

**PERJANJIAN KERJA SAMA PELAYANAN KESEHATAN
ANTARA
PT FWD INSURANCE INDONESIA
DENGAN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

Nomor FWD-AGR/LGL/XI-2021/00402

Nomor 1195/PKS/DIR/RSMU/X/2021


Perjanjian Kerjasama Pelayanan Kesehatan (selanjutnya disebut "Perjanjian") ini dibuat dan ditandatangani, pada hari Selasa, tanggal 23 November 2021, oleh dan antara:

- PT FWD INSURANCE INDONESIA**, suatu perseroan terbatas yang didirikan berdasarkan hukum negara Republik Indonesia, bergerak di bidang asuransi jiwa, dengan Akta Pendirian Perseroan Terbatas No. 226 tanggal 25 April 1990 dibuat di hadapan Gde Kertayasa, SH, Notaris di Jakarta, yang telah disahkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kehakiman No. C2-2630.HT.01.01-TH.90 tanggal 9 Mei 1990, yang mana mengalami beberapa kali perubahan sebagaimana terakhir diubah dengan Akta No. 1 tanggal 1 Desember 2020, dibuat di hadapan Jose Dima Satria, S.H., M.Kn., Notaris di Kota Administrasi Jakarta Selatan, yang telah disahkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia No. AHU-0080366.AH.01.02.Tahun 2020 tanggal 1 Desember 2020, berdomisili di jalan Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot. 10 Jalan Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12910 ("**FWD Insurance**"), yang diwakili oleh **Ade Bungsu**, dalam jabatannya selaku **Direktur**, dari dan oleh karenanya sah bertindak untuk dan atas nama **FWD Insurance**, untuk selanjutnya disebut sebagai **Pihak Pertama**; dan
- RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**, suatu badan usaha yang dikelola oleh Perkumpulan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan yang didirikan berdasarkan hukum negara Republik Indonesia, dengan Akta Pendirian No. 33 tanggal 03 Januari 1916, sebagaimana terakhir diubah dengan Akta No. 5 tanggal 5 Agustus Tahun 2019 dibuat di hadapan Kartini SH. sebagai pengganti dari Mohammad Budi Pahlawan, SH., yang telah disahkan/dilaporkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Hukum dan HAM Nomor AHU-0000888.AH.01.08. Tahun 2019 tanggal 3 Oktober 2019, berdomisili di Jalan Undaan Kulon No 17-19, Kel Peneleh, Kec. Genteng, Kota Surabaya, yang dalam melakukan perbuatan hukum ini diwakili oleh **dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp. M.,(K)**, bertindak dalam jabatannya selaku **Direktur Rumah Sakit**, dari dan oleh karenanya sah bertindak untuk dan atas nama RS Mata Undaan Surabaya, untuk selanjutnya disebut sebagai **Pihak Kedua**.


Pihak Pertama dan Pihak Kedua selanjutnya secara bersama-sama disebut **Para Pihak** dan secara sendiri-sendiri disebut **Pihak**.

Para Pihak dalam kapasitasnya tersebut di atas menerangkan terlebih dahulu hal-hal sebagai berikut:

- Bahwa **Pihak Pertama** merupakan suatu perseroan terbatas yang bergerak di bidang asuransi jiwa dan bermaksud melakukan kerjasama dengan **Pihak Kedua** untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Asuransi.
- Bahwa **Pihak Kedua** merupakan Rumah Sakit Khusus Mata yang mempunyai surat ijin usaha dari instansi yang berwenang, serta mempunyai kemampuan untuk memberikan Perawatan

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Hal | 1

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--


dan/atau Pelayanan Kesehatan sesuai dengan standar yang berlaku yang diperlukan oleh Peserta Asuransi yang sudah membeli Polis dari Pihak Pertama.


3. Bahwa Pihak Pertama telah menunjuk dan menandatangani perjanjian dengan Administrator untuk melaksanakan jasa pengelolaan administrasi klaim Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan berdasarkan Polis dimana Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan itu dilakukan oleh Pihak Kedua.
4. Para Pihak sepakat untuk saling mengikatkan diri dalam Perjanjian, yang ketentuan dan persyaratan lebih lanjut dituangkan dalam syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan sebagai berikut:

PASAL 1 DEFINISI

Dalam Perjanjian ini, sepanjang tidak ditentukan lain atau tersendiri, istilah-istilah di bawah ini mempunyai arti sebagai berikut:

1. **Administrator** adalah PT Administrasi Medika dan/atau pihak ketiga lainnya yang diberi kuasa dan ditunjuk oleh Pihak Pertama untuk melaksanakan jasa pengelolaan administrasi klaim Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan berdasarkan Polis.
2. **Alamat Korespondensi** adalah alamat(-alamat) kantor, nomor(-nomor) telpon, nomor(-nomor) faksimili, alamat(-alamat) e-mail, dan info penanggung jawab atau *contact persons* serta nomor telpon seluler dari Para Pihak, sebagaimana terlampir dalam Lampiran 1.
3. **Cidera** adalah luka badan yang disebabkan semata-mata dan secara langsung oleh suatu Kecelakaan.
4. **Dokter** adalah seseorang yang memiliki Surat Izin Praktek (SIP) sebagai Dokter dari lembaga yang berwenang untuk itu dan melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit yang melakukan pemeriksaan atas tubuh dan kesehatan Peserta Asuransi dengan pembatasan bahwa yang bersangkutan tidak termasuk Pemegang Polis, Tertanggung, penerima manfaat atas Polis, agen asuransi Pihak Pertama atau orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga dengan Pemegang Polis, Tertanggung, penerima manfaat atas Polis, atau agen asuransi Pihak Pertama.
5. **Dokumen Tagihan** adalah asli tagihan Pelayanan Kesehatan yang dibubuhi cap/stempel Pihak Kedua yang dilengkapi dengan dokumen sebagai berikut:
 - a. Fotokopi Formulir Pelayanan Kesehatan;
 - b. Fotokopi Kartu Peserta (untuk Kartu Peserta dalam bentuk fisik kartu) dan Tanda Bukti Diri;
 - c. Fotokopi Surat Jaminan Rawat Inap;
 - d. Asli kwitansi bermaterai cukup dan perincian biaya Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan per Peserta;
 - e. Resume Medis Peserta Asuransi;

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--

- f. Surat rujukan dari Dokter untuk Pemeriksaan Diagnostik dan Laboratorium sebelum/selama/ setelah Rawat Inap, Implan dan/atau Protesa, Fisioterapi, Cuci Darah dan Perawatan Kanker;
 - g. Salinan hasil laboratorium/diagnostik, patologi anatomi (jika operasi); serta
 - h. Salinan resep/pemakaian obat/alat selama di Rawat Inap.
6. **Ekses** adalah selisih biaya yang timbul antara biaya Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan di **Pihak Kedua** dengan manfaat sesuai hak Peserta Asuransi sebagaimana tercantum dalam Polis.
7. **Formulir Pelayanan Kesehatan** adalah formulir(-formulir) yang disediakan oleh **Pihak Pertama** di Rumah Sakit terkait dengan Pelayanan Kesehatan yang akan diberikan kepada Peserta Asuransi.
8. **Hari** adalah hari kalender.
9. **Hari Kerja** adalah hari di mana unit kerja masing-masing Pihak beroperasi, yaitu:
- a. *Office* : Hari Senin s.d. Jumat, pukul 08.00 WIB s.d. 17.00 WIB;
 - b. Poliklinik : - Hari Senin s.d. Jumat, pukul 07.00 WIB s.d. selesai pasien;
- Hari Sabtu, pukul 07.00 s.d. 20.30 WIB; dan
 - c. Operasional Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan : Setiap hari selama 24 jam.
10. **Hari Libur** adalah hari yang ditandai dengan tanggal merah, hari libur nasional, dan/atau hari lain dimana unit kerja masing-masing Pihak tidak beroperasi.
11. **Informasi Rahasia** adalah segala informasi dan data yang diberikan sehubungan dengan Perjanjian ini baik yang ditandai dengan kata "Rahasia" ataupun tidak yang meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a. Syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan dari Perjanjian ini termasuk tapi tidak terbatas pada data yang terkait dengan proses, rahasia dagang, Tarif, data Peserta Asuransi, dan Resume Medis;
 - b. Informasi yang bersifat atau dapat digolongkan sebagai kerahasiaan dari masing-masing Pihak dan/atau pihak afiliasinya berdasarkan peraturan yang berlaku;
 - c. Rahasia-rahasia yang berkenaan dengan lingkup operasional, non-operasional, bisnis dan keuangan dari Rumah Sakit atau masing-masing Pihak dan/atau pihak afiliasinya dalam arti seluasnya;
 - d. Informasi yang tidak lazim untuk diketahui oleh publik yang apabila digunakan oleh pihak lain atau pihak pesaing dari salah satu Pihak dan/atau pihak afiliasinya dapat

Paraf Pihak Pertama	<i>f</i>		
---------------------	----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>fc</i>		
-------------------	-----------	--	--

mengakibatkan kerugian moral maupun material bagi Pihak tersebut dan/atau pihak afiliasinya

12. **Kartu Peserta** adalah kartu kesehatan yang diterbitkan oleh **Pihak Pertama** kepada Peserta Asuransi sebagai identitas kepesertaan asuransi jiwa baik berbentuk kartu fisik maupun bentuk elektronik atau digital, untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan dari **Pihak Kedua**, berdasarkan ketentuan Polis, dengan bentuk sebagaimana dimaksud dalam **Lampiran 2**.
13. **Keadaan Gawat Darurat** adalah keadaan kesehatan yang memerlukan Perawatan penyembuhan, penanganan, atau pertolongan secara segera, cermat, tepat dan cepat, guna menghindari kematian atau kemunduran yang serius terhadap prospek kesehatannya, baik pada saat kejadian atau untuk jangka panjang termasuk namun tidak terbatas pada:
 - a. Muntah berak disertai dehidrasi derajat III (tiga);
 - b. Kejang disertai panas tinggi di atas 40 °C (empat puluh derajat Celcius);
 - c. Luka bakar luas derajat III (tiga);
 - d. Serangan jantung;
 - e. Status asmaticus;
 - f. Tidak sadarkan diri/koma;
 - g. Perdarahan masif atau besar-besaran yang membutuhkan transfusi darah.
14. **Keadaan Memaksa** adalah suatu kejadian atau peristiwa yang terjadi di luar kekuasaan **Para Pihak** termasuk tapi tidak terbatas pada pemogokan kerja, kerusakan sipil, perang, pemberontakan atau tindakan militer, kebakaran, banjir, gempa bumi, bencana alam, kegagalan sistem kerja salah satu Pihak atau kebijakan pemerintah yang dapat mempengaruhi **Para Pihak** dalam melaksanakan kewajiban-kewajiban mereka berdasarkan Perjanjian ini.
15. **Kecelakaan** adalah peristiwa yang dialami oleh Peserta Asuransi yang bersifat kekerasan, eksternal, traumatik dan tiba-tiba, baik yang dapat maupun tidak dapat diduga, tidak dikehendaki, yang sifatnya tidak disengaja dan tidak tergantung sebab-sebab lain, termasuk peristiwa tenggelamnya seseorang.
16. **Kelas Perawatan** adalah kelas perawatan yang menjadi hak Peserta Asuransi sebagaimana tercantum dalam Surat Jaminan Rawat Inap.
17. **Konfirmasi Validitas** adalah konfirmasi Administrator dan/atau **Pihak Pertama** atas validitas data identitas diri Peserta Asuransi yang tertera pada Kartu Peserta Asuransi dan yang tertera pada Tanda Bukti Diri.
18. **Laporan Medis Akhir** adalah laporan yang memberikan keterangan untuk kondisi akhir Peserta Asuransi saat yang bersangkutan telah menerima Pelayanan Kesehatan, yang diberikan oleh Pihak Kedua kepada Pihak Pertama dan/atau Administrator, termasuk namun tidak terbatas mengenai:

Paraf Pihak Pertama	<i>f</i>		
---------------------	----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>He</i>		
-------------------	-----------	--	--

- a. Alasan perawatan, pemeriksaan fisik, diagnosa masuk, diagnosa keluar, perjalanan penyakit selama perawatan;
 - b. Hasil pemeriksaan fisik serta laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang dilakukan selama perawatan;
 - c. Tindakan / pengobatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi.
19. **Laporan Medis Awal** adalah laporan yang memberikan keterangan untuk kondisi awal Peserta Asuransi saat yang bersangkutan menerima Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Pihak Kedua kepada Pihak Pertama dan/atau Administrator, termasuk namun tidak terbatas mengenai:
- a. Keluhan, diagnosa, riwayat Rawat Jalan dan terapi yang diberikan sebelumnya kepada Peserta Asuransi;
 - b. Hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya maksimum 3 (tiga) jam, setelah pelaporan Peserta Asuransi sebagai pasien Rawat Inap, sebagai rujukan untuk penerimaan / penolakan Rawat Inap;
 - c. Tindakan / pengobatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi.
20. **Masa Tunggu** adalah jangka waktu yang disyaratkan berdasarkan Polis untuk biaya medis yang terjadi dan dapat mengajukan klaim asuransi dihitung sejak tanggal berlakunya kepesertaan Peserta berdasarkan Polis yang bersangkutan.
21. **Pelayanan Kesehatan** adalah suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan layanan kesehatan/medis dari Pihak Kedua kepada Peserta Asuransi, termasuk namun tidak terbatas pada Perawatan, pengobatan dan/atau pencegahan, yang jenis-jenisnya tercantum dalam Lampiran 5 Perjanjian ini dan bertujuan untuk penyembuhan, atau pengurangan penderitaan akibat Penyakit/Sakit atau karena Cidera, dan/atau pengendalian penyakit atau kecacatan.
22. **Pemegang Polis** adalah pihak yang mengadakan perikatan hukum dengan Pihak Pertama sehubungan dengan Polis.
23. **Penyakit/Sakit** adalah kondisi fisik yang tidak normal yang ditandai oleh penyimpangan/kelainan patologis dari keadaan kesehatan yang normal dan berdasarkan diagnosa Dokter.
24. **Perawatan** adalah bagian dari Pelayanan Kesehatan berupa layanan medis yang diterima oleh Peserta Asuransi sehubungan dengan Penyakit/Sakit atau Cidera yang dideritanya, termasuk namun tidak terbatas pada Rawat Inap, Rawat Jalan, Rawat Darurat, Pembedahan atau prosedur-prosedur medis lainnya yang dilakukan oleh Dokter.
25. **Periode** adalah jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak tanggal 23 November 2021 dan akan berakhir pada tanggal 22 November 2023
26. **Perjanjian** adalah Perjanjian ini beserta seluruh lampiran(-lampiran)nya dan/atau perubahan dan/atau penambahannya (bila ada).

27. **Perlu Secara Medis** adalah semua Pelayanan Kesehatan yang berkaitan secara langsung dengan keadaan medis Peserta Asuransi yang diperlukan untuk memulihkan kesehatan Peserta Asuransi sejalan dengan standar medis yang berlaku dan bukan semata-mata untuk memenuhi kehendak Peserta atau dokter yang merawatnya dan dilakukan di tempat yang sesuai untuk melakukan pengobatan dengan cara ekonomis dan efisien dan tidak bersifat percobaan atau eksperimen, dilakukan bukan ditempat peristirahatan (termasuk tetapi tidak terbatas pada rehabilitasi kecanduan narkoba).
28. **Peserta Asuransi** adalah pihak yang tercatat sebagai tertanggung Pihak Pertama dan namanya tertera pada Kartu Peserta atau pemilik Kartu Peserta yang berhak mendapatkan manfaat Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan berdasarkan ketentuan Polis.
29. **Polis** adalah bukti perikatan asuransi antara Pemegang Polis dan **Pihak Pertama** sebagai penanggung, yang memuat antara lain ringkasan polis, ketentuan umum polis, ketentuan khusus dan ketentuan tertulis lainnya (jika ada) yang memuat syarat-syarat asuransi beserta tambahan, lampiran, perubahannya serta dokumen-dokumen lainnya yang dinyatakan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
30. **Rawat Darurat** adalah Perawatan yang harus segera dilakukan dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam dan tidak dapat ditunda terkait dengan masalah kesehatan/penyakit atau kecelakaan yang dapat membahayakan nyawa atau menyebabkan kecacatan tubuh.
31. **Rawat Inap** adalah terdaftarnya Peserta Asuransi sebagai pasien rawat inap untuk menerima Perawatan di Rumah Sakit minimal 6 (enam) jam sejak terdaftarnya Peserta Asuransi sebagai pasien di **Pihak Kedua** berdasarkan syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan dalam Polis.
32. **Rawat Jalan** adalah terdaftarnya Peserta Asuransi sebagai pasien rawat jalan untuk menerima Perawatan yang diberikan oleh Dokter kepada Peserta Asuransi, tanpa mengharuskan Peserta Asuransi yang bersangkutan dirawat inap di Rumah Sakit.
33. **Resume Medis** adalah berkas yang berisikan ringkasan catatan dan dokumen tentang identitas Peserta Asuransi, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada Peserta Asuransi yang disimpan oleh **Pihak Kedua**.
34. **Rumah Sakit** adalah RS Mata Undaan Surabaya, yaitu badan usaha yang sah yang memiliki izin operasi dan memenuhi kriteria dan terdaftar sebagai rumah sakit berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta melakukan kegiatan secara sah untuk perawatan dan pengobatan bagi orang yang mengalami Ketidakmampuan, dan menyediakan pelayanan Rawat Inap, tenaga perawat dan Dokter 24 (dua puluh empat) jam, serta memiliki fasilitas diagnostik dan operasi besar yang memadai, namun bukan merupakan klinik pribadi atau perorangan, rumah bersalin, rumah peristirahatan termasuk Sanatorium/Rumah Sakit Jiwa, rumah untuk rehabilitasi setelah mengalami sakit, rumah jompo, fasilitas perawatan dan pengobatan ketergantungan, penyalahgunaan, kecanduan alkohol atau kecanduan obat terlarang atau klinik pengobatan alternatif, naturopati, homeopati, chiropractor, akupuntur atau pengobatan tradisional lainnya, yang beralamat di Jalan Jalan Undaan Kulon No 17-19, Kel Peneleh, Kec. Genteng, Kota Surabaya
35. **Surat Jaminan Rawat Inap** adalah surat yang dikeluarkan oleh Administrator dan/atau **Pihak Pertama** yang berisikan jaminan pembayaran dari **Pihak Pertama** atas biaya-biaya yang timbul

dari Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang akan dijalani oleh Peserta Asuransi di Rumah Sakit berdasarkan manfaat sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Polis, yang harus:


- a. Dibuat di atas kop surat Administrator;
 - b. Dilengkapi dengan nomor keanggotaan dan keterangan mengenai pertanggunggaan atau tunjangan Rawat Inap Peserta Asuransi;
 - c. Menyebutkan secara jelas nama lengkap, tempat/tanggal lahir dan jenis kelamin Peserta Asuransi; serta
 - d. Ditandatangani secara patut oleh pejabat Administrator dan/atau **Pihak Pertama** yang berwenang.
36. **Surat Ketiadaan Pertanggunggaan Rawat Inap** adalah surat penolakan penjaminan yang dikeluarkan oleh Pihak Pertama dan/atau Administrator mengenai tidak ditanggungnya biaya Rawat Inap bagi Peserta Asuransi berdasarkan hasil Laporan Medis Awal Peserta Asuransi yang tidak menunjukkan indikasi medis untuk dilakukannya Rawat Inap.
37. **Tanda Bukti Diri** adalah dokumen identitas diri Tertanggung yang dapat berupa Kartu Tanda Penduduk (KTP), Surat Izin Mengemudi (SIM), paspor, Kartu Izin Tinggal Terbatas/Tetap (KITAS/KITAP), Kartu Keluarga (KK), dan/atau Akta Lahir yang sah dan berlaku.
38. **Tarif** adalah tarif dan/atau biaya Pelayanan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam **Lampiran 3**.


PASAL 2 PENUNJUKAN

Pihak Pertama menunjuk **Pihak Kedua** sebagai pengelola Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang tersedia di Rumah Sakit bagi Peserta Asuransi dan **Pihak Kedua** dengan ini menyatakan menerima dan menyetujui penunjukan dari **Pihak Pertama** sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam Perjanjian ini.

PASAL 3 RUANG LINGKUP PERJANJIAN

1. Ruang lingkup Perjanjian dalam Perjanjian ini adalah tindakan Rumah Sakit untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Asuransi dengan sebaik-baiknya dan penuh rasa tanggung jawab dalam batas fasilitas yang ada di Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam **Lampiran 5** Perjanjian ini.
2. Apabila diperlukan, Rumah Sakit dan/atau **Pihak Kedua** dapat diminta memberikan jasa tambahan lainnya yang merupakan kelanjutan dari Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 pasal ini berdasarkan persetujuan dan biaya jasa yang disetujui **Para Pihak**.

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--

**PASAL 4
PROSEDUR PERAWATAN**

1. **Pihak Kedua** akan memberikan Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan kepada Peserta Asuransi yang administrasinya dikelola **Pihak Pertama** dan Administrator dengan menggunakan Kartu Peserta yang masih berlaku dengan tunduk pada ketentuan dalam Polis.
2. Prosedur mengenai pemberian Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan akan diatur secara rinci pada **Lampiran 7** Perjanjian ini sebagaimana dapat di ubah dari waktu ke waktu dengan persetujuan **Para Pihak**.

**PASAL 5
HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK PERTAMA**

1. **Pihak Pertama** berhak untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang optimal dan Perlu Secara Medis bagi Peserta Asuransi yang menjalani Pelayanan Kesehatan sebagaimana disebutkan pada **Lampiran 5** Perjanjian ini.
2. **Pihak Pertama** berhak untuk menghentikan Perjanjian ini apabila **Pihak Kedua** tidak memenuhi standar pelayanan mutu sebagaimana disebutkan pada **Lampiran 5** Perjanjian ini.
3. **Pihak Pertama** berhak menolak membayar tagihan atas biaya Pelayanan Kesehatan dari **Pihak Kedua** jika **Pihak Kedua** tidak melaksanakan kewajiban-kewajiban berdasarkan Perjanjian ini atau biaya dimaksud adalah termasuk dalam daftar pengecualian atau jenis Perawatan yang tidak ditanggung, sebagaimana disebutkan dalam **Lampiran 6** Perjanjian ini.
4. **Pihak Pertama** dan Administrator berhak untuk mengawasi **Pihak Kedua** dalam pelaksanaan administrasi Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi.
5. **Pihak Pertama** berkewajiban membayar **Pihak Kedua** atas tagihan biaya Pelayanan Kesehatan yang telah diberikan kepada Peserta Asuransi setelah tagihan biaya Pelayanan Kesehatan dilakukan verifikasi dan disetujui oleh Administrator dan **Pihak Pertama**.
6. **Pihak Pertama** tidak bertanggung jawab atas kerugian yang diderita atau diajukan oleh Peserta Asuransi atau walinya yang timbul akibat kelalaian, malpraktek, atau sebab-sebab lainnya terhadap Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Peserta Asuransi.


**PASAL 6
HAK DAN KEWAJIBAN PIHAK KEDUA**


1. **Pihak Kedua** berhak mendapatkan pembayaran dari **Pihak Pertama** atas biaya Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi setelah dilakukan verifikasi dan disetujui oleh Administrator dan **Pihak Pertama**.
2. **Pihak Kedua** berhak mendapatkan konfirmasi maupun jaminan sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan atas diri Peserta Asuransi yang dinyatakan Perlu Secara Medis.
3. **Pihak Kedua** berhak mendapatkan Formulir Klaim dari **Pihak Pertama**.

Paraf Pihak Pertama	<i>b</i>		
---------------------	----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>fk</i>		
-------------------	-----------	--	--

4. **Pihak Kedua** berkewajiban untuk memberikan Pelayanan Kesehatan yang Perlu Secara Medis bagi Peserta Asuransi yang membawa Kartu Peserta yang berlaku dan memerlukan Pelayanan Kesehatan baik karena Penyakit/Sakit maupun Kecelakaan pada Hari Kerja maupun Hari Libur selama 24 (dua puluh empat) jam per hari dan sesuai dengan prosedur yang telah disepakati sebagaimana disebut dalam Lampiran 7 Perjanjian ini.
5. **Pihak Kedua** berkewajiban untuk memberikan buku Tarif atas Pelayanan Kesehatan yang berlaku, termasuk perubahannya bila ada, kepada Pihak Pertama sebagai acuan dalam menentukan jumlah tarif yang ditagihkan atas Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi.
6. **Pihak Kedua** berkewajiban untuk melakukan pengawasan dan pemeriksaan terhadap biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan, sehingga biaya yang timbul tersebut adalah biaya yang wajar dan lazim, sesuai dengan biaya yang disepakati Para Pihak sebagaimana tercantum dalam daftar yang berlaku. Apabila biaya-biaya tersebut melebihi jumlah yang telah disepakati Para Pihak tanpa ada pemberitahuan tertulis dari **Pihak Kedua** dan persetujuan tertulis dari **Pihak Pertama** maka kelebihan biaya tersebut akan menjadi beban dan tanggung jawab **Pihak Kedua**.
7. **Pihak Kedua** berkewajiban mengawasi dan menjamin bahwa penggunaan laboratorium dan pemberian obat-obatan oleh dokter yang berpraktek di **Pihak Kedua** adalah sesuai indikasi, Perlu Secara Medis dan tidak berlebihan, dan apabila terbukti bahwa penggunaan laboratorium dan pemberian obat-obatan tersebut tidak sesuai indikasi, tidak Perlu Secara Medis dan berlebihan, maka semua biaya yang timbul akan menjadi tanggung jawab **Pihak Kedua**.
8. **Pihak Kedua** berkewajiban memberikan Pelayanan Kesehatan kepada Peserta Asuransi sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini dengan tetap menjaga mutu agar Pelayanan Kesehatan, sebagai berikut:
 - a. Sesuai dengan diagnosa dan merupakan Perawatan yang normal (standar) untuk jenis Penyakit/Sakit atau Cidera yang diderita oleh Peserta Asuransi/pasien;
 - b. Sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik dan etika medis yang berlaku; dan
 - c. Mengutamakan pemakaian obat-obatan sediaan rasional terutama untuk golongan Anti Biotik, Anti Viral, Anti Bakteri, Anti Hipertensi/penyakit jantung, Anti Rematik, Antiulcer dan sejenisnya.
9. Untuk menghindari penyalahgunaan dari fasilitas ini, **Pihak Kedua** wajib menolak permintaan dari Peserta Asuransi, apabila ternyata:
 - a. Peserta Asuransi meminta **Pihak Kedua** untuk mengubah tanggal Pelayanan Kesehatan atau mengubah diagnosa;
 - b. Peserta Asuransi meminta pelayanan **Pihak Kedua** seperti tes laboratorium dan tes diagnostik tanpa ada indikasi secara medis;
 - c. Peserta Asuransi meminta pelayanan diberikan kepada orang lain yang namanya tidak tercantum dalam Kartu Peserta atau Surat Jaminan Rawat Inap;


Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--


- d. Peserta Asuransi memilih atau mengatur sendiri Dokter (terutama dokter tamu) selama menjalani Perawatan.
10. **Pihak Kedua** berkewajiban mengumpulkan dan mengirimkan Dokumen Tagihan secara lengkap kepada Administrator atau **Pihak Pertama**, dalam melakukan penagihan biaya Pelayanan Kesehatan kepada **Pihak Pertama**.
 11. **Pihak Kedua** berkewajiban melaporkan kepada **Pihak Pertama** dan Administrator akan terjadinya Rawat Inap, konfirmasi melalui telepon atau fax dalam waktu selambat-lambatnya 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam kerja kepada **Pihak Pertama** dan Administrator, apabila pelaporan melebihi jangka waktu tersebut maka Peserta Asuransi akan diberlakukan sebagai pasien umum sebagaimana disebut dalam **Lampiran 7** Perjanjian ini.
 12. **Pihak Kedua** berkewajiban memberikan seluruh data, informasi dan dokumen yang terkait dengan Pelayanan Kesehatan Peserta Asuransi kepada **Pihak Pertama** melalui Administrator selama masa pemberian Pelayanan Kesehatan, termasuk keterangan atau informasi tambahan yang dibutuhkan setelah pemberian Pelayanan Kesehatan.
 13. Jika terjadi selisih atas biaya pengobatan maka **Pihak Kedua** berkewajiban menagih langsung selisih biaya tersebut kepada Peserta pada saat Peserta Asuransi selesai berobat sesuai dengan batas maksimum jaminan yang tertera pada Surat Jaminan Rawat Inap.
 14. Jika terdapat kejadian dimana Peserta Asuransi tidak bersedia membayar selisih biaya Pelayanan Kesehatan yang ditagihkan oleh **Pihak Kedua**, maka selisih biaya tersebut tetap menjadi tanggung jawab Peserta Asuransi, yang wajib dibayar ke **Pihak Kedua**.
 15. Bila terdapat biaya-biaya yang tidak ditanggung antara lain namun tidak terbatas pada kondisi pengecualian atau melebihi batas manfaat sesuai dengan apa yang ada di Surat Jaminan Rawat Inap, dan **Pihak Kedua** lalai menagihkan kepada Peserta Asuransi, maka biaya tersebut tidak dapat ditagihkan kepada **Pihak Pertama** dan menjadi beban dan tanggung jawab **Pihak Kedua**.
 16. **Pihak Kedua** berkewajiban menangani dan menyelesaikan semua keluhan yang disampaikan oleh Pihak Pertama sehubungan dengan pelayanan Pihak Kedua dalam waktu maksimal 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam.
 17. **Pihak Kedua** berkewajiban memberitahukan secara tertulis terlebih dahulu kepada **Pihak Pertama** paling lambat dalam jangka waktu 60 (enam puluh) Hari sebelumnya bila akan menghentikan Pelayanan Kesehatan kepada Peserta Asuransi berdasarkan alasan apapun juga.

PASAL 7 PENGENDALIAN MUTU PELAYANAN

1. **Pihak Kedua** melakukan pengendalian mutu Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi.
2. Para Pihak sepakat bahwa standar mutu pelayanan medis yang dipakai dalam kerjasama ini adalah mengacu pada peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah, termasuk namun tidak terbatas oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, beserta perubahan dan/atau peraturan pelaksanaannya yang berlaku di Indonesia.

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Hal | 10

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--

3. **Pihak Pertama** dapat secara langsung atau melalui Administrator atau pihak ketiga lain yang ditunjuk dan diberikan kuasa oleh **Pihak Pertama** berhak melakukan pengawasan mutu Pelayanan Kesehatan dan biaya perawatan secara berkoordinasi dengan **Pihak Kedua** sesuai keperluannya yang dapat dilakukan dalam bentuk lisan maupun tertulis.
4. **Pihak Pertama** dapat secara langsung atau melalui Administrator atau pihak ketiga lain yang ditunjuk dan diberikan kuasa oleh **Pihak Pertama** melakukan pengawasan biaya dan pelayanan medis, dengan menghubungi dokter **Pihak Kedua** untuk mempertanyakan kondisi medis Peserta Asuransi, dengan menghubungi bagian keuangan dan perawatan untuk mempertanyakan administrasi termasuk namun tidak terbatas pada Surat Jaminan Rawat Inap, biaya medis yang sedang berjalan.
5. Apabila terbukti bahwa **Pihak Kedua** tidak menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan yang baik, maka Pihak Kedua segera memperbaiki mutu pelayanannya atas dasar evaluasi secara berkala dan **Pihak Pertama** berhak mengajukan sanksi terhadap **Pihak Kedua** berupa denda, ganti kerugian atau sanksi administratif yang mungkin dapat diterapkan, dalam hal kelalaian dan/atau kesalahan tersebut tidak dapat segera diperbaiki, setelah **Pihak Pertama** memberikan surat peringatan sampai dengan yang ketiga atau terakhir kepada **Pihak Kedua** (masing-masing dengan jangka waktu satu minggu).

PASAL 8 TARIF DAN SISTEM PEMBAYARAN

1. Penggantian biaya Pelayanan Kesehatan di **Pihak Kedua** kepada Peserta yang harus dibayar oleh **Pihak Pertama** adalah sesuai dengan harga Tarif yang telah disepakati oleh Para Pihak sebagaimana tercantum dalam buku Tarif yang berlaku pada saat Pelayanan Kesehatan yang dijalani Peserta Asuransi terjadi.
2. Tarif yang disepakati sebagaimana tersebut dalam **Lampiran 3** akan berlaku terhitung sejak tanggal berlakunya Perjanjian ini sampai dengan adanya perubahan atau revisi yang dilakukan oleh **Pihak Kedua**. Perubahan atau revisi tersebut wajib diberitahukan secara tertulis terlebih dahulu oleh **Pihak Kedua** kepada **Pihak Pertama** paling lambat 30 (tiga puluh) Hari sebelum tanggal pemberlakuan efektif atas Tarif yang baru.
3. Dalam hal **Pihak Kedua** lalai untuk melakukan pemberitahuan kepada **Pihak Pertama** sebagaimana dimaksud di atas, maka Pihak Kedua wajib untuk tetap menerima pembayaran **Pihak Pertama** yang dilakukan berdasarkan tarif yang belum berubah tersebut.
4. Para Pihak sepakat bahwa sistem pembayaran yang berlaku dalam Perjanjian ini adalah sebagaimana tersebut dalam **Lampiran 4**.
5. Setiap tagihan dari total biaya layanan kesehatan Rawat Inap, **Pihak Kedua** akan mengenakan biaya administrasi sebesar Rp. 150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) dari total tagihan.

PASAL 9 JANGKA WAKTU DAN BERAKHIRNYA PERJANJIAN

1. Perjanjian ini berlaku selama Periode yang disepakati Para Pihak dan otomatis diperpanjang untuk periode yang sama.

Paraf Pihak Pertama	<i>f</i>		
---------------------	----------	--	--

Hal | 11

Paraf Pihak Kedua	<i>fu</i>		
-------------------	-----------	--	--

2. Apabila salah satu Pihak akan mengakhiri Perjanjian ini, maka sekurang-kurangnya 60 (enam puluh) Hari sebelum tanggal pengakhiran Perjanjian, Pihak yang bermaksud mengakhiri Perjanjian sudah harus memberitahukan Pihak lainnya secara tertulis.
3. Menyimpang dari ketentuan dalam ayat 2 di atas, salah satu Pihak berhak untuk sewaktu-waktu mengakhiri Perjanjian ini sebelum berakhirnya Periode Perjanjian ini dengan pemberitahuan secara tertulis sebelumnya kepada Pihak lain selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari, apabila terjadi keadaan berikut ini (mana yang lebih dulu terjadi):
 - a. Salah satu Pihak melakukan pelanggaran atas ketentuan yang telah ditetapkan dalam Perjanjian ini meskipun telah diperingatkan oleh Pihak lain yang tidak melakukan pelanggaran secara tertulis 3 (tiga) kali berturut-turut; atau
 - b. Salah satu Pihak tidak lagi menjalankan kegiatan usahanya atau dicabut ijin usahanya oleh pemerintah atau instansi terkait; atau
 - c. Salah satu Pihak dinyatakan pailit, dibubarkan atau dilikuidasi; atau
 - d. Salah satu Pihak mencemarkan nama baik atau *goodwill* dari Pihak lainnya; atau
 - e. Adanya ketentuan hukum yang berlaku yang menyebabkan Perjanjian menjadi bertentangan dengan ketentuan hukum tersebut apabila terus dilaksanakan.
4. Bilamana terjadi pengakhiran Perjanjian, **Para Pihak** tetap harus menyelesaikan kewajibannya masing-masing paling lambat 30 (tiga puluh) Hari setelah Perjanjian berakhir.
5. Apabila **Para Pihak** setuju untuk mengakhiri Perjanjian ini sebelum Periode Perjanjian berakhir, dengan ini **Para Pihak** sepakat untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata mengenai diperlukannya putusan pengadilan untuk pengakhiran Perjanjian. Dengan demikian, pemutusan Perjanjian ini dapat dilakukan oleh **Para Pihak** tanpa terlebih dahulu menunggu keputusan dari hakim.

PASAL 10 SANKSI

1. Dalam hal **Pihak Kedua** terbukti secara nyata melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Tidak melayani Peserta sesuai dengan kewajibannya;
 - b. Tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan hak peserta;
 - c. Melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini, maka **Pihak Pertama** berhak melakukan teguran tertulis kepada **Pihak Kedua**.
2. **Para Pihak** berhak meninjau kembali Perjanjian ini apabila ternyata dikemudian hari tidak ada tanggapan atau perbaikan dari Pihak Lainnya berkenaan dengan teguran atas pelanggaran yang dilakukan.

Paraf Pihak Pertama	f		
---------------------	---	--	--

Hal | 12

Paraf Pihak Kedua	fk		
-------------------	----	--	--

3. Dalam hal salah satu pihak diketahui menyalahgunakan wewenang dengan melakukan kegiatan *moral hazard* atau *fraud* seperti membuat klaim fiktif yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Pemeriksa Internal maupun Eksternal sehingga terbukti merugikan pihak lainnya, maka pihak yang menyalahgunakan wewenang tersebut berkewajiban untuk memulihkan kerugian yang terjadi dan pihak yang dirugikan dapat membatalkan Perjanjian ini secara sepihak.
4. Apabila **Pihak Pertama** tidak dapat melaksanakan kewajibannya membayar tagihan kepada **Pihak Kedua** dalam jangka waktu yang telah di tentukan untuk membayar pada **Pihak Kedua**, maka **Pihak Kedua** akan mengeluarkan surat pemberitahuan hingga 3 (tiga) kali, dan **Pihak Kesatu** berkewajiban membayar denda 1‰ (satu per mil) perhari keterlambatan dari Total Klaim kepada **Pihak Kedua**, kecuali untuk kasus yang data tagihannya di anggap masih kurang jelas atau kurang lengkap.

Pihak Kedua berhak memutuskan persetujuan pelayanan kesehatan bila tagihan tidak dilunasi dalam tempo 3 (tiga) bulan tanpa mengurangi kewajiban **Pihak Pertama** untuk melaksanakan kewajibannya membayar tagihan yang belum di lunasi.

PASAL 11 PERNYATAAN DAN JAMINAN

Masing-masing Pihak dengan ini menyatakan dan menjamin Pihak lainnya dalam Perjanjian ini hal-hal sebagai berikut:

1. Masing-masing Pihak adalah badan hukum yang didirikan dan sah berdasarkan hukum negara Republik Indonesia dan diwakili oleh orang-orang yang mempunyai kecakapan dan kewenangan untuk bertindak dalam pelaksanaan Perjanjian ini.
2. Perjanjian ini tidak bertentangan dengan anggaran dasar dari masing-masing Pihak serta tidak melanggar perundang-undangan dan peraturan yang wajib ditaati oleh masing-masing Pihak di dalam menjalankan usahanya.
3. Masing-masing Pihak atau para penggantinya yang sah, terikat pada semua syarat dan ketentuan yang tercantum dalam Perjanjian ini.
4. Seluruh perijinan dari instansi yang berwenang yang diperlukan sebagaimana dipersyaratkan oleh suatu peraturan perundang-undangan untuk dapat melaksanakan Perjanjian ini telah diperoleh dan masih berlaku serta **Para Pihak** akan memperpanjang, meminta dan mendapatkan ijin-ijin tersebut pada saat jatuh tempo.
5. Rumah Sakit akan memberikan secara tertulis Resume Medis Peserta Asuransi atas permintaan tertulis **Pihak Pertama** atau Administratornya dengan melampirkan ijin tertulis dari Peserta Asuransi yang bersangkutan dan ditujukan secara rahasia kepada pejabat **Pihak Pertama**, Administrator, atau dokter penanggung jawab medis **Pihak Pertama** atau Administrator yang ditunjuk secara sah dan tertulis oleh **Pihak Pertama** atau Administrator.
6. Rumah Sakit menjamin akan memberikan Pelayanan Kesehatan dengan standar kinerja tertinggi yang diterapkan di Rumah Sakit, dan standar mutu pelayanan medis yang mengacu pada peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah, termasuk namun tidak terbatas oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, beserta perubahan dan/atau peraturan pelaksanaannya yang berlaku di Indonesia.

Paraf Pihak Pertama	f		
---------------------	---	--	--

Hal | 13

Paraf Pihak Kedua	f		
-------------------	---	--	--

7. **Pihak Pertama** menjamin akan mempergunakan Resume Medis dengan maksud dan tujuan yang sebaik-baiknya untuk kepentingan Peserta Asuransi serta menjaga kerahasiaan medis Peserta Asuransi kepada pihak lain.
8. **Para Pihak** menjamin akan menghormati dan menjaga kredibilitas masing-masing Pihak terutama dalam menjalankan dan melaksanakan Perjanjian ini.

**PASAL 12
KERAHASIAAN**

1. **Para Pihak** sepakat dan mengikatkan diri satu sama lainnya untuk menjaga Informasi Rahasia dan masing-masing Pihak tidak akan tanpa persetujuan tertulis dahulu dari Pihak lainnya menggunakan atau mengungkapkan kepada pihak ketiga suatu Informasi Rahasia. Hal ini berlaku pula terhadap personil, karyawan, vendor dan/atau pihak lain yang terkait dengan masing-masing Pihak.
2. Dengan tidak mengindahkan ketentuan manapun yang bertentangan di dalam Perjanjian ini, yang disebut di bawah ini tidak merupakan Informasi Rahasia untuk tujuan dari Perjanjian ini:
 - a. Informasi yang dapat ditunjukkan oleh salah satu Pihak, secara bukti dokumentasi, telah diketahuinya sebelum diungkapkannya informasi tersebut;
 - b. Informasi yang atau menjadi tersedia secara umum kepada publik selain dari dikarenakan oleh suatu pengungkapan secara langsung atau tidak langsung dengan melanggar Perjanjian ini;
 - c. Informasi yang atau menjadi tersedia bagi salah satu Pihak secara non-rahasia dari suatu sumber selain dari Pihak lainnya, dengan ketentuan bahwa sumber tersebut tidak melanggar kewajiban-kewajibannya atas kerahasiaan atau non-pengungkapan;
 - d. Informasi yang setiap Pihak dapat membuktikan, secara bukti dokumentasi, telah dikembangkan secara independen oleh Pihak yang berkaitan tanpa mempergunakan Informasi Rahasia tersebut.
3. Ketentuan pasal ini akan tetap berlaku meskipun Perjanjian ini berakhir atau diakhiri dengan cara apapun.

**PASAL 13
GANTI KERUGIAN**

1. Dalam hal kelalaian atau tidak dipenuhinya kewajiban Perjanjian oleh salah satu Pihak dalam Perjanjian ini mengakibatkan adanya kerugian terhadap Pihak lainnya, maka Pihak yang mengakibatkan kerugian wajib memberikan ganti rugi (**Pihak yang memberikan Ganti Rugi**) kepada Pihak lainnya (**Pihak yang menerima Ganti Rugi**) dan sepakat untuk membebaskan Pihak yang menerima Ganti Rugi, termasuk pejabat dan karyawannya dari dan atas tanggung jawab, kehilangan, biaya, klaim, tindakan dan/atau tuntutan, yang timbul sebagai dampak dari kelalaian atau tidak dipenuhinya kewajiban Perjanjian ini oleh Pihak yang memberikan Ganti Rugi.
2. Ketentuan pasal ini akan tetap berlaku meskipun Perjanjian telah berakhir.

Paraf Pihak Pertama	b		
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua	fk		
-------------------	----	--	--

PASAL 14
KEADAAN MEMAKSA

1. Bahwa atas adanya Keadaan Memaksa, maka Para Pihak dibebaskan dan tidak diwajibkan untuk melaksanakan seluruh kewajiban dan tanggung jawab masing-masing Pihak sesuai Perjanjian ini.
2. Pihak yang dibebaskan dan tidak diwajibkan melaksanakan kewajibannya sebagaimana tersebut di ayat 1 pasal ini, harus menyampaikan pemberitahuan tertulis kepada Pihak lainnya dalam waktu paling lambat 7 (tujuh) Hari sejak terjadinya peristiwa yang dianggapnya sebagai Keadaan Memaksa tersebut. Pihak yang bersangkutan juga diwajibkan untuk menyampaikan pemberitahuan tertulis saat berakhirnya peristiwa Keadaan Memaksa dimaksud dengan kurun waktu yang sama.
3. Apabila Pihak yang mengalami Keadaan Memaksa tidak memberitahukan atau terlambat memberitahukan mengenai terjadinya Keadaan Memaksa tersebut kepada Pihak lainnya, maka Para Pihak sepakat bahwa Perjanjian ini tetap berlangsung seakan-akan tidak terjadi Keadaan Memaksa dan oleh karenanya Pihak tersebut wajib untuk tetap melaksanakan hak dan kewajibannya berdasarkan Perjanjian ini.
4. Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu Pihak sebagai akibat terjadinya Keadaan Memaksa bukan merupakan tanggung jawab Pihak yang lainnya.

PASAL 15
MONITORING DAN EVALUASI

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

PASAL 16
PENYELESAIAN PERSELISIHAN

1. Setiap perselisihan atau perbedaan pendapat yang mungkin timbul akibat pelaksanaan Perjanjian ini, Para Pihak sepakat akan menyelesaikannya secara musyawarah dan mufakat.
2. Apabila perselisihan tidak dapat diselesaikan secara musyawarah dan mufakat dalam jangka waktu 60 (enam puluh) Hari Kerja, maka Para Pihak sepakat untuk menyelesaikannya melalui Pengadilan Negeri Jakarta Selatan.

PASAL 17
AMANDEMEN DAN ADENDUM

Apabila salah satu Pihak menghendaki perubahan dan/atau penambahan atas syarat dan ketentuan dalam Perjanjian ini, maka Pihak dimaksud wajib memberitahukan maksudnya kepada Pihak lainnya tentang perubahan dan/atau penambahan tersebut secara tertulis untuk disepakati oleh Para Pihak selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari sebelum syarat dan ketentuan dimaksud dinyatakan berlaku. Selanjutnya perubahan dan/atau penambahan sebagaimana dimaksud dalam ayat ini akan

Paraf Pihak Pertama	<i>b</i>		
---------------------	----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>fk</i>		
-------------------	-----------	--	--

dibuat secara tertulis dalam bentuk amandemen atau addendum yang ditandatangani **Para Pihak** dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Perjanjian ini.

**PASAL 18
LAIN-LAIN**

1. Perjanjian ini tunduk pada dan ditafsirkan menurut Hukum yang berlaku di negara Republik Indonesia.
2. Semua lampiran yang digunakan dan disatukan dalam Perjanjian ini merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.
3. **Para Pihak** sepakat bahwa hak dan kewajiban yang timbul dari Perjanjian ini baik sebagian atau seluruhnya tidak dapat dialihkan kepada pihak ketiga manapun tanpa adanya persetujuan tertulis dari Pihak lainnya. Dalam hal pengalihan harus dilakukan dan disepakati oleh **Para Pihak**, Perjanjian ini akan mengikat pihak yang menerima pengalihan tersebut.
4. Perjanjian ini mengesampingkan seluruh negosiasi dan/atau kesepakatan yang dibuat sebelumnya, baik secara tertulis maupun lisan. Tidak ada pengertian-pengertian, kesepakatan-kesepakatan dan perjanjian-perjanjian lain dalam bentuk apapun kecuali yang diatur dalam Perjanjian ini.
5. **Para Pihak** sepakat bahwa bila terdapat satu atau lebih ketentuan dalam Perjanjian ini batal, menjadi tidak berlaku, illegal, bertentangan, atau tidak dapat diterapkan sesuai dengan peraturan atau ketentuan hukum Republik Indonesia, maka Perjanjian ini harus tetap dianggap seolah-olah tidak memuat ketentuan tersebut tanpa mempengaruhi dan mengganggu keabsahan, keberlakuan, penerapan ketentuan lainnya dalam Perjanjian ini.

Demikianlah Perjanjian ini dibuat dalam 2 (dua) rangkap asli, bermaterai cukup yang masing-masing rangkap mempunyai kekuatan hukum yang sama, untuk dilaksanakan dan mulai berlaku efektif pada hari, tanggal, bulan dan tahun disebutkan pada Perjanjian ini.

Pihak Pertama
PT FWD INSURANCE INDONESIA
(FWD Insurance)

Pihak Kedua
RS Mata Undaan Surabaya



Ade Bungsu
Direktur

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp. M.,(K)
Direktur

Paraf Pihak Pertama	6		
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua	flu		
-------------------	-----	--	--

LAMPIRAN 1
ALAMAT KORESPONDENSI

Setiap surat menyurat, pemberitahuan, permintaan, persetujuan, perubahan, dan lain-lain yang dibutuhkan atau diharuskan untuk diberikan atau dibuat sehubungan dengan Perjanjian ini wajib dilakukan secara tertulis dan dikirimkan melalui kurir, surat tercatat, faksimili atau disampaikan secara langsung kepada pihak yang bersangkutan dengan mendapatkan tanda penerimaan yang selayaknya, kepada Pihak-pihak sebagaimana dimaksud pada alamat di bawah ini:

Pihak Pertama

PT FWD INSURANCE INDONESIA
Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot. 10
Jalan Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan
12190 Indonesia
Telepon : (021) 1500 393 Ext. 8120
Faksimili : (021)5080 4099
Penanggungjawab : Robertus Wahyu Widiyanto
Bagian : Provider Management
E-mail : ccprovider.id@fwd.com

Administrator

Dalam hal penjaminan diberikan oleh **PT. Administrasi Medika**


PT Administrasi Medika


Gedung Telkom STO Gambir (Gedung C , lantai 3, 4, 5)
Jl. Medan Merdeka Selatan No.12
Jakarta Pusat 10110
Telepon : (021) 3483 1100 / 500 811
Faksimili : (021) 3483 2211
Penanggungjawab : Gustina Fitriyanti
Bagian : Marketing & Client Services
E-mail : client_services@admedika.co.id

Dalam hal penjaminan diberikan oleh **Fullerton Health Indonesia**

Fullerton Health Indonesia

CIBIS Nine Tower Lt. 5
Jl. TB. Simatupang No. 2 RT.001 / RW. 005
Kel. Cilandak Timur, Kec. Pasar Minggu
Jakarta Selatan, 12560
Telepon : (021) 2963 3333 / 2997 6321
Penanggungjawab : Khaerul Rizal
Bagian : Client Relation
E-mail : Khaerul.Rizal@fullertonhealth.com

Paraf Pihak Pertama			
------------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
----------------------	---	--	--

Pihak Kedua

RS Mata Undaan Surabaya

Jalan Undaan Kulon No. 17-19

Kel. Peneleh, Kec. Genteng, Kota Surabaya

Telepon : 031 - 5319619

Faksimili : 031 - 5317503

Bagian Marketing : Yonita Eka Sudarto, S.Sos


Email : pemasaran@rsmataundaan.co.id


Bagian Keuangan : Hadi Prayitno, SE., Ak

Email : info@rsmataundaan.co.id (up. Bagian Keuangan)

Bilamana terjadi perubahan alamat, nomor bank rekening, dan/atau data korespondensi Para Pihak sebagaimana tercantum dalam Perjanjian ini, maka Pihak yang mengubah data korespondensinya wajib memberitahunya secara tertulis kepada Pihak yang lain selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari sebelum perubahan tersebut efektif diberlakukan.


Segala akibat dan kerugian yang mungkin timbul dari kelalaian salah satu Pihak untuk memberitahukan Pihak lainnya mengenai perubahan data korespondensi dalam jangka waktu tersebut di atas, akan menjadi tanggungan Pihak yang lalai tersebut.


Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--


Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--


LAMPIRAN 2
KARTU PESERTA

Dalam hal penjaminan diberikan oleh PT. Administrasi Medika

	
Nomor Polis :	
Pemegang Polis :	
Nomor Peserta :	
Nama Peserta :	
Nomor Kartu :	
NIK : (Optional)	
FWD Customer Care 1500 525	
fwd.co.id	

Informasi pribadi:		Ketika keadaan darurat terjadi, harap menghubungi:	
Gol. Darah :		Nama :	
Telepon/HP :		Alamat :	
Alergi/Penyakit bawaan:		Telepon/HP :	
<hr/>			
<p>1. Kartu ini hanya berlaku untuk Peserta (tidak dapat dipindahtangankan) dan digunakan untuk mendapatkan pelayanan dari <i>provider</i>.</p> <p>2. Disarankan untuk menggunakan manfaat sesuai dengan hak masing-masing Peserta.</p> <p>3. Peserta dapat melihat manfaat, <i>limit</i>, status klaim, daftar <i>provider</i>, <i>upload</i> dokumen klaim pada FWD e-Friend di aplikasi FWD MAX atau di fwd.co.id</p>			
Kartu ini milik FWD Insurance , jika ditemukan mohon dikembalikan kepada:			
PT FWD Insurance Indonesia Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10 Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190, Indonesia E CustomerCare.cc@fwd.com		Info untuk Provider AdMedika Hotline (+62 21) 29 275 123	
 PT FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)			


Paraf Pihak Pertama 

Paraf Pihak Kedua 

Contoh Kartu Peserta jika penjaminan melalui administrator Fullerton Health Indonesia

	FULLERTON HEALTH INDONESIA	
Nomor Polis	:	
Pemegang Polis	:	
Nomor Peserta	:	
Nama Peserta	:	
Nomor Kartu	:	
NIK	:	(Optional)
FWD Customer Care 1500 525		fwd.co.id

Informasi pribadi:	Ketika keadaan darurat terjadi, harap menghubungi:
Gol. Darah :	Nama :
Telepon/HP :	Alamat :
Alergi/Penyakit bawaan:	Telepon/HP :
<hr/>	
<p>1. Kartu ini hanya berlaku untuk Peserta (tidak dapat dipindahtangankan) dan digunakan untuk mendapatkan pelayanan dari <i>provider</i>.</p> <p>2. Disarankan untuk menggunakan manfaat sesuai dengan hak masing-masing Peserta.</p> <p>3. Peserta dapat melihat manfaat, <i>limit</i>, status klaim, daftar <i>provider</i>, <i>upload</i> dokumen klaim pada FWD e-Friend di aplikasi FWD MAX atau di fwd.co.id</p>	
Kartu ini milik FWD Insurance, jika ditemukan mohon dikembalikan kepada:	
PT FWD Insurance Indonesia Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10 Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190, Indonesia E CustomerCare.cc@fwd.com	Info untuk Provider P 021 - 299 763 23 E case.managers@fullertonhealth.com
 PT FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)	

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Hal | 20

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--

**LAMPIRAN 3
TARIF PIHAK KEDUA**

“Halaman ini sengaja dikosongkan, karena Tarif dibuat dalam buku atau dokumen tersendiri yang tetap menjadi satu kesatuan Perjanjian ini.”

Paraf Pihak Pertama	<i>b</i>		
------------------------	----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>he</i>		
----------------------	-----------	--	--

LAMPIRAN 4
TATA CARA PENAGIHAN DAN PEMBAYARAN TARIF

1. Penerbitan Tagihan

Pihak Kedua akan melakukan penagihan pembayaran atas biaya Pelayanan Kesehatan dengan disertai Dokumen Tagihan lengkap yang dipersyaratkan kepada **Pihak Pertama** dengan alamat sebagaimana tersebut dalam **Lampiran 1**.

2. Pengiriman Tagihan

- a. Jangka waktu pengiriman tagihan atas biaya layanan Pelayanan Kesehatan wajib dilakukan oleh **Pihak Kedua** kepada **Pihak Pertama** selambat-lambatnya **30 (tiga puluh) Hari** untuk area Jabodetabek atau **45 (empat puluh lima) Hari** untuk area di luar Jabodetabek sejak tanggal Pelayanan Kesehatan selesai dilakukan.
- b. Pengiriman tagihan yang dilakukan oleh **Pihak Kedua** setelah lewat jangka waktu tersebut di atas sepenuhnya menjadi tanggung jawab **Pihak Kedua** dan tagihan pembayaran dianggap kadaluarsa ("**Jatuh Tempo/Kadaluarsa**"). Tidak ada biaya apapun yang dapat ditagihkan oleh **Pihak Kedua** kepada **Pihak Pertama** terhadap tagihan yang **Jatuh Tempo/Kadaluarsa**.
- c. Apabila **Pihak Kedua** mengalami kendala yang akan mengakibatkan keterlambatan penagihan, **Pihak Kedua** wajib segera memberitahukan hal tersebut kepada **Pihak Pertama** secara tertulis dan mengirimkan tagihan yang dimaksud kepada **Pihak Pertama** selambat-lambatnya **15 (lima belas) Hari** sejak pemberitahuan keterlambatan tersebut.
- d. Tagihan yang **Jatuh Tempo/Kadaluarsa** dan tidak diinformasikan secara tertulis sebelumnya, maka tagihan tersebut tidak akan dibayarkan oleh **Pihak Pertama** serta seluruh biaya yang terjadi menjadi tanggung jawab **Pihak Kedua**.

3. Penundaan dan/atau Keberatan Pembayaran

- a. **Pihak Pertama** berhak untuk menunda pembayaran atau mengajukan keberatan atas tagihan **Pihak Kedua** dengan memberitahukan **Pihak Kedua** terlebih dahulu selambat-lambatnya **20 (dua puluh) Hari** terhitung sejak tanggal diterimanya Dokumen Tagihan dari **Pihak Kedua**. Apabila dalam jangka waktu **10 (satu puluh) Hari** tersebut **Pihak Pertama** tidak memberitahukan adanya penundaan pembayaran atau keberatan, maka **Pihak Pertama** dianggap telah menyetujui tagihan **Pihak Kedua** tersebut.
- b. Penundaan pembayaran oleh **Pihak Pertama** atas biaya Pelayanan Kesehatan terjadi apabila, namun tidak terbatas pada:
 - i. Dokumen Tagihan belum lengkap dan benar; atau
 - ii. Ditemukan adanya kesalahan dalam perincian biaya Pelayanan Kesehatan; atau
 - iii. Ditemukan adanya tindakan menyimpang dari apa yang sudah disepakati oleh Para Pihak dalam Perjanjian ini sampai dengan selesainya proses verifikasi tagihan dimaksud.
- c. Atas penundaan pembayaran sebagaimana dimaksud di atas, hanya mewajibkan **Pihak Pertama** untuk membayar biaya Pelayanan Kesehatan yang sudah sesuai dan mengirimkan daftar yang sudah disetujui pembayarannya kepada **Pihak Kedua**.
- d. **Pihak Kedua** wajib untuk segera melengkapi Dokumen Tagihan yang tidak lengkap atau jawaban dari hasil keberatan **Pihak Pertama** dalam waktu **10 (sepuluh) Hari** sejak diterimanya

Paraf Pihak Pertama	<i>b</i>		
---------------------	----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>hc</i>		
-------------------	-----------	--	--

surat pemberitahuan oleh **Pihak Kedua**. Jika setelah jangka waktu tersebut Pihak Kedua tidak melengkapi Dokumen Tagihan atau memberikan jawaban atas keberatan Pihak Pertama, maka tagihan pembayaran akan dinyatakan Jatuh Tempo/Kadaluarsa.

4. Pembayaran Tagihan

- a. **Pihak Pertama** akan melakukan pembayaran penuh atas tagihan **Pihak Kedua** dalam waktu paling lambat 30 (tiga puluh) Hari setelah tanggal diterimanya Dokumen Tagihan secara lengkap.
- b. Pembayaran akan dilakukan oleh **Pihak Pertama** dengan cara transfer antar bank ke rekening **Pihak Kedua** sebagai berikut:

Nama Penerima : P4M Undaan
Nama Bank : Mandiri
Cabang : Tunjungan Plaza
Nomor Rekening : 142 – 00 – 7500007 - 4

- c. Setiap perubahan rekening Bank harus diberitahukan kepada **Pihak Pertama** secara tertulis selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) Hari sebelum diberlakukannya nomor rekening yang baru dan ditujukan kepada bagian Alamat Korespondensi sebagaimana terlampir dalam **Lampiran 1**.

5. Rekonsiliasi Tagihan

Rekonsiliasi tagihan akan dilakukan dalam 2 (dua) periode dalam setahun yaitu pada akhir bulan September untuk periode Januari hingga Juni dan pada akhir bulan Maret untuk periode Juli hingga Desember tahun sebelumnya. Adapun jika sudah melewati batas waktu yang dimaksud tagihan tersebut tidak diinformasikan ke **Pihak Pertama**, maka tagihan tersebut tidak dapat diajukan kembali ke **Pihak Pertama**.


Paraf Pihak Pertama	<i>f</i>		
---------------------	----------	--	--


Paraf Pihak Kedua	<i>fl</i>		
-------------------	-----------	--	--

LAMPIRAN 5
PELAYANAN KESEHATAN

Perawatan dan/atau Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Pihak Kedua kepada Peserta Asuransi sebagaimana dicantumkan dalam Polis mencakup antara lain:

1. Rawat Inap, yang terdiri dari namun tidak terbatas pada:
 - a. Kamar Rumah Sakit,
 - b. Pembedahan,
 - c. Kunjungan Dokter,
 - d. Kunjungan Dokter Spesialis,
 - e. Layanan Ambulans,
 - f. Laporan Medis,
 - g. Rawat Jalan Cuci Darah,
 - h. Rawat Jalan Kanker,
 - i. *One Day Surgery*
2. Rawat Darurat, yang terdiri dari namun tidak terbatas pada:
 - a. Perawatan Intensif, termasuk tetapi tidak terbatas pada:
 - i. Ruang isolasi,
 - ii. Unit Perawatan Intensif (ICU),
 - iii. Kamar Perawatan lainnya dengan peralatan setara dengan Perawatan intensif,
 - b. Rawat Jalan Darurat karena Kecelakaan,
3. Rawat Jalan Dental Darurat Karena Kecelakaan.
4. Rawat Jalan
5. Perawatan Gigi
6. Persalinan dan Kontrol Kehamilan


Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--


LAMPIRAN 6
DAFTAR PENGECUALIAN

Kecuali diatur lain berdasarkan Polis masing-masing Pemegang Polis terkait, Ketentuan Umum Polis Pihak Pertama tidak menjamin pembayaran atas seluruh biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Asuransi di bawah ini:

1. Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Conditions*) adalah segala jenis Penyakit, Cedera Tubuh atau Ketidakmampuan, baik yang tanda atau gejalanya diketahui Peserta Asuransi ataupun tidak, baik telah mendapatkan perawatan/pengobatan/saran/konsultasi dari Dokter ataupun tidak, baik telah didiagnosis ataupun tidak, terlepas dari pengobatan sebenarnya telah dilakukan ataupun tidak, sebelum Peserta Asuransi dinyatakan ditanggung oleh **Pihak Pertama**.
2. Penyakit tertentu yang terjadi dalam 12 (dua belas) bulan pertama sejak Peserta Asuransi dinyatakan ditanggung oleh Pihak Pertama, baik Peserta Asuransi telah mengetahuinya ataupun tidak, yang mencakup:
 - a. Hipertensi;
 - b. Jantung dan pembuluh darah;
 - c. Otak dan pembuluh darah otak;
 - d. Sistem syaraf dan peradangan otak dan/atau selaput otak seperti namun tidak terbatas pada Motor Neuron Disease, Parkinson's, Alzheimer's disease, encephalitis dan meningitis
 - e. Penyakit yang berhubungan dengan ginjal dan saluran kemih, termasuk namun tidak terbatas pada peradangan atau batu pada ginjal dan saluran kemih;
 - f. Penyakit yang berhubungan empedu termasuk namun tidak terbatas pada peradangan atau batu pada kandung empedu (cholecystitis, cholelithiasis, choledocholi-thiasis)
 - g. Penyakit yang berhubungan dengan Liver termasuk namun tidak terbatas pada semua jenis hepatitis, liver cirrhosis;
 - h. Penyakit yang berhubungan dengan system reproduksi, termasuk namun tidak terbatas pada varicocele, Endometriosis, Fibroids / myoma pada uterus;
 - i. Penyakit yang berhubungan dengan telinga, hidung dan/atau tenggorokan yang membutuhkan operasi termasuk namun tidak terbatas pada Tonsil, Adenoid, Sinus dan septum;
 - j. Semua jenis polip, myoma, tumor, kista dan/atau kanker.
 - k. thyroid;
 - l. Asthma, termasuk tetapi tidak terbatas pada Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - m. Semua jenis hernia termasuk herniation nucleus pulposus (HNP);
 - n. Penyakit yang berhubungan dengan tulang belakang dan lutur
 - o. Diabetes Melistus;
 - p. Tukak Lambung;
 - q. Tukak Usus;
 - r. Katarak;
 - s. TBC;
 - t. Wasir;
 - u. Anal Fistula;
 - v. Epilepsy.
3. Berpartisipasi aktif dalam perang (baik yang dinyatakan maupun tidak), keadaan seperti perang, pendudukan, gerakan pengacauan, pemberontakan, perebutan kekuasaan, pemogokan, huru-hara, keributan, tugas aktif dalam angkatan bersenjata atau kepolisian; atau
4. Bertugas sebagai pilot, awak atau sebagai penumpang dari penerbangan tidak terjadwal atau non komersial; atau

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Hal | 25

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--

5. Berpartisipasi aktif dalam suatu tindakan kriminal atau pelanggaran hukum; atau
6. Melukai diri sendiri, Cedera yang terjadi karena Tertanggung tidak mengikuti anjuran medis, bunuh diri atau percobaan bunuh diri baik dengan keadaan sadar atau karena gangguan mental dan/atau kejiwaan; atau
7. Mengonsumsi alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan, narkotika, psikotropika, racun, gas atau penyalahgunaan zat adiktif lainnya atau penyalahgunaan obat-obatan yang tidak diresepkan oleh Dokter; atau
8. Partisipasi dalam aktivitas atau kejuaraan berbahaya dan olahraga profesional, termasuk namun tidak terbatas pada balap (selain berjalan kaki menginjak tanah), olahraga musim dingin, berkuda, hiking, olahraga udara dan kegiatan seperti terbang, olahraga yang melibatkan kontak/seni bela diri fisik, atau olahraga air (kecuali kapal layar non-bermotor, berenang, menyelam kurang dari 30 (tiga puluh) meter dalam); atau
9. Biaya yang timbul dari upaya donor organ dan jaringan tubuh dan biaya yang terjadi dari pada saat menjadi pihak pendonor; atau
10. Biaya Medis atas pemeriksaan atau pengobatan yang tidak berhubungan dengan diagnosa, atau biaya atas Perawatan dan Pelayanan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis, atau bukan Biaya yang Wajar dan Lazim pada Perawatan Medis atas suatu Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan, atau Biaya Medis yang tidak sesuai dengan standard praktek medis yang berlaku; atau
11. Biaya pemeriksaan kesehatan rutin (Medical Check Up), Rawat Inap yang bertujuan hanya untuk diagnostik, pemeriksaan sinar-X atau pemeriksaan fisik umum; atau
12. Biaya pencegahan (preventive) penyakit termasuk imunisasi/vaksinasi dan semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
13. Kontrasepsi, diagnosa dan perawatan ketidaksuburan, pengujian atau pengobatan impotensi atau upaya untuk hamil, inseminasi buatan, sterilisasi (vasektomi/MOP dan tubektomi/MOW) dan metode pengaturan kelahiran, gangguan menstruasi dan terapi hormon termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
14. Perawatan yang berhubungan dengan kecantikan termasuk namun tidak terbatas pada memutihkan gigi, Pembedahan kosmetik atau Pembedahan plastik (kecuali Pembedahan rekonstruksi yang disebabkan oleh Penyakit atau Cedera tubuh), perawatan untuk mengatasi kegemukan, penurunan berat badan atau menambah berat badan, bulimia, anoreksia nervosa, perawatan dan/atau Pembedahan untuk mengubah jenis kelamin termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
15. Perawatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kelainan dan/atau cacat bawaan (congenital atau hereditary conditions), baik diketahui ataupun tidak, termasuk Hernia pada Tertanggung berusia di bawah 10 (sepuluh) tahun; atau
16. Penyakit/gangguan mental dan/atau kejiwaan (termasuk namun tidak terbatas pada neurosis, gangguan psikosomatis, psikosis, stress, fatigue) atau perawatan yang ditangani oleh Psikolog/Psikiater, gangguan tumbuh kembang, autism, orang hyperactive termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
17. Perawatan dan/atau tindakan/Pembedahan yang dilakukan semata-mata karena keinginan Tertanggung tanpa adanya Penyakit atau Cedera tubuh atau indikasi medis, biaya rehabilitasi tanpa rekomendasi Dokter, biaya istirahat, food supplement dan vitamin kecuali yang diresepkan oleh Dokter,

- sesuai dengan diagnosa, bukan yang merupakan multi-level marketing dan bukan merupakan obat yang berdiri sendiri; atau
18. Pengobatan herbal, pengobatan eksperimental, pengobatan alternatif atau tradisional, termasuk namun tidak terbatas pada shince, tabib, dukun, ahli patah tulang, aromaterapi, naturopathy, terapi holistik, bioresonansi, hypnotherapy serta acupuncture dan chiropraktik yang bukan dilakukan oleh Dokter yang berlisensi, pengobatan yang tidak dilakukan di Rumah Sakit termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya; atau
 19. Pembelian atau penyewaan alat bantu yang tidak ditanam didalam tubuh seperti namun tidak terbatas pada braces, alat bantu pendengaran, prosthesis, kruk, dan kursi roda, kecuali kursi roda yang digunakan pada saat Rawat Inap; atau
 20. Perawatan dan atau tindakan sirkumsisi/khitanan/ sunat termasuk segala komplikasinya yang dilakukan pada anak berusia di atas 5 (lima) tahun atau dilakukan pada anak berusia dibawah 5 (lima) tahun tanpa indikasi medis; atau
 21. Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) dan/atau komplikasi yang berhubungan dengan keduanya kecuali untuk HIV/AIDS yang disebabkan oleh transfusi darah atau Kecelakaan akibat menjalani pekerjaan sebagai Karyawan dari Pemegang Polis sesuai dengan Batas Manfaat pada Manfaat HIV/AIDS karena Tranfusi Darah (IP15); atau
 22. Penyakit akibat hubungan seksual atau penyimpangan seksual termasuk segala komplikasinya; atau
 23. Penyakit atau Cedera tubuh akibat reaksi nuklir, radiasi dan kontaminasinya; atau
 24. Biaya non medis seperti namun tidak terbatas pada sabun, tissue, pembalut, termometer, alas tidur, diapers, biaya telekomunikasi, koran/majalah, salon, makanan ekstra, tempat tidur ekstra, penyewaan televisi berikut salurannya, biaya lemari pendingin termasuk isinya dan biaya lain yang tidak berhubungan dengan Perawatan Medis; atau
 25. Perawatan dan/atau Pembedahan yang berhubungan dengan kehamilan, melahirkan, Keguguran, aborsi, pemeriksaan sebelum dan sesudah melahirkan dan persalinan, Rawat Inap sebelum dan sesudah melahirkan dan persalinan dan perawatan bayi sehat termasuk semua Komplikasi Kehamilan; Rawat Jalan yang tidak terkait dengan Rawat Inap, kecuali yang disebabkan Manfaat Rawat Jalan Darurat atau merupakan tindakan Pembedahan Tanpa Rawat Inap; semua jenis perawatan gigi atau pembedahan gigi secara langsung dan pengobatan yang terkait dengannya kecuali yang diakibatkan oleh Kecelakaan Pembelian kaca mata/lensa, pemeriksaan mata termasuk semua komplikasi yang terjadi karenanya kecuali jika Tertanggung ditanggung Manfaat Asuransi Tambahan sesuai dengan yang tercantum Daftar Manfaat; atau
 26. Pengobatan, jasa yang dilakukan atau obat yang diresepkan oleh Dokter yang merupakan anggota keluarga dekat Tertanggung atau orang yang biasa tinggal dalam satu rumah dengan Tertanggung, atau oleh Dokter Pemegang Polis atau in-house Clinic-nya.

Tambahan Pengecualian Khusus untuk Asuransi Kesehatan Individu

27. Perawatan yang terjadi karena keadaan kesehatan usia lanjut (*geriatrik*), keadaan mental usia lanjut (*psikogeriatrik*).

Paraf Pihak Pertama	<i>ls</i>		
---------------------	-----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>fk</i>		
-------------------	-----------	--	--

28. Setiap ketidakmampuan/penyakit yang dimulai atau terjadi dalam Masa Tunggu 30 (tiga puluh) Hari Peserta Asuransi dinyatakan ditanggung oleh **Pihak Pertama**, kecuali diakibatkan oleh Kecelakaan.
29. Kanker yang diketahui gejalanya oleh Peserta Asuransi yang telah didiagnosis atau mendapat pengobatan oleh Dokter dalam waktu 90 (sembilan puluh) Hari sejak Peserta Asuransi dinyatakan ditanggung oleh **Pihak Pertama**.

Paraf Pihak Pertama	<i>6-</i>		
---------------------	-----------	--	--

Paraf Pihak Kedua	<i>flc</i>		
-------------------	------------	--	--

LAMPIRAN 7
PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN

1. Tata Cara Umum


- a. Pada saat mendaftarkan diri di Rumah Sakit, Peserta Asuransi harus menyerahkan asli Kartu Peserta (jika berbentuk kartu fisik) atau menunjukkan Kartu Peserta dalam bentuk elektronik atau digital dan asli Tanda Bukti Diri yang kemudian akan difotokopi guna keperluan arsip **Pihak Kedua**.
- b. Setelah memotokopi Kartu Peserta (untuk Kartu Peserta dalam bentuk fisik) dan Tanda Bukti Diri, **Pihak Kedua** akan melakukan pencocokan data identitas diri Peserta Asuransi yang tertera pada Kartu Peserta dengan yang tertera pada Tanda Bukti Diri.
- c. **Pihak Kedua** akan melakukan penggesekan (*swipe*) Kartu Peserta (Kartu Peserta dalam bentuk fisik kartu) pada terminal Administrator yang tersedia di Rumah Sakit ATAU melakukan konfirmasi melalui sistem "Adpass" (untuk Kartu Peserta dalam bentuk elektronik atau digital) ATAU memberitahukan Administrator perihal pendaftaran Peserta Asuransi di Rumah Sakit dalam waktu 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam, apabila ada ketidaksesuaian data identitas diri Peserta Asuransi, maka **Pihak Pertama** atau Administrator akan memberikan konfirmasi dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam.
- d. **Pihak Kedua** akan mengirimkan Laporan Medis Awal tentang kondisi awal Peserta dan hasil pemeriksaan penunjang segera diinformasikan dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam kepada **Pihak Pertama** dan/atau Administrator.
- e. Pada saat Laporan Medis Awal, **Pihak Kedua** akan menjelaskan antara lain:
 - i. Keluhan, diagnosa, riwayat Rawat Jalan dan terapi yang diberikan sebelumnya kepada Peserta Asuransi;
 - ii. Hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya, yang harus diberikan kepada **Pihak Pertama** dan/atau Administrator, maksimum 3 (tiga) jam setelah pelaporan pasien Rawat Inap sebagai rujukan untuk penerimaan / penolakan Rawat Inap;
 - iii. Tindakan / pengobatan yang diberikan kepada Peserta Asuransi.
- f. Apabila diperlukan keterangan tambahan terkait kondisi perawatan pasien, maka **Pihak Pertama** dapat menghubungi dokter yang merawat pasien atau dokter penanggung jawab perawatan.
- g. **Pihak Pertama** melalui Administrator akan menyerahkan Surat Jaminan Rawat Inap awal kepada **Pihak Kedua** dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam setelah Laporan Medis Awal dan hasil pemeriksaan penunjang diterima secara lengkap.
- h. Apabila Laporan Medis Awal tidak menunjukkan indikasi medis untuk dilakukan Rawat Inap, maka **Pihak Pertama** dan/atau Administrator akan mengirimkan Surat Ketiadaan Pertanggungungan Rawat Inap (Surat penolakan penjaminan) kepada **Pihak Kedua**.


- i. Apabila dibutuhkan suatu tindakan medis, **Pihak Kedua** akan menginformasikan jenis tindakan dan perkiraan biaya terlebih dahulu kepada **Pihak Pertama** dan/atau Administrator untuk mendapatkan surat konfirmasi persetujuan tindakan dari **Pihak Pertama** dan/atau Administrator.
- j. Apabila Peserta Asuransi telah menyelesaikan pengobatan maka **Pihak Kedua** akan segera mengirimkan kepada **Pihak Pertama** dan/atau Administrator, data-data sebagai berikut:
 - i. Tagihan akhir;
 - ii. Diagnosa akhir;
 - iii. Laporan Medis Akhir.
- k. Pihak Pertama dan/atau Administrator akan mengirimkan Surat Jaminan Rawat Inap akhir dalam waktu 30 (tiga puluh) menit sejak data diterima secara lengkap.
- l. Apabila dalam 30 (tiga puluh) menit, Pihak Pertama dan/atau Administrator belum mengirimkan Surat Jaminan Rawat Inap akhir maka Pihak Kedua akan melakukan konfirmasi ulang.
- m. Dalam memberikan Pelayanan Kesehatan kepada Peserta Asuransi, **Pihak Kedua** akan memperlakukan Peserta Asuransi sebagai pasien umum di Rumah Sakit apabila:
 - i. Peserta Asuransi tidak menyerahkan Kartu Peserta dan Tanda Bukti Diri;
 - ii. Data identitas diri Peserta Asuransi yang tertera pada Kartu Peserta tidak sesuai dengan yang tertera pada Tanda Bukti Diri dan tidak ada Konfirmasi Validitas;
 - iii. Dalam hal Rawat Inap, **Pihak Pertama** melalui Administrator tidak menerbitkan Surat Jaminan Rawat Inap awal atau **Pihak Pertama** menerbitkan Surat Ketiadaan Pertanggunggaan Rawat Inap bagi Peserta Asuransi;
 - iv. Peserta Asuransi meminta **Pihak Kedua** untuk mengubah tanggal perawatan, diagnosa medis dan atau informasi apapun yang akan diserahkan kepada **Pihak Pertama**; atau
 - v. Peserta Asuransi secara medis tidak membutuhkan Pelayanan Kesehatan.
 - vi. Pelaporan dari dari Pihak Kedua melebihi 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam sejak Pendaftaran Peserta.
- n. Dalam hal butir (m) ayat ini berlaku, maka biaya Pelayanan Kesehatan yang timbul adalah tanggungan Peserta Asuransi yang harus dibayar secara tunai dan langsung sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit.
- o. **Pihak Kedua** akan meminta Peserta Asuransi untuk mengisi dan menandatangani formulir Pelayanan Kesehatan pada saat pendaftaran di Rumah Sakit, selama atau setelah pemberian Pelayanan Kesehatan atau sebelum meninggalkan Rumah Sakit.
- p. Apabila ternyata biaya yang timbul dari Pelayanan Kesehatan yang dijalani oleh Peserta Asuransi melebihi manfaat Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh **Pihak Pertama**, maka selisih biaya yang timbul adalah tanggungan Peserta Asuransi yang harus dibayar secara tunai dan langsung

sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit. **Pihak Kedua** selanjutnya akan memberikan kwitansi asli dan dokumen pendukungnya kepada Peserta Asuransi.

2. Tata Cara Rawat Inap

- a. Tata cara sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) Lampiran ini serta merta berlaku juga bagi tata cara Rawat Inap dalam ayat (2) ini.
- b. Untuk tindakan(-tindakan) medis yang **lebih** dari 1x24 (satu kali dua puluh empat) jam dimana Peserta Asuransi perlu menjalani Rawat Inap, **Pihak Kedua** harus, sebelum melakukan tindakan(-tindakan) medis yang diperlukan, lebih dahulu:
 - i. Memberikan kepada Pihak Pertama, Laporan Medis Awal dan hasil pemeriksaan penunjang secara lengkap untuk dikonfirmasi lebih lanjut oleh Pihak Pertama; dan
 - ii. Mendapatkan Surat Jaminan Rawat Inap awal dari Pihak Pertama berdasarkan Laporan Medis Awal di atas, dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam.
 - a) Apabila Surat Jaminan Rawat Inap awal belum diterima oleh Pihak Kedua dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam, maka Pihak Pertama dan/atau Administrator akan lebih dulu memberikan Pihak Kedua persetujuan penjaminan secara lisan.
 - b) Persetujuan secara lisan dari **Pihak Pertama** dan/atau Administrator sebagaimana tersebut di atas, wajib ditindaklanjuti **Pihak Pertama** dan/atau Administrator dengan pengiriman Surat Jaminan Rawat Inap melalui e-mail atau fax ke **Pihak Kedua**. **Pihak Pertama** dan/atau Administrator tetap wajib untuk segera menerbitkan dan/atau menyerahkan Surat Jaminan Rawat Inap yang asli kepada **Pihak Kedua**.
- c. Untuk tindakan(-tindakan) medis yang **kurang** dari 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam dimana Peserta Asuransi tidak perlu menjalani Rawat Inap, seperti operasi kecil dengan anestesi lokal tanpa penyulit, **Pihak Kedua** harus, sebelum melakukan tindakan(-tindakan) tersebut, lebih dulu mendapatkan Surat Jaminan Rawat Inap.
 - i. Apabila Surat Jaminan Rawat Inap awal belum diterima, maka Pihak Pertama dan/atau Administrator akan lebih dulu memberikan Pihak Kedua persetujuan penjaminan secara lisan.
 - ii. Persetujuan secara lisan dari **Pihak Pertama** dan/atau Administrator sebagaimana tersebut di atas, wajib ditindaklanjuti **Pihak Pertama** dan/atau Administrator dengan pengiriman Surat Jaminan Rawat Inap melalui e-mail atau fax ke **Pihak Kedua**. **Pihak Pertama** dan/atau Administrator tetap wajib untuk segera menerbitkan dan/atau menyerahkan Surat Jaminan Rawat Inap yang asli kepada **Pihak Kedua**.
- d. Dalam hal poin (b) dan (c) di atas terpenuhi, maka Peserta Asuransi akan dibebaskan dari kewajiban pembayaran atas tindakan (-tindakan) medis pada saat pendaftaran di Rumah Sakit atau sebelum menjalani Rawat Inap.
- e. Sehubungan dengan kamar perawatan, Para Pihak wajib mengacu pada syarat dan ketentuan di bawah ini:

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--

i. **Bagi Peserta Asuransi untuk Asuransi Kesehatan Individu**

- a) Peserta Asuransi akan ditempatkan di kamar perawatan sesuai dengan Kelas Perawatan dan manfaat yang sesuai dengan haknya berdasarkan Polis.
- b) Apabila Peserta Asuransi menjalani Rawat Inap dengan menetap di kamar perawatan yang tarif per harinya lebih tinggi dari Kelas Perawatan dan manfaat sebagaimana tersebut di atas, maka pembayaran manfaat Rawat Inap dan Pembedahan akan dihitung secara proposional berdasarkan Kelas Perawatan dan manfaat bagi Peserta Asuransi berdasarkan Polis.

ii. **Bagi Peserta Asuransi untuk Asuransi Kumpulan**

- a) Peserta Asuransi akan ditempatkan di kamar perawatan sesuai dengan Kelas Perawatan dan manfaat yang sesuai dengan haknya berdasarkan Polis.
- b) Apabila kamar perawatan sebagaimana tersebut di atas **tidak tersedia** di Rumah Sakit, maka Peserta Asuransi akan **ditempatkan pada**:
 - i) kamar perawatan yang lebih rendah; atau
 - ii) kamar perawatan dengan harga 50% (lima puluh persen) lebih tinggi atau maksimum sebesar Rp. 100.000,- (seratus ribu Rupiah) dari Kelas Perawatan yang menjadi haknya.

Biaya yang dibebankan kepada Peserta Asuransi adalah sesuai dengan biaya kamar perawatan yang ditempati dan selisihnya akan menjadi tanggungan Pihak Pertama. Apabila Peserta Asuransi menempati kamar perawatan yang melebihi batas toleransi sebagaimana dimaksud dalam poin ii.b.ii) di atas, maka Pihak Pertama hanya menanggung biaya kamar dan perawatan sesuai dengan manfaat yang dimiliki Peserta Asuransi sedangkan selisihnya akan menjadi tanggung jawab Peserta Asuransi, yang harus dibayarkan secara langsung dan tunai sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit.

- c) Apabila kamar perawatan yang sesuai dengan Kelas Perawatan dan manfaat **penuh**, maka Peserta Asuransi, untuk sementara sampai selama-lamanya 3 (tiga) hari perawatan, hingga kamar perawatan yang sesuai dengan Kelas Perawatan tersedia, akan **ditempatkan pada**:
 - i) kamar perawatan yang tingkatannya lebih rendah; atau
 - ii) kamar perawatan yang 1 (satu) tingkat lebih tinggi

Biaya yang dibebankan kepada Peserta Asuransi adalah sesuai dengan biaya kamar perawatan yang ditempati dan selisih biaya kamar menjadi tanggungan Pihak Pertama. Apabila Kelas Perawatan telah tersedia atau apabila telah melewati 3 (tiga) hari perawatan dan Peserta Asuransi memilih untuk tetap pada kamar perawatan menurut poin c.ii di atas dan tidak pindah ke kamar perawatan yang menjadi haknya, maka Peserta Asuransi harus mengisi dan menandatangani *surat persetujuan penempatan kamar perawatan lebih tinggi atas permintaan sendiri* yang disediakan oleh Pihak


Kedua, dan Pihak Pertama hanya menanggung biaya kamar dan perawatan sesuai dengan manfaat yang dimiliki Peserta Asuransi sedangkan selisihnya akan menjadi tanggung jawab Peserta Asuransi dan harus dibayarkan secara langsung dan tunai sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit.


- d) Apabila kamar perawatan yang 1 (satu) tingkat lebih tinggi dari Kelas Perawatan penuh dan Peserta Asuransi menempati kamar perawatan yang melebihi tingkatan tersebut, maka Peserta Asuransi harus mengisi dan menandatangani *surat persetujuan penempatan kamar perawatan lebih tinggi atas permintaan sendiri* yang disediakan oleh Pihak Kedua, dan Pihak Pertama hanya menanggung biaya kamar dan perawatan sesuai dengan manfaat yang dimiliki Peserta Asuransi sedangkan selisihnya akan menjadi tanggung jawab Peserta Asuransi, yang harus dibayarkan secara langsung dan tunai sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit.
- e) Apabila kamar perawatan yang sesuai dengan Kelas Perawatan tersedia tetapi Peserta Asuransi memilih kamar perawatan yang lebih tinggi dari Kelas Perawatan, maka Peserta Asuransi harus mengisi dan menandatangani *surat persetujuan penempatan kamar perawatan lebih tinggi atas permintaan sendiri*, dan Pihak Pertama hanya menanggung biaya kamar dan perawatan sesuai dengan manfaat yang dimiliki Peserta Asuransi sedangkan selisihnya akan menjadi tanggung jawab Peserta Asuransi, yang harus dibayarkan secara langsung dan tunai sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit.
- f. Untuk selisih lebih biaya yang timbul, Pihak Kedua akan memberikan secara langsung kwitansi asli dan dokumen pendukung kepada Peserta Asuransi.
- g. Apabila Peserta Asuransi meminta jenis perawatan yang tidak ditanggung oleh Pihak Pertama sebagaimana dijelaskan pada Lampiran 5, maka biaya yang timbul adalah tanggungan Peserta Asuransi yang harus dibayarkan secara langsung dan tunai sebelum meninggalkan Rumah Sakit dan Pihak Kedua akan memberikan secara langsung kwitansi asli dan dokumen pendukung kepada Peserta Asuransi.

3. Tata Cara Rawat Darurat

- a. Tata Cara sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan dalam hal Rawat Inap dalam ayat (2) Lampiran ini serta merta berlaku juga pada tata cara Rawat Darurat dalam ayat (3) ini.
- b. Pihak Kedua harus, sebelum melakukan tindakan(-tindakan) medis yang diperlukan dalam Rawat Darurat, lebih dahulu:
 - i. Memberikan kepada Pihak Pertama, Laporan Medis Awal dan hasil pemeriksaan penunjang secara lengkap untuk dikonfirmasi lebih lanjut oleh Pihak Pertama;
 - ii. Mendapatkan Surat Jaminan Rawat Inap awal dari Pihak Pertama berdasarkan Laporan Medis Awal di atas, dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam.
 - a) Apabila Surat Jaminan Rawat Inap awal belum diterima oleh Pihak Kedua dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam, maka Pihak Pertama dan/atau Administrator akan lebih dulu memberikan Pihak Kedua persetujuan penjaminan secara lisan.

- b) Persetujuan secara lisan dari **Pihak Pertama** dan/atau Administrator sebagaimana tersebut di atas, wajib ditindaklanjuti **Pihak Pertama** dan/atau Administrator dengan pengiriman Surat Jaminan Rawat Inap melalui e-mail atau fax ke **Pihak Kedua**. **Pihak Pertama** dan/atau Administrator tetap wajib untuk segera menerbitkan dan/atau menyerahkan Surat Jaminan Rawat Inap yang asli kepada **Pihak Kedua**.
- c. Apabila, setelah menjalani Rawat Darurat, ada indikasi medis bagi Peserta Asuransi untuk menjalani Rawat Inap, maka biaya yang timbul dari Rawat Darurat dan Rawat Inap yang dijalani oleh Peserta Asuransi, sepanjang Peserta Asuransi atau **Pihak Pertama** telah menyerahkan Surat Jaminan Rawat Inap awal kepada **Pihak Kedua** dan sesuai dengan manfaat dan syarat dan ketentuan dalam Polis, akan ditagihkan kepada **Pihak Pertama**. Namun, apabila tidak ada indikasi medis bagi Peserta Asuransi untuk menjalani Rawat Inap dan/atau jika biaya yang timbul melebihi batas manfaat Peserta Asuransi sesuai syarat dan ketentuan dalam Polis, maka biaya yang timbul dari Rawat Darurat yang dijalani oleh Peserta Asuransi akan ditagihkan kepada Peserta Asuransi yang harus dibayarkan secara langsung dan tunai sebelum Peserta Asuransi meninggalkan Rumah Sakit.

Paraf Pihak Pertama			
---------------------	---	--	--

Paraf Pihak Kedua			
-------------------	---	--	--