02
South Jakarta 12560
Attn : Mr. Alain Durand
(President Director)

Phone : +6221 2997 6321

16.6 Entire Agreement

This **CA** constitutes the entire understanding between **PARTIES**, and it is understood and agreed that this **CA** supersedes any prior written or oral agreement and understanding related to the subject matter hereof, and that all prior undertakings, negotiations and agreements between **PARTIES** are merged herein.

16.7 Benefit of Agreement

The **PARTIES** hereto intend that this **CA** shall not create any benefit or right or cause or action in or on behalf of any person other than **PARTIES** hereto.

16.8 Severability

In the event any term or provision of this **CA** shall for any reason be held to be invalid, illegal or unenforceable in any respect, the remainder of this **CA** shall remain in full force and effect and this **CA** shall be interpreted and construed in all respects as if such invalid, illegal or unenforceable provisions were omitted or had never been contained in this **CA**, unless the disregard of such provisions will alter the rest of the **CA**.

Bila untuk PENYEDIA :
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
SURABAYA
HUMAS DAN PEMASARAN
PIC: **Yonita Eka Sudarto, S.Sos**
Alamat: Jalan Undaan Kulon Nomer 17-
19 Surabaya
Telp: 031-5319619
email:
marketing.rsmataundaan@gmail.com

Bila untuk FULLERTON:
Gedung Cibis Nine, Lantai 5, Jl.
Letjend Tb Simatupang No. 02
South Jakarta 12560
Attn : Alain Durand
(President Director)

Phone: 021 299 76321

16.6 Keseluruhan Perjanjian

PK ini merupakan keseluruhan pengertian antara para **PIHAK**, dan dipahami serta disetujui bahwa **PK** ini menggantikan perjanjian dan pemahaman secara lisan maupun tertulis sebelumnya menyangkut pokok perjanjian ini, dan bahwa semua janji, negosiasi dan persetujuan sebelumnya antara para **PIHAK** telah digabungkan dalam perjanjian ini.

16.7 Manfaat Perjanjian

PARA PIHAK dengan ini bermaksud bahwa **PK** ini tidak akan menciptakan manfaat atau hak atau atas nama orang lain selain **PARA PIHAK** dalam perjanjian ini.

16.8 Keterpisahan

Apabila terdapat ketentuan dalam **PK** ini yang tidak berlaku, illegal atau tidak dapat dilaksanakan, maka ketentuan-ketentuan lain dalam **PK** ini akan tetap berlaku sepenuhnya dan **PK** ini harus ditafsirkan dalam segala hal seolah-olah ketentuan yang tidak berlaku, illegal atau tidak dapat dilaksanakan tersebut dihilangkan atau tidak menjadi bagian dalam **PK** ini, kecuali dalam hal tindakan demikian mengubah keseluruhan **PK**.

16.9 Successors Bound

This **CA** shall not be terminated because of the change of management (Director), changes in the composition of shareholders, ownership, merger, consolidation or alteration of legal entity status but shall be complied appropriately by the alternating entities of each **PARTIES**.

This **CA** shall be binding upon the legal representatives, successors-Entitle of the respective **PARTIES** hereto.

16.10 Media and Publicity

It is hereby agreed between **PARTIES** that all public statements to the media (electronic and print) or other third parties, in relation to this **CA** and business activities in which **PARTIES** are involved, shall at all times be made with the express written approval of both **PARTIES**.

FULLERTON remain the exclusive owner of its trademark (See Appendix D), no third party or any other company shall use this trademark.

Each party agreed to permit the other party to use its name and trademark in marketing material, company websites, clients and provider listings and in other such areas and publications.

16.11 Non Survival

All provisions of this **CA** shall not survive upon the expiry or earlier termination of this **CA**.

16.12 Additional Branch

The **PROVIDER** is obliged to notify **FULLERTON** in writing about the addition of a new branch along with branch address, facsimile number, email address, phone number and or mobile as well as the contact person.

This notification will then be made in an addendum addition of branches and both parties signed an addendum which is becoming

16.9 Penerus Terikat

PK ini tidak akan berakhir karena pergantian pimpinan (Direktur), perubahan komposisi pemegang saham, kepemilikan, penggabungan, peleburan atau perubahan status badan hukum akan tetapi wajib dipenuhi secara sebagaimana mestinya oleh (para) entitas pengganti dari masing-masing **PIHAK**.

PK ini akan mengikat para wakil, penerus yang sah dari masing-masing **PIHAK** dalam perjanjian ini.

16.10 Media dan Publisitas

Dengan ini disepakati oleh para **PIHAK** bahwa semua pernyataan publik kepada media (elektronik dan cetak) atau pihak ketiga lainnya, terkait dengan **PK** dan kegiatan usaha yang melibatkan para **PIHAK**, harus senantiasa dibuat berdasarkan persetujuan tertulis dari kedua **PIHAK**.

FULLERTON tetap menjadi pemilik eksklusif dari merek dagangnya (Lihat Lampiran D), tidak ada pihak ketiga atau perusahaan lain mana pun yang boleh memakai merek dagang ini.

Masing-masing pihak setuju untuk mengizinkan pihak lainnya menggunakan nama dan merek dagangnya dalam bahan pemasaran, website perusahaan, daftar klien dan penyedia layanan, serta bidang dan bahan publikasi lainnya.

16.11 Tidak ada yang tetap bertahan

Semua ketentuan dalam **PK** ini tidak akan tetap bertahan pada saat berakhirnya atau pada saat pemutusan dini **PK** tersebut.

16.12 Penambahan Cabang

PENYEDIA wajib untuk memberitahukan **FULLERTON** secara tertulis perihal penambahan cabang baru disertai dengan alamat cabang, nomor faksimili, alamat email, nomor telepon dan/atau handphone serta contact person.

Pemberitahuan ini selanjutnya akan dibuatkan dalam sebuah addendum penambahan cabang dan ditanda tangani kedua belah pihak dimana

an integral of this Agreement.

addendum yang dimaksud menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

17. GENERAL TERMS

17.1 No act, failure or delay by any **PARTY** hereto shall constitute as a waiver of any of its rights and remedies. No waiver by any **PARTY** shall affect its right to require strict performance of this **CA** except as to the matter waived.

17.2 In performing their obligations under this **CA**, each **PARTY** will always act in consultation with and, where specified in this **CA**, obtain prior approval from the other **PARTY**. Neither **PARTY** will be responsible for any claims, damages, costs, expenses, losses and liabilities or actions in respect thereof arising from any and all actions of the other party that are not authorized or approved under this **CA**, unless such actions were elsewhere approved in written agreement between the **PARTIES**.

17.3 This Agreement shall not be modified in any way after the date of its signing except upon the agreement and approval of the **PARTIES** by means of an Amandement and or Addendum signed by duly authorized representatives of the **PARTIES** hereto and considered an integral to this **CA**.

17.4 The headings used in this Agreement are inserted for convenience of reference only and shall not affect the the construction of or be taken into consideration in interpreting any provision of this **CA**.

17.5 This **CA** is issued both in Bahasa Indonesia an in English. Should any articles or provisions appear inconsistent because of language interpretation, the Bahasa Indonesia version is to prevail.

17. KETENTUAN UMUM

17.1 Tidak ada suatu tindakan, kegagalan atau keterlambatan oleh salah satu **PIHAK** dalam perjanjian ini yang merupakan pelepasan atas haknya dan perbaikannya. Tidak ada pelepasan hak oleh salah satu **PIHAK** yang dapat mempengaruhi haknya untuk mewajibkan pelaksanaan yang ketat atas **PK** ini kecuali terhadap hal-hal yang dilepaskan.

17.2 Masing-masing **PIHAK**, dalam melaksanakan kewajibannya menurut **PK** ini, akan selalu berkonsultasi dengan dan, sepanjang ditentukan dalam **PK** ini, meminta persetujuan sebelumnya dari **PIHAK** lainnya. Tidak ada **PIHAK** yang bertanggung jawab atas tuntutan, kerugian, biaya, ongkos, kehilangan dan kewajiban atau tindakan yang timbul dari tindakan dari **PIHAK** lainnya yang tidak disetujui atau diterima dalam **PK** ini, kecuali tindakan demikian disetujui dengan kesepakatan tertulis antara **PARA PIHAK**.

17.3 Perjanjian ini tidak akan diubah dengan cara apa pun setelah penandatanganannya, kecuali bila **PARA PIHAK** sepakat untuk merubah Perjanjian ini maka perubahan itu akan dibuat dalam *Amandemen* (Perjanjian Perubahan) dan/atau *Addendum* (Perjanjian Tambahan) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari **PK** ini.

17.4 Judul-judul yang tertera untuk menandai bagian-bagian dalam Perjanjian ini dimasukkan untuk kenyamanan dan referensi semata dan tidak akan mempengaruhi keseluruhan dan pertimbangan dalam penafsiran ketentuan dalam **PK** ini.

17.5 **PK** ini dibuat baik dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Apabila terdapat pasal-pasal atau ketentuan-ketentuan yang bertentangan karena penafsiran bahasa, maka versi bahasa Indonesia yang berlaku.

18. MONITORING AND EVALUATION

PARTIES has the right to monitor and evaluate this agreement which will be evaluated periodically. Monitoring and evaluation is related to fulfilling the obligations of both parties. Monitoring and evaluation is needed to evaluate the performance of the agreement as a consideration in making decision of further policy regarding this agreement.

19. DECLARATION AND GUARANTEE

In entering into this **CA**, **PARTIES** recognize that it is impracticable to make provision for every contingency that may arise during the term of this **CA**.

PARTIES further declare it to be their intention to work positively together to ensure the success of their intentions for the benefit of each of **PARTIES** hereto and for the benefit of referred **PATIENTS** of **FULLERTON**.

In addition **PARTIES** hereby declare that this **CA** shall operate between them with fairness and without detriment to the interests of any of them and if, in the course of the performance of this **CA**, unfairness to any **PARTIES** is disclosed or anticipated then **PARTIES** shall use their best endeavor to agree upon such action as may be necessary and equitable to remove the causes of the same.

Each **PARTY** warrants to the other that it is duly authorized and licensed by any and all relevant governmental authorities to enter into and to perform its obligation under this **CA**. Each **PARTY** warrants to the other that it has made and will make all required reports and disclosures to any applicable government or agency thereof with respect to this **CA** or to any activity undertaken in connection with this **CA**.

18. MONITORING DAN EVALUASI

PARA PIHAK berhak melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap perjanjian ini yang akan dievaluasi secara berkala. Monitoring dan evaluasi ini terkait dengan pemenuhan kewajiban para pihak. Monitoring dan Evaluasi ini diperlukan untuk menilai pencapaian pelaksanaan perjanjian sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil suatu keputusan atau kebijakan lebih lanjut mengenai Perjanjian ini.

19. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Dalam mengadakan **PK** ini, **PARA PIHAK** mengakui bahwa tidak mungkin membuat ketentuan tentang segala hal yang mungkin terjadi selama masa **PK** ini.

Oleh sebab itu **PARA PIHAK** menyatakan bahwa mereka bermaksud untuk secara positif bersama-sama menjamin keberhasilan niat mereka untuk kepentingan masing-masing **PIHAK** dan untuk kepentingan **PASIE**n yang dirujuk oleh **FULLERTON**.

Selain itu, **PARA PIHAK** dengan ini menyatakan bahwa **PK** ini akan dilaksanakan di antara mereka secara adil dan tanpa merugikan kepentingan dari salah satu dari mereka dan apabila selama pelaksanaan **PK** ini, ketidakadilan terhadap salah satu **PIHAK** diungkapkan atau diantisipasi maka **PARA PIHAK** akan berusaha semaksimal mungkin untuk menyetujui tindakan tersebut sebagaimana perlu dan dengan pantas menghilangkan penyebab-penyebab dari hal tersebut.

Masing-masing **PIHAK** menjamin kepada pihak lainnya bahwa ia mempunyai wewenang dan ijin usaha dari instansi pemerintah yang berwenang untuk mengikat diri dan melaksanakan kewajiban menurut **PK** ini. Masing-masing pihak menjamin kepada **PIHAK** lainnya bahwa ia telah membuat dan akan membuat semua laporan dan pernyataan yang diperlukan kepada instansi pemerintah yang berwenang sehubungan dengan **PK** ini atau kegiatan mana pun yang dilaksanakan sehubungan dengan **PK** ini.

APPENDIX A (LAMPIRAN A)

CONTACT DETAILS/ RINCIAN KONTAK

President Director : Alain Durand	Direktur Utama : Alain Durand
Phone No : +6221 29976321 (Fullerton Health Indonesia) Ext. 1 : Case Management (Inpatient Service) 24 hours Provider Service Hotline to inpatient Confirmation. E-mail : customerservices.id@fullertonhealth.com hotline@tirta.co.id	Nomor Telepon : +6221 29976321 (Fullerton health Indonesia) Ext. 1 : Manajemen Kasus (Layanan Rawat Inap) Penyedia Layanan Hotline 24 jam untuk Konfirmasi Rawat Inap. E-mail : customerservices.id@fullertonhealth.com hotline@tirta.co.id
Ext. 2: Provider Relations Department, Service only on Monday until Friday Office Hours 8.00 A.M. until 5.00 P.M. E-mail : provider.network.id@fullertonhealth.com lukman.hakim@fullertonhealth.com tri.afriyanti@fullertonhealth.com maruli.sibagariang@fullertonhealth.com	Ext. 2: Divisi Hubungan Penyedia, Layanan hanya pada hari Senin hingga Jumat. Jam Kerja 8.00 hingga 17.00 E-mail : provider.network.id@fullertonhealth.com lukman.hakim@fullertonhealth.com tri.afriyanti@fullertonhealth.com maruli.sibagariang@fullertonhealth.com
Ext. 3 : Case Management (Outpatient service) 24 hours Provider Service Hotline to Outpatient Confirmation. E-mail : case.managers@fullertonhealth.com	Ext. 3 : Manajemen Kasus (Layanan Rawat Jalan) Penyedia Layanan Hotline 24 Jam untuk Konfirmasi Rawat Jalan E-mail: case.managers@fullertonhealth.com
Ext. 4 : Finance Department (For payment information) Service only on Monday until Friday, Office Hours 8.00 A.M. until 5.00 P.M., Email : finance.id@fullertonhealth.com	Ext. 4 : Divisi Keuangan (untuk informasi pembayara) Pelayanan hanya pada hari Senin sampai Jumat, Jam Kerja 8.00 sampai 17.00, Email : finance.id@fullertonhealth.com

APPENDIX B (LAMPIRAN B)

BILL AUDIT / AUDIT FAKTUR

1. Under this Agreement the **PARTIES** agree that:

- a. **FULLERTON** shall audit the invoice and may contest it within 3 months from the date of receiving such original invoice as per signed courier delivery note.

Should an invoice be contested, the payment of unpaid invoices will be halted until the **PROVIDER** provide a final decision to **FULLERTON**. If applicable, **FULLERTON** is expected to settle the revised invoice in full.

- b. The **PROVIDER** shall investigate request for contested bill and shall provide a final decision to **FULLERTON**.

The **PROVIDER** agrees to conduct in collaboration with **FULLERTON**, fair, impartial, transparent and detailed investigation and agree to inform **FULLERTON** about their final decision in giving ins and outs.

2. The following detailed procedure shall guide **PARTIES** to solve any dispute.

[procedure to be discussed]

1. Berdasarkan Perjanjian ini **PARA PIHAK** telah sepakat bahwa:

- a. **FULLERTON** akan mengaudit faktur dan dapat menyanggahnya dalam waktu 3 bulan sejak tanggal penerimaan faktur asli terhitung sejak tanggal penandatanganan nota pengiriman kurir.

Apabila suatu faktur disanggah, maka pembayaran untuk faktur-faktur yang belum dibayar akan dibekukan hingga **PENYEDIA** memberikan keputusan akhir kepada **FULLERTON**. Bila berlaku, **FULLERTON** diharapkan melunasi faktur yang direvisi secara penuh.

- b. **PENYEDIA** harus menyelidiki permintaan atas tagihan yang disanggah dan harus memberikan keputusan akhir kepada **FULLERTON**.

PENYEDIA setuju bekerjasama dengan **FULLERTON** untuk melakukan penyelidikan yang adil, tidak memihak, transparan dan terperinci dan setuju untuk memberitahukan kepada **FULLERTON** mengenai keputusan terakhirnya dalam memberikan masukan dan keluaran.

2. Prosedur terperinci berikut ini akan menuntun **PARA PIHAK** untuk menyelesaikan setiap perselisihan.

[prosedur perlu didiskusikan]

ROOM RATE & TYPE
(TIPE KAMAR & HARGA)

Attached at Hospital Price List

Tipe	Harga	Fasilitas
SVIP	Rp. 1.100.000,00/hari	<ul style="list-style-type: none"> - 1 unit Tempat tidur pasien (elektrik) - Tempat tidur penunggu pasien - Sofa - Televisi - Intercom - Lemari kabinet - Lemari Es - <i>Air Conditioner</i> - Kamar mandi dalam (dengan air panas)
VIP	Rp. 900.000,00/hari	<ul style="list-style-type: none"> - 1 unit Tempat tidur pasien (elektrik) - Sofa bed - Televisi - Lemari kabinet - <i>Air Conditioner</i> - Kamar mandi dalam (dengan air panas)
Kelas I	Rp. 750.000,00/hari	<ul style="list-style-type: none"> - 2 unit Tempat tidur untuk pasien - Televisi - Lemari kabinet - <i>Air Conditioner</i> - Kamar mandi dalam (dengan air panas)
Kelas II	Rp. 500.000,00/hari	<ul style="list-style-type: none"> - 6 unit Tempat tidur untuk pasien - Televisi - Lemari kabinet - <i>Air Conditioner</i> - Kamar mandi dalam
Kelas III	Rp. 300.000,00/hari	<ul style="list-style-type: none"> - 5 unit Tempat tidur untuk pasien - Lemari Kabinet - <i>Air Conditioner</i> - Kamar mandi dalam

APPENDIX C (LAMPIRAN C)
TRADEMARK/MERKEK DAGANG

One or both of these logos should be printed on the member card



<p>NOTE :</p> <p>The trademark of Fullerton Health Indonesia is exclusively the property of PT. FULLERTON HEALTH INDONESIA.</p> <p>Any use by any other party is illegal, all cards and LETTER OF GUARANTEE bearing trademark from PT. FULLERTON HEALTH INDONESIA received by PROVIDER by other parties not from FULLERTON, shall be rejected by PROVIDER.</p>	<p>CATATAN :</p> <p><i>Merek dagang Fullerton Health Indonesia secara eksklusif adalah milik PT. FULLERTON HEALTH INDONESIA.</i></p> <p><i>Setiap penggunaan oleh pihak lain adalah ilegal, semua kartu dan merek dagang SURAT JAMINAN dari PT. FULLERTON HEALTH INDONESIA yang diterima oleh PENYEDIA dari pihak lain bukan dari FULLERTON, wajib ditolak oleh PROVIDER.</i></p>
--	--

APPENDIX D (LAMPIRAN D)

PAYMENT METHOD/CARA PEMBAYARAN

PAYMENT METHOD FOR HEALTHCARE SERVICES	CARA PEMBAYARAN UNTUK LAYANAN KESEHATAN
<p>Payment shall be made by FULLERTON to PROVIDER's account as follows:</p> <p>Name of Account: Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Account Number: 142-00-7500007-4 Bank Name: Mandiri Branch: Tunjungan Plaza NPWP: 01.479.766.6-611.000</p> <p>and / or PROVIDER account at other banks if notified in writing to FULLERTON at the latest 30 (thirty) working days in advance of the effective utilization date of the other account.</p> <p>At the time of making each bank transfers, FULLERTON will e-mail to PROVIDER a Payment Statement with all details of each claims paid. This will be e-mailed to the following Nominated Billing Contact person of PROVIDER's staff:</p> <p>Name of Person: Hadi Prayitno, S.E Title: Keuangan Phone number: 031-5319619 Fax Number: 031-5317503 Email:keuangan.rsmu@gmail.com</p>	<p>Pembayaran akan dilakukan oleh FULLERTON ke rekening PENYEDIA sebagai berikut:</p> <p>Nama pemegang rekening: Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor rekening: 142-00-7500007-4 Nama Bank: Mandiri Cabang: Tunjungan Plaza NPWP: 01.479.766.6-611.000</p> <p>dan/atau rekening PENYEDIA di bank lain apabila diberitahukan secara tertulis kepada FULLERTON selambat-lambatnya 30 (tigapuluh) hari kerja sebelum diberlakukannya nomor rekening yang lain.</p> <p>Pada waktu melaksanakan transfer pembayaran melalui bank, FULLERTON akan mengirim Bukti Pembayaran melalui surat elektronik beserta rincian dari setiap tagihan yang dibayar kepada PENYEDIA. Bukti Pembayaran itu akan dikirim kepada petugas PENYEDIA:</p> <p>Nama: Hadi Prayitno, S.E Bagian: Keuangan No. Telepon: 031-5319619 Nomor Fax: 031-5317503 Email: keuangan.rsmu@gmail.com</p>

CATATAN PENAGIHAN

CLIENT PAYOR adalah pembayaran yang dilakukan langsung oleh klien kepada provider. Terdiri dari 2 (dua) kelompok :

- 1 Partial Client** adalah klien yang memiliki perjanjian kerjasama langsung dengan provider rekanan Fullerton Health Indonesia. Klien yang dimaksud adalah :

NO	NAMA KLIEN	PENJAMIN	ALAMAT PENGIRIMAN BERKAS	PIHAK PEMBAYAR
1	ASURANSI UMUM MEGA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	ASURANSI UMUM MEGA
2	MEGA INTERNATIONAL HEALTH CARE	FULLERTON HEALTH INDONESIA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	MEGA INTERNATIONAL HEALTH CARE
3	ASURANSI RAMAYANA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	ASURANSI RAMAYANA
4	ASURANSI AVRIST	FULLERTON HEALTH INDONESIA	ASURANSI AVRIST	ASURANSI AVRIST

****Data-Data tersebut diatas dapat berubah sewaktu-waktu**

Alamat Penagihan Asuransi Avrist : Bagian Klaim Asuransi Avrist
World Trade Centre II Lt. 7,
Jl. Jenderal Sudirman Kav 29-31, Setiabudi,
RT.8/RW.3, Kuningan, Karet,
Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12920

- 2 Non Partial Client** adalah klien yang tidak memiliki perjanjian kerjasama langsung dengan provider. Klien yang dimaksud adalah :

NO	NAMA KLIEN	PENJAMIN	ALAMAT PENGIRIMAN BERKAS	PIHAK PEMBAYAR
1	MANDIRI AXA GENERAL INSURANCE (MAGI)	FULLERTON HEALTH INDONESIA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	MANDIRI AXA GENERAL INSURANCE (MAGI)
2	AXA FINANCIAL INDONESIA (AFI)	FULLERTON HEALTH INDONESIA	FULLERTON HEALTH INDONESIA	AXA FINANCIAL INDONESIA (AFI)

****Data-Data tersebut diatas dapat berubah sewaktu-waktu**

SYARAT PENTING PENAGIHAN CLIENT PAYOR :

- a. Penulisan tujuan penagihan pada Kwitansi Besar / Rekap adalah

“ Nama Klien – Fullerton Health Indonesia “

Contoh : Asuransi Reliance Indonesia – Fullerton Health Indonesia

- b. Tagihan harus terpisah dari tagihan peserta klien Fullerton Health Indonesia yang lain.

- c. Jika point a dan b tidak dipenuhi maka tagihan akan ditolak dan tidak bisa diproses.