



Standard Operating Procedure (SOP)

**PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN
DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN
(TENDIK)**

004-KP/FTI/SOP/2020

**FAKULTAS TEKNOLOGI INDUSTRI
INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG
2020**

Standard Operating Procedure (SOP)

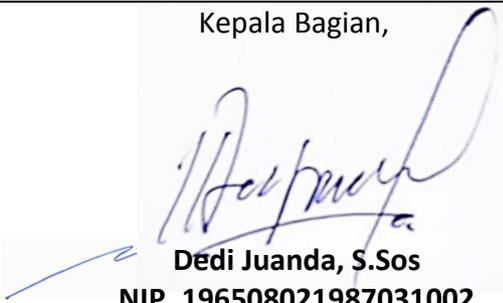


JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 2 dari 7
---	---

RIWAYAT REVISI

SOP ini merupakan SOP versi pertama karena belum pernah ada sebelumnya.

LEMBAR PENGESAHAN

Disiapkan oleh:	
Kepala Bagian,  Dedi Juanda, S.Sos NIP. 196508021987031002	Wakil Dekan Bidang Sumberdaya,  Ari Widyanti, S.T., M.T., Ph.D. NIP. 197606132006042002
Tgl: 19 Agustus 2020	Tgl: 19 Agustus 2020

Disetujui oleh:
Dekan,  Prof. Brian Yulianto, S.T., M.Eng., Ph.D. NIP. 197507272006041005
Tgl: 19 Agustus 2020

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 3 dari 7
---	---

DAFTAR ISI

- I. UNIT KERJA TERKAIT
- II. TUJUAN
- III. REFERENSI
- IV. PENGERTIAN DAN BATASAN
- V. PROSEDUR
- VI. INDIKATOR KEBERHASILAN
- VII. LAMPIRAN

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 4 dari 7
---	---

I. UNIT KERJA TERKAIT

1. Kelompok Keahlian (KK)
2. Program Studi
3. Direktorat Kepegawaian
4. Sub Direktorat Remunerasi

II. TUJUAN

Tujuan dari SOP ini adalah untuk mengatur alur proses pengajuan klaim asuransi Dosen dan Tenaga Kependidikan (Tendik) agar dapat berjalan lancar dan efektif. SOP ini meliputi proses pengajuan klaim asuransi terutama untuk proses penggantian /*reimbursement* biaya rawat inap di rumah sakit, proses persalinan dan/atau asuransi kematian.

III. REFERENSI

1. Kantor Sekretaris ITB nomor agenda 0071/SI/2020 tentang Pemberitahuan Pengelola Asuransi Kesehatan tahun 2020.
2. Surat Direktur Kepegawaian nomor 390/I1.B03.2/KP/2020 tentang Pemberitahuan Pengelola Asuransi Kesehatan tahun 2020.

IV. PENGERTIAN & BATASAN

A. Pengertian

Asuransi Kesehatan adalah fasilitas asuransi rawat inap yang diberikan oleh ITB untuk pegawai dosen dan tenaga kependidikan diluar asuransi kesehatan Askes/BPJS. Fasilitas Asuransi Kesehatan diberikan setiap tahun dengan penyedia/*provider* yang dipilih ITB. Asuransi kesehatan ini memfasilitasi rawat inap, persalinan dan asuransi kematian.

B. Batasan

1. Klaim Asuransi akan dibayarkan secara otomatis di rumah sakit mitra yang telah dipilih oleh pegawai dan telah memiliki kerjasama dengan

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 5 dari 7
---	---

- provider* asuransi atau *reimburse* untuk rumah sakit non rekanan asuransi.
2. Besaran klaim yang dibayarkan adalah sesuai dengan kelas yang telah ditentukan.
 3. Waktu pengajuan klaim *reimburse* disampaikan selambat lambatnya 14 (empat belas) hari setelah pasien keluar dari rumah sakit.

V. PROSEDUR

1. Pemohon mengajukan *reimbursement* ke Wakil Dekan bidang Sumberdaya (WSDS) dengan melengkapi seluruh dokumen yang terdiri dari:
 - a. Permohonan klaim asuransi kesehatan
 - Satu lembar fotokopi kartu asuransi;
 - Formulir klaim dari *provider* asuransi kesehatan;
 - *Resume* medis dari dokter;
 - Kwitansi total asli bermaterai 6000 dari rumah sakit;
 - Rekap biaya perawatan dari rumah sakit;
 - Rincian biaya perawatan dan obat-obatan / salinan resep dari rumah sakit;
 - Fotokopi hasil laboratorium dari rumah sakit (jika ada).
 - b. Permohonan klaim asuransi persalinan/melahirkan
 - Satu lembar fotokopi kartu asuransi;
 - Formulir klaim dari *provider* asuransi kesehatan;
 - *Resume* medis dari dokter;
 - Kwitansi total asli bermaterai 6000 dari rumah sakit;
 - Rekap biaya perawatan dari rumah sakit;
 - Rincian biaya perawatan dan obat-obatan / salinan resep dari rumah sakit;
 - Fotokopi hasil laboratorium dari rumah sakit;
 - Fotokopi cap ibu jari tangan (ibu) dan cap telapak kaki (bayi) (khusus untuk biaya persalinan);
 - Fotokopi surat keterangan lahir (khusus untuk biaya persalinan).
 - c. Permohonan klaim asuransi kematian
 - Satu lembar legalisir surat keterangan kematian dari kelurahan;

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 6 dari 7
---	---

- Satu lembar legalisir surat keterangan kematian dari rumah sakit;
 - Formulir klaim meninggal dunia;
 - Surat keterangan dokter;
 - Satu lembar legalisir surat keterangan penguburan;
 - Satu lembar legalisir surat keterangan ahli waris;
 - Satu lembar kronologis kematian;
 - Satu lembar legalisir Akta Nikah;
 - Satu lembar legalisir Kartu Keluarga;
 - Satu lembar legalisir Kartu Tanda Penduduk (KTP) ahli waris;
 - Kartu asuransi asli atas nama jenazah;
 - Satu lembar fotokopi buku rekening ahli waris.
2. WSDS menerima usulan klaim dari dosen/tendik dan mendisposisikan ke Sub bagian Kepegawaian untuk diproses selanjutnya.
 3. Sub bagian Kepegawaian melakukan verifikasi kelengkapan persyaratan/ dokumen dan membuat surat pengantar klaim asuransi.
 4. WSDS menyetujui surat pengantar klaim asuransi.
 5. Sub bagian Kepegawaian mengirimkan surat pengantar dengan dilengkapi seluruh berkas yang dibutuhkan kepada Direktorat Kepegawaian dengan tembusan kepada Sub Direktorat Remunerasi untuk diajukan kepada pihak asuransi.
 6. WSDS menerima informasi dari Sub Direktorat Remunerasi bila dana klaim telah ditransfer oleh pihak asuransi.
 7. Dosen/Tenaga Kependidikan menerima penggantian biaya dari asuransi melalui transfer ke rekening peserta.

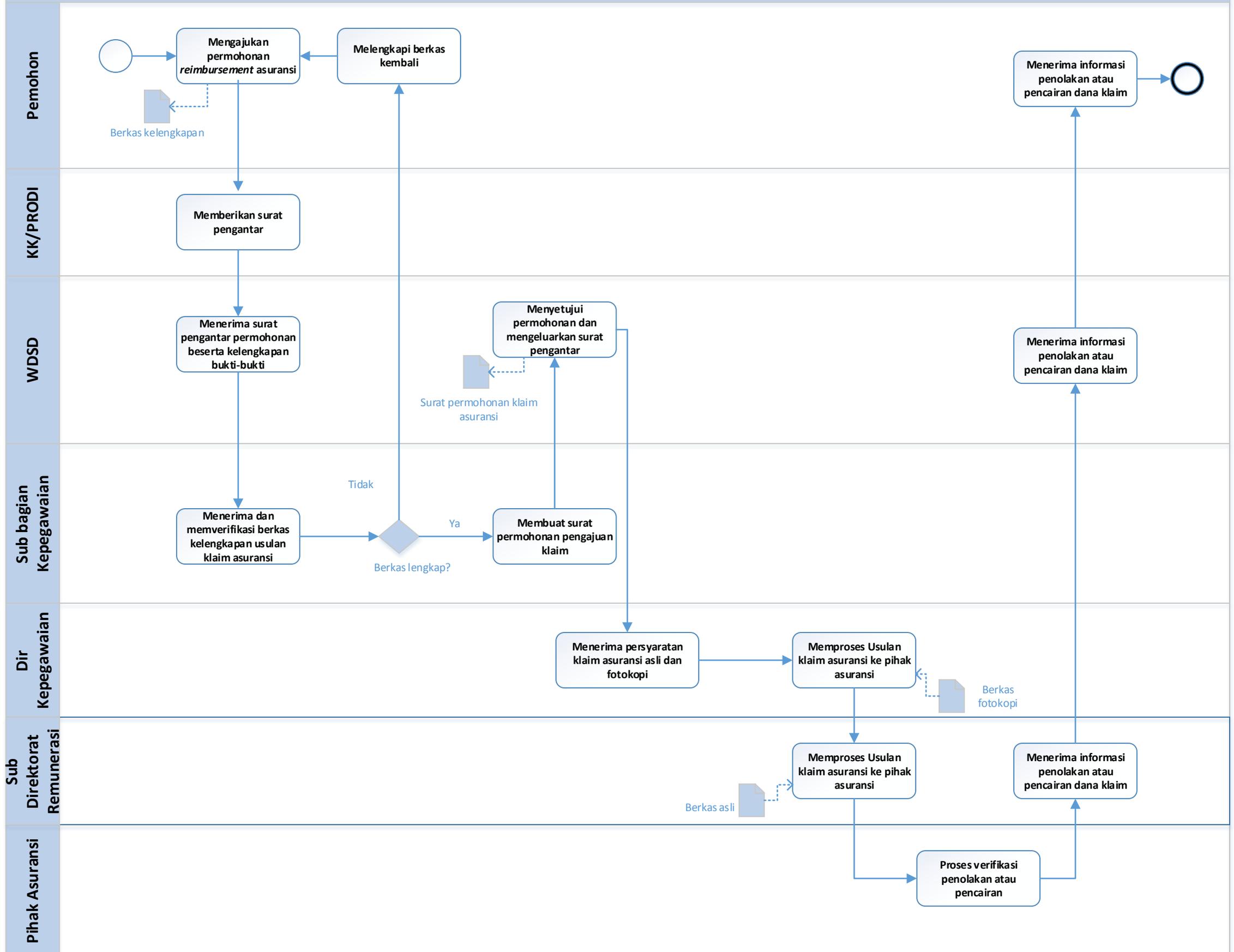
VI. INDIKATOR KEBERHASILAN

Proses *reimburse* selesai diajukan dalam waktu 3 (tiga) hari terhitung dari surat dan berkas permohonan lengkap diterima FTI.

VII. LAMPIRAN

- Lampiran 1 - Diagram Alir proses klaim asuransi kesehatan
- Lampiran 2 - Surat permohonan pengajuan klaim asuransi kesehatan
- Lampiran 3 - Formulir pengajuan klaim asuransi kesehatan

PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENDIK





INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG

FAKULTAS TEKNOLOGI INDUSTRI

Gedung Benny Subianto - Labtek V Lantai 1, Jalan Ganesa 10, Bandung 40132
 Telp.: +6222 2504551, Fax.: +6222 2509406, Email: fti@fti.itb.ac.id, Website: www.fti.itb.ac.id

Nomor :/IT1.C07.2/KP/2020

(Tanggal)

Lamp. :

Hal :

Yang terhormat,
 Direktur Kepegawaian
 Institut Teknologi Bandung
 Jalan Tamansari No.64
 Bandung

Kami sampaikan bahwa (nama pasien), putra/putri/isteri dari dosen Fakultas Teknologi Industri ITB tersebut di bawah ini:

Nama :
 NIP :
 Nomor rekening :

telah menjalani rawat inap pada (tanggal) di (nama rumah sakit). Adapun total biaya yang dikeluarkan untuk biaya rawat inap/rawat jalan setelah rawat inap tersebut adalah sebesar Rp.,- (terbilang).

Berkenaan dengan hal tersebut, terlampir kami sampaikan:

1. Formulir klaim Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967;
2. Foto kopi Resume medis dari rumah sakit;
3. Foto kopi Kartu asuransi;
4. Kwitansi total (asli bermaterai);
5. Rekap biaya rawat inap (asli)
6. Rincian biaya rawat inap (asli);
7. Fotokopi Hasil Laboratorium;
8. Fotokopi Surat Keterangan Lahir (Khusus untuk klaim biaya persalinan);
9. Fotokopi cap ibu jari tangan (Ibu) dan cap telapak kaki (bayi) (Khusus untuk klaim biaya persalinan).

untuk permohonan pengajuan klaim rawat inap dari PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967.

Atas perhatian serta pemrosesan lebih lanjut, kami ucapkan terima kasih.

Wakil Dekan Bidang Sumber Daya,

Ari Widyanti, S.T., M.T., Ph.D.
 NIP 197606132006042002

Tembusan:

1. Kepala Sub Direktorat Remunerasi ITB;
2. (Yang bersangkutan).

Pemberitahuan klaim

Catatan : Semua bagian harus diisi. Pada bagian "D" semua keterangan yang bersangkutan harus diisi oleh petugas Administrasi Rumah Sakit atau Dokter yang merawat, kecuali klaim itu sudah terlampir faktur-faktur yang lengkap dan terperinci.

A. KETERANGAN PENUNTUT KLAIM

Nama penderita _____ usia _____ alamat _____
Nama tertanggung (untuk polis perorangan) _____
Nama pemegang polis (untuk polis kolektive) _____

B. HAK UNTUK MEMBERIKAN KETERANGAN

Dengan ini saya memberikan hak kepada Dokter dan atau petugas/pengurus Rumah Sakit untuk memberikan setiap keterangan yang diperlukan dalam hubungan dengan pemeriksaan atau pengobatan saya selama ini.

Tanggal Tanda tangan; (penderita atau orang tuanya bila ia dibawah umur).

C. LAPORAN DOKTER YANG MERAWAT

1. a. Diagnosis dari penyakit (terperinci) _____

b. Terangkan mengapa sampai perlu diopname _____

c. Apakah gangguan kesehatan yang dirawat disebabkan karena :
 - i. Sakit atau cedera yang disebabkan oleh pekerjaannya? Bila "ya" mohon jelaskan _____

 - ii. Hamil? Bila "ya" terangkan perkiraan tanggal mulai kehamilan _____

2. a. Bilamana kecelakaan terjadi atau tanda-tanda (symtoms-nya) pertama kali nampak? _____
b. Bila si penderita pertama kali berkonsultasi pada Saudara untuk gangguan tersebut? _____
c. Sepanjang yang Saudara ketahui, apakah penderita pernah mendapatkan gangguan atau syptom yang sama atau mirip dengan itu sehubungan dengan tersebut diatas? Bila "ya" mohon terangkan dan jelaskan. _____

3. a. Nama dan sifat dari tindakan pembedahan atau obstetri (bila ada). Jelaskan selengkapnya. _____

b. Biaya yang dibebankan kepada penderita untuk (a) di atas, termasuk perawatan sesudah pelaksanaan pembedaan. _____
c. Sebutkan tanggal pelaksanaan pembedaan atau tindakan obstetri _____
d. Sebutkan tanggal-tanggal dari :
 - i. Konsultasi-konsultasi selama di luar Rumah Sakit, _____ jumlah konsultasi _____
 - ii. Kunjungan Dokter selama di Rumah Sakit, _____ Jumlah kunjungan _____
- e. Bila pelayanan diberikan disuatu Rumah Sakit, terangkan nama dan lamat dari Rumah Sakit _____

4. Apakah pelayanan perawatan pribadi dibutuhkan, bila "ya" mohon terangkan untuk berapa hari _____
5. Sejauh Saudara ketahui apakah penderita mempunyai Asuransi kesehatan atau sumber santunan lain untuk biaya-biaya perawatannya? Bila "ya", mohon diterangkan _____

Tanggal

Tanda tangan Dokter yang merawat

Cap RS/Dokter yang merawat

D. LAPORAN PENGURUS RUMAH SAKIT

- a. Tanggal masuk _____ jam masuk _____ tanggal keluar _____ jam keluar _____
- b. Apakah ada Asuransi atau jenis pengobatan lainnya tercatat dalam Catatan rumah sakit, bila "ya" mohon diterangkan terperinci _____
- c. Biaya Rumah Sakit kecuali bila kwitansi-kwitansi sudah diberikan kepada penderita, mohon dilengkapi sepe nuhnya.
 - i. Biaya kamar dan makan
 - Kelas III _____ per hari @ _____ Total _____ Kelas _____ per hari @ _____ Total _____
 - Kelas _____ per hari @ _____ Total _____ VIP _____ per hari @ _____ Total _____
 - ii. Operasi atau kamar bersalin _____ Total _____ iii. Anesthesia _____
 - iv. X Rays - (nama) _____ v. Laboratorium - (nama) _____

	Total _____		Total _____
vi. E.K.G _____	Total _____	vii. B.M.R _____	Total _____
viii. Physical _____			
Therapy _____	Total _____	ix. Ambulance _____	Total _____
x. Hosp.& Surgical Supplies _____	Total _____	xi. Obat-obatan _____	Total _____
xii. Inhalation _____			
xiii. Intravenous _____			
Therapy _____	Total _____	Solutions _____ liters _____	Total _____
xiv. Lain-lain _____	Total _____	xv. Lain-lain _____	Total _____
xvi. _____		xvii. _____	
xviii. _____		xix. _____	

Nama, alamat dari Rumah Sakit _____

E KETERANGAN YANG DIBERIKAN OLEH PENUNTUT (oleh orang tua bila penuntut dibawah umur)

1. Jika akibat dari suatu kecelakaan:

Bila terjadinya kecelakaan ? _____
 Berikan uraian singkat kejadiannya _____

- Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada seorang petugas Pemerintahan yang berwenang ? Jika demikian beri keterangan _____
- Apakah pihak lain bertanggung jawab atas luka jasmaniah yang Saudara alami ? Bila "ya" berikan penjelasan penjelasan dengan singkat _____

2. Umum

Apakah Saudara dipertanggungkan untuk seluruhnya atau sebagian dari biaya pengeluaran tersebut diatas oleh:

- a. Suatu persetujuan "Workmen's Compensation (Astek) ? _____
 - b. Suatu Asuransi kecelakaan atau medis lainnya ? _____
 - c. Suatu Rancangan jaminan pengobatan lainnya ? _____
- Bila "ya" dan salah satu dari tersebut diatas, mohon terangkan penjelasan-penjelasan selengkapnyanya.

3. Pernyataan

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan, bahwa keterangan - keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah sungguh benar. Saya telah memberikan keterangan yang selengkapnyanya atas semua hal yang berhubungan dengan klaim ini, dan jumlah uang yang dituntut didalamnya adalah secara sah berlaku pada saya berdasarkan persyaratan, kondisi dan pengecualian daripada Polis yang bernomor tersebut di atas.

 Tanda Tangan Tertanda