

soft copy/melalui aplikasi dan *hard copy*) pada hari dan tanggal PIHAK KEDUA menyerahkan klaim.

5. PIHAK KESATU harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh PIHAK KEDUA dan diterima oleh PIHAK KESATU.
6. Dalam hal klaim yang diajukan oleh PIHAK KEDUA tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, PIHAK KESATU mengembalikan seluruh berkas klaim kepada PIHAK KEDUA dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.
7. Dalam hal PIHAK KESATU tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender sebagaimana dimaksud pada angka 4, berkas klaim dinyatakan lengkap.
8. Hari ke 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada angka 6 dihitung mulai hari pengajuan klaim PIHAK KEDUA yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.
9. Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di PIHAK KEDUA adalah sebagai berikut:
 - a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 - 1) Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan PIHAK KEDUA atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 - 2) Kuitansi asli bermaterai; dan
 - 3) Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak Pengajuan Klaim Biaya Pelayanan Kesehatan bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan PIHAK KEDUA atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan;
 - b. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 - 1) bukti pendukung pelayanan; dan
 - 2) kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.
10. Pengajuan klaim pelayanan **RJTL**, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. hasil pemeriksaan penunjang;
- d. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- e. *checklist* klaim rumah sakit; dan
- f. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi PIHAK KESATU.

Keterangan:

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan komunikasi data, luaran aplikasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud dalam angka 6 huruf f dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada PIHAK KESATU.

11. Pengajuan klaim pelayanan **RITL**, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
- b. resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi;
- d. hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- e. surat perintah rawat inap;
- f. surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan (*Fraud*) rumah sakit;
- g. *checklist* klaim rumah sakit; dan
- h. luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi PIHAK KESATU.

Keterangan:

Fasilitas Kesehatan di daerah terpencil yang belum memiliki jaringan

komunikasi data, luaran aplikasi pengajuan klaim sebagaimana dimaksud dalam angka 7 huruf h dapat dikirimkan dalam media penyimpanan data kepada PIHAK KESATU.

12. Pengajuan klaim pelayanan Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:
 - a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. resep obat dan protokol terapi untuk obat kemoterapi; dan
 - c. dokumen lain yang dipersyaratkan sesuai restriksi obat dalam FORNAS.
13. Pengajuan klaim pelayanan Alat Bantu Kesehatan, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:
 - a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. klaim pelayanan kacamata dilengkapi dengan:
 - 1) resep kacamata; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan kacamata yang memuat harga kacamata.Keterangan: Penyelenggara pelayanan kacamata adalah Optikal yang bekerja sama dengan PIHAK KESATU.
 - c. Pengajuan klaim pelayanan alat bantu dengar harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep alat bantu dengar;
 - 2) hasil pemeriksaan audiometri; dan
 - 3) tanda bukti penerimaan alat bantu dengar memuat harga alat bantu dengar.
 - d. Pengajuan klaim pelayanan protesa alat gerak harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep protesa alat gerak; dan
 - 2) tanda bukti protesa alat gerak yang memuat harga protesa alat gerak;
 - e. Pengajuan klaim pelayanan protesa Gigi harus dilengkapi dengan:
 - 1) resep protesa gigi; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan protesa gigi yang memuat harga protesa gigi.
 - f. Pengajuan klaim Korset Tulang Belakang harus dilengkapi dengan:

- 1) resep korset tulang belakang; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan korset tulang belakang yang memuat harga korset tulang belakang.
- g. Pengajuan klaim pelayanan *Collar Neck* harus dilengkapi dengan:
- 1) resep *collar neck*; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan *collar neck* yang memuat harga *collar neck*.
- h. Pengajuan klaim pelayanan Kruk harus dilengkapi dengan:
- 1) resep kruk; dan
 - 2) tanda bukti penerimaan kruk yang memuat harga kruk.
- i. Penagihan Alat Bantu Kesehatan diluar paket INA-CBG yang penyediaanya dilakukan oleh PIHAK KEDUA dilakukan secara kolektif oleh PIHAK KEDUA.
14. Pengajuan klaim pelayanan Ambulan ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh PIHAK KEDUA, dengan kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:
- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta;
 - b. surat pengantar rujukan pasien yang berisi informasi kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk dari dokter yang merawat;
 - c. bukti pelayanan ambulans yang memuat informasi tentang:
 - 1) identitas pasien;
 - 2) waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari Fasilitas Kesehatan perujuk dan jam tiba di Fasilitas Kesehatan tujuan);
 - 3) nama Fasilitas Kesehatan perujuk; dan
 - 4) nama Fasilitas Kesehatan tujuan rujukan.
 - d. tanda terima Fasilitas Kesehatan penerima rujukan; dan
 - e. bukti pembayaran jika ambulans menggunakan kapal penyeberangan.
15. Pengajuan klaim pelayanan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

- a. lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta; dan
 - b. resep permintaan CAPD dari dokter yang merawat.
16. Pengajuan klaim pelayanan Gawat Darurat ditagihkan secara kolektif setiap bulan oleh PIHAK KEDUA, dengan kelengkapan sebagaimana kelengkapan pelayanan RJTL atau RITL.
17. Dalam hal PIHAK KEDUA telah melaksanakan sistem pengelolaan klaim secara elektronik, PIHAK KESATU dapat meminta dokumen kelengkapan administrasi klaim dalam bentuk *softcopy* dan/atau melalui transaksi data elektronik.
18. Verifikasi dan Pembayaran Tagihan:
- a. PIHAK KESATU melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud pada Lampiran II angka 4 atau lampiran II angka 6.
 - b. PIHAK KESATU melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi sebagaimana dimaksud pada huruf a yang telah dinyatakan sesuai.
 - c. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh PIHAK KESATU belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada PIHAK KEDUA untuk mendapatkan konfirmasi, disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.
 - d. Berkas klaim yang dikembalikan sebagaimana dimaksud pada huruf c dapat diajukan kembali oleh PIHAK KEDUA pada pengajuan klaim bulan berikutnya.
 - e. PIHAK KESATU mengajukan persetujuan klaim kepada PIHAK KEDUA dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan paling lambat pada hari ke 10 sejak Berita Acara berkas lengkap.
 - f. Persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf e dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat PIHAK KEDUA yang ditunjuk. Hasil persetujuan verifikasi

oleh PIHAK KEDUA sebagaimana dimaksud, diterima kembali di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota PIHAK KESATU paling lambat satu hari setelah formulir diterima oleh PIHAK KEDUA.

- g. Dalam hal PIHAK KEDUA pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim sebagaimana dimaksud pada huruf f, PIHAK KEDUA dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim PIHAK KESATU, dan proses selanjutnya terhadap klaim dapat dilanjutkan. Persetujuan Klaim yang telah ditanda tangani oleh PIHAK KEDUA dapat disusulkan paling lambat pada hari jatuh tempo pembayaran klaim. Dalam hal terjadi keterlambatan penyerahan persetujuan klaim kepada PIHAK KEDUA, maka PIHAK KEDUA harus membuat Pernyataan Keterlambatan tersebut.
- h. PIHAK KESATU wajib melakukan pembayaran kepada PIHAK KEDUA berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat:
 - 1) 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 4; atau
 - 2) 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II angka 6.
- i. Dalam hal pembayaran kepada PIHAK KEDUA jatuh pada hari libur, pembayaran pada PIHAK KEDUA dilakukan pada hari kerja berikutnya.
- j. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim:
 - 1) Lembar persetujuan hasil verifikasi yang telah ditanda tangani oleh PIHAK KEDUA.
 - 2) Kuitansi asli bermaterai cukup.
- k. PIHAK KESATU tidak bertanggung jawab untuk membayar tagihan yang timbul karena PIHAK KEDUA memberikan pelayanan kesehatan di luar yang menjadi hak Peserta.
- l. Biaya transfer antar bank menjadi tanggungan PIHAK KEDUA.
- m. Nomor Rekening yang akan digunakan untuk pembayaran tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada PIHAK KEDUA adalah sebagai berikut:

Nama Pada Rekening : RSUD Muntilan
Nomor Rekening : 1062000666
Bank : Bank Jateng
Cabang : Cabang Pembantu Muntilan

19. Ketentuan Denda Keterlambatan Pembayaran Tagihan Klaim

- a. PIHAK KESATU wajib membayarkan ganti rugi keterlambatan pembayaran tagihan klaim pelayanan kesehatan sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional.
- b. Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran klaim oleh PIHAK KESATU, maka akan dihitung mulai pada hari ke-16 sejak berita acara kelengkapan berkas klaim dikeluarkan.
- c. Ganti rugi sebagaimana dimaksud dihitung secara proporsional untuk setiap hari kalender keterlambatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- d. PIHAK KEDUA dapat memanfaatkan program *Supply Chain Financing (SCF)* dengan pihak Bank untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kepada Peserta Jaminan Kesehatan.

20. Pelaksanaan INA-CBG

- a. Klaim pelayanan tingkat lanjutan dilakukan dengan sistem INA-CBG. Untuk dapat mengoperasikan *software* INA-CBG maka PIHAK KEDUA harus mempunyai nomor registrasi yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan RI sesuai ketentuan yang berlaku. Kewajiban untuk memiliki nomor registrasi dilakukan sebelum penandatanganan perjanjian kerja sama dan menjadi bagian dari persyaratan kerja sama;
- b. PIHAK KEDUA harus memiliki Petugas administrasi klaim atau Koder untuk melakukan input tagihan pelayanan ke dalam *software* INA-CBG sesuai tatalaksana INA-CBG yang berlaku.
- c. Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah

- dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit.
- d. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat.
 - e. Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter
 - f. Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP).
 - g. Dalam hal tertentu coder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani resume medik;
 - h. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim sebagai 1 (satu) episode INA-CBG dengan jenis pelayanan rawat inap;
 - i. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosis akan tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder dari diagnosis utamanya maka diklaimkan sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri yang mengatur tentang Episode Perawatan;
 - j. PIHAK KEDUA melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif INA-CBG.

21. Apabila dalam pengajuan klaim/tagihan oleh PIHAK KEDUA terdapat klaim/tagihan yang bermasalah (*dispute claim*) maka berhak untuk menangguhkan pembayaran atas klaim/tagihan yang bermasalah tersebut. Penyelesaian *dispute claim* mengacu pada regulasi yang berlaku.
22. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian pada saat verifikasi administrasi atau verifikasi pelayanan maka PIHAK KESATU berhak melakukan konfirmasi kepada PIHAK KEDUA dan Peserta.

PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN
CABANG MAGELANG



dr. DYAH MIRYANTI, A.A.K
KEPALA

PIHAK KEDUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MUNTILAN KABUPATEN
MAGELANG



dr. M. SYUKRI, M.P.H
DIREKTUR

Lampiran III Perjanjian

Nomor : 560/KTR/VI-04/1219

Nomor : 019.5/2017/48/2019

KESEPAKATAN REGIONALISASI TARIF DENGAN PERSI PROVINSI
(Dilampirkan BA Kesepakatan Regionalisasi Tarif antara BPJS Kesehatan Provinsi dan PERSI Provinsi)



**KESEPAKATAN BERSAMA
REGIONALISASI TARIF PELAYANAN KESEHATAN
BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN**

Pada hari ini Rabu tanggal Dua Puluh Satu bulan Desember tahun Dua Ribu Enam Belas, yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Nama **Dr. Arie Jatnika, MM, AAK**
Jabatan: Kepala BPJS Kesehatan Divisi Regional VI
Alamat: Jalan Teuku Umar Nomor 43 Semarang
Bertindak untuk dan atas nama serta sah mewakili BPJS Kesehatan Divisi Regional VI berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 1200/Reg.04/0318 tanggal 15 Maret 2016, selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**.

2. Nama **Dr. Arif Rahman Saded, SpF, MEd, SH, DHM**
Jabatan: Sekretaris Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
Daerah Jawa Tengah
Alamat: Jl. Dr. Suljeno No 16 Semarang
Bertindak untuk dan atas nama serta sah mewakili PERSI Daerah Jawa Tengah, berdasarkan Keputusan Pengurus Pusat Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia Nomor 153/SK/PP-PERSI/2015 Tanggal 5 Januari 2015 Tentang Pengurus PERSI dan MAKERSI Daerah Jawa Tengah Periode Tahun 2014 - 2017, selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**.

Selanjutnya **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** bersepakat tentang Regimisasi Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan sebagai berikut:

Regionalisasi Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Provinsi Jawa Tengah	Regional Regional I (Daerah)

PIHAK PERTAMA
BPJS KESEHATAN DIVISI REGIONAL VI

Dr. Arie Jatnika, MM, AAK
NIP. 02228

PIHAK KEDUA
PERSI DAERAH JAWA TENGAH

Dr. Arif Rahman Saded, SpF, MEd, SH, DHM
NIP. 197003302009011002

Lampiran IV Perjanjian

Nomor : 560/KTT/VI-04/2019

Nomor : 019.5/2017/48/2019

HASIL KREDENSIALING/REKREDENSIALING*)

Tanggal Kredensialing/Rekredensialing : 20 Desember 2019

A. Profil FRKTL

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 1. Nama PIHAK KEDUA | : RSUD Muntilan Kab.Magelang |
| 2. Klasifikasi PIHAK KEDUA | : Rumah Sakit C |
| 3. Kepemilikan | : Pemerintah Daerah Kab.Magelang |
| 4. Alamat | : Jl.Kartini No 13 Muntilan |

B. Pemenuhan Kriteria Wajib**1. Surat Ijin Operasional dan Penetapan Kelas**

Nomor	Masa Berlaku
SIOP: 180.182/581/KEP/21/2015	26/11/2015 SD 26/11/2020
Penetapan kelas: No. 105/Menkes/SK/11/1988	Tidak ada masa berlaku

2. Surat Ijin Praktik Tenaga Kesehatan

Sesuai data yang ada pada aplikasi Health Facilities Information System (HFIS) BPJS Kesehatan.

3. Perjanjian Kerja Sama dengan Jejaring

No	Nama Jejaring	Nomor PKS dan Masa Berlaku	Jenis Pelayanan
1	PMI Kabupaten Magelang	No : 019.5/2232/48/2018 31/12/2018 sd 31/12/2019	Darah
2	Laboratorium Prodia	No: 019.5/2184/48/2018 26/12/2018 sd 31/12/2019	Laborat Klinik
3	PT Darindo Abadi Sejahtera dan PT Wastec International	No : 019.5a/2233/48/2018 31/12/2018 sd 31/12/2019	Pengangkutan Limbah Medis
4	CV Timdis	No : 019.5/188/48/2019 01/02/2019 sd 01/02/2020	Limbah padat

5	PT Dexe Arfindo Pratama	No : 019.6/496.4/18/2014 04/08/2014 sd 04/08/2019	Alat-alat Instalasi Lab
6	PT Dexe Arfindo Pratama	No : 019.5/1644/48/2017 23/10/2017 sd 23/10/2020	Alat Hematologi
7	PT Dian Jaya Baru	No : 019.5/743/48/2018 04/05/2018 sd 04/05/2021	Pengoperasian alat blood gas
8	SK Kepala Lingkungan Hidup	No :188.45/1122/KEP/15/2016 13/06/2016 sd 13/06/2021	Pembuangan Limbah Cair

4. Sertifikat Akreditasi

Nomor Sertifikat dan Jenis Akreditasi	Masa Berlaku
KARS-SERT/1229/XII/2019 Akreditasi Tingkat Paripurna	20/11/2019 sd 19/11/2022

C. Kriteria Teknis

1. Jenis/lingkup Pelayanan

Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

No	Poli Pelayanan Spesialistik	Jumlah Poli yang tersedia untuk pelayanan Peserta JKN-KIS	Keterangan
1	Spesialis penyakit Dalam.	3	
2	Spesialis Bedah	2	
3	Spesialis Syaraf	2	
4	Spesialis Anak	2	
5	Spesialis Obsgyn	1	
6	Spesialis Orthopedi	1	
7	Spesialis Mata	1	
8	Spesialis Kesehatan Jiwa	1	
9	Spesialis Radiologi	1	
10	Spesialis Kedokteran Gigi Anak	1	
11	Spesialis THT	1	

Fasilitas Pelayanan

No	Jenis Pelayanan	Jumlah Alat (Unit)	Keterangan
1	Laboratorium	1	
2	Radiologi	1	
3	Pesawat Stasioner	1	
4	Pesawat RO mobile	1	
5	Pesawat UPG	1	
6	CR	1	
7	USG	5	
8	EKG	15	
9	EEG	1	
10	Hemodialisa	8	
11	Radiografi Konvensional	1	
12	Panoramic	1	
13	Barium meal	1	
14	Barium enema	1	
15	Lopografi	1	
16	Fistulografi	1	
17	Appendicografi	1	
18	Follow through	1	
19	HSG	1	
20	Oesophagografi	1	
21	OMD	1	
22	Rectografi	1	
23	BNO IVP	1	
24	Urografi intravena	1	
25	Uretrosistografi/Sistografi	1	
26	Uretrografi/Uretrografi bipolar	1	
27	VCT	1	

Pelayanan Darah

No	Unit Penyelenggara Pelayanan Darah	Keterangan
1	Kerja sama dengan PMI	PMI Cabang kabupaten Magelang

2. Sumber Daya Manusia

Dokter Spesialis dan Sub Spesialis

No	Jenis Spesialisasi/ Subspesialisasi	Jumlah dokter	Pemenuhan Surat Ijin Praktek	
			Ada dan Masih Berlaku	Tidak ada/Habis masa berlaku
1	Spesialis penyakit Dalam.	4	4	
2	Spesialis Bedah	2	2	
3	Spesialis Syaraf	2	2	
4	Spesialis Anak	3	3	
5	Spesialis Osgyn	4	4	
6	Spesialis Orthopaedi	1	1	
7	Spesialis Mata	1	1	
8	Spesialis Kesehatan Jiwa	1	1	
9	Spesialis Patologi Anatomi	2	2	
10	Spesialis Patologi Klinik	1	1	
11	Spesialis Radiologi	1	1	
12	Spesialis Anesthesi	2	2	
13	Spesialis KFR	2	2	
14	Spesialis Kedokteran Gigi Anak	1	1	
15	Spesialis THT	1	1	

Tenaga Kesehatan lain

Jenis Ketenagaan	Jumlah
1. Perawat	1. 264 orang
2. Apoteker	2. 4 orang
3. Bidan	3. 33 orang

Tenaga Penunjang

Jenis Ketenagaan	Jumlah
1. Tenaga Koder/ Tenaga entry data klaim	1. 4 orang
2. Petugas <i>Customer Service</i> (yang difungsikan untuk handling complain peserta JKN-KIS)	2. 2 orang

3. Petugas yang bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan entry data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP	3. 3 orang	
---	------------	--

Keterangan: eviden berupa surat penunjukan dari Direktur/Pimpinan RS

3. Kelengkapan Sarana Prasana

Tempat Tidur (TT) Rawat Inap Perawatan Biasa

No	Nama Ruangan	Setara Kelas (VIP,I,II,III)	Jumlah Tempat Tidur Keseluruhan	Jumlah Tempat Tidur Bagi Peserta JKN-KIS	Keterangan
1	Ruang Menur	VIP,I,II	14 TT	14 TT	
2	Ruang Gladiol	VIP,I,II,III	22 TT	22 TT	
3	Ruang Aster	VIP	10 TT	10 TT	
4	Ruang Flamboyan	VIP, I,II,III	31 TT	31 TT	
5	Ruang Dahlia	III	26 TT	26 TT	
6	Ruang Mawar	III	21 TT	21 TT	
7	Ruang Anggrek	III	22 TT	22 TT	
8	Ruang Seruni	I,II,III	18 TT	18 TT	

Tempat Tidur (TT) Rawat Inap Perawatan Intensive

No	Nama Ruangan Pelayanan Intensive	Jumlah TT	Jumlah Tempat Tidur Bagi Peserta JKN-KIS	Keterangan
1	Ruang ICU	8 TT	8 TT	
2	Ruang NICU	16 TT	16 TT	
3	Ruang VK	8 TT	8 TT	
4	IMC	4 TT	4 TT	
5	Ruang PICU	2 TT	2 TT	

Kamar Operasi (Bedah)

No	Jumlah Kamar Operasi (Bedah)	Keterangan
1	4 Kamar	4 Meja Operasi

4. Komitmen Pelayanan

No	Komitmen
1	Tidak melakukan pungutan biaya tambahan kepada peserta diluar ketentuan yang berlaku
2	Menyediakan sarana dan petugas pemberian informasi dan penanganan pengaduan peserta Jaminan Kesehatan
3	Tidak melakukan diskriminasi terhadap pasien umum ataupun pasien JKN-KIS
4	Melaksanakan rujukan berjenjang dan program rujuk balik sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta berkomitmen untuk mencapai target Peserta Program Rujuk Balik sesuai yang telah ditetapkan yaitu 100% dari target Program Rujuk Balik yang sudah ditetapkan berdasarkan data masterfile potensi PRB yang ada. Cat: Utk 9 Diagnosa PRB
5	Berkomitmen Memiliki dan Mengirimkan Rencana Kebutuhan Obat bagi Peserta JKN kepada Kementerian Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku
6	Menyediakan ruang perawatan kelas I, II dan III untuk peserta JKN-KIS tanpa kuota atau pembatasan

*) Keterangan:

Salinan Hasil Kredensialing/Rekredensialing sesuai format yang berlaku menjadi lampiran IV Perjanjian. Informasi atau penjelasan lebih detil diisikan pada matriks diatas.

PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN
CABANG MAGELANG



dr. DYAH MIRYANTI, AAK
KEPALA

PIHAK KEDUA
RSUD MUNTILAN KABUPATEN
MAGELANG



dr. M. SYUKRI, M.P.H
DIREKTUR

**FORMULIR KREDENSIALING
FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
(UNIT PELAYANAN HEMODIALISA)**

1. Nama Faskes : RSUD MUNTILAH

2. Nama Program/Unit : DIREKTORIFEMAHISUDMUNTILAH

3. Alamat : JL. GASTRE NO. 10 MUNTILAH

4. No. Telpun & Email : 0803470041 / mudiakmg@gmail.com

5. Eigenitas : PEMERINTAH DAERAH

3. PERSYARATAN MUTU

Standarisasi Pendidikan

- 1) Sertifikasi/ Aplikasi Perencanaan Kerja Sama sesuai Fasilitas RSUD
- 2) Sertifikasi Operasional Penyelenggaraan Hemodialisa *
- 3) Sertifikasi Praktek (SP) tenaga kebidanan yang berpraktek
- 4) Nomor Pokok Registrasi Pekar (NPPR) tenaga ahli nama Fasilitas
- 5) Surat Pernyataan Keptuhan Manusia (SKPM) lengkap yang Terakreditasi dengan Jaminan Kesehatan Nasional

Keahlian

1. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
2. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
3. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
4. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
5. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang

Keahlian

1. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
2. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
3. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
4. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang
5. Perawat: minimal 2 orang, minimal 1 orang

KETERANGAN	BOBOT		SKOR + BOBOT	KETERA PERILAKU	NILAI KREDENSIALING KEBERHASILAN
	BOBOT 40%	BOBOT 10%			
1. Subunit atau program unit dalam Pelayanan : Dokter Spesialis Gagal Ginjal (GSG)	<input type="checkbox"/> tidak ada	<input checked="" type="checkbox"/> ada	100	tidak ada = 0, ada = 100	
2. Penyelenggara pelayanan atau unit Pelayanan : Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Gagal Ginjal (KSG) dan atau Dokter Penyakit Dalam berkeahlian di pelayanan hemodialisa dan anggota praktik	<input type="checkbox"/> tidak ada	<input checked="" type="checkbox"/> ada	100	tidak ada = 0, ada = 100	
3. Dokter Spesialis Gagal Ginjal (GSG) atau spesialis atau spesialis	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada	<input type="checkbox"/> ada	0	tidak ada = 0, 1 orang = 75, > 1 orang = 100	
4. Dokter Spesialis Penyakit Dalam berkeahlian di pelayanan hemodialisa atau pelayanan lain	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada	<input type="checkbox"/> ada	0	tidak ada = 0, 1 orang = 75, > 1 orang = 100	
5. Perawat ahli hemodialisa	<input type="checkbox"/> 1-2 orang	<input checked="" type="checkbox"/> 3 orang	100	1-2 = 0, 3 orang = 75, > 3 orang = 100	
6. Tenaga administrasi dengan keahlian khusus mesin dialisa	<input checked="" type="checkbox"/> tidak ada	<input type="checkbox"/> ada	0	tidak ada = 0, 1 orang = 75, > 1 orang = 100	
SUB TOTAL SUMBER DAYA MANUSIA					
			24		

B. KELENGKAPAN SARANA DAN PRASARANA (PERALATAN DAN BANGUNAN)		20%	SKOR	SKOR / BOBOT	KRITERIA PENILAIAN	NILAI KRITERIA/KEPEROLEHAN
1. Bangunan	30%					
a. Kamar Rawat	<input type="checkbox"/> Sewa <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada	10%	10	1,78	Sewa = 50, Tidak Ada = 100	
b. Ruang Peralatan Medis HD untuk kepatan & mesin HD	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	20%	10	1,56	Tidak ada = 0, ada = 100	
c. Ruang Perawatan Dialisis Renal	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	18%	10	0,18	Tidak ada = 0, ada = 100	
d. Ruang Tindakan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	20%	10	1,56	Tidak ada = 0, ada = 100	
e. Ruang Hemodialisis	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	10%	10	0,26	Tidak ada = 0, ada = 100	
f. Ruang Saraf	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	10%	10	0,18	Tidak ada = 0, ada = 100	
g. Ruang Penyimpanan Obat	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	15%	10	0,15	Tidak ada = 0, ada = 100	
h. Ruang Penyulang Obat	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	10%	10	0,28	Tidak ada = 0, ada = 100	
2. Peralatan		70%	100	5,5		
a. 4 tempat mesin hemodialisis tetap pakai	<input type="checkbox"/> < 4 mesin HD <input checked="" type="checkbox"/> 4 mesin HD <input type="checkbox"/> > 4 mesin HD	30%	100	3,3	4-10, 4 = 75, > 4 = 100	
b. Peralatan mesin dialisis manual ada standar	<input checked="" type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Otomatis	20%	50	2,1	Manual = 50, Otomatis = 100	
c. Peralatan bedah ada medis	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	20%	100	4,2	Tidak ada = 0, ada = 100	
d. Peralatan pengalihan air untuk dialisis yang memenuhi standar	<input type="checkbox"/> Tidak Ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada	20%	100	4,2	Tidak ada = 0, ada = 100	
C. RSTMB		100%	500	25,876667		
SID TOTAL KELENGKAPAN SARANA DAN PRASARANA (PERALATAN DAN BANGUNAN)		100%	500	25,876667		
1. Melakukan pencatatan pelayanan hemodialisis ke dalam Rujukan Medis		25%	50	2,3	Non elektronik = 10, Elektronik = 100	
2. Meneliti standar pelayanan medis atau prosedur pelayanan medis serta bersedia memberikan pelayanan sesuai prosedur pelayanan klinik RS		20%	100	4,5	Tidak Ada = 0, Ada = 100	
3. Meneliti Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit		20%	100	4,5	Tidak Ada = 0, Ada = 100	
4. Melakukan pemantauan dan pelayanan rumah jaga dan Keperawatan Intensive Care Unit yang sudah selesai yang sudah ditetapkan, meliputi jumlah pasien, jenis penyakit, jenis pelayanan, kualitas yang diberikan, jumlah rujukan		35%	100	4,5	Tidak Ada = 0, Ada, dokumen lengkap dan lengkap dengan baik = 100	
SUB TOTAL SISTEM		100%	500	15,17		
D. PROSEDUR DAN ADMINISTRASI		10%	50	1,517		
1. Pelaksanaan Administrasi		10%	100	1,5	18 orang = 0, > 10 orang = 100	
a. Ruang Perawatan		10%	100	1,5	Tidak ada = 0, Ada = 100	
b. Ruang Unit Perawatan SEP		10%	100	1,5	Tidak ada = 0, Ada = 100	
c. Komputer klinik untuk perawatan pasien		20%	100	3,3	Tidak ada = 0, Ada = 100	
d. Jaringan Internet						
e. Pelayanan Administrasi						
SUB TOTAL ADMINISTRASI		10%	50	1,517		
NILAI KRITERIA/KEPEROLEHAN						

- Program Property Management (PM) Cetak Teras	<input type="checkbox"/> Tidak selesai	<input checked="" type="checkbox"/> 1 orang	<input type="checkbox"/> > 1 orang	10%	10	1,2	Tidak selesai = 1, 1 orang > 1 orang = 10	Eviden : Surat Tugas dan Program yang memuat nama dan nomor lokasi	
- Program Property Charge (PC) AS	<input type="checkbox"/> Tidak selesai	<input checked="" type="checkbox"/> 1 orang	<input type="checkbox"/> > 1 orang	10%	10	1,2	Tidak selesai = 1, 1 orang > 1 orang = 10	Eviden : Surat Tugas dan Program yang memuat nama dan nomor lokasi	
- Program Property dan Persepsi SEP	<input type="checkbox"/> Tidak selesai	<input checked="" type="checkbox"/> 1 orang	<input type="checkbox"/> > 1 orang	10%	50	8,8	Tidak selesai = 1, 1 orang > 1 orang = 10	Eviden : Surat Tugas dan Program yang memuat nama dan nomor lokasi	
2 Meneliti Sistem Aplikasi Persepsi melalui SMS Gateway sistem persepsi online melalui website atau aplikasi Android	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Ada		10%	50	8,8	Tidak ada = 0, Ada = 100		
4. Tumbuhnya sarana dan prasarana pembicaraan informasi Aksi penanganannya perencana presentasi Jernang Perumahan	<input type="checkbox"/> Tidak Ada	<input checked="" type="checkbox"/> Ada		10%	100	1,8	Tidak ada = 0, Ada = 100	Eviden : Surat Tugas dan Program yang memuat nama dan nomor lokasi	
SUBTOTAL PROSEDUR DAN ADMINISTRAS									
TOTAL								13,6	
								77	

Hasil Analisis:

- 40 - 50
- 50 - 75
- 75 - 90
- 90 - 100

- Sangat Tidak Memuaskan
- Tidak Memuaskan
- Cukup
- Sangat Memuaskan



Kous Tin Seddu Fudhis
(B. Tin Seddu)

Lampiran V Perjanjian

Nomor : 560/KTR/VI-04/2019

Nomor : 019.6/2057/A8/2019

SURAT PENGAJUAN BERKAS KLAIM

Berikut kami ajukan jumlah berkas klaim Peserta JKN-KIS untuk bulan pelayanan , yaitu sebagai berikut:

Jenis Pelayanan	Berkas Pengajuan		TXT Pengajuan		Keterangan
	Jumlah Kasus	Jumlah Biaya	Jumlah Kasus	Jumlah Biaya	
Rawat Jalan					
Rawat Inap					
Jumlah					

Untuk selanjutnya akan dilakukan proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan KCU/KC/KLOK sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pengajuan klaim ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yang Mengajukan Berkas,
Direktur Rumah Sakit.....

(.....)
NIP/NRP/....

- * kolom tandatangan diisi dengan nama jelas dan di stempel instansi
- * lampiran jumlah berkas dan pengajuan per tanggal

Lampiran VI Perjanjian

Nomor : 560 /KTR/VI-04 /12 19

Nomor : 019 5/2997/48 /2019

**FORMAT SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK
PENGAJUAN KLAIM BIAYA PELAYANAN KESEHATAN**

KOP SURAT FASILITAS KESEHATAN (1)

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK
PENGAJUAN KLAIM BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

NOMOR : (2)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (3)

NIP/NRP/Nomor : (4)

Pegawai

Jabatan : (5)

Dengan ini menyatakan dan bertanggung jawab secara penuh atas hal-hal sebagai berikut:

1. Dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dalam rangka pengajuan klaim pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS dengan lengkap dan benar, dan siap diaudit sewaktu-waktu.
2. Kebenaran atas data peserta JKN-KIS yang telah dinyatakan meninggal di fasilitas kesehatan.
3. Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar dan menimbulkan kerugian negara, kami bersedia mengembalikan kerugian tersebut dan dilakukan proses sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya,

..... (6)
Yang bertanda tangan

Materai 6000

..... (7)
NIP/NRP/Nomor Pegawai (8)

Keterangan:

- (1) Diisi dengan logo/kop surat Fasilitas Kesehatan.
- (2) Diisi dengan nomor Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.
- (3) Diisi nama pejabat berwenang penanda tangan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.
- (4) Diisi dengan NIP/NRP atau Nomor Pegawai.
- (5) Diisi dengan name jabatan penanda tangan Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak.
- (6) Diisi dengan tempat dan tanggal.
- (7) Diisi sama dengan nomor (3).
- (8) Diisi sama dengan nomor (4).

Lampiran VII Perjanjian

Nomor : 560/KTR/VI.04/1219

Nomor : 019.5/2017/48/2019

BERITA ACARA SERAH TERIMA KLAIM

Pada hari initanggal..... bulan tahun, Rumah Sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan Kantor Cabang/KLOK untuk klaim bulan pelayanantahun dengan rincian sebagai berikut:

Jenis Pelayanan	Berkas Pengajuan		TXT Pengajuan		Keterangan
	Jumlah Kasus	Jumlah Biaya	Jumlah Kasus	Jumlah Biaya	
Rawat Jalan					
Rawat Inap					
Jumlah					

Untuk selanjutnya akan dilakukan proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang/KLOK sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih,

Jakarta, 2020

Penerima Klaim,
Verifikator,

Pengaju Klaim
Rumah Sakit.....

(.....)
NPP :

(.....)
NIP/ NRP :

Lampiran VIII Perjanjian

Nomor : 960 /KTR/VI-04/1219

Nomor : 019.9/2057/48/2019

**SURAT PERNYATAAN PEMERIKSAAN KLAIM
OLEH TIM PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) RUMAH SAKIT
Nomor :**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Jabatan : Ketua Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) RS
Nama RS : RS

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Menjamin kebenaran bahwa klaim pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS bulan pelayanan Tahun yang diajukan ke BPJS Kesehatan Cabang telah mendapat pemeriksaan dari Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) RS yang dibentuk berdasarkan SK Nomor
2. Apabila dikemudian hari ditemukan adanya klaim yang tidak sesuai dan terindikasi potensi kecurangan, maka kami bersedia melakukan klarifikasi dan konfirmasi serta membantu menyelesaikan permasalahan tersebut dan memastikan hal serupa tidak terulang kembali.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada paksaan/tekanan dari Pihak manapun.

.....
Ketua Tim Pencegahan Kecurangan RS.....

(.....)

Lampiran IX Perjanjian

Nomor : 560 /KTR /VI-04 /1219

Nomor : 019.G /2907 /42 / 2019

BERITA ACARA HASIL VERIFIKASI KLAIM
BULAN PELAYANAN.....

Pada hari ini bulan tahun setelah pihak BPJS Kesehatan KCU/KC/KLOK melakukan proses verifikasi untuk tagihan klaim yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit pada bulan pelayanan 2020, telah diperoleh hasil verifikasi sebagai berikut:

No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya	Kasus	Biaya	Kasus	Biaya
1	Layak						
2	Tidak Layak						
3	Pending						

*)Adapun rinciannya terlampir dan untuk selanjutnya, kasus tagihan LAYAK sebanyak kasus dengan jumlah biaya sebesar Rp. (Terbilang:) akan dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Sedangkan untuk klaim TIDAK LAYAK sebanyak kasus dengan jumlah biaya sebesar Rp. (Terbilang :) tidak dapat dibayarkan karena tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku dan untuk PENDING (Klaim Dispute) sebanyak kasus dengan jumlah biaya sebesar Rp. (Terbilang:.....) belum dapat kami bayarkan karena belum sesuai dengan kaidah dan ketentuan yang berlaku (berita acara dan detail rekapan terlampir).

Demikian berita acara ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

..... 2020

Pihak Pertama,
Ka Bidang PMR Cabang

Pihak Kedua,
Rumah Sakit.....

(.....)
NPP :

(.....)
NIP/ NRP :

Lampiran X Perjanjian

Nomor : 960/KTR/VI.04/1219

Nomor : 010.9/2007/48/2019

BERITA ACARA PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM

Berdasarkan Surat Pengajuan Klaim RS.....Nomor.....tanggal.....maka pada hari ini.....tanggal.....bulan.....tahun dua ribu.....kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama :
Jabatan : Verifikator 1
2. Nama :
Jabatan : Verifikator 2

Telah melakukan pemeriksaan, pengujian dan penilaian secara langsung terhadap berkas pelayanan program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk bulan pelayanan.....yang dilaksanakan oleh RS.....dan dengan memperhatikan (*menyesuaikan kondisi daerah masing-masing):

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman INA CBG dalam Pelaksanaan JKN
- c. Pedoman dan Kaidah Koding ICD 10 untuk Diagnosa dan ICD 9 CM untuk Prosedur
- d. Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SE HK Menkes) 03.03 Tahun 2015 dan Tahun 2016
- e. Hasil Kesepakatan Dewan Pertimbangan Medik (DPM)
- f. Hasil temuan DPK

Untuk itu menyatakan belum dapat dibayarkan karena terdapat ketidaksesuaian dengan pedoman serta regulasi yang berlaku yaitu :

No	Alasan Ketidak sesuaian	Status*	Jenis Pelayanan	Jumlah Kasus	Keterangan

Demikian berita acara ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.
Yang Menyatakan:

1.(nama jelas)tanda tangan
2.(nama jelas)tanda tangan

Mengetahui,
Ka. Bidang PMR Cabang,
(.....)

Catatan :

Status Pending: Berkas yang tidak sesuai tersebut diperbaiki sesuai dengan kaidah dan regulasi yang sesuai dan dapat diajukan kembali pada bulan pelayanan selanjutnya.

Status Tidak Layak: Berkas klaim tidak dapat dibayarkan BPJS Kesehatan

Lampiran XI Perjanjian

Nomor : 660 /KTR/VI-04 /1219

Nomor : 0199/2957/48/2019

TARIF PELAYANAN AMBULAN

TARIF AMBULAN
Berdasarkan Peraturan Bupati Magelang
Nomor 4 tahun 2012

1. Tarif ambulance dihitung jumlah jarak kilometer pulang pergi (PP)
2. Tarif ambulance untuk 5 (lima) kilometer pertama ditetapkan sebagai berikut:

WAKTU	TARIF (Rp)
Siang hari (jam 06.00 s/d 18.00)	50.000
Malam hari (jam 18.00 s/d 06.00)	60.000

3. Tarif ambulance setelah 5 (lima) kilometer pertama ditetapkan sebagai berikut:

WAKTU	TARIF (Rp)
Siang hari (jam 06.00 s/d 18.00)	1.25 x harga BBM per kilometer
Malam hari (jam 18.00 s/d 06.00)	1.50 x harga BBM per kilometer

4. Besarnya tarif tunggu mobil ambulance ditetapkan sebagai berikut:

WILAYAH	TARIF PER JAM (Rp)
Jawa Tengah dan DIY	5.000
Luar Jawa Tengah dan DIY	25.000

Lampiran XII Perjanjian

Nomor : 960 / KTR / VI - 04 / 2019

Nomor : 010.9 / 2017 / 48 / 2019

PANDUAN MANUAL VERIFIKASI KODING



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

**BERITA ACARA
KESEPAKATAN BERSAMA
PANDUAN PENATALAKSANAAN SOLUSI
PERMASALAHAN KLAIM INA CBG
TAHUN 2018**

No. JP 02.06/3/2018/ADU

No. 420 / BA / 1118

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- | | |
|---------|--|
| 1. Nama | : dr. Kalsum Komaryani, MPPM |
| Jabatan | : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI |
| 2. Nama | : dr. Budi Mohamed Anief, MM, AAK |
| Jabatan | : Deputi Direktori Bidang Jaminan Pembiayaan
Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan |

Berdasarkan dari hasil pertemuan kedua belah pihak pada pembahasan Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG Tahun 2018, telah disepakati diagnosis dan tindakan prioritas yang terdiri atas aspek coding, medis dan administrasi.

Hasil kesepakatan dalam lampiran berita acara ini menjadi referensi bersama bagi BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit dalam melaksanakan proses verifikasi klaim INA CBG.

Demikian Berita Acara ini dibuat dan ditandatangani secara bersama-sama oleh para pihak secara sukarela tanpa ada paksaan apapun.

Kepala PPJK
Kementerian Kesehatan RI

dr. Kalsum Komaryani, MPPM

Deputi Direktori Bidang JPK Rujukan
BPJS Kesehatan

dr. Budi Mohamed Anief, MM, AAK

Lampiran XIII Perjanjian

Nomor : 560/KTR/VI - 04/2019

Nomor : 019.6/2017/48/2019

SLA DAN ALUR PENYELESAIAN DISPUTE KLAIM

Service Level Agreement Penyelesaian Dispute Klaim adalah sebagai berikut:

Jenis Dispute	Kantor Cabang	Divisi Regional	Kantor Pusat
	Waktu (hari kerja)		
Dispute Koding	5 hari	5 hari	14 hari
Dispute Medis	14 hari	14 hari	21 hari

Alur Penyelesaian Dispute Klaim

- Dilampirkan prosedur operasional Kantor Cabang sesuai Surat Edaran Direktur Pelayanan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Penatalaksanaan Penyelesaian Dispute Klaim dalam Penyelenggaraan JKN.

