

PERJANJIAN KERJA SAMA
ANTARA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN CABANG
MAGELANG
DENGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
TENTANG
PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN
BAGI PESERTA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

Nomor : 560/KTR/VI-04/1219

Nomor : 019.5 / 2957 / 48 / 2019

Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani di Magelang, pada hari Senin tanggal Tiga puluh bulan Desember tahun Dua ribu sembilan belas, oleh dan antara:

- I. **dr. DYAH MIRYANTI, AAK** selaku Kepala BPJS Kesehatan Cabang Magelang yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Gatot Subroto No. 2 Magelang, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Direksi BPJS Kesehatan Nomor : 5174/Peg-04/1217 tanggal 11 Desember 2017 karenanya sah bertindak untuk dan atas nama serta mewakili BPJS Kesehatan, selanjutnya disebut “ **PIHAK KESATU**”;
- II. **dr. M. SYUKRI, MPH** selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Kartini No. 13 Muntilan, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya tersebut berdasarkan Keputusan Bupati Magelang Nomor : 180.182/57/KEP/13/2016 tanggal 3 Maret 2016 karenanya sah

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ 8	4

bertindak untuk dan atas nama serta mewakili Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang, selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**".



Selanjutnya **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** yang secara bersama-sama disebut **PARA PIHAK** dan masing-masing disebut **PIHAK** sepakat untuk menandatangani Perjanjian Kerja Sama tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan selanjutnya disebut Perjanjian dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:

PASAL 1

DEFINISI DAN PENGERTIAN

Kecuali apabila ditentukan lain secara tegas dalam Perjanjian ini, istilah-istilah di bawah ini memiliki pengertian-pengertian sebagai berikut:

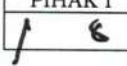
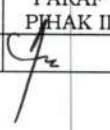
1. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh;
2. Alat bantu kesehatan adalah alat kesehatan yang dibayarkan diluar paket kapitasi dan/atau INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku;
3. Asosiasi Fasilitas Kesehatan adalah Asosiasi fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.O2.O2/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, yang ditetapkan untuk melakukan negosiasi besaran pembayaran pelayanan kesehatan, pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- Kesehatan, serta pemberian masukan teknis dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Audit adalah proses membandingkan antara data/informasi yang disajikan (asersi) dengan ketentuan yang seharusnya, dilengkapi dengan identifikasi masalah, analisis, dan evaluasi bukti yang dilakukan secara independen, objektif dan profesional berdasarkan standar audit, untuk menilai kebenaran, kecermatan, kredibilitas, efektivitas, efisiensi, dan keandalan informasi penyelenggaraan fungsi bisnis. Fungsi bisnis yang dimaksud di dalam perjanjian adalah fungsi pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi proses kerja sama, penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pengajuan dan pembayaran tagihan klaim sebagaimana dimaksud di dalam lingkup perjanjian;
 5. Audit Administrasi Klaim adalah proses mencari, menemukan, dan mengumpulkan bukti secara sistematis terkait ketentuan administrasi klaim yang bertujuan mengungkapkan terjadi atau tidaknya suatu penyalahgunaan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan. Audit Administrasi Klaim dilakukan oleh Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun **hanya** dalam hal ditemukan indikasi penyalahgunaan. Hasil dari Audit Administrasi Klaim dapat berupa: klaim yang telah sesuai dan klaim yang tidak sesuai. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan. Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak sepakat untuk melakukan pengembalian, maka terhadap hasil Audit Administrasi Klaim tersebut dapat dilakukan tindak lanjut penyelesaian (eskalasi) kepada Tim PK-JKN Kabupaten/Kota dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

6. Auditor BPJS Kesehatan atau Auditor **PIHAK KESATU** adalah pegawai tetap **PIHAK KESATU** yang diberi tugas (dengan melampirkan surat tugas), tanggung jawab, wewenang, dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan audit;
7. Auditor Eksternal **PIHAK KESATU** adalah lembaga pengawas independen yang melakukan pengawasan terhadap BPJS Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
8. Badan Pengawas Rumah Sakit (BPRS) adalah Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia yang selanjutnya disingkat BPRS adalah unit nonstruktural pada kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara eksternal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat, ketentuan lengkap mengenai BPRS sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit;
9. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum, yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden;
10. Bulan Pelayanan adalah bulan dimana **PIHAK KEDUA** memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta;
11. Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) dan Tim Pertimbangan Klinis Provinsi (TPK) adalah Dewan yang dibentuk oleh Menteri untuk DPK dan oleh Gubernur untuk TPK guna memberikan pertimbangan klinis terkait pelaksanaan Program JKN guna penguatan sistem dan penyelesaian sengketa klinis;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

12. Dokumen klaim diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan. Kelengkapan dokumen pembayaran klaim terdiri dari: dokumen pengajuan klaim, Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dan Formulir Persetujuan Hasil Verifikasi (FPHV) yang disetujui dan ditandatangani oleh manajemen **PIHAK KEDUA** dan kuitansi asli bermaterai cukup;
13. *E-Catalogue* Obat atau katalog elektronik obat adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis, dan harga barang tertentu dari berbagai Penyedia Barang/Jasa Pemerintah, yang digunakan sebagai dasar pembayaran klaim pelayanan obat diluar paket INA CBG;
14. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disingkat Faskes adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat;
15. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (disingkat FKRTL) yang selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA** adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus;
16. Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam jaminan kesehatan nasional;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ 8	/

17. Identitas Peserta adalah identitas yang didapatkan sebagai bukti telah terdaftar sebagai Peserta Jaminan Kesehatan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta yang terintegrasi dengan Nomor Identitas Kependudukan kecuali untuk bayi baru lahir;
18. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah;
19. Kecurangan (*fraud*) adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program Jaminan Kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
20. Kelas Perawatan adalah ruang perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I sebagai manfaat non medis berupa akomodasi layanan rawat inap yang diberikan berdasarkan besaran iuran Peserta;
21. Klaim *dispute* adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh **PIHAK KESATU** dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara **PIHAK KESATU** dengan **PIHAK KEDUA** yang dinyatakan dengan Berita Acara Dispute Klaim;
22. Klaim kadaluarsa adalah klaim yang sudah melewati batas ketentuan pengajuan yaitu lebih dari 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan;
23. Klaim layak yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator **PIHAK KESATU** dan memenuhi

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

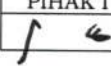
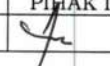
- ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
24. Klaim *pending* yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi;
 25. Klaim reguler adalah penagihan klaim periodik bulan pelayanan sebelumnya yang ditagihkan pada Bulan berjalan. Klaim reguler ditagihkan satu bulan penuh atau minimal ditagihkan 75% dari jumlah SEP terbit yang tertuang dalam Surat Pengajuan Klaim dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim;
 26. Klaim susulan adalah sisa tagihan klaim reguler sesuai dengan jumlah yang tertuang dalam surat pengajuan klaim dan atau klaim pending yang belum diajukan pada periode pertama pengajuan klaim bulan sebelumnya;
 27. Klaim tidak layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh **PIHAK KESATU**;
 28. Klasifikasi Rumah Sakit adalah Penetapan kelas Rumah Sakit didasarkan pada: pelayanan; sumber daya manusia; peralatan; dan bangunan dan prasarana, dengan kewenangan penetapan sesuai ketentuan yang berlaku;
 29. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya;
 30. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 31. Penyelesaian ketidaksepakatan (*dispute*) baik dalam hal coding maupun medis yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah waktu yang

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>J S</i>	<i>Jr</i>

- dibutuhkan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dengan merujuk pada *Service Level Agreement (SLA)* yang berlaku;
32. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan;
 33. Rekredensialing adalah proses penilaian ulang terhadap pemenuhan persyaratan kriteria wajib, kriteria teknis dan penilaian kinerja pelayanan terhadap **PIHAK KEDUA**, dalam rangka menilai kesesuaian kelas Rumah Sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan dalam rangka akan melakukan perpanjangan kerja sama dengan BPJS Kesehatan. (Untuk Rumah Sakit dilakukan paling cepat 6 bulan sebelum perjanjian berakhir);
 34. *Review* Kelas adalah pembinaan dan pengawasan oleh Menteri dalam rangka kesesuaian kelas rumah sakit sesuai dengan standar klasifikasi yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan, yang dilaksanakan menggunakan instrumen penilaian berupa aplikasi RS online dan Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK);
 35. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit;
 36. Sumber Daya Manusia (SDM) Klinis adalah profesional pemberi asuhan klinis yang dimiliki **PIHAK KEDUA** yang merupakan staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien;
 37. *Survey Walk Through Audit (WTA)* adalah umpan balik yang diberikan oleh peserta JKN-KIS atau potret pengalaman peserta JKN-KIS tentang pelayanan yang diberikan oleh **PIHAK KESATU** dan atau **PIHAK KEDUA**, yang bertujuan untuk mendapatkan informasi terkait pengalaman peserta BPJS Kesehatan atas pelayanan **PARA PIHAK**, dan dapat

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- digunakan hasilnya oleh **PARA PIHAK** untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan;
38. Tarif *Indonesian-Case Based Group* yang selanjutnya disebut Tarif INA CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis, berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Menteri;
 39. Tarif Non INA CBG merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Tata cara pengajuan klaim Tarif Non INA CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA CBG berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Menteri;
 40. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya atau selanjutnya disebut TKMKB adalah Tim yang dibentuk sesuai ketentuan perundang-undangan dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan. TKMKB terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur: a. organisasi profesi; b. akademisi; dan c. pakar klinis. Tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis **PIHAK KEDUA**;
 41. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KESATU** atau selanjutnya disebut Tim PK-JKN **PIHAK KESATU** adalah Tim yang dibentuk BPJS Kesehatan dalam rangka pencegahan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional yang berasal dari unit kerja yang melaksanakan fungsi pencegahan kecurangan di Kantor Cabang, termasuk melakukan audit administrasi klaim;
 42. Tim Pencegahan Kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional **PIHAK KEDUA** adalah Tim pencegahan Kecurangan JKN di **PIHAK KEDUA** terdiri atas unsur satuan pemeriksaan internal, komite medik, perekam medis, Koder, dan unsur lain yang terkait dalam rangka pencegahan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai ketentuan perundang-undangan;

43. Urun Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan;
44. Selisih Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya;
45. Verifikasi adalah proses uji kebenaran terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**, yang dilakukan secara rutin setiap bulannya oleh Verifikator **PIHAK KESATU**, menggunakan aplikasi yang berlaku;
46. Verifikasi Paska Klaim adalah proses uji kebenaran terhadap klaim yang sudah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang terindikasi adanya ketidaksesuaian dengan ketentuan perundang-undangan, yang dilakukan secara rutin setiap bulannya oleh Verifikator **PIHAK KESATU**. Hasil dari verifikasi paska klaim dapat berupa: klaim yang telah sesuai dan klaim yang tidak sesuai. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan. Dalam hal **PIHAK KEDUA** tidak sepakat untuk melakukan pengembalian, maka terhadap hasil verifikasi paska klaim tersebut dapat dilakukan tindak lanjut penyelesaian (eskalasi) kepada Tim PK-JKN **Kabupaten/Kota** dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan;
47. Verifikator adalah pegawai tetap **PIHAK KESATU** yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan yang diajukan **PIHAK KEDUA**.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

PASAL 2
MAKSUD DAN TUJUAN

- (1) Maksud dari Perjanjian adalah melakukan kerja sama yang setara dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan.
- (2) Tujuan dari Perjanjian ini adalah terselenggaranya Jaminan Kesehatan bagi Peserta dengan syarat dan ketentuan yang diatur dalam Perjanjian.

PASAL 3
RUANG LINGKUP DAN PROSEDUR

- (1) Ruang lingkup perjanjian ini meliputi pemberian Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berupa upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang terdiri dari rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
- (2) Dalam hal akan terdapat penambahan lingkup pelayanan di dalam Perjanjian pada jangka waktu pelaksanaan Perjanjian, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan kajian dan visitasi terhadap jenis pelayanan dimaksud, untuk kemudian dituangkan di dalam Addendum Perjanjian.
- (3) Penambahan lingkup pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Pasal ini, tidak termasuk dalam hal terjadinya penambahan SDM Klinis untuk jenis pelayanan yang telah tersedia pada saat penandatanganan Perjanjian.
- (4) Uraian Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan dan Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Perjanjian ini.

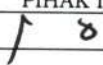

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>J B</i>	<i>[Signature]</i>

PASAL 4
HAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

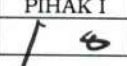
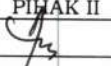
Tanpa mengesampingkan hak dan kewajiban dalam pasal-pasal lain dari Perjanjian ini, **PARA PIHAK** sepakat untuk merinci hak dan kewajiban masing-masing sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

(1) Hak **PIHAK KESATU**

- a. Mendapatkan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia klinis dan sarana prasarana **PIHAK KEDUA**;
- b. Mendapatkan informasi tentang pelayanan kepada peserta (termasuk melihat resume medis dan jika diperlukan **PIHAK KESATU** dapat melihat rekam medis pasien seperlunya di tempat **PIHAK KEDUA** tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopi sesuai dengan peraturan perundang-undangan) dengan didampingi **PIHAK KEDUA** yang diberi kewenangan oleh Direktur/Pimpinan **PIHAK KEDUA**;
- c. Memberikan teguran dan atau peringatan tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya penyimpangan terhadap pelaksanaan kewajiban **PIHAK KEDUA** dalam Perjanjian ini dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan PERSI wilayah dalam rangka upaya pembinaan;
- d. Meninjau kembali Perjanjian ini apabila **PIHAK KEDUA** tidak memberikan tanggapan terhadap teguran dan/atau peringatan tertulis ditembuskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, PERSI setempat;
- e. Melakukan verifikasi terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**;
- f. Melakukan verifikasi paska klaim terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan **PIHAK KEDUA**;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- g. Melakukan audit administrasi klaim sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun, hanya dalam hal ditemukan indikasi penyalahgunaan oleh Tim PK-JKN **PIHAK KESATU**;
- h. Melakukan audit terhadap klaim yang telah dibayarkan kepada **PIHAK KEDUA** yang dilakukan oleh Auditor **PIHAK KESATU**, dalam hal diperlukan sehubungan dengan kegiatan pemeriksaan di **PIHAK KESATU**;
- i. Mendapatkan jaminan perlindungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- j. Menerima informasi dari **PIHAK KEDUA** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia.
- (2) Kewajiban **PIHAK KESATU**
- a. Menyediakan dan memberikan informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim, memberi umpan balik data utilisasi pelayanan kesehatan, dan mekanisme kerja sama pada **PIHAK KEDUA**;
- b. Mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender sejak klaim diajukan oleh **PIHAK KEDUA** dan diterima oleh **PIHAK KESATU**. Dalam hal **PIHAK KESATU** tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari kalender maka berkas klaim dinyatakan lengkap;
- c. **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang jelas dalam hal terdapat klaim pending;
- d. **PIHAK KESATU** wajib memberikan alasan yang tegas dan jelas dalam hal terdapat keterlambatan pembayaran klaim dan membayar denda keterlambatan sesuai ketentuan perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 12 ayat (8) perjanjian ini;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- e. Melakukan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau sejak sudah terpenuhinya ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b. Dalam hal pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** jatuh pada hari libur maka pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dilakukan pada hari kerja berikutnya;
- f. Melakukan evaluasi dan penilaian atas pelayanan kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** secara berkala baik berupa rekredensialing atau penilaian kinerja, bersama Dinas Kesehatan;
- g. Melakukan sosialisasi ketentuan dan prosedur terkait Jaminan Kesehatan secara berkala *stakeholder* terkait/pihak yang berkepentingan berkoordinasi dengan **PIHAK KEDUA**.
- h. Menyimpan rahasia informasi peserta yang digunakan untuk proses pembayaran klaim;
- i. Membayar kekurangan pembayaran kepada **PIHAK KEDUA** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh pihak eksternal maupun internal dan/atau verifikasi paska klaim yang telah disepakati oleh **PARA PIHAK**;
- j. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KEDUA**;
- k. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. **PIHAK KESATU** menyediakan aplikasi yang akan dipergunakan oleh **PIHAK KEDUA** untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN-KIS untuk pencetakan surat eligibilitas yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) terbatas hanya yang berhubungan dengan administrasi klaim **PIHAK KEDUA**;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- m. Menyelenggarakan pelayanan penanganan pengaduan Peserta bersama dengan **PIHAK KEDUA**;
- n. Menerima pengajuan klaim **PIHAK KEDUA** dengan ketentuan yaitu berupa 1 (satu) kali pengajuan klaim reguler dan 1 (satu) kali pengajuan klaim susulan dan 1 (satu) kali pengajuan klaim pending dalam setiap 1 (satu) bulan, dengan ketentuan teknis sebagaimana diatur di dalam Lampiran Perjanjian;
- o. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance*.

(3) Hak **PIHAK KEDUA**:

- a. Memperoleh informasi tentang kepesertaan, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim dan mekanisme kerja sama;
- b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap;
- c. Memperoleh informasi dan aplikasi (*software*) terkait dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku dalam rangka tata kelola administrasi;
- d. Apabila dibutuhkan, memberikan klarifikasi dan informasi terhadap hasil verifikasi dan audit kepada **PIHAK KESATU**;
- e. Menerima kekurangan pembayaran dari **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya kekurangan bayar berdasarkan hasil audit oleh auditor internal dan eksternal yang melakukan pengawasan terhadap **PIHAK KESATU**;
- f. Apabila setelah memberikan klarifikasi dan informasi sebagaimana dimaksud pada huruf d diatas, **PARA PIHAK** belum menemukan kesepakatan, maka **PARA PIHAK** dapat mengajukan penyelesaian

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

sesuai dengan hirarki penyelesaian sesuai ketentuan perundang-undangan;

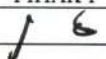

- g. Memberikan klarifikasi dan jawaban terhadap teguran dari **PIHAK KESATU**;
- h. Mengusulkan penambahan lingkup pelayanan yang belum ada di dalam Perjanjian, untuk selanjutnya dilakukan mekanisme sebagaimana dimaksud di dalam Pasal 3 ayat (2) Perjanjian ini.

(4) Kewajiban **PIHAK KEDUA**:

- a. Melayani Peserta dengan baik sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan kedokteran, prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi **PIHAK KEDUA** serta tidak melakukan pungutan biaya tambahan diluar ketentuan kepada peserta Jaminan Kesehatan;
- b. Melaksanakan dan mendukung program Jaminan Kesehatan sesuai ketentuan perundang-undangan;
- c. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data dengan spesifikasi yang sudah ditentukan;
- d. Menyediakan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) yang mudah diakses oleh Peserta untuk kepentingan proses administrasi pelayanan Peserta JKN-KIS, yang secara fungsional telah memenuhi persyaratan yang ditentukan **PIHAK KESATU**, yang kemudian akan digunakan dalam rangka integrasi dengan Aplikasi **PIHAK KESATU**;
- e. Menyediakan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia Klinis, sarana prasarana, peralatan medis **PIHAK KEDUA**, sistem antrian dan informasi ketersediaan Tempat Tidur Rawat Inap baik Perawatan Biasa (Umum) maupun Perawatan Khusus (*Intensive*) yang dapat diakses oleh peserta dan fasilitas kesehatan, serta informasi lain. Termasuk di dalam informasi lain adalah memberikan rekam

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- medis berupa ringkasan rekam medis (resume medis). Dalam hal dibutuhkan untuk menindaklanjuti hasil audit dan/atau verifikasi paska klaim, **PIHAK KESATU** dapat melihat rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- f. Dalam hal **PIHAK KESATU** dilakukan audit oleh Auditor Eksternal sesuai ketentuan perundang-undangan, kemudian terbukti terjadi kelebihan pembayaran, maka **PIHAK KEDUA** selaku pihak terkait berkewajiban memberikan konfirmasi dan mengembalikan kelebihan pembayaran tersebut;
 - g. Menyediakan unit yang memiliki fungsi pelayanan informasi dan penanganan pengaduan Peserta Jaminan Kesehatan terkait layanan peserta oleh **PIHAK KEDUA**;
 - h. Memberikan jaminan perlindungan terhadap keamanan, kesehatan, dan keselamatan peserta, petugas dan pengunjung di lingkungan Rumah Sakit **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan perundang-undangan.
 - i. Menjaga nama baik (reputasi) **PIHAK KESATU**;
 - j. Membentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - k. **PIHAK KEDUA** dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib menginformasikan ketersediaan ruang rawat inap kepada peserta;
 - l. Memberikan informasi kepada Peserta dan **PIHAK KESATU** dalam hal terjadinya pengurangan atau penghentian sebagian operasional pelayanan kesehatan yang menyebabkan Peserta tidak bisa lagi mendapatkan pelayanan tersebut, baik untuk jangka waktu sementara ataupun seterusnya.
 - m. Memberikan laporan rutin setiap bulannya kepada **PIHAK KESATU** dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia, serta bertanggung jawab terhadap kebenaran data tersebut.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- n. Memiliki kebijakan/pedoman dan melaksanakan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*.

PASAL 5
KERAHASIAAN INFORMASI

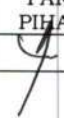
- (1) **PARA PIHAK** termasuk pegawainya diwajibkan untuk menyimpan setiap pengetahuan dan informasi rahasia yang menyangkut Pihak lainnya, dengan tidak mengungkapkan atau memberitahukan kepada siapapun atau menggunakan atau mengeksploitasi untuk tujuan apapun termasuk melakukan usaha yang sungguh-sungguh untuk mencegah pegawainya melakukan hal tersebut.
- (2) **PARA PIHAK** dilarang, tanpa persetujuan tertulis dari Pihak lainnya untuk memberitahukan, membuka atau memberikan informasi, keterangan atau hal yang sejenisnya yang menyangkut isi atau yang berhubungan dengan Perjanjian ini, selama berlakunya dan sesudah berakhirnya Perjanjian ini, kepada pihak ketiga lainnya baik yang berupa badan hukum, perorangan, kecuali:
- a. Kepada instansi pemerintah yang berwenang mengatur atau mengeluarkan ijin tentang hal-hal yang diperjanjikan dalam Perjanjian ini;
 - b. Informasi tersebut yang saat ini atau sewaktu-waktu di kemudian hari dapat menjadi atau tersedia untuk masyarakat umum;
 - c. Diperintahkan oleh badan peradilan atau instansi pemerintah lainnya secara tertulis dan resmi, berkaitan dengan proses penegakan hukum atas suatu perkara yang terkait dengan hal-hal yang diatur dalam Perjanjian ini;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- d. Menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, informasi tersebut harus disampaikan kepada pihak lain yang disebut secara jelas dalam peraturan perundang-undangan tersebut, dan atau untuk perbaikan Program Jaminan Kesehatan secara keseluruhan.
- (3) Pengetahuan dan informasi rahasia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- Informasi mengenai pasien
 - Informasi mengenai alasan penolakan klaim
 - Informasi mengenai rincian klaim
 - Informasi rahasia lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- (4) Pelaksanaan integrasi Aplikasi **PIHAK KESATU** dan **PIHAK KEDUA** sebagaimana dimaksud pada Pasal 4, yang menyebabkan terjadinya pertukaran data **PARA PIHAK**, maka penggunaan data yang dipertukarkan tersebut dilaksanakan terbatas untuk kepentingan **PARA PIHAK**.

PASAL 6 KELAS PERAWATAN

- (1) Hak Peserta atas kelas/kamar perawatan adalah sesuai dengan kelas/kamar perawatan.
- (2) Dalam hal Peserta harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit **PIHAK KEDUA**, maka **PIHAK KESATU** menjamin Peserta atas kelas/kamar perawatan yang ditentukan sebagai berikut:
- hak ruang perawatan kelas III bagi:
 - Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah; dan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- 2) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III;
 - 3) Peserta Penerima Upah yang mengalami PHK beserta keluarganya;
- b. hak ruang perawatan kelas II bagi:
- 1) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - 2) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - 3) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - 4) Peserta PPU selain angka 1 sampai dengan angka 3, kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah sampai dengan Rp4.000.000,00 (empat juta rupiah);
 - 5) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
- c. hak ruang perawatan kelas I bagi:
- 1) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
 - 2) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah beserta anggota keluarganya;
 - 3) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- 4) Prajurit dan penerima pensiun Prajurit yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 5) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
 - 6) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
 - 7) Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
 - 8) Peserta Pekerja Penerima Upah selain angka 1) sampai dengan angka 5), kepala desa dan perangkat desa, dan Pekerja/pegawai sesuai ketentuan perundang-undangan, dengan Gaji atau Upah lebih dari Rp 4.000.000,00 (Empat juta rupiah); dan
 - 9) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.
- (3) Peserta dapat meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan atau membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan
- (4) Selisih antara biaya yang dijamin oleh **PIHAK KESATU** dengan biaya akibat peningkatan pelayanan dapat dibayar oleh:
- a. Peserta yang bersangkutan;
 - b. Pemberi kerja; atau
 - c. asuransi kesehatan tambahan.
- (5) Untuk Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah pada Program Jaminan Kesehatan, Peserta Penerima Upah yang mengalami Pemutusan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

- Hubungan Kerja dan anggota keluarganya tidak diperkenankan meningkatkan perawatan yang lebih tinggi dari haknya.
- (6) Untuk peserta yang melakukan pindah kelas perawatan atas permintaan sendiri dalam satu episode perawatan hanya diperbolehkan untuk satu kali pindah kelas perawatan.
- (7) Bagi peserta yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar selisih biaya setiap episode rawat inap dengan ketentuan:
- a. Peningkatan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya hanya dapat dilakukan satu tingkat lebih tinggi dari kelas yang menjadi hak peserta.
 - b. Pembayaran Selisih Biaya dilakukan dengan ketentuan:
 - 1) untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dan dari kelas 2 ke kelas 1, harus membayar Selisih Biaya antara Tarif INA CBG pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan Tarif INA CBG pada kelas rawat inap yang sesuai dengan hak Peserta;
 - 2) untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1, harus membayar Selisih Biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA CBG Kelas 1. Kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1 meliputi VIP/VVIP/ Super VIP/Suite.
- (8) Ketentuan mengenai selisih biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (7) diatas ditetapkan oleh direktur/kepala rumah sakit, kepala daerah, atau pemilik rumah sakit sesuai dengan status kepemilikannya.
- (9) **PIHAK KEDUA** wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya kepada penjamin sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) Pasal ini, sebelum peserta menerima pelayanan di atas kelas yang menjadi haknya.

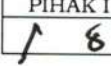

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ 6	/ 7

- (10) Dalam hal ruang rawat inap yang menjadi hak peserta penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari. Selanjutnya dikembalikan ke ruang perawatan yang menjadi haknya. Bila masih belum ada ruangan sesuai haknya, maka **PIHAK KEDUA** menawarkan kepada peserta untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang setara atau selisih biaya tersebut menjadi tanggung jawab (dibebankan) sesuai peraturan yang berlaku.
- (11) Apabila kelas sesuai hak peserta penuh dan kelas satu tingkat di atasnya penuh, peserta dapat dirawat di kelas satu tingkat lebih rendah paling lama 3 (tiga) hari dan kemudian dikembalikan ke kelas perawatan sesuai dengan haknya. Apabila perawatan di kelas yang lebih rendah dari haknya lebih dari 3 (tiga) hari, maka **PIHAK KESATU** membayar kepada **PIHAK KEDUA** sesuai dengan kelas dimana peserta dirawat.
- (12) Bila semua kelas perawatan di rumah sakit tersebut penuh maka **PIHAK KEDUA** menawarkan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang setara dengan difasilitasi oleh **PIHAK KEDUA** dan berkoordinasi dengan **PIHAK KESATU**.
- (13) **PIHAK KEDUA** wajib memberitahukan kepada Peserta konsekuensi yang timbul (perkiraan selisih biaya) dari hal berkehendak mengambil kelas/kamar perawatan di atas haknya dan meminta kepada Peserta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia membayar selisih biaya yang timbul.
- (14) Dalam hal Peserta Jaminan Kesehatan (kecuali peserta PBI dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah) menginginkan kenaikan kelas perawatan atas permintaan sendiri, Peserta atau anggota keluarga harus menandatangani **surat pernyataan tertulis** dan selisih biaya menjadi tanggung jawab peserta.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
/ 6	4

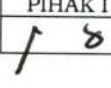
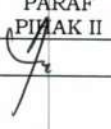
PASAL 7
TARIF PELAYANAN KESEHATAN

- (1) Tarif pelayanan kesehatan di **PIHAK KEDUA** ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan tingkat provinsi antara **PIHAK KESATU** dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di setiap Provinsi dengan mengacu pada standar tarif INA CBG yang ditetapkan oleh Menteri.
- (2) **PIHAK KEDUA** bersama-sama **PIHAK KESATU** wajib memastikan bahwa *software* INA CBG yang akan digunakan untuk mengajukan tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang berlaku.
- (3) Tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dilakukan **PIHAK KEDUA** diberlakukan tarif INA CBG berdasarkan kelompok kelompok tarif rumah sakit pemerintah kelas C sesuai klasifikasi rumah sakit dan regional tarif 1 (satu).
- (4) Apabila pada pertengahan masa berlakunya Perjanjian ini **PIHAK KEDUA** mendapatkan perubahan kategori dan/atau klasifikasi RS yang dibuktikan dengan Surat Izin Operasional yang diberikan oleh Menteri atau Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/kota, maka **PIHAK KESATU** akan melakukan rekredensialing terhadap pemenuhan kriteria teknis yang dipersyaratkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, maka **PIHAK KESATU** akan melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan *review* kelas rumah sakit.
- (6) Pembayaran klaim didasarkan pada tarif INA CBG yang berlaku sebelum pemberitahuan tertulis tentang perubahan kategori dan/atau klasifikasi

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

RS sampai dengan diterbitkannya rekomendasi penetapan hasil *review* kelas rumah sakit oleh Kementerian Kesehatan.

- (7) Hasil *review* kelas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatas dijadikan dasar penyesuaian kontrak oleh **PARA PIHAK**.
- (8) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan **PIHAK KEDUA** merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG).
- (9) Penggunaan obat diluar Formularium Nasional/diluar restriksi dan atau peresepan maksimal hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Farmasi dan Terapi dengan persetujuan Komite Medik atau Kepala/Direktur rumah sakit yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INA CBG dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.
- (10) Pelayanan Alat Kesehatan sudah termasuk dalam paket (INA CBG). **PIHAK KEDUA** dan jejaringnya wajib menyediakan alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan oleh Peserta sesuai indikasi medis.
- (11) Pelayanan obat penyakit kronis dan obat kemoterapi dibayarkan berdasarkan tarif diluar paket INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (12) Pelayanan obat sebagaimana dimaksud pada ayat (11) di atas diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam hal pelayanan obat tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan obat diluar paket INA CBG termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.
- (13) Pelayanan alat bantu kesehatan yang diberikan **PIHAK KEDUA** dibayarkan berdasarkan tarif di luar paket INA CBG sesuai ketentuan yang berlaku.
- (14) Pelayanan alat bantu kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) atau jejaringnya,

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

kecuali untuk pelayanan kacamata diberikan oleh Optik yang bekerja sama dengan **PIHAK KESATU**. Dalam hal pelayanan alat bantu kesehatan tersebut dilakukan oleh IFRS, maka pelayanan alat bantu kesehatan tersebut termasuk ke dalam lingkup Perjanjian ini.

PASAL 8
TATA CARA PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN
PELAYANAN KESEHATAN

Tata cara pengajuan dan pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan dalam pelaksanaan Perjanjian diuraikan sebagaimana pada Lampiran II Perjanjian ini.

PASAL 9
JANGKA WAKTU PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini berlaku untuk 1 (satu) tahun dan secara efektif berlaku terhitung sejak tanggal 1 Januari 2020 dan berakhir pada tanggal 31 Desember 2020.
- (2) Selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, **PARA PIHAK** sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Perjanjian ini melalui surat tertulis.
- (3) Pada jangka waktu sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) Pasal ini **PIHAK KESATU** akan melakukan penilaian kembali (rekredensialing) terhadap **PIHAK KEDUA** sesuai ketentuan yang berlaku.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

PASAL 10
MONITORING DAN EVALUASI

- (1) **PIHAK KESATU** melakukan penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** secara berkala melalui:
 1. *Utilization Review (UR)*.
 2. Hasil *Survey Walk Through Audit (WTA)*. Pelaksanaan pengambilan data *survey* dilakukan **PIHAK KESATU** didampingi oleh **PIHAK KEDUA**.
 3. Penilaian kepatuhan terhadap komitmen pelaksanaan perjanjian.
- (2) Hasil penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana ayat (1) Pasal ini akan disampaikan secara tertulis kepada **PIHAK KEDUA** dengan disertai rekomendasi (apabila diperlukan).
- (3) **PARA PIHAK** melakukan evaluasi atas pelaksanaan Perjanjian, termasuk penilaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Pasal ini, sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam satu jangka waktu Perjanjian.
- (4) **PARA PIHAK** melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan bersama-sama dengan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, PERSI setempat, akademisi dan profesi sesuai kewenangannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan.
- (5) Untuk kepentingan pemeriksaan atau audit yang dilaksanakan oleh pihak internal maupun pihak eksternal, disamping bukti pendukung klaim sebagaimana dimaksud dalam Lampiran II Perjanjian, **PIHAK KEDUA** juga wajib untuk menyediakan bukti pelayanan lain yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>/ s</i>	<i>/ r</i>

yang berlaku, sepanjang bukti yang diminta berhubungan dengan kasus yang di audit.

- (6) **PARA PIHAK** dapat melaksanakan verifikasi paska klaim terhadap klaim bulan berjalan yang telah dilakukan pembayaran.
- (7) Tim Pencegahan Kecurangan JKN **PIHAK KESATU** melaksanakan audit administrasi klaim terhadap klaim yang telah dilakukan pembayaran **PIHAK KESATU** sekurang-kurangnya 2 (dua) kali dalam setahun hanya dalam hal **PIHAK KEDUA** terindikasi penyalahgunaan pelayanan kesehatan.

PASAL 11

KADALUARSA KLAIM

- (1) Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.
- (2) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan:
 - a. bagi klaim yang belum dibayarkan oleh **PIHAK KESATU** karena belum adanya kesepakatan antara **PIHAK KESATU** dengan **PIHAK KEDUA** (*Dispute Klaim*);
 - b. *Dispute klaim* sebagaimana dimaksud pada huruf a, meliputi ketidaksepakatan dalam hal koding dan medis.
 - c. bagi klaim yang disebabkan karena belum diaturnya ketentuan penjaminan obat secara jelas untuk obat tertentu.
- (3) Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

PASAL 12

SANKSI

- (1) Dalam hal ditemukan ketidaksesuaian terhadap pelaksanaan isi Perjanjian yang dilakukan oleh **PARA PIHAK**, maka masing-masing **PIHAK** berhak meminta klarifikasi kepada **PIHAK** lain secara tertulis dengan tembusan ke Dinas Kesehatan setempat, PERSI setempat dan Badan Pengawas Rumah Sakit.
- (2) **PIHAK KESATU** dapat mengakhiri Perjanjian (tidak melanjutkan kerja sama) apabila **PIHAK KEDUA** tidak lulus atau tidak memenuhi standar pada tahap evaluasi sebagaimana dimaksud pada Pasal 10 ayat (3) dan (4) sesuai ketentuan perundang-undangan); atau dapat melanjutkan perjanjian dengan ketentuan yang ditetapkan oleh perundang-undangan;
- (3) Dalam hal **PIHAK KEDUA** memungut biaya tambahan kepada Peserta diluar ketentuan dan/atau melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini, maka **PIHAK KESATU** berhak melakukan teguran tertulis kepada **PIHAK KEDUA** maksimal sebanyak 3 (tiga) kali, dengan tembusan ke Dinas Kesehatan, PERSI setempat, dan Badan Pengawas Rumah Sakit.
- (4) Apabila **PIHAK KESATU** telah memberikan teguran tertulis sebanyak 3 (tiga) kali dan tidak ada tanggapan dan perbaikan dari **PIHAK** lainnya, maka **PIHAK** yang memberikan teguran berhak meninjau kembali atau mengakhiri Perjanjian ini.
- (5) Dalam hal salah satu **PIHAK** diketahui menyalahgunakan wewenang dengan melakukan kegiatan *moral hazard* atau terindikasi kecurangan yang dibuktikan dari hasil pemeriksaan Tim Audit Internal maupun Eksternal atau laporan rekomendasi hasil investigasi Tim Pencegahan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>


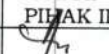
dan Penanganan Kecurangan JKN sehingga terbukti merugikan pihak lainnya, maka pihak yang menyalahgunakan wewenang tersebut berkewajiban untuk memulihkan kerugian yang terjadi dan pihak yang dirugikan dapat membatalkan Perjanjian ini secara sepihak.

- (6) Pengakhiran Perjanjian yang diakibatkan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) Pasal ini dapat dilakukan tanpa harus memenuhi ketentuan sebagaimana tertuang pada pasal 13 ayat (1) Perjanjian ini dan tidak membebaskan **PARA PIHAK** dalam menyelesaikan kewajiban masing-masing yang masih ada kepada pihak lainnya.
- (7) Dalam hal terjadi pengakhiran Perjanjian sebagaimana dimaksud di dalam ayat (6) Pasal ini, maka kerja sama dengan **PARA PIHAK** dapat dilaksanakan kembali paling cepat dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sejak pengakhiran Perjanjian.
- (8) Dalam hal keterlambatan pembayaran oleh **PIHAK KESATU**, maka **PIHAK KESATU** membayar denda kepada **PIHAK KEDUA** sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan secara proporsional.
- (9) Dalam hal tindakan Kecurangan JKN dilakukan oleh salah satu **PIHAK**, maka diberlakukan sanksi denda sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (10) Dalam hal ditemukan Surat Izin Praktek (SIP) Dokter **PIHAK KEDUA** yang tidak sesuai ketentuan perundang-undangan, maka **PIHAK KESATU** tidak dapat membayarkan biaya pelayanan kesehatan dimaksud.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>/ s</i>	<i>/ 27</i>

PASAL 13
PENGAKHIRAN PERJANJIAN

- (1) Perjanjian ini dapat dibatalkan dan atau diakhiri oleh salah satu Pihak sebelum Jangka Waktu Perjanjian, berdasarkan hal-hal sebagai berikut:
- a. Persetujuan **PARA PIHAK** secara tertulis untuk mengakhiri Perjanjian ini yang berlaku efektif pada tanggal dicapainya kesepakatan pengakhiran tersebut;
 - b. Salah satu Pihak melanggar ketentuan yang diatur dalam Perjanjian ini (wanprestasi) dan tetap tidak memperbaikinya setelah menerima surat teguran/peringatan maksimal sebanyak 3 (tiga) kali, dengan tembusan ke Dinas Kesehatan, PERSI dan BPRS setempat. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal surat pemberitahuan pengakhiran Perjanjian ini dari Pihak yang dirugikan;
 - c. Ijin usaha atau operasional salah satu Pihak berakhir dan/atau dicabut oleh Pemerintah. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal habis masa berlakunya dan/atau pada saat pencabutan ijin operasional **PIHAK KEDUA** oleh Pemerintah;
 - d. Salah satu Pihak melakukan merger, konsolidasi, atau diakuisisi oleh perusahaan lain yang mengakibatkan berubah atau berakhirnya ijin operasional. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal disahkannya pelaksanaan merger, konsolidasi atau akuisisi tersebut oleh Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia;
 - e. Salah satu Pihak dinyatakan bangkrut atau pailit oleh pengadilan. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal dikeluarkannya keputusan pailit oleh Pengadilan; dan
 - f. Salah satu Pihak mengadakan/berada dalam keadaan likuidasi. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal Pihak yang bersangkutan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

telah dinyatakan dilikuidasi secara sah menurut ketentuan dan prosedur hukum yang berlaku.

- g. Masa berlaku Sertifikat Akreditasi **PIHAK KEDUA** berakhir. Pengakhiran berlaku efektif pada tanggal habis masa berlakunya.
 - h. Salah satu **PIHAK** menerima relaas gugatan perdata dari PIHAK lainnya yang berkaitan dengan ketentuan pelaksanaan perjanjian ini, maka Perjanjian dinyatakan berakhir pada saat relaas gugatan tersebut diterima.
- (2) Dalam hal salah satu PIHAK bermaksud untuk mengakhiri Perjanjian ini secara sepihak sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, maka wajib memberikan pemberitahuan tertulis kepada **PIHAK lainnya** mengenai maksudnya tersebut sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sebelumnya.
 - (3) **PARA PIHAK** dengan ini sepakat untuk mengesampingkan berlakunya ketentuan dalam Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata, sejauh yang mensyaratkan diperlukannya suatu putusan atau penetapan Hakim/ Pengadilan terlebih dahulu untuk membatalkan/ mengakhiri suatu Perjanjian.
 - (4) Berakhirnya Perjanjian ini tidak menghapuskan hak dan kewajiban yang telah timbul dan tetap berlaku sampai terselesaikannya hak dan kewajibannya tersebut.

PASAL 14

KEADAAN MEMAKSA (*FORCE MAJEURE*)

- (1) Yang dimaksud dengan keadaan memaksa (selanjutnya disebut "*Force Majeure*") adalah suatu keadaan yang terjadinya di luar kemampuan,

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

kesalahan atau kekuasaan **PARA PIHAK** dan yang menyebabkan Pihak yang mengalaminya tidak dapat melaksanakan atau terpaksa menunda pelaksanaan kewajibannya dalam Perjanjian ini. *Force Majeure* tersebut meliputi bencana alam, banjir, wabah, perang (yang dinyatakan maupun yang tidak dinyatakan), pemberontakan, huru-hara, pemogokkan umum, kebakaran, dan kebijaksanaan Pemerintah yang berpengaruh secara langsung terhadap pelaksanaan Perjanjian ini.

- (2) Dalam hal terjadinya peristiwa *Force Majeure*, maka Pihak yang terhalang untuk melaksanakan kewajibannya tidak dapat dituntut oleh Pihak lainnya. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib memberitahukan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut kepada Pihak yang lain secara tertulis paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sejak saat terjadinya peristiwa *Force Majeure*, yang dikuatkan oleh surat keterangan dari pejabat yang berwenang yang menerangkan adanya peristiwa *Force Majeure* tersebut. Pihak yang terkena *Force Majeure* wajib mengupayakan dengan sebaik-baiknya untuk tetap melaksanakan kewajibannya sebagaimana diatur dalam Perjanjian ini segera setelah peristiwa *Force Majeure* berakhir.
- (3) Apabila peristiwa *Force Majeure* tersebut berlangsung terus hingga melebihi atau diduga oleh Pihak yang mengalami *Force Majeure* akan melebihi jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk meninjau kembali Jangka Waktu Perjanjian ini.
- (4) Semua kerugian dan biaya yang diderita oleh salah satu Pihak sebagai akibat terjadinya peristiwa *Force Majeure* bukan merupakan tanggung jawab Pihak yang lain.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

PASAL 15
MEKANISME PEMBERIAN INFORMASI
DAN PENANGANAN PENGADUAN

- (1) **PARA PIHAK** menyediakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal Peserta JKN-KIS atau **PIHAK KEDUA** membutuhkan pelayanan pemberian informasi dan penanganan pengaduan, maka mekanisme dilakukan sebagai berikut:
 - a. Peserta JKN-KIS menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada petugas yang telah ditentukan oleh **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** untuk melaksanakan fungsi pemberian informasi dan penanganan pengaduan.
 - b. **PIHAK KESATU** maupun **PIHAK KEDUA** melalui petugas yang telah ditunjuk sebagai pemberian informasi dan penanganan pengaduan, menyampaikan permintaan informasi dan penanganan pengaduan kepada **PIHAK LAINNYA** melalui staf yang telah diberikan kewenangan, baik melalui tatap muka langsung ataupun melalui media komunikasi lainnya (telepon; handphone; atau aplikasi yang berlaku).
 - c. Dalam hal diperlukan eskalasi dan atau tindak lanjut, maka **PARA PIHAK** saling berkoordinasi melalui petugas yang telah diberikan kewenangan.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>

PASAL 16
PENYELESAIAN PERSELISIHAN

- (1) Setiap perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat sehubungan dengan Perjanjian ini akan diselesaikan secara musyawarah dan mufakat oleh **PARA PIHAK**.
- (2) Dalam upaya penyelesaian perselisihan, pertentangan dan perbedaan pendapat, **PARA PIHAK** sepakat menggunakan jalur secara berjenjang melalui Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB), dan atau Tim Pertimbangan Klinis (TPK) hingga Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Apabila musyawarah dan mufakat tidak tercapai, maka **PARA PIHAK** sepakat untuk menyerahkan penyelesaian perselisihan tersebut melalui Pengadilan.
- (4) Mengenai Perjanjian ini dan segala akibatnya, **PARA PIHAK** memilih kediaman hukum atau domisili yang tetap dan umum di Kantor Panitera Pengadilan Negeri Magelang.
- (5) Dalam hal terjadi dispute klaim, maka alur penatalaksanaan penyelesaian dilaksanakan dengan ketentuan sebagaimana terlampir di dalam Perjanjian. Penyelesaian dispute klaim dapat dilaksanakan melalui koordinasi dengan:
 - a. Tingkat Kantor Cabang
Dispute koding : Penanggung jawab klaim **PIHAK KESATU**.
Dispute medis : Penanggung jawab klaim **PIHAK KESATU**, Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya.
 - b. Tingkat Provinsi
Dispute medis : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat Provinsi, Tim Pertimbangan Klinis Provinsi.

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>16</i>	<i>4</i>

c. Tingkat Pusat

Dispute koding : P2JK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
Dispute medis : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya tingkat Pusat,
Dewan Pertimbangan Klinis, P2JK Kementerian Kesehatan Republik
Indonesia, Organisasi Profesi.

PASAL 17

PEMBERITAHUAN

- (1) Semua komunikasi resmi surat-menyurat atau pemberitahuan-pemberitahuan atau pernyataan-pernyataan atau persetujuan-persetujuan yang wajib dan perlu dilakukan oleh salah satu Pihak kepada Pihak lainnya dalam pelaksanaan Perjanjian ini, harus dilakukan secara tertulis dan disampaikan secara langsung, melalui email, ekspedisi, pos atau melalui faksimile dan dialamatkan kepada:



PIHAK KESATU: BPJS Kesehatan Cabang Magelang
Jl. Gatot Subroto No. 2 Magelang
Up. : Kepala Cabang Magelang
Telepon : (0293) 363985
Faksimili : (0293) 361026
E-mail : kc-magelang@bpjs-kesehatan.go.id

PIHAK KEDUA: RSUD Muntilan Kabupaten Magelang
Jalan Kartini No. 13 Muntilan
Up. : Direktur RSUD Muntilan
Telepon : (0293) 587004
Faksimili : (0293) 587017
E-mail : rsudkabmgl@gmail.com

atau kepada alamat lain yang dari waktu ke waktu diberitahukan oleh

PARA PIHAK, satu kepada yang lain, secara tertulis.

- (2) Pemberitahuan yang diserahkan secara langsung dianggap telah diterima pada hari penyerahan dengan bukti tanda tangan penerimaan

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

pada buku ekspedisi atau buku tanda terima pengiriman, apabila pengiriman dilakukan melalui pos atau ekspedisi maka dianggap diterima sejak ditandatanganinya tanda terima atau maksimal 5 hari kerja sejak dikirimkannya surat tersebut sedangkan pengiriman melalui email dan atau faksimile dianggap telah diterima pada saat telah diterima kode jawabannya (*answerback*) pada pengiriman email dan konfirmasi faksimile pada pengiriman faksimile.

PASAL 18
LAIN-LAIN

(1) Pengalihan Hak dan Kewajiban

Hak dan kewajiban berdasarkan Perjanjian ini tidak boleh dialihkan, baik sebagian maupun seluruhnya kepada pihak lain,


kecuali dengan persetujuan tertulis **PARA PIHAK**.

(2) Keterpisahan

Jika ada salah satu atau lebih ketentuan dalam Perjanjian ini ternyata tidak sah, tidak berlaku atau tidak dapat dilaksanakan berdasarkan hukum atau keputusan yang berlaku, maka **PARA PIHAK** dengan ini setuju dan menyatakan bahwa ketentuan lainnya dalam Perjanjian ini tidak akan terpengaruh olehnya, tetap sah, berlaku dan dapat dilaksanakan.

(3) Perubahan

a. Perjanjian ini dapat diubah atau ditambah dengan suatu Perjanjian perubahan atau tambahan (*addendum/amandemen*) yang ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini. **PIHAK** yang bermaksud merubah atau menambah Perjanjian, menyampaikan maksudnya secara tertulis kepada **PIHAK** lainnya

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
	

- b. Dalam hal dilakukan Perjanjian perubahan dan atau tambahan (addendum/amandemen), maka **PARA PIHAK** dianggap telah melakukan koordinasi secara internal organisasi masing-masing.
- c. Addendum/amandemen yang dilakukan termasuk dan tidak terkecuali pada penerapan peraturan **PIHAK KESATU** yang bersinggungan dengan **PIHAK KEDUA**,
- d. Addendum/amandemen yang disepakati **PARA PIHAK** tidak berlaku mundur, kecuali telah ditetapkan oleh perundang-undangan;
- e. Dalam hal terjadi perubahan Pejabat yang berwenang terkait perjanjian ini, maka dituangkan dalam Berita Acara yang menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

(4) Batasan Tanggung Jawab

PIHAK KESATU tidak bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan dari **PIHAK KEDUA** kepada Peserta dan terhadap kerugian maupun tuntutan yang diajukan oleh Peserta kepada **PIHAK KEDUA** yang disebabkan karena kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh **PIHAK KEDUA** dalam menjalankan tanggung jawab profesinya seperti, termasuk tetapi tidak terbatas pada, kesalahan dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan, kesalahan dalam memberikan indikasi medis atau kesalahan dalam memberikan tindakan medis.

(5) Hukum Yang Berlaku

Interpretasi dan pelaksanaan dari segala akibat syarat dan ketentuan yang berkaitan dalam Perjanjian ini adalah menurut Hukum Republik Indonesia yang terbaru. Dalam hal terdapat peraturan internal **PIHAK KESATU** yang diterima dari Kantor Pusat **PIHAK KESATU**, maka akan tidak akan diberlakukan surut, dikecualikan bagi peraturan lebih tinggi yang sesuai ketentuan regulasinya harus diberlakukan sejak tanggal diundangkan;

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
18	18



(6) *Supply Chain Financing (SCF)*

Merupakan program pembiayaan oleh Bank yang khusus diberikan kepada Fasilitas Kesehatan mitra BPJS Kesehatan untuk membantu percepatan penerimaan piutang (tagihan klaim pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan).

(7) Kesatuan

Setiap dan semua lampiran yang disebut dan dilampirkan pada Perjanjian ini, merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini. Termasuk kesatuan Perjanjian adalah Lampiran IV Hasil Kredensialing/Rekredensialing yang merupakan satu kesatuan dan bagian tidak terpisahkan dari Perjanjian.

Demikianlah, Perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua), asli, masing-masing sama bunyinya, di atas kertas bermaterai cukup serta mempunyai kekuatan hukum yang sama setelah ditanda-tangani oleh **PARA PIHAK**.

**PIHAK KESATU
BPJS KESEHATAN &
CABANG MAGELANG**



**dr. DYAH MIRYANTI, AAK
KEPALA**

**PIHAK KEDUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MUNTILAN**



**dr. M. SYUKRI, MPH
DIREKTUR**

PARAF PIHAK I	PARAF PIHAK II
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

