



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI

Jl. Dokter Sutomo No. 16 Semarang, PO BOX 1104

Telp: (024)8413476 (Hunting), Fax:(024) 8318617, Call Center: (024)8450800

website: www.rskariadi.co.id, Email: info@rskariadi.co.id



NOTA DINAS

Nomor : HK.01.01/IV.3/ 387 /2019

- Yth. 1. Kepala Bidang Pelayanan Medis
2. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
3. Kepala Bagian Perbendaharaan & Mob Dana
4. Kepala Bagian Akuntansi dan Verifikasi
5. Kepala Instalasi Kutilang
6. Kepala Instalasi Cendrawasih
7. Kepala Instalasi Rajawali
8. Kepala Instalasi Murai
9. Kepala Instalasi Elang
10. Kepala Instalasi Pav Garuda
11. Kepala Instalasi Gawat Darurat
12. Kepala Instalasi Rawat Jalan (Merpati)
13. Kepala Instalasi Farmasi
14. Kepala Instalasi Radiologi
15. Kepala Instalasi Laboratorium
16. Kepala Instalasi Rekam Medik
17. Kepala Instalasi SIMRS
18. Kepala Instalasi Kasuari
19. Bendahara Penerimaan
RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Dari : Bagian Hukum, Humas dan Pemasaran
Hal : Pengiriman Perjanjian Kerja Sama.
Lampiran : 1 (satu) bendel
Tgl : 28 AUG 2019

Bersama ini kami sampaikan 1 (satu) bendel Perjanjian Kerja Sama antara PT Asuransi Sinar Mas dengan RSUP Dr Kariadi,

351/PKS-RS/DR.KAS-ASM/VIII/2019

Nomor ----- tanggal 4-2-2019

HK.03.01/I.IV/437.3/2019

tentang pelayanan kesehatan rawat inap, dengan jangka waktu perjanjian selama 3 (tiga) tahun terhitung mulai tanggal 1-3-2019 s/d 28-2-2022 untuk disosialisasikan kepada staf yang ada dibawah koordinasi Saudara.

Terhadap pelaksanaan perjanjian kerja sama tersebut, agar dilakukan evaluasi setiap 6 (enam) bulan sekali dan dilaporkan kepada Direktur terkait dengan tembusan kepada Bagian Hukum, Humas dan Pemasaran.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Plt.Kepala Bagian

Lies Purwandari, SH

**PERJANJIAN KERJASAMA
ANTARA
PT. ASURANSI SINAR MAS
DENGAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr KARIADI SEMARANG
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RAWAT INAP**

Nomor : 351 /PKS-RS / DR. KS-ASM/UM / 2019
Nomor : HK.03.01/I.IV/ 439-3 /2019

Pada hari ini Senin tanggal Empat bulan Februari tahun Duaribu Sembilanbelas (4-2-2019), kami yang bertandatangan di bawah ini :

- I. **PT. Asuransi Sinar Mas**, berkedudukan di Jakarta dan beralamat di Plaza Simas, Jl. H. Fachrudin No. 18, Jakarta Pusat, 10250, dalam hal ini diwakili secara sah oleh **Dumasi M.M. Samosir**, selaku Direktur, oleh dan karena itu sah bertindak untuk dan atas nama PT. Asuransi Sinar Mas tersebut di atas, selanjutnya disebut **Pihak Kesatu** ;
- II. **Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi**, beralamat di Jl.Dr.Soetomo No 16 Semarang, dalam hal ini diwakili secara sah oleh **Dr.Agus Suryanto, SpPD-KP, MARS, MH** selaku Direktur Utama, oleh dan karena itu sah bertindak untuk dan atas nama RSUP Dr Kariadi Semarang, selanjutnya disebut **Pihak Kedua** ;

Pihak Kesatu dan Pihak Kedua, selanjutnya secara bersama-sama disebut "**Para Pihak**", dan masing-masing di sebut "**Pihak**".

Para Pihak terlebih dahulu menerangkan :

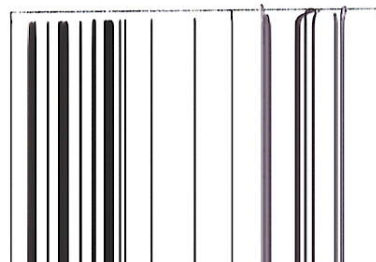
- a. **Pihak Kesatu** adalah perseroan terbatas yang bergerak dalam bidang usaha Asuransi Umum yang memerlukan jasa Rumah Sakit/Klinik sebagai tempat penerimaan pelayanan kesehatan bagi Nasabah **Pihak Kesatu** (Tertanggung atau pemegang polis **Pihak Kesatu**) ;
- b. **Pihak Kedua** adalah Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang yang selanjutnya disebut RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah unit pelaksana teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan RI yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- c. **Pihak Kesatu** menunjuk **Pihak Kedua** sebagai salah satu rekanan untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada Nasabah **Pihak Kesatu** sesuai dengan ketentuan dan syarat polis asuransi kesehatan yang dikeluarkan oleh **Pihak Kesatu**.

Sehubungan dengan hal-hal tersebut di atas Para Pihak setuju untuk mengadakan Perjanjian Kerjasama Pelayanan Kesehatan Rawat Inap ("**Perjanjian**") ini berdasarkan syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

**Pasal 1
DEFINISI**

Untuk maksud Perjanjian ini, istilah-istilah berikut mempunyai arti sebagai berikut di bawah ini kecuali ada penjelasan tambahan mengenai hal tersebut.

- 1.1. **BIAYA PERAWATAN/PENGOBATAN** adalah total keseluruhan biaya yang diperlukan dalam perawatan/pengobatan Nasabah Pihak Kesatu termasuk biaya yang dijamin maupun yang tidak dijamin oleh Pihak Kesatu.



- 1.2. **NASABAH PIHAK KESATU** adalah Bertanggung Jawab Pihak Kesatu yang memanfaatkan pelayanan Rawat Inap pada Pihak Kedua.
- 1.3. **RAWAT INAP** adalah pelayanan **Pihak Kedua** seperti: pelayanan pengobatan dan penggunaan peralatan kedokteran, obat, perawatan, penggunaan kamar bedah, pemeriksaan laboratorium dan lain-lain yang diperlukan untuk pengobatan penyembuhan.

Pasal 2 RUANG LINGKUP

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh **Pihak Kedua** kepada para **Nasabah Pihak Kesatu** mencakup **RAWAT INAP**.

Pasal 3 PROSEDUR PERAWATAN

- 3.1. **Pihak Kedua** menerima Kartu Peserta Asuransi Kesehatan yang dikeluarkan oleh **Pihak Kesatu** (Kartu Peserta **SimasCard**) atau Surat Jaminan dari **Pihak Kesatu** (Surat Jaminan) yang masih berlaku. Contoh Kartu Peserta SimasCard dan Surat Jaminan terdapat pada Lampiran 1 dan 2 Perjanjian ini.

Nasabah Pihak Kesatu yang membawa Kartu Peserta SimasCard atau Surat Jaminan tersebut akan dapat memanfaatkan pelayanan Rawat - Inap sebagaimana tercantum dalam Pasal 1 Perjanjian ini sebagai akibat dari suatu penyakit atau luka badan akibat kecelakaan sesuai dengan ketentuan polis **TANPA PERLU** membayar Uang Muka.

- 3.2. Jika dalam keadaan darurat, sakit secara tiba - tiba atau mengalami kecelakaan pada hari libur resmi, dimana Nasabah Pihak Kesatu tidak membawa Kartu Peserta atau Surat Jaminan, maka Kartu Peserta atau Surat Jaminan tersebut harus diserahkan dalam tempo **2 x 24 jam berikutnya**.
- 3.3. Nasabah Pihak Kesatu yang memerlukan perawatan Rumah Sakit akan ditempatkan di kamar yang biaya sewanya **tidak melampaui** jumlah maksimum tunjangan kamar dan ruang yang tertera dalam Kartu Peserta atau Surat Jaminan.
- 3.4. Jika Nasabah Pihak Kesatu memilih kamar yang biaya sewa kamarnya melampaui jumlah maksimum yang tertera dalam Kartu Peserta atau Surat Jaminan, maka semua biaya tambahan yang dikeluarkan karena dipilihnya kamar tersebut akan ditanggung oleh Nasabah Pihak Kesatu sendiri dan akan ditagih langsung oleh **Pihak Kedua**.
- 3.5. Jika ruang perawatan yang menjadi haknya penuh, maka Nasabah Pihak Kesatu dianjurkan untuk sementara menempati kelas kamar yang lebih rendah sambil menunggu kelas kamar yang sesuai dengan haknya tersedia.
- 3.6. **Pihak Kedua** dalam hal mengajukan permintaan Surat Jaminan, wajib mengisi Formulir Pelaporan Perawatan Nasabah Pihak Kesatu (Lampiran 4), dan mengirimkan kepada **Pihak Kesatu** melalui email / faximile (Lampiran 8).

Pasal 4 KEWAJIBAN PIHAK KEDUA

- 4.1. **Pihak Kedua** harus segera memberikan pelayanan kesehatan sesuai Pasal 1 Ayat 1.3 Perjanjian ini bagi Nasabah Pihak Kesatu yang membawa Kartu Peserta SimasCard atau Surat Jaminan yang masih berlaku dan memerlukan perawatan - inap karena sakit maupun kecelakaan sesuai dengan ketentuan Polis Asuransi **TANPA** perlu membayar uang muka atau pembayaran apapun.



- 4.2. **Pihak Kedua** berkewajiban untuk memberlakukan tarif standard rumah sakit yang diberikan kepada Pasien umum sama dengan Nasabah Pihak Kesatu dari **Pihak Kesatu**.
- 4.3. **Pihak Kedua** setuju untuk membebaskan biaya yang sesuai untuk Kelas Kamar yang ditempati oleh Nasabah Pihak Kesatu dan sesuai dengan nilai yang tercantum pada Kartu Peserta SimasCard atau Surat Jaminan.
- 4.4. Apabila ada perubahan Tarif Pelayanan Rumah Sakit, maka **Pihak Kedua** akan memberitahukan secara tertulis kepada **Pihak Kesatu** 1 (satu) bulan sebelum Tarif baru tersebut diberlakukan.
- 4.5. **Pihak Kedua** berkewajiban memberikan pelayanan atas dasar Perjanjian ini dengan tetap menjaga agar pelayanan dan atau perawatan yang diberikan kepada Nasabah Pihak Kesatu adalah sebagai berikut:
- 4.5.1. Sesuai dengan Diagnosa dan merupakan perawatan yang normal untuk jenis penyakit atau luka badan yang diderita oleh Nasabah Pihak Kesatu.
- 4.5.2. Sesuai dengan standar praktek Kedokteran yang baik.
- 4.5.3. Tidak untuk kenyamanan dari Nasabah Pihak Kesatu atau Dokter.
- 4.6. Untuk menghindari penyalahgunaan dari fasilitas ini, **Pihak Kedua** berkewajiban menolak permintaan dari Nasabah Pihak Kesatu sebagai berikut:
- 4.6.1. Nasabah Pihak Kesatu meminta **Pihak Kedua** untuk mengubah tanggal perawatan atau mengubah diagnosa.
- 4.6.2. Nasabah Pihak Kesatu meminta pelayanan Rumah Sakit seperti test laboratorium dan test diagnostik yang tidak diperlukan secara medis dan tidak berhubungan dengan perawatan yang dijalani.
- 4.6.3. Nasabah Pihak Kesatu meminta pelayanan diberikan kepada orang lain yang namanya tidak tercantum dalam Kartu Peserta SimasCard ataupun Surat Jaminan, tetapi hendak menggunakan fasilitas perawatan- inap .
- 4.6.4. Nasabah Pihak Kesatu meminta Pihak Kedua untuk melakukan Pemalsuan, penipuan, dan atau rekayasa atas suatu klaim pengobatan termasuk tetapi tidak terbatas mengeluarkan kwitansi palsu, mengeluarkan lebih dari 1 kwitansi asli atas klaim yang sama, dan lain-lain.
- 4.7. **Pihak Kedua** wajib menagihkan seluruh biaya food suplement, jamu, herbal, semua jenis susu, bubur khusus bayi, minyak kayu putih, pasta gigi, sabun, lactacyd, betadine kumur dan lain-lain yang sejenis kepada Nasabah Pihak Kesatu walaupun direkomendasikan oleh dokter yang merawat.
- 4.8. Sesuai dengan Pasal 46 UU No. 29 Tahun 2004 mengenai Praktik Kedokteran, **Pihak Kedua** yang diwakili oleh Dokter yang merawat Nasabah Pihak Kesatu/pasien tidak akan mengubah Diagnosa Penyakit, kecuali Diagnosa dapat berubah karena adanya Pemeriksaan dan Terapi yang mendukungnya sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
- 4.9. **Pihak Kedua** berkewajiban melaporkan kepada **Pihak Kesatu** akan adanya perawatan - inap Nasabah Pihak Kesatu di tempat **Pihak Kedua** dalam tempo selambat-lambatnya **2 x 24 jam kerja** kepada **Pihak Kesatu** dengan menggunakan Formulir Pelaporan Perawatan Nasabah Pihak Kesatu (Lampiran 4).
- 4.10. **Pihak Kedua** akan sesegera mungkin memberitahukan kepada **Pihak Kesatu** apabila ada perawatan - inap atas Nasabah Pihak Kesatu yang berlangsung lebih dari 5 (lima) hari atau total biaya yang dikeluarkan telah melampaui **Rp. 5.000.000,- (lima juta rupiah)**.

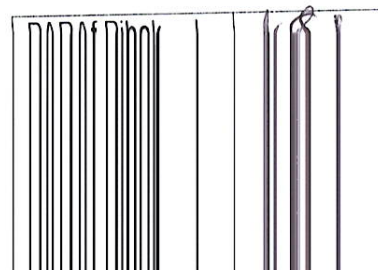


Hal mana dibutuhkan oleh **Pihak Kesatu** dalam hubungannya dengan perjanjian terpisah antara **Pihak Kesatu** dengan Perusahaan yang membawahi Nasabah Pihak Kesatu.

- 4.11. **Pihak Kedua** berkewajiban **melaporkan perincian biaya Rumah Sakit sebelum** Nasabah Pihak Kesatu **keluar** (lepas rawat) **dari Rumah Sakit**, sedangkan **Pihak Kesatu** berkewajiban **segera memberitahukan** kepada **Pihak Kedua** berapa jumlah biaya yang dapat dijamin. Hal ini diperlukan oleh **Pihak Kedua** guna **menagih selisih biaya perawatan yang tidak dijamin oleh Pihak Kesatu**.
- 4.12. **Pihak Kedua** berkewajiban mengirimkan tagihan kepada **Pihak Kesatu** atas pelayanan yang telah diberikan kepada Nasabah Pihak Kesatu, dengan melampirkan Surat Jaminan, kwitansi asli dan perincian biaya perawatan, copy/salinan hasil test laboratorium dan test diagnostik serta dokumen penunjang lainnya yang menunjukkan:
 - 4.12.1. Tanggal perawatan yang sebenarnya.
 - 4.12.2. Diagnosa penyakit atau jenis operasi yang dilaksanakan.
 - 4.12.3. Laporan ringkas dari Dokter yang merawat (termasuk anamnese dan sejarah penyakit Nasabah Pihak Kesatu selama perawatan - inap di Rumah Sakit).
 - 4.12.4. Perincian secara detail yang berhubungan dengan obat-obatan yang dikonsumsi (dengan melampirkan copy resep), test laboratorium dan test diagnostik lainnya (dengan melampirkan copy/salinan hasil test tersebut).
- 4.13. Tagihan dan dokumen penunjang Klaim asli sebagaimana dimaksud pada Ayat 4.12. di atas bersama - sama dengan **Formulir Klaim** yang telah diisi dan ditandatangani oleh Nasabah Pihak Kesatu dan Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (bila ada pembedahan), harus dikirimkan **Pihak Kedua** dan diterima oleh **Pihak Kesatu selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender** setelah Nasabah Pihak Kesatu keluar (lepas rawat) dari Rumah Sakit.
- 4.14. **Pihak Kedua** berkewajiban menolak penggunaan Surat Jaminan pada keadaan - keadaan dibawah ini:
 - 4.15.1. Tanda Tangan yang berwenang dari **Pihak Kesatu** pada Surat Jaminan tidak sesuai dengan contoh tanda tangan yang telah diberikan sebelumnya oleh **Pihak Kesatu** kepada **Pihak Kedua**.
- 4.15. **Pihak Kedua** berkewajiban melaksanakan pemeriksaan awal atas Kartu Peserta SimasCard atau Surat Jaminan sesuai Lampiran 1 dan 2 dari Perjanjian ini.
- 4.16. **Pihak Kedua** akan melakukan penagihan biaya pelayanan kesehatan dan tagihan telah diterima oleh **Pihak Kesatu** tidak melewati **1 (satu) bulan** sejak Nasabah Pihak Kesatu keluar dari Rumah Sakit. Apabila penagihan yang dilakukan oleh **Pihak Kedua** ke **Pihak Kesatu** lebih dari **1 (satu) bulan** sejak Nasabah Pihak Kesatu keluar dari Rumah Sakit maka tagihan (klaim) **dianggap tidak pernah ada dan Pihak Kedua kehilangan hak tagih atas tagihan tersebut**.
- 4.17. **Pihak Kedua** berkewajiban menggunakan Dokter resmi yang memiliki Surat Izin Praktek bertempat di Rumah Sakit Pihak Kedua, dalam memberikan pelayanan kepada Nasabah Pihak Kesatu.

Pasal 5 KEWAJIBAN PIHAK KESATU

- 5.1. **Pihak Kesatu** wajib menyerahkan kepada **Pihak Kedua** contoh tanda tangan atau paraf para pejabat yang berwenang menandatangani Surat Jaminan.



- 5.2. Apabila ada perubahan pada pejabat yang berwenang menandatangani Surat Jaminan, maka **Pihak Kesatu** berkewajiban mengirimkan kepada **Pihak Kedua** contoh tandatangan atau paraf serta nama jelas dari pejabat yang berwenang tersebut.
- 5.3. **Pihak Kesatu** wajib membayar kepada **Pihak Kedua** biaya pelayanan pengobatan yang diberikan kepada Nasabah Pihak Kesatu setelah memenuhi ketentuan dan persyaratan yang telah ditetapkan dalam Perjanjian ini.

Pasal 6 **SISTEM PEMBAYARAN**

- 6.1. **Pihak Kesatu** akan melakukan pembayaran penuh atas tagihan **Pihak Kedua** sejauh tunduk pada ketentuan Perjanjian ini dalam waktu paling lambat **30 (tiga puluh) hari** kalender sejak tanggal diterimanya dokumen Klaim secara lengkap (sesuai ketentuan dalam Pasal 4 Ayat 4.12. dan 4.14. Perjanjian ini) oleh **Pihak Kesatu**.
- 6.2. **Pihak Kedua** berhak memutuskan Perjanjian ini apabila **Pihak Kesatu** tidak melunasi tagihannya dalam tempo 3 (tiga) bulan sejak tagihan dikirimkan dan setelah **Pihak Kedua** mengirimkan surat peringatan 3 (tiga) kali berturut-turut. Keputusan kerjasama ini tidak akan menghilangkan/menghapus kewajiban-kewajiban **Pihak Kesatu** yang belum dilaksanakannya tersebut.
- 6.3. **Pihak Kesatu** berhak memutuskan Perjanjian ini apabila **Pihak Kedua** tidak memenuhi ketentuan yang sudah disepakati.
- 6.4. Pembayaran akan dilakukan dengan mentransfer langsung ke nomor rekening **Pihak Kedua melalui rekening virtual account RSUP Dr Kariadi**
- 6.5. Perhitungan biaya pelayanan pengobatan yang dibebankan kepada **Pihak Kesatu** adalah berdasarkan daftar harga yang berlaku pada **Pihak Kedua** pada saat terjadinya pengobatan/perawatan tersebut. Daftar harga tersebut akan diberikan oleh **Pihak Kedua** kepada **Pihak Kesatu** sesaat setelah penandatanganan Perjanjian ini. Setiap perubahan terhadap daftar harga akan diberitahukan oleh **Pihak Kedua** kepada **Pihak Kesatu** paling lambat 30 (tiga puluh) hari sebelum harga baru berlaku.

Pasal 7 **JANGKA WAKTU DAN BERAKHIRNYA PERJANJIAN**

- 7.1. Perjanjian ini berlaku selama 3 (tiga) sejak tanggal 1 Maret 2019 s/d 28 Februari 2022. Perjanjian ini dapat diakhiri secara sepihak oleh salah satu pihak dengan pemberitahuan secara tertulis terlebih dahulu kepada pihak lainnya sekurang-kurangnya **30 (tiga puluh) hari** sebelum hari efektif keputusan.
- 7.2. Jika Perjanjian ini diputuskan oleh sesuatu sebab, **Pihak Kedua** akan tetap memberikan pelayanan sesuai ketentuan Pasal 1 Ayat 1.3 Perjanjian ini bagi Nasabah Pihak Kesatu yang sedang dirawat - inap di Rumah Sakit **Pihak Kedua** sebelum tanggal mulai berlakunya keputusan Perjanjian ini.
- 7.3. Jika terdapat kewajiban yang belum diselesaikan oleh **Pihak Kesatu** pada saat berakhirnya Perjanjian ini, maka **Pihak Kesatu** akan menyelesaikannya paling lambat 1 (satu) bulan setelah tanggal Perjanjian berakhir.
- 7.4. Keputusan Perjanjian ini mengesampingkan dari ketentuan Pasal 1266 dan 1267 KUH Perdata, sehingga keputusan perjanjian ini dapat dilakukan oleh masing-masing PIHAK tanpa menunggu keputusan hakim.



**Pasal 8
PERSELISIHAN**

- 8.1. Jika terjadi perselisihan, maka Para Pihak akan menyelesaikan secara musyawarah kekeluargaan.
- 8.2. Apabila perselisihan tidak dapat diselesaikan secara musyawarah kekeluargaan, maka kedua belah pihak sepakat perselisihannya akan diselesaikan melalui Pengadilan Negeri tergugat berdomisili. ✓

**Pasal 9
FORCE MAJEURE**

- 9.1. Yang dimaksud dengan *Force Majeure* (keadaan memaksa dan atau kahar) dalam perjanjian ini termasuk tapi tidak terbatas pada bencana alam, perang, kebakaran, huru hara, pemberontakan, mogok kerja, kondisi alam yang tidak memungkinkan dilaksanakannya Perjanjian ini termasuk kebijakan pemerintah serta kejadian-kejadian lain yang berada di luar kekuasaan manusia.
- 9.2. Apabila dalam pelaksanaan Perjanjian ini terjadi *force majeure*, pihak yang mengalami *force majeure* wajib memberitahukan secara tertulis mengenai keadaannya tersebut kepada pihak lainnya selambat-lambatnya dalam jangka waktu 7 (tujuh) hari setelah terjadinya peristiwa *force majeure*, dengan ketentuan harus dikuatkan oleh Lembaga atau Instansi yang berwenang.
- 9.3. Apabila terjadi keadaan *force majeure* berlangsung secara terus menerus sehingga tidak memungkinkan Para Pihak melanjutkan Perjanjian ini, maka Para Pihak sepakat untuk menyelesaikan segala sesuatunya secara musyawarah.

**Pasal 10
LAIN - LAIN**

- 10.1. Setiap perubahan terhadap Perjanjian ini di masa yang akan datang harus didasarkan pada persetujuan tertulis bersama oleh **PARA PIHAK yang dituangkan dalam suatu addendum perjanjian kerja sama yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari**, perubahan tersebut akan menjadi satu kesatuan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.
- 10.2. Perjanjian ini tunduk pada dan ditafsirkan menurut Hukum Republik Indonesia.
- 10.3. Para Pihak akan memberikan data dan nama pejabat yang dapat dihubungi dalam rangka pelaksanaan Perjanjian ini :

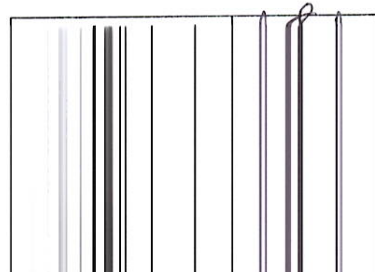
Pihak Kesatu :

a. Untuk surat menyurat dan perjanjian kerjasama

Nama : Provider Relation
Alamat Surat : Plaza Simas, Jl. H. Fachrudin No. 18, Jakarta Pusat, 10250
Nomor Telepon : (021) 29189999, ext : 18033, 18034, 18035, 18069
Alamat E-mail : provider_relation@sinarmas.co.id

b. Untuk penagihan dan keuangan

Nama : Provider Relation
Alamat Surat : Plaza Simas, Jl. H. Fachrudin No. 18, Jakarta Pusat, 10250
Nomor Telepon : (021) 29189999, ext : 18031, 18032
Alamat E-mail : provider_relation@sinarmas.co.id



- (1) Hal-hal yang belum diatur dalam Perjanjian ini akan ditetapkan dan diatur berdasarkan persetujuan kedua belah pihak yang dituangkan dalam suatu addendum Perjanjian, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

Pihak Kedua :

a. Untuk surat menyurat dan perjanjian kerjasama

Nama : Lies Purwandari, SH
Jabatan/Bagian : Kepala Sub Bagian Hukum
Alamat Surat : Jl. Dr. Soetomo No 16 Semarang
Nomor Telepon : (024) 8413476 Ext 1310, 8005
No Fax : 024-8318617
Alamat E-mail : humas_rskariadi@yahoo.co.id

b. Untuk penagihan dan keuangan

Nama : Dimalina Lasmaria S Siagian, SE
Jabatan/Bagian : Kepala Sub Bagian Mobilisasi Dana
Alamat Surat : Jl. Dr. Soetomo No 16 Semarang
Nomor Telepon/Fax: (024) 8413476 Ext 2007, 2011
No Fax : 024-8318617
Email : kasirskariadi@gmail.com
rsdk.piutang@gmail.com

Demikian Perjanjian ini dibuat dengan itikad baik untuk dipatuhi dan dilaksanakan, dibuat dalam rangkap 2 (dua), dibubuhi materai secukupnya dan masing - masing mempunyai kekuatan hukum yang sama.

**PIHAK KESATU
PT. ASURANSI SINAR MAS**



**Dumasi M.M. Samosir
Direktur**

**PIHAK KEDUA
RSUP Dr KARIADI SEMARANG**



**Dr. Agus Suryanto, SpPD-KP, MARS, MH
Direktur Utama**



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Contoh Kartu Peserta

Lampiran 2 : Contoh Surat Jaminan

Lampiran 3 : Contoh Tandatangan Pejabat yang Berwenang Menandatangani Surat Jaminan

Lampiran 4 : Contoh Formulir Pelaporan Perawatan Tertanggung (Laporan Medis Awal)

Lampiran 5 : Prosedur Penerimaan Pasien (Tertanggung) di Rumah Sakit

Lampiran 6 : Surat Pernyataan

Lampiran 7 : Contoh Formulir Klaim Rawat Inap

Lampiran 8 : Contact Person PT. Asuransi Sinar Mas

Lampiran 9 : Checklist Kelengkapan Dokumen Tagihan Rawat Inap

Lampiran 1

CONTOH KARTU PESERTA

Type of Insurance : **SimasCard - PROVIDER**

KARTU MODEL "A" (TIDAK ADA LOGO ADMEDIKA)



KARTU MODEL "B" (ADA LOGO ADMEDIKA / Magnetic Stripe)



Lampiran 2a

CONTOH SURAT JAMINAN RAWAT INAP

Jakarta, 02 Januari 2016

00 /SJ.HID.ASM/I/2016

Kepada Yth.
Pimpinan R.S. _____

Dengan hormat,

Perihal : SURAT JAMINAN

Bersama ini kami konfirmasi bahwa pembawa Surat Jaminan ini sebagai berikut :

Nama Tertanggung : _____
Nama Perusahaan : _____
No. KTP : _____
Nomor Polis : _____
Nomor Registrasi : _____

adalah benar Tertanggung kami dan yang bersangkutan berhak atas Santunan Kamar dan Menginap sebesar Rp. per hari.

Kiranya yang bersangkutan dapat dirawat sebagaimana mestinya sesuai dengan ketentuan Perjanjian Kerjasama antara RS dengan PT. ASURANSI SINAR MAS.

Demikian kami sampaikan, atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

dr. Margaretha Rosa, AAK
Health Ins Claim Dep. Head
Accident & Health Ins. Division

Lampiran 2b

CONTOH SURAT JAMINAN MATERNITY

Jakarta, 02 Januari 2016

00 /SJ.HID.ASM/I/2016

Kepada Yth.
Pimpinan R.S. _____

Dengan hormat,

Perihal : SURAT JAMINAN

Bersama ini kami konfirmasikan bahwa pembawa Surat Jaminan ini sebagai berikut :

Nama Tertanggung : _____
Nama Perusahaan : _____
No. KTP : _____
Nomor Polis : _____
Nomor Registrasi : _____
Tgl. Perawatan : _____

adalah benar Tertanggung kami dan yang bersangkutan berhak atas biaya Melahirkan Normal sebesar Rp..... / max, Melahirkan Sectio Caesar sebesar Rp...../max, dan Keguguran sebesar Rp..... / max.
Jika ada selisih biaya mohon ditagihkan langsung pada saat pasien pulang.

Kiranya yang bersangkutan dapat dirawat sebagaimana mestinya sesuai dengan ketentuan Perjanjian Kerjasama antara RS dengan PT. ASURANSI SINAR MAS.

Demikian kami sampaikan, atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

dr. Margaretha Rosa, AAK
Health Ins Claim Dep. Head
Accident & Health Ins. Division

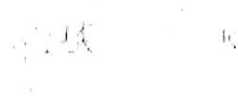
Lampiran 3

CONTOH TANDATANGAN PEJABAT YANG BERWENANG
MENANDATANGANI SURAT JAMINAN

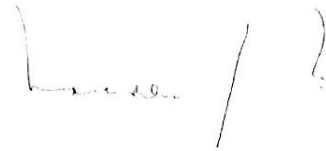
dr. Margaretha Rosa G, AAK
Accident & Health Ins Claim Dep. Head
Accident & Health Ins. Division



dr. Ratna Sunaryo, AAK
Accident & Health Ins Claim Dep. Head
Accident & Health Ins. Division



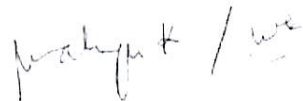
dr. Maureen B. Sekewael, AAK
Accident & Health Ins Claim Dep. Head
Accident & Health Ins. Division



dr. Konny Santoso, AAK
Provider Relation Dept. Head
Accident & Health Ins. Division




dr. Wahyu Kristanti, AAK
Accident & Health Ins Claim Section Head
Accident & Health Ins. Division



dr. Edi Santoso, AAK
Accident & Health Ins Claim Senior Analyst
Accident & Health Ins. Division



dr. Naomi Martina Swasti
Accident & Health Ins Claim Dep. Head
Accident & Health Ins. Division



Lampiran 4 FORMULIR PELAPORAN RAWAT INAP

Bersama ini diinformasikan bahwa Tertanggung / Pasien dengan data sebagai berikut :

Nama Pasien : Umur : thn
 Tanggal masuk :
 Nama Perusahaan pada kartu :
 No polis / Register : 40. / reg
 Harga Kamar di kartu : Harga Kamar diambil :
 Nama RS :
 Nama dokter yg merawat :; Nama PIC

1. Keluhan Utama & keluhan penyerta sehingga pasien memerlukan Rawat Inap :

2. Tanda Vital :

- Respiratory rate:
- Heart rate:

3. Diagnosa : (mohon diisi dengan huruf cetak)

4. Penyebab Utama diagnosa diatas :

5. Riwayat Penyakit Terdahulu :

6. Pemeriksaan Penunjang / LAB yang menunjang diagnosa : (hasil mohon dilampirkan)

7. Rencana Perawatan pada pasien ini : (beri tanda pada kotak) Operasi Konservatif

Bila jawaban diatas adalah Operasi, mohon dijelaskan :

- NAMA TINDAKAN :
 - Operasi dengan menggunakan (beri tanda pada kotak) : bius lokal bius umum
 - PERKIRAAN BIAYA :
- Sewa OK : Rp. _____ Biaya Operator : Rp. _____
 Obat-obatan OK dll : Rp. _____ Biaya Anestesi (bius umum) : Rp. _____

8. Berdasarkan diagnosa medis di atas, apakah pasien dapat menjalani Rawat Jalan ? (beri tanda pada kotak)
 Dapat rawat jalan Tidak bisa rawat jalan

9. ALASAN MEDIS yang mengharuskan pasien di Rawat Inap dan tidak dapat menjalani Rawat Jalan adalah

10. Nama terapi yang diberikan dimana terapi tersebut tidak dapat diberikan bila pasien rawat jalan :

11. Penyakit ini disebabkan : (beri tanda pada kotak)

<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Kongenital	<input type="checkbox"/> Psikosomatis / Kejiwaan	<input type="checkbox"/> Kehamilan : G.... P.... A.....
<input type="checkbox"/> Penyakit kelamin	<input type="checkbox"/> Drug Abuse	<input type="checkbox"/> Komplikasi kehamilan
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Percobaan Bunuh Diri	<input type="checkbox"/> Trauma
<input type="checkbox"/> Kosmetik	<input type="checkbox"/> Kelainan menstruasi	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Lalu Lintas
<input type="checkbox"/> Kelainan / gangguan menopause	<input type="checkbox"/> Penyebab lainnya :	(mohon dijelaskan)

12. Perkiraan lama rawat inap : _____ hari

NB : UNTUK TRAUMA DAN KECELAKAAN LALU LINTAS MOHON DAPAT MENGGISI HALAMAN SELANJUTNYA

Keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan kode etik profesi kedokteran.

Customer Care 24 Jam : (021) 23567888 / (021) 50507888
 Fax Customer Care 24 jam : (021) 39837530 / (021) 39837531 /
 (021) 39837533

(diisi oleh petugas RS)
SURAT JAMINAN HARAP DIKIRIMKAN KE RS
 FAX RS NO :
 TELP RS :
 NAMA PETUGAS RS :
 BAGIAN :

Tgl / bln/ thn : ___/___/___
 Yang membuat pernyataan,

ttd

(
 Nama jelas dan ttd dokter/pihak RS

Note : yang mengisi formulir ini adalah pasien / pihak pasien dan diketahui petugas RS/Klinik

PERNYATAAN KRONOLOGIS

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI

Nama : _____
Nama Perusahaan : _____
No. POLIS dan REGISTER : _____
MENERANGKAN : _____
Nama Pasien : _____
Umur Pasien : _____
Nama Perusahaan : _____
No. POLIS dan REGISTER : _____
Hubungan dengan pasien : _____

JENIS TRAUMA (beri tanda pada kotak)
 Kecelakaan Lalu Lintas
 BUKAN Kecelakaan Lalu Lintas

Kecelakaan masih dalam jam kerja : Ya / Tidak
Perlindungan JAMSOSTEK dari perusahaan : Ada / Tidak
Waktu terjadinya kecelakaan tgl/bln/thn : ____/____/____ PK : ____:____
Tempat Kejadian : _____

KRONOLOGIS TRAUMA

UNTUK KECELAKAAN LALU LINTAS HARAP MENGGISI KETERANGAN BERIKUT:

JENIS KENDARAAN (Motor / Mobil / Sepeda Kayuh) :

Pasien adalah : (beri tanda pada kotak) : _____
 PENGENDARA PENUMPANG
 PEJALAN KAKI

Bila Pasien Pengendara, apakah Pasien memiliki SIM ? (beri tanda pada kotak)
 MEMILIKI SIM TIDAK MEMILIKI SIM

Jenis SIM yang dimiliki Pasien : (beri tanda pada kotak)
 SIM A SIM B SIM C

NB : KHUSUS UNTUK PENGENDARA HARUS MENGIRIMKAN FOTOCOPY SIM SAAT PELAPORAN

Yang memberikan pernyataan,

Pihak RS,

TTD

TTD

()
Tanda tangan dan nama jelas

()
Tanda tangan dan nama jelas

Lampiran 5
PROSEDUR PENERIMAAN PASIEN SSC-ASM
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT

1. KONFIRMASI KARTU DAN IDENTITAS

Pasien memperlihatkan Kartu Peserta **SimasCard** dan KTP/Identitas dari Tertanggung. Kartu Peserta **HARUS SESUAI** dengan KTP/Identitas dan foto pada KTP/Identitas dengan Tertanggung. Bila Kartu Peserta **tidak sesuai dengan** KTP atau kartu sudah melewati masa berlaku **maka Pasien tidak dapat menggunakan fasilitas Provider** dan berlaku ketentuan **sebagai Pasien UMUM**

“ RS/KLINIK Tidak Perlu Meminta Fotocopy Kartu Peserta atau Fotocopy KTP/Identitas lain.”

2. PERMINTAAN SURAT JAMINAN

Langkah 1 : Verifikasi data

Verifikasi data dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu :

Dengan menggunakan alat EDC Admedika. (KARTU MODEL “B”)

Untuk Kartu Peserta dengan fasilitas **PROVIDER** akan tertulis : **SimasCard – PROVIDER (dengan Logo Admedika / Magnetic Stripe)**

Menggesekkan kartu **SimasCard** di alat EDC Terminal (seperti pada Rawat Jalan Provider)

Memasukkan **kode Rawat Inap** (dengan **kode : 01**)

Mencetak struk, akan mendapatkan informasi :

Identitas Pasien,
Nama Perusahaan,
Nomor Polis
Nomor Register
Harga kamar /Room &Board

ATAU (KARTU MODEL “A”) TIDAK ADA LOGO ADMEDIKA Langsung menghubungi **Customer Care 24 jam** untuk **Pelaporan rawat inap : (021) 5050 7888** atau **(021) 2356 7888** kemudian **tekan 4** dan **tekan 1** dengan memberikan informasi data Pasien (**Nama Pasien** dan **nama Karyawan** (bila Pasien adalah istri/suami/anak) dan **Nama Perusahaan**, serta **diagnosa sementara**)

Pasien dilayani untuk perawatan inap di kelas kamar sesuai dengan hak yang dijaminan untuk Pasien, sementara Laporan Medis Awal diproses.

Langkah 2 : Melengkapi Laporan Medis Awal (LMA) dan mengirimkan ke Asuransi Sinar Mas dalam waktu selambat lambatnya dalam 1x24 jam

Petugas RS/Klinik mengirimkan **formulir Laporan Medis Awal** yang sudah diisi lengkap oleh **Dokter yang merawat / Dokter jaga** dalam waktu selambat lambatnya dalam 2x24 jam, untuk menghindari tidak dapat diterbitkannya surat jaminan.

Laporan Medis Awal dapat di kirimkan melalui :

- email : surat_jaminan@sinarmas.co.id
- Fax ke nomor : (021) 39837530, (021) 39837531, (021) 39837533

NOTE :

- Apabila mengirimkan melalui Fax, jangan Lupa untuk **mencantumkan nama Petugas RS dan nomor fax** yang akan dituju untuk pengiriman surat jaminan.
- **Formulir Laporan Medis Awal (LMA)** bisa di dapat di RS, apabila sudah akan habis maka dapat dimintakan ke bagian Provider Relation PT. Asuransi Sinar Mas dengan mengirimkan email. Untuk permintaan formulir LMA dikirim ke : **provider_relation@sinarmas.co.id**

Langkah 3 : Penerbitan Surat Jaminan

- a). Petugas Asuransi Sinar Mas akan melakukan analisa terhadap Laporan Medis Awal.
- b). Bilamana data sudah lengkap maka surat jaminan akan segera dikirimkan sesuai dengan informasi nama Petugas dan nomor fax yang tertera pada Laporan Medis Awal.
- c). Bilamana ada kekurangan data, maka Asuransi Sinar Mas akan mengirimkan formulir pertanyaan yang harus diisi oleh Dokter. Mohon dapat segera dilengkapi untuk penerbitan surat jaminan.

Langkah 4 : Surat jaminan diterima oleh RS dan perawatan dapat dijamin sesuai ketentuan masing masing Polis/Perusahaan

3. PASIEN DIRAWAT :

Pasien dirawat **sesuai dengan indikasi** rawat inap.

Untuk persetujuan tindakan Operasi dapat dikirimkan dengan data sbb :

- a. Nama pasien
- b. Nama perusahaan
- c. Nomor polis / reg :
- d. Diagnosa:
- e. Nama Operasi / jenis tindakannya :
- f. Perincian Biaya (estimasi biaya)

NOTE :

- **Pembelian alat bantu kesehatan seperti korset, kursi roda, tongkat penyangga tidak dijamin.**
- **Hindari pemberian Suplemen dan Non medis.**
- Permohonan persetujuan tindakan sebaiknya diajukan 2 hari sebelum pelaksanaan kecuali untuk kasus tindakan CITO agar dilaksanakan terlebih dahulu, setelah operasi dilakukan kemudian dilaporkan dengan data sesuai permintaan untuk persetujuan tindakan operasi.

4. PROSES PASIEN PULANG :

Langkah 1 : Pihak RS mengirimkan perincian biaya ke Asuransi Sinar Mas

- a). Bila Pasien sudah dinyatakan dapat pulang oleh Dokter yang merawat, Proses rekapitulasi administrasi perawatan inap akan segera dilakukan oleh pihak RS.
- b). Petugas Rumah Sakit harus menginformasikan kepada Pasien, agar sabar menunggu proses administrasi yang harus dilakukan oleh Pihak Rumah Sakit.
- c). **Setelah proses administrasi selesai dilakukan oleh pihak RS, Pasien diwajibkan** untuk menandatangani perincian biaya.
- d). Perincian biaya yang sudah dilengkapi dengan nama pasien, nomor polis dan nomor register harus dikirimkan kepada Asuransi Sinar Mas melalui :
email : **surat_jaminan@sinarmas.co.id**
Fax ke nomor : **(021) 39837530, (021) 39837531, (021) 39837533**

Langkah 2 : Pihak Asuransi Sinar Mas mengirimkan perhitungan biaya yang dijamin ke RS

- a). Asuransi Sinar Mas segera melakukan perhitungan dan mengirimkan data kepada pihak RS mengenai **jumlah penjaminan** dan biaya yang **harus dibayar** Pasien di Rumah Sakit dan mengirimkan ke RS sesuai dengan informasi nama petugas dan nomor fax yang tertera pada perincian biaya RS.
- b). Pasien dapat Pulang dengan membayar sesuai informasi pada saat pemulangan.
- c). Mohon dapat membaca secara jelas ketentuan yang tertera pada surat jaminan dan perhitungan persetujuan jaminan biaya.
- d). Nilai yang dibayarkan oleh Pasien adalah : **jumlah eksek + biaya suplemen + biaya non medis.**
- e). **PERHATIAN :**
 1. Mohon agar pihak apotik menentukan nama obat-obat yang termasuk suplemen.
 2. Yang dimaksud non medis adalah seperti : gelang ; underpad ; napkin ; pembalut ; kendil ; minyak tawon, minyak kayu putih; pasta gigi ; susu ; bubur bayi ; sabun dan sejenis
 3. Segala sesuatu yang berkaitan dengan estetika dan kosmetik serta penurunan berat badan tidak dijamin.

Biaya yang sudah dibayar oleh Pasien agar tidak ditagihkan lagi ke Asuransi Sinar Mas namun harus diinformasikan dalam billing perincian tagihan.

5. Setelah pasien keluar Rumah Sakit/ Klinik (lepas rawat), Rumah Sakit mengirimkan tagihan dengan kwitansi asli dan seluruh dokumen penunjang sesuai ketentuan Perjanjian Kerjasama kepada PT. ASURANSI SINAR MAS ke alamat kami di :

**PT. ASURANSI SINAR MAS
PLAZA SIMAS Lt. 3,
Jl. KH. Fachrudin No. 18, Jakarta 10250,
Up. Accident & Health Insurance Division.**

Lampiran 6
SURAT PERNYATAAN EXCES TAGIH DI TEMPAT

MOHON MENJADI PERHATIAN !!!

PASIEH DIHARAPKAN MENEMPATI KAMAR SESUAI HARGA KAMAR YANG MENJADI HAKNYA YANG TERCANTUM PADA SURAT JAMINAN.

PENGUNAAN KAMAR DENGAN HARGA YANG LEBIH TINGGI DARI YANG MENJADI HAK PESERTA, DAPAT BERAKIBAT PADA TIMBULNYA KELEBIHAN BIAYA YANG MENJADI TANGGUNGJAWAB PESERTA (EXCESS CLAIM)

SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN PEMBAYARAN SELISIH BIAYA PERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Karyawan : _____
Nama Perusahaan : _____
Nomor Polis : _____
Nomor Register : _____

Menerangkan bahwa :

Nama Pasien : _____
Nomor Register : _____
Dirawat di ruang : _____
HARGA KAMAR Yang Dijamin : Rp. _____
HARGA KAMAR yang Diambil : Rp. _____
Hubungan dengan Karyawan : Suami / Istri / Anak / Sendiri

Telah menempati **HARGA KAMAR LEBIH TINGGI** dari HARGA KAMAR yang dijamin Polis (HAK HARGA KAMAR) dengan alasan :(BERI TANDA PADA KOTAK)

- Kamar sesuai HARGA KAMAR yang tercantum di SURAT JAMINAN **PENUH**
- Kamar sesuai HARGA KAMAR yang tercantum di SURAT JAMINAN **TIDAK TERSEDIA**
- KEINGINAN PASIEN** menempati HARGA KAMAR yang lebih tinggi dari HARGA KAMAR yang tercantum pada SURAT JAMINAN

Bersama ini saya sudah mengetahui mengenai SELURUH resiko selisih biaya perawatan yang akan terjadi dikarenakan :

1. **Seluruh selisih biaya perawatan yang timbul akibat digunakannya harga kamar yang lebih tinggi MELIPUTI BIAYA selisih harga kamar, selisih biaya operasi, dokter, obat, laboratorium, Rontgen dan selisih biaya aneka perawatan dan lain lain.**
2. **Seluruh selisih biaya perawatan yang timbul diluar batas / limit jaminan polis.**
3. **Seluruh biaya perawatan jika ternyata jenis penyakit/diagnosa dikecualikan dalam polis.**
4. **Selisih biaya perawatan harus dibayar di Rumah Sakit sebelum pulang**

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sesuai tujuan diatas.

Jakarta, _____

Yang Membuat Pernyataan,

Petugas Rumah Sakit,

(_____)
Nama Jelas & Tanda Tangan

(_____)
Nama Jelas & Tanda Tangan

Catatan : ***Karena saya telah mengambil kamar dengan harga diatas harga kamar yang tercantum di surat jaminan, maka saya bersedia membayar terlebih dahulu selisih biaya kamar dll tersebut diatas di Rumah Sakit.***

Lampiran 7

CONTOH FORMULIR KLAIM RAWAT INAP



FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN RAWAT BEDAH

Petunjuk Pengajuan Klaim

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk 1 (satu) orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua/pasien bila pasien adalah anak-anak.
2. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.
3. Klaim baru dapat diteliti dan diproses apabila hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, lengkap dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi: Surat Jaminan, Formulir Klaim, Kwitansi Asli beserta perincianya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan, copy resep obat, hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan Histopatologi.

Dilisi oleh peserta asuransi atau orangtua pasien bila pasien adalah anak

DATA KARYAWAN		DATA PASIEN	
Nama Perusahaan		Nama	
Nomor Polis		Nomor Peserta	
Nama		Tanggal Lahir	
Nomor Peserta		Jenis Kelamin	
Alamat No Telp		Hubungan	<input type="checkbox"/> Dir/Bend <input type="checkbox"/> Istri Suami <input type="checkbox"/> Anak
Jika ada polis asuransi lain yang menurut asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama Perusahaan Asuransi, alamat, no teleponnya			
Total Jumlah Klaim			
PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA			
Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai wewenang atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Sinar Mas atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.			
Tempat & Tanggal: _____			
Tanda tangan, nama jelas karyawan/ keluarga karyawan _____			

Ditulis dan diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah (jika ada) pada saat pemeriksaan dan tindakan.

KETERANGAN DOKTER / M. (No. 001/2018)

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini

Nama Pasien	Nomor Rekam Medis
Tanggal Mulai Dirawat	Tanggal Pasien Keluar Perawatan
Keuhan Utama	
Keuhan Tambahan	
Dudukan berapakah lama keuhan tersebut dirasakan oleh pasien?	
Indikasi Rawat Inap	
Tujuan Perawatan <input type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Terapi (Medikasi)	
Pemeriksaan Fisik	
Diagnosa	Kode ICD X
Terapi	
Adakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan penyakit ini? Mohon dijabarkan	
Bila pasien Rujukan, Nama dokter dan instansi kesehatan yang merujuk adalah	
Tindakan atau Operasi selama perawatan	
Akan memilih jenis Tindakan diatas	
Adakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan <input type="checkbox"/> Kelelahan Bawaan <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Mental disorder <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal <input type="checkbox"/> Kelelahan <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika <input type="checkbox"/> Kelemahan Tanggal HPT:	
Jika Ya harap jelaskan	
Bila perawatan dikarenakan kelelahan kerja, mohon dicantumkan Tanggal Kelelahan Penyebab Kelelahan Prognosis	
Pasien pulang dengan keadaan <input type="checkbox"/> Sembur <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lainnya	

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya

Tempat & Tanggal _____

Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter

Nama & Stempel Rumah Sakit

Lampiran 8
CONTACT PERSON PT. ASURANSI SINAR MAS



JANGAN CEMAS
ADA SIMAS

NEWSLETTER SIMAS SEHAT

CONTACT PERSON ASURANSI SINAR MAS

LAYANAN TELEPON, FAX, DAN WA CUSTOMER CARE 24 HOUR

- Telp : (021) 5050 7888
: (021) 2356 7888
- FAX : (021) 398 375 30
: (021) 398 375 31
: (021) 398 375 33
- eFAX : (021) 406 100 11
- WA : 088 1107 0888

CARA MENGHUBUNGI MELALUI TELEPON:

(021) 5050 7888 ATAU (021) 2356 7888

↓
TEKAN 4

TEKAN NO DIBAWAH INI UNTUK PILIH LAYANAN

1. KONFIRMASI PASIEN MASUK
2. KONFIRMASI PASIEN PULANG
3. KONFIRMASI RAWAT JALAN
4. KONFIRMASI SURAT JAMINAN
5. KONFIRMASI TINDAKAN RAWAT INAP
6. KONFIRMASI LAINNYA

CARA MENGHUBUNGI MELALUI EMAIL:

KONFIRMASI SURAT JAMINAN/PASIEN PULANG

- surat_jaminan@sinarmas.co.id / customer_care@sinarmas.co.id

KONFIRMASI TINDAKAN RAWAT INAP

- surat_jaminan@sinarmas.co.id / customer_care@sinarmas.co.id

KONFIRMASI KELENGKAPAN DOKUMEN RAWAT JALAN

- admin_op_provider@sinarmas.co.id / analyst_op_provider@sinarmas.co.id
Telp: (021) (021) 2918 9999 ext. 18026, 18027

PERMINTAAN FORMULIR KLAIM

- provider_relation@sinarmas.co.id / Telp: (021) 2918 9999 ext. 18033, 18034, 18035

KONFIRMASI TAGIHAN RAWAT INAP & RAWAT JALAN

- provider_relation@sinarmas.co.id / Telp: (021) 2918 9999 ext. 18031, 18032

KONFIRMASI PERJANJIAN KERJASAMA

- provider_relation@sinarmas.co.id / Telp: (021) 2918 9999 ext. 18033, 18034, 18035

PT Asuransi Sinar Mas

Plaza Simas Lt 3,

Jl. KH. Fachruddin No.18, Jakarta 10250 - Indonesia

UP. Accident & Health Insurance Division



Lampiran 9

CHECKLIST KELENGKAPAN DOKUMEN TAGIHAN RAWAT INAP



UNTUK MENGHINDARI PENGEMBALIAN DOKUMEN DAN TERHAMBATNYA PROSES PEMBAYARAN MOHON DIPASTIKAN DATA-DATA INI DILENGKAPI PADA SAAT PENGIRIMAN DOKUMEN KEPADA ASURANSI SINAR MAS.

DOKUMEN KELENGKAPAN TAGIHAN RAWAT INAP	Beri Tanda pada Kotak
---	-----------------------

A. Data Penagihan :

1. Surat Pengantar Tagihan	
2. Kwitansi asli bermaterai (atau pasien atau kwitansi bermaterai atas nama PT. Asuransi Sinar Mas)	
3. Billing Perincian biaya asli	
4. Perincian biaya perawatan dan ekster: biaya Sinar Sehat Corporate	

B. Dokumen Penunjang:

1. Surat Jaminan	
2. Surat Pernyataan yang sudah dilengkapi dan ditandatangani petugas RS dan Pasien	
3. Formulir Kronologi kejadian yang telah dilengkapi dan ditandatangani apabila pasien dirawat akibat kecelakaan	
4. Copy resep rincian nama obat-obatan	
5. Resume Medis: Formulir Rawat Inap Asuransi Sinar Mas	
6. Hasil Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, dll) jika diblukkan dan Hasil Interpretasi	
7. Formulir pelaporan Rawat Inap pada saat Pasien masuk perawatan	

C. Tambahan Dokumen penunjang untuk kasus tertentu :

1. Untuk semua kasus operasi pengangkatan jaringan (Tumor, Appendicitis) dan sejenisnya, Pemeriksaan Patologi Anatomi (selama operasi cukup adekuat untuk dilakukan PA) WAJIB dilakukan tanpa kecuali (dengan tanpa taras dokter).	
2. Untuk Tindakan Odontectomi, Foto Panoramic WAJIB dilakukan dan hasil Foto Panoramic wajib dilampirkan	
3. Untuk kasus trauma : Formulir Kronologi kejadian yang telah dilengkapi dan ditandatangani apabila pasien dirawat akibat kecelakaan	
4. Fotocopy SIM (sesuai dengan jenis kendaraan kasus: Kecelakaan Lalu Lintas) jika pasien sebagai pengendara pada kasus Kecelakaan Lalu Lintas (KLL)	
5. Pemisahan biaya, jika dilakukan lebih dari 1 tindakan operasi	
6. Pemisahan biaya sterilisasi dari biaya SC (khusus untuk Klaim Maternity)	
7. Rincian biaya yang dibayar pasien di RS	
8. Apabila dilakukan lebih dari 1 tindakan operasi dan telah diinformasikan bahwa tindakan tersebut tidak dijamin oleh ASM. Mohon agar dilakukan pemisahan biaya.	
9. Copy Dokumen persetujuan ASM atas tindakan yang dilakukan	
10. Melampirkan surat keterangan lahir untuk klaim Melahirkan	