

## DAFTAR BACAAN

### BUKU

- Asyhadie, Zaeni, *Aspek- Aspek Hukum Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*, Rajawali Pers, Jakarta, 2013, Edisi revisi.
- Asikin, Zainal, et all, *Dasar- Dasar Hukum Perburuhan*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2012
- Hadjon, Philipus M, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2011
- Marzuki, Peter Machmud, *Penelitian Hukum*, Kencana Prenada Media Group, Jakarta, 2005
- Ramli, Lanny, *Jaminan Sosial Tenaga Kerja di Indonesia*, Airlangga University Press, Surabaya, 1997
- Sulastomo, *Sistem Jaminan Sosial Nasional Sebuah Introduksi*, Rajawali Pers, Jakarta, 2008

### INTERNET

- <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/13>, diakses pada tanggal 28 September 2015 pukul 21.30
- <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/12>, diakses pada tanggal 29 September 2015 pukul 10.33
- Dep. Hubungan masyarakat, Peserta BPJS Kesehatan Bisa Dapatkan Manfaat Lebih dengan Skema Coordination of Benefit (CoB), <http://faskes.bpjs-kesehatan.go.id/berita-132-peserta--bpjs-kesehatan-bisa-dapatkan-manfaat-lebih-dengan-skema-coordination-of-benefit-cob.html> diakses pada tanggal 22 November 2015
- Herman, Lewat Skema COB, Peserta BPJS Kesehatan Bisa Dapat Manfaat Lebih, <http://www.beritasatu.com/asuransi/175857-lewat-skema-cob-peserta-bpjs-kesehatan-bisa-dapat-manfaat-lebih.html> diakses pada tanggal 22 November 2015
- Zulfi Suhendra, Sempat Keberatan, Para Pengusaha Siap Gabung ke BPJS Kesehatan, <http://oto.detik.com/read/2015/05/13/185155/2914643/4/sempat-keberatan-para-pengusaha-siap-gabung-ke-bpjs-kesehatan?od771104bcj> diakses pada tanggal 22 November 2015

## **PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN**

Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945

Undang – Undang No. 3 Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 14 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3468)

Undang – Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 39 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 4279

Undang – Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456)

Undang – Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256)

Peraturan Pemerintah No. 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 238 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5481)

Peraturan Pemerintah No. 44 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kecelakaan Kerja dan Jaminan Kematian ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 154 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5714)

Peraturan Pemerintah No. 45 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pensiun ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 155 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5715)

Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 156 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5716)

Peraturan Pemerintah No. 60 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Hari Tua ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 187 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5730)

**Nota Kesepahaman (MoU)**

**Antara**

**Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

**dengan**

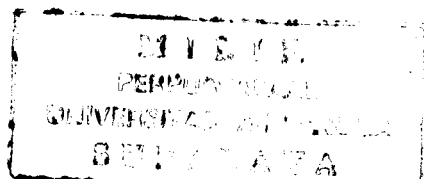
**Dewan Pengurus Nasional (DPN) APINDO (Asosiasi Pengusaha Indonesia)**

Pada hari ini, Senin tanggal Dua Puluh Dua bulan Desember tahun Dua Ribu Empat Belas (22-12-2014), bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

- 1. FACHMI IDRIS** : Direktur Utama BPJS Kesehatan, berkedudukan di Jalan Letjen Suprpto Cempaka Putih PO BOX 1391 JKT 10510 Jakarta, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama BPJS Kesehatan. Selanjutnya dalam Nota Kesepakatan ini disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**.
- 2. HARIYADI B. SUKAMDANI** : Ketua Umum DPN APINDO, berkedudukan di Gedung Permata Kuningan Lt.10 Jalan Kuningan Mulia Kav.9c Guntur Setiabudi Jakarta, selanjutnya dalam Nota Kesepakatan ini disebut sebagai **PIHAK KEDUA**.

Dengan memperhatikan peraturan Perundang-Undangan sebagai berikut :

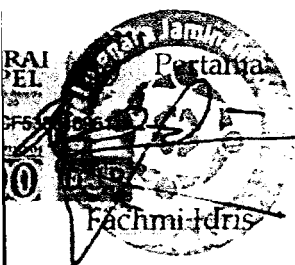
- (1) Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- (2) Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- (3) Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial
- (4) Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan



Para Pihak dalam kedudukannya masing-masing tersebut di atas, bersepakat untuk mewujudkan keberhasilan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), khususnya untuk JKN bagi Pekerja Penerima Upah yang merupakan Pekerja dari Perusahaan non Penyelenggara Negara. Untuk mewujudkan komitmen tersebut, para pihak bersepakat mengenai hal-hal berikut ini:

1. Bahwa Pihak Kedua berkomitmen mendorong Perusahaan-perusahaan di Indonesia untuk mendaftarkan (registrasi) Pekerja dan Keluarganya sebagai Peserta BPJS Kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan yaitu tanggal 1 Januari 2015.
2. Bahwa Pihak Pertama dan Pihak Kedua sepakat proses aktivasi kepesertaan akan diselesaikan paling lama tanggal 30 Juni 2015.
3. Bahwa pada masa 1 Januari 2015 sampai dengan 30 Juni 2015 tersebut Pihak Pertama bersama dengan Pihak Kedua mengkoordinasikan kesiapan Fasilitas Kesehatan Tingkat I, mekanisme Koordinasi Manfaat / *Coordination of Benefit* (COB), dan hal-hal lain yang diperlukan untuk menjamin tingkat pelayanan yang baik bagi peserta BPJS Kesehatan.
4. Bahwa sanksi sebagaimana diatur dalam PP 86/2014 tidak diberlakukan bagi perusahaan yang sudah melakukan pendaftaran sebagaimana dimaksud dalam angka (1) di atas.
5. Bahwa ketentuan lebih lanjut mengenai pendaftaran, fasilitas kesehatan tingkat I, koordinasi manfaat dan hal-hal lain yang dipandang perlu akan dikoordinasikan oleh Tim Gabungan yang dibentuk oleh Pihak Pertama dengan Pihak Kedua, dan akan dituangkan dalam Perjanjian Kerjasama, di bawah supervisi Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

Demikian Nota Kesepahaman ini dibuat yang ditandatangani dan oleh karenanya mengikat kedua belah pihak, untuk dilaksanakan dengan penuh tanggungjawab, dengan disaksikan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).



Pihak Kedua

APIINDO  
Hariyadi B. Sukamdani



# BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

SURAT EDARAN DIREKTUR PELAYANAN  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN

NOMOR 32 TAHUN 2015

TENTANG  
KEBIJAKAN KOORDINASI MANFAAT/ *COORDINATION OF BENEFIT (COB)*

- Yth. 1. Kepala Grup/SPI/Sekretaris Badan BPJS Kesehatan  
2. Kepala Divisi Regional I – XIII BPJS Kesehatan

di

Seluruh Indonesia

Merujuk kebijakan koordinasi manfaat BPJS Kesehatan, bersama ini Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan menyampaikan mekanisme koordinasi manfaat khususnya tentang penjaminan dan pembayaran pelayanan kesehatan peserta COB sebagai berikut :

**I. Ketentuan Umum**

- a. Koordinasi Manfaat diberlakukan apabila peserta BPJS Kesehatan membeli asuransi kesehatan tambahan dari penyelenggara program asuransi kesehatan tambahan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Peserta COB adalah Peserta BPJS Kesehatan yang juga merupakan pemegang polis atau bertanggung dari asuransi kesehatan tambahan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan penjamin pertama atas program jaminan kesehatan kecuali untuk koordinasi manfaat program jaminan sosial di bidang kecelakaan lalu lintas BPJS Kesehatan sebagai penjamin kedua. Sedangkan untuk program jaminan sosial di bidang kecelakaan kerja BPJS Kesehatan bukan sebagai penjamin.
- c. Jaminan biaya dari BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan koordinasi manfaat yang diperoleh peserta, tidak melebihi jumlah biaya pelayanannya.

Kantor Pusat

II. Letjen Suprpto Cempaka Putih  
PO BOX 1391/JKT, Jakarta Pusat 10510 - Indonesia  
Telp. +62 21 421 2938 (Pusat), Fax. +62 21 421 2940  
www.bpjs-kesehatan.go.id

Perlindungan Hukum Pengusaha Yang ...

Steven Andrianto

- d. Koordinasi Manfaat yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang sesuai kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan tambahan.
- e. Non Faskes COB adalah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang tercantum dalam daftar faskes rujukan tingkat lanjutan dan dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan serta dapat melayani peserta COB.
- f. Non Faskes BPJS Kesehatan adalah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

## II. Skema Koordinasi Manfaat

Skema Koordinasi Manfaat antara BPJS Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan adalah sebagai berikut :

No	Pelayanan	Jenis Faskes	Kelas Perawatan	Penanggung Biaya	
				BPJS Kesehatan	Asuransi Kesehatan Tambahan
1	RJTP	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
		b. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
2	RITP	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
		b. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
3	RJTL	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
			Poli Eksekutif	-	+
		b. Non Faskes COB	Standar	-	+
			Poli Eksekutif	-	+
		c. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
			Poli Eksekutif	-	+
4	RITL	a. Faskes BPJSK	Standar	+	-
			Naik Kelas Perawatan	+	+
		b. Non Faskes COB	Standar (Sesuai Hak Kelas)	+	+
			Naik Kelas Perawatan	+	+
		c. Non Faskes BPJSK	Standar	-	+
			Naik Kelas Perawatan	-	+

## III. Pelayanan di Faskes Tingkat Pertama

### A. Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

1. Pelayanan kesehatan di Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan sesuai benefit yang dijamin dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Pelayanan kesehatan di Non Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan tidak dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan kecuali dalam kondisi gawat darurat.

3. Pada kondisi Gawat Darurat di Non Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan (RJTP dan RITP) penagihan klaim gawat darurat dilakukan oleh Faskes ke BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Tidak ada penagihan klaim dari pelayanan tingkat pertama oleh Asuransi Kesehatan Tambahan.

#### **B. Kerjasama Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**

Untuk FKTP berupa klinik/dokter praktek perorangan yang bekerjasama dengan asuransi kesehatan tambahan namun belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka :

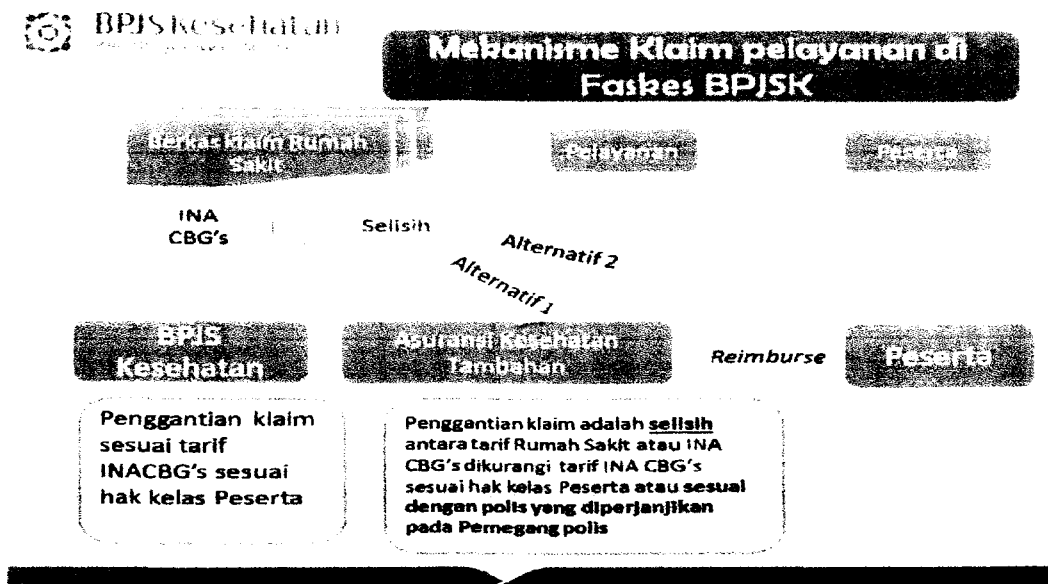
1. BPJS Kesehatan dapat bekerjasama dengan klinik/dokter praktek perorangan yang sudah bekerjasama dengan asuransi kesehatan tambahan sesuai dengan memenuhi persyaratan administrasi (kriteria mutlak) dan memiliki kompetensi dokter layanan primer.
2. Untuk menjaga mutu pelayanan, maka dimungkinkan bagi klinik /dokter praktek perorangan yang menginginkan kerjasama tertutup (khusus bagi peserta tertentu) dimungkinkan dengan syarat :
  - a) Jumlah dokter dan peserta terdaftar sudah maksimal ketentuan, atau
  - b) Letak FKTP terlokalisir dan tidak dapat diakses peserta umum, atau
  - c) Permintaan dari klinik/dokter praktek perorangan karena keterbatasan kemampuan dan sumber daya sarana sehingga hanya dimungkinkan untuk badan usaha tertentu.

### **IV. Pelayanan di Faskes Tingkat Lanjutan**

#### **A. Faskes BPJS Kesehatan**

1. Pelayanan kesehatan yang dijamin adalah pelayanan yang mengikuti ketentuan yang berlaku dan mendapatkan benefit sesuai Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
2. Pelayanan yang tidak sesuai dengan ketentuan JKN, tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan, dan menjadi tanggung jawab asuransi kesehatan tambahan sesuai polis yang diperjanjikan. Atas biaya pelayanan kesehatan yang tidak sesuai ketentuan tersebut tidak dapat ditagihkan oleh asuransi kesehatan tambahan atau peserta ke BPJS Kesehatan.

3. Pada SEP Peserta COB ada keterangan yang tercantum bahwa peserta adalah peserta COB dari suatu asuransi kesehatan tambahan.
4. Peserta COB yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, maka BPJS Kesehatan menanggung biaya sesuai hak peserta dan ditagihkan oleh Faskes ke BPJS Kesehatan melalui tagihan kolektif. Selisih dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan atau peserta sesuai polis yang diperjanjikan.
5. Yang dimaksud kelas perawatan yang lebih tinggi adalah kelas perawatan rawat inap lebih tinggi dari kelas sesuai hak peserta di BPJS Kesehatan.
6. Pelayanan Poli Eksekutif sampai dengan saat ini belum berlaku COB karena belum ada regulasi tentang pengaturan tentang klinik rawat jalan eksekutif (Definisi, kriteria, penetapan dll) oleh Kementerian Kesehatan. Selanjutnya Poli Eksekutif dapat berlaku COB sepanjang telah diatur dalam regulasi.
7. Tidak ada penagihan klaim dari asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan dari Faskes BPJS Kesehatan.
8. Berikut alur klaim pelayanan kesehatan di Faskes BPJS Kesehatan :



## B. Non Faskes COB

1. Koordinasi manfaat biaya pelayanan kesehatan dapat dilakukan pada Non Faskes COB, tetapi hanya terbatas pada Rumah Sakit tertentu. Sampai dengan bulan Mei 2015 jumlah Non Faskes COB berjumlah 11 (sebelas) rumah sakit dan terhitung mulai bulan Juli 2015 akan dilakukan penambahan Non Faskes COB sejumlah



13 (tiga belas) rumah sakit, sehingga total Non Faskes COB mulai bulan Juli 2015 berjumlah 24 (dua puluh empat) rumah sakit. Penambahan daftar Non Faskes COB melalui surat persetujuan Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan. Demikian halnya pengurangan daftar Non Faskes COB.

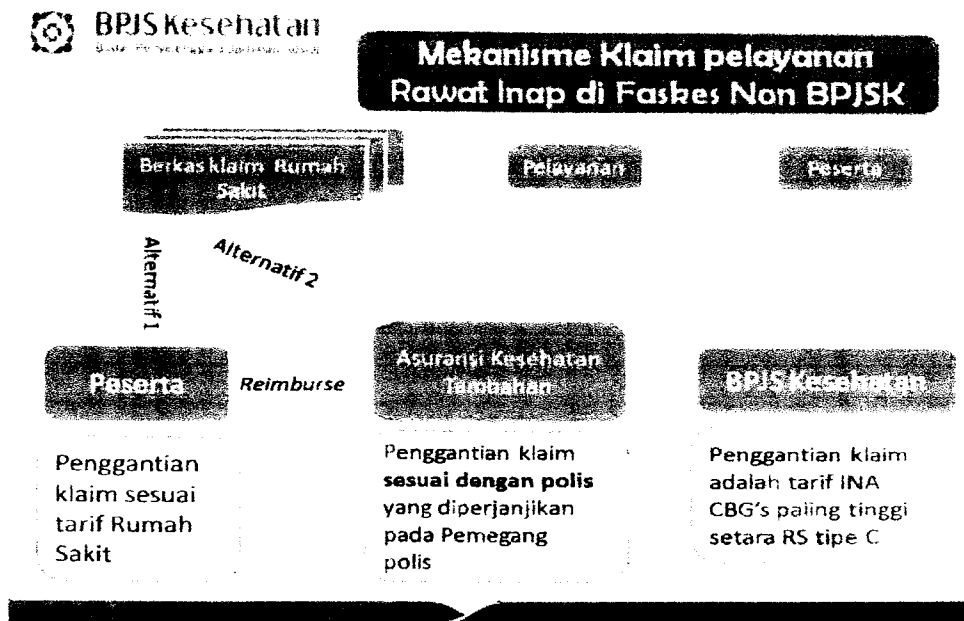
2. Apabila pada suatu saat Non Faskes COB tersebut bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka alur pelayanan kesehatan peserta COB sesuai ketentuan poin A diatas.
3. Untuk memudahkan pelayanan peserta COB di FKTP BPJS Kesehatan, maka data Non Faskes COB tersebut akan dimasukkan dalam Aplikasi *P – Care* dan dapat digunakan dokter FKTP sebagai tujuan rujukan atas indikasi medis ke Non Faskes COB khusus bagi peserta COB (hanya muncul apabila peserta teridentifikasi sebagai peserta COB).
4. Peserta COB yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Non Faskes COB tersebut tidak menggunakan kartu BPJS Kesehatan, tetapi menggunakan kartu asuransi kesehatan tambahan.
5. Klaim yang dapat diajukan asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan adalah pelayanan kesehatan :

**a. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)**

Pelayanan RITL di Non Faskes COB tersebut mengikuti ketentuan sistem rujukan berjenjang dari FKTP BPJS Kesehatan kecuali untuk kasus gawat darurat. Penagihan klaim dari asuransi kesehatan tambahan melampirkan asal rujukan dari FKTP BPJS Kesehatan.

- 1) Pelayanan rawat inap dengan ketentuan :
  - a) Kelas perawatan sesuai hak kelas BPJS Kesehatan
  - b) Kelas perawatan di atas hak kelas BPJS Kesehatan
  - c) Jika peserta dirawat di kelas yang lebih rendah daripada haknya di BPJS Kesehatan maka biaya tersebut tidak dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
- 2) BPJS Kesehatan mengganti biaya dengan tarif maksimal sebesar rumah sakit tipe C berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's tempat fasilitas kesehatan berada.
- 3) Jika besaran biaya klaim yang diajukan asuransi kesehatan tambahan lebih rendah dari tarif INA CBG's maka klaim yang dibayarkan sesuai pengajuan.

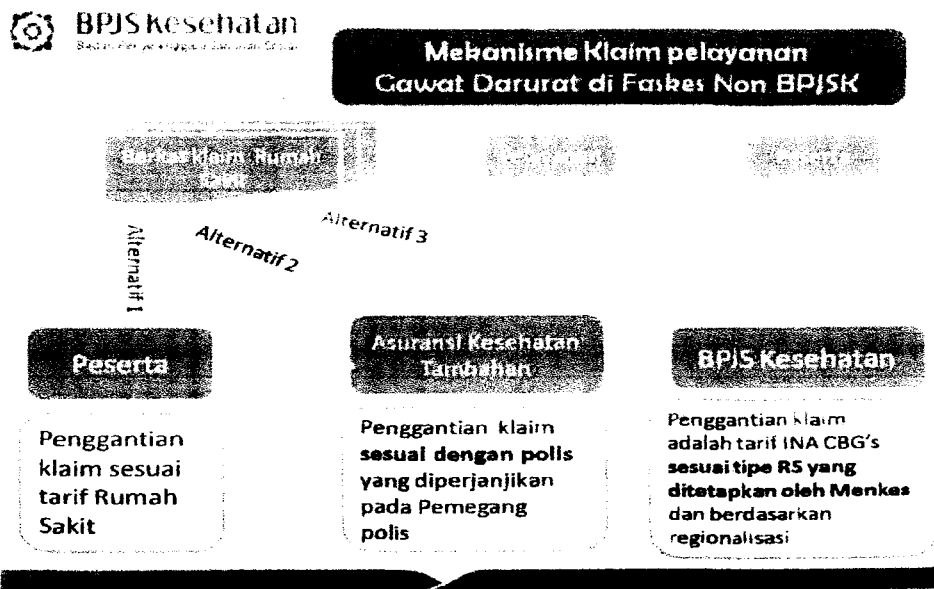
- 4) Penagihan biaya pelayanan ada 2 alternatif :
  - a) Biaya dibayar terlebih dahulu oleh asuransi kesehatan tambahan kemudian ditagihkan ke BPJS Kesehatan.
  - b) Peserta membayar terlebih dahulu, kemudian menagihkan ke asuransi kesehatan tambahan, kemudian asuransi kesehatan tambahan menagihkan ke BPJS Kesehatan.
- 5) Tidak ada klaim perorangan ke BPJS Kesehatan (*reimbursement*).
- 6) Berikut alur klaim pelayanan kesehatan di Non Faskes COB :



**b. Gawat Darurat**

- 1) Peserta COB dalam keadaan gawat darurat dapat dilayani di Non Faskes COB.
- 2) Pasien yang sudah teratasi kondisi gawat darurnya, pulang atau dirujuk ke Faskes BPJS Kesehatan untuk diberikan perawatan lanjutan di Faskes tersebut.
- 3) Penagihan biaya pelayanan ada 3 alternatif :
  - a) Faskes menagihkan langsung ke BPJS Kesehatan sesuai ketentuan penagihan klaim gawat darurat yang berlaku.
  - b) Biaya dibayarkan terlebih dahulu oleh asuransi kesehatan tambahan kemudian ditagihkan ke BPJS Kesehatan.

- c) Peserta membayar terlebih dahulu, kemudian menagihkan ke asuransi kesehatan tambahan dan selanjutnya asuransi kesehatan tambahan menagihkan ke BPJS Kesehatan.
- 4) BPJS Kesehatan membayar dengan tarif INA CBG's sesuai tipe rumah sakit yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's tempat fasilitas kesehatan berada.
- 5) Apabila kondisi gawat darurat sudah teratasi tapi pasien tidak bersedia dirujuk ke Faskes BPJS Kesehatan tetapi menginginkan dirawat inap di Faskes tersebut, maka pengajuan klaim dan tarif pembayaran mengikuti ketentuan rawat inap di Non Faskes COB (Tarif INA CBG's Tipe C berdasarkan regionalisasi)
- 6) Pelayanan gawat darurat yang dapat dijamin adalah sesuai dengan kriteria gawat darurat yang berlaku.
- 7) Berikut alur klaim pelayanan gawat darurat di Non Faskes COB :



### C. Non Faskes BPJS Kesehatan

1. Pelayanan kesehatan di Non Faskes BPJS Kesehatan tidak dijamin BPJS Kesehatan (kecuali gawat darurat), namun dijamin oleh asuransi kesehatan tambahan sesuai polis yang diperjanjikan antara asuransi kesehatan tambahan dan peserta.

2. Pelayanan gawat darurat di Non Faskes BPJS Kesehatan dapat dijamin BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku. Faskes menagihkan langsung ke BPJS Kesehatan sesuai ketentuan penagihan klaim gawat darurat yang berlaku.
3. Tidak ada penagihan klaim dari asuransi kesehatan tambahan ke BPJS Kesehatan terhadap pelayanan kesehatan di Non Faskes BPJS Kesehatan.

#### V. Penagihan Klaim Koordinasi Manfaat dari Asuransi Kesehatan Tambahan

- a. Asuransi kesehatan tambahan hanya dapat mengajukan klaim dari rumah sakit Non Faskes COB. Tidak ada penagihan klaim dari Faskes yang sudah bekerja sama dan Non Faskes BPJS Kesehatan.
- b. Pengajuan klaim dilakukan secara kolektif setiap bulan paling lambat tanggal 10.
- c. Masa kadaluarsa klaim adalah N + 6 bulan.
- d. Verifikasi klaim mengacu pada pedoman verifikasi yang berlaku.
- e. Berikut skema pengajuan klaim :

No	Jenis	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)		
		Faskes BPJS	Non Faskes COB	Non Faskes BPJSK
1	Definisi	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.	FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang tercantum dalam daftar faskes rujukan tingkat lanjutan dan dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan serta dapat melayani peserta COB.	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2	Penjaminan	RJTL (Termasuk Gawat Darurat) RITL	Gawat Darurat RITL (Sesuai dan Naik Kelas)	Gawat Darurat
3	Mekanis Klaim	Faskes ke BPJS Kesehatan	Faskes ke Asuransi Kesehatan Tambahan, selanjutnya Asuransi Kesehatan Tambahan ke BPJS Kesehatan Catt : Khusus Untuk Gawat Darurat, Faskes Dapat ke BPJS Kesehatan	Faskes ke BPJS Kesehatan
4	Tarif	Tarif sesuai tipe Faskes berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's	Maksimal sebesar rumah sakit tipe C berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's tempat fasilitas kesehatan berada. Catt : untuk Gawat Darurat, Tarif sesuai tipe Faskes berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's	Hanya untuk Gawat Darurat, Tarif sesuai tipe Faskes berdasarkan regionalisasi tarif INA CBG's

## **VI. Kantor Cabang Operasional COB**

- a. Asuransi kesehatan tambahan melakukan pengajuan klaim pelayanan kesehatan dan pendaftaran peserta COB ke Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan.
- b. Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi dan pembayaran klaim ke asuransi kesehatan tambahan
- c. Kantor Cabang Prima BPJS Kesehatan melakukan validasi dan *flagging* peserta COB.

## **VII. Data Asuransi Kesehatan Tambahan dan Badan Penjamin Lainnya**

### **A. Asuransi Kesehatan Tambahan yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan**

Sampai dengan bulan April 2015, asuransi kesehatan tambahan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 52 (daftar terlampir).

### **B. Asuransi Kesehatan Tambahan dan Badan Penjamin Lainnya yang belum bekerja sama**

1. Sampai dengan saat ini badan penjamin lainnya belum dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berhubung definisi dari badan penjamin lainnya belum ditetapkan secara hukum.
2. Asuransi kesehatan tambahan tetap dapat melakukan koordinasi manfaat walau tidak diikat dalam bentuk kerja sama. Mekanismenya merupakan koordinasi secara administrasi, dimana peserta yang mendapatkan pelayanan rawat inap tingkat lanjut di Faskes BPJS Kesehatan dan memilih naik kelas atas permintaan sendiri maka BPJS Kesehatan akan menanggung biaya sesuai hak peserta di JKN dan selisih biaya dapat ditagihkan peserta/rumah sakit kepada asuransi kesehatan tambahan sesuai polis/ manfaat yang disepakati antara peserta dan asuransi kesehatan tambahan.
3. Ketentuan penjaminan peserta sebagaimana dimaksud poin 2, dapat dijamin sesuai ketentuan dan prosedur yang berlaku dalam JKN
4. Biaya pelayanan kesehatan akibat selisih kenaikan kelas perawatan, selisih alat bantu kesehatan dan hal-hal yang tidak dijamin dalam JKN menjadi tanggungan asuransi kesehatan tambahan sesuai dengan polis yang diperjanjikan dengan peserta.

Selanjutnya Kantor Cabang untuk dapat menginformasikan dan berkoordinasi mengenai pelaksanaan COB BPJS Kesehatan dengan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Demikian Surat Edaran ini dibuat untuk menjadi perhatian dan dilaksanakan  
sebaik-baiknya.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada Tanggal 10 Mei 2015

DIREKTUR PELAYANAN &  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL  
KESEHATAN,



FAJRIADINUR

AA/da/PK.00.01