



Layanan
Informasi **24/7**
14073

- ☑ Penjelasan Benefit Produk
- ☑ Informasi Jaringan Provider
- ☑ Penanganan Keluhan

PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia

Kantor Pusat :

Mandiri Inhealth Tower Lantai 9 (d.h. RDTX Tower)
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. E-IV No.6, Mega Kuningan
Kel. Karet Kuningan, Kec. Setiabudi, Jakarta Selatan 12950
Telp. (021) 2509 5000

www.mandiriinhealth.co.id

PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan



PEDOMAN PERTANGGUGAN ASURANSI KESEHATAN

Indemnity

KATA PENGANTAR

Terima kasih atas kepercayaan yang diberikan kepada PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia untuk mengelola Pertanggungan Asuransi Kesehatan.

Sebagai bentuk tanggung jawab kami kepada Bapak/Ibu, kami berkewajiban memberikan informasi yang selengkap-lengkapny mengenai cara memanfaatkan pelayanan kesehatan yang menjadi hak Bapak/Ibu sesuai dengan yang tertuang dalam Polis. Apabila ternyata ada perbedaan antara hal yang dijelaskan dalam buku saku ini dengan isi polis, maka yang berlaku yaitu yang tercantum dalam polis.

Kami berharap buku saku (pocket book) ini dapat menjadi panduan bagi Bapak/Ibu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Direksi

PEDOMAN PERTANGGUGAN ASURANSI KESEHATAN

A. MASA PERTANGGUGAN

- Masa pertanggunggunaan asuransi kesehatan mengacu pada periode Polis yang berlaku sesuai dengan kesepakatan.

B. KEPESERTAAN

Peserta : Bagi Peserta yang mempunyai hubungan kerja dengan usia yang telah disepakati (berdasarkan polis yang berlaku) dan didaftarkan kepada PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia sebagai peserta dalam program asuransi kesehatan kumpulan disertakan surat dari pihak HRD Perusahaan.

Keluarga : Seorang istri/suami yang sah atau resmi menurut hukum yang berlaku secara sah di Indonesia dan anak kandung/ angkat yang secara hukum yang tercatat dalam daftar tanggungan peserta/orang tua, sesuai urutannya dalam keluarga dengan ketentuan untuk anak sebagai berikut :

- a. Maksimal anak dengan usia yang telah disepakati (berdasarkan polis yang berlaku), Semua Anak yang sah belum menikah, belum bekerja, apabila masih sekolah atau kuliah yang merupakan tanggungan dari Pekerja dan dibuktikan dengan surat pernyataan dari lembaga pendidikannya.
- b. Anak usia 0 (nol) hari langsung dicover

C. JENIS JAMINAN

Jenis jaminan asuransi kesehatan yaitu :

1. RAWAT INAP (InPatient)
2. RAWAT JALAN (Out Patient)
3. RAWAT GIGI
4. RAWAT BERSALIN
5. KACAMATA
6. Inhealth RIDER

Jenis Jaminan mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.

1. RAWAT INAP (InPatient)

Menjamin pembayaran Rawat Inap dan Pembedahan bagi Peserta yang mengalami sakit karena penyakit atau kecelakaan dengan penggantian 100% (seratus persen) dari nilai kuitansi dengan batasan maksimal sesuai Tabel Jaminan. Jaminan Perawatan Rumah Sakit dan Pembedahan ini meliputi :

a. Biaya kamar per hari

Yaitu biaya-biaya harian untuk akomodasi kamar menginap (termasuk kamar karantina) untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar dalam Rumah Sakit. Batas jaminan yang dijelaskan dalam Ketentuan Polis ini yaitu batasan harian dan berlaku untuk sejumlah hari perawatan yang tercantum

dalam daftar jaminan Rawat Inap. Batas maksimal hari perawatan yaitu mengacu pada polis yang berlaku per tahun yang terjadi pada masa asuransi berjalan.

Reinstatement (pemulihan) limit benefit untuk penyakit yang sama adalah 0 hari kalender dan untuk kasus penyakit yang beda dapat langsung pulih benefitnya sejak 0 hari.

b. Biaya Paket Pembedahan

Adalah penggantian biaya paket pembedahan sesuai dengan plafon berdasarkan kategori operasi dalam daftar pada lampiran kategori operasi (kecil, sedang, besar, kompleks) dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Kategori Operasi:
 - i. Operasi kecil
 - ii. Operasi sedang
 - iii. Operasi besar
 - iv. Operasi kompleks
- b. Jenis biaya operasi
 - i. Biaya Dokter Bedah, yaitu penggantian biaya Dokter spesialis dan asisten Dokter yang melakukan pembedahan selama pembedahan berlangsung sesuai jenis kategori pembedahan dalam Polis. Batas maksimum penjaminan per perawatan sesuai tabel benefit.
 - ii. Biaya Kamar bedah, yaitu penggantian biaya sewa kamar operasi, alat-alat dan obat-obatan yang digunakan pada saat pembedahan

berlangsung, tes diagnostik yang dibutuhkan secara medis saat pembedahan serta biaya kamar observasi (recovery) setelah pembedahan. Batas maksimum penjaminan per perawatan sesuai tabel benefit.

- iii. Biaya Anestesi, yaitu penggantian biaya Dokter anestesi, asisten Dokter anestesi dan obat-obatan anestesi selama pembedahan berlangsung. Batas maksimum penjaminan per perawatan sesuai tabel benefit.
- c. Apabila tindakan operasi tidak tercantum dalam diagnosa pada daftar pembedahan, Penanggung akan mengganti jumlah yang setara dengan jumlah pembedahan yang dapat dibayarkan untuk operasi yang memiliki tingkat keparahan yang sebanding.
- d. Apabila dua atau lebih operasi pembedahan dilakukan melalui satu sayatan tunggal, maka operasi-operasi pembedahan tersebut dianggap sebagai satu operasi tunggal, dan penggantian seluruh biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk semua operasi itu tidak boleh melebihi tabel benefit untuk kategori Pembedahan yang tertinggi dari operasi-operasi tersebut. Apabila dua atau lebih operasi pembedahan dilakukan melalui sayatan yang berbeda untuk Penyakit yang berbeda, maka operasi-operasi pembedahan tersebut dianggap sebagai operasi-operasi yang berbeda, dan

penggantian seluruh biaya yang sebenarnya yang dibebankan untuk semua operasi itu ditetapkan berdasarkan biaya dan tabel benefit yang terpisah untuk masing-masing operasi

c. Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit

Adalah penggantian biaya obat-obatan sesuai resep termasuk alat habis pakai, terapi, pemeriksaan penunjang diagnostik, transfusi darah, pemakaian oksigen, biaya administrasi dan penyewaan alat medis. Batas jaminan seperti tercantum dalam daftar jaminan merupakan batasan per perawatan di Rumah Sakit.

d. Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (Perawatan non-bedah)

Yaitu biaya-biaya yang timbul atas kunjungan seorang dokter yang merawat per hari yang melakukan perawatan untuk mengunjungi seorang pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Jaminan ini dibatasi secara harian. sesuai dengan jumlah lamanya perawatan seperti tercantum dalam daftar jaminan yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku.

e. Biaya Konsultasi dengan Dokter Spesialis

Yaitu biaya-biaya konsultasi yang dibebankan oleh dokter spesialis (bukan dokter spesialis yang melakukan perawatan) sehubungan dengan penyakit yang memerlukan konsultasi lanjutan di Rumah Sakit dengan batasan per perawatan di Rumah Sakit.

f. Unit Perawatan Intensif ICU

Yaitu biaya-biaya harian untuk unit perawatan intensif (termasuk sewa peralatan) asalkan hal itu dinyatakan secara tertulis dan diperlukan secara medis oleh dokter atau dokter spesialis yang bertugas bahwa seorang peserta/pemegang polis harus menjalani perawatan di unit perawatan intensif. sesuai dengan jumlah lamanya perawatan seperti tercantum dalam daftar jaminan yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku.

g. Biaya sebelum dan sesudah perawatan rawat inap

Yaitu biaya-biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan kesehatan awal dari biaya pemeriksaan uji sinar-X, ECG, laboratorium dan prosedur diagnostik yang secara medis diperlukan dan dianjurkan oleh seorang dokter dalam jangka sesuai kesepakatan / hari sebelum peserta mendapatkan perawatan oleh dokter yang merawat (pre admission test) dan mengganti biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan lanjutan dengan atau tanpa obat-obatan sejak keluarnya peserta dari perawatan sesuai kesepakatan / hari setelah lepas Rawat Inap maksimum satu kali kunjungan per hari. Batas jaminan obat-obatan dan penunjang diagnostik yaitu batas akumulasi untuk sebelum dan sesudah rawat inap sesuai batas hari yang dijamin.

h. Biaya perawatan darurat tanpa opname & rawat gigi khusus akibat kecelakaan.

Menjamin biaya perawatan di unit gawat darurat

akibat kecelakaan dan rawat gigi akibat kecelakaan baik di Rumah Sakit, Klinik dalam waktu 1 x 24 jam sejak terjadinya kecelakaan, meskipun pasien tidak diharuskan menginap di Rumah Sakit. Batasan jaminan per perawatan.

i. Biaya Ambulans per perawatan

Menjamin biaya Ambulance yaitu penggantian biaya yang dikenakan untuk jasa ambulan dari Tempat Kejadian ke Rumah Sakit dan dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit pada saat yang diperlukan secara medis dengan batasan jaminan per perawatan. Tidak berlaku untuk mengantar Jenazah

j. Biaya Perawat pribadi per hari

Menjamin biaya Perawat Pribadi maksimal hari yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku. yang khusus ditunjuk oleh Dokter yang merawat untuk menjaga Peserta apabila jika secara medis. Perawat harus terdaftar sebagai Perawat di Rumah Sakit tempat Peserta dirawat dengan batasan manfaat sesuai dengan Tabel Benefit per hari.

k. Biaya Perawatan Sehari (Same Day Care) per perawatan

Menjamin Perawatan Same Day Care yang meliputi biaya Perawatan/ tindakan emergency non bedah atau perawatan/tindakan bedah tanpa dilakukan rawat inap Benefit sudah termasuk biaya jasa tindakan Dokter, anestesi, obat, penunjang diagnostik serta sewa kamar tindakan/observasi).

Benefit ini tidak menjamin biaya sebelum dan sesudah Same Day Care. Menjamin lasik dengan selisih visus mata kiri dan mata kanan minimum 5.

l. Biaya Perawatan untuk Hemodialisa (Cuci Darah) & Chaemoterapi / Radioterapi per tahun

Menjamin biaya Hemodialisa (cuci darah), Kemoterapi (penyinaran)/Radioterapi termasuk biaya kamar, obat dan alat medis yang dibutuhkan dalam benefit sendiri dengan batasan manfaat sesuai dengan Tabel Benefit per tahun Polis

m. Biaya One Day Surgery

Adalah penggantian biaya perawatan/ tindakan bedah tanpa dilakukan rawat inap (merupakan paket tindakan yang terdiri dari jasa tindakan Dokter, anestesi, obat, penunjang diagnostik serta sewa kamar tindakan/ observasi).

Benefit ini tidak menjamin biaya sebelum dan sesudah One Day Surgery. Batasan benefit ini adalah tahunan.

n. Biaya Internal Implant

Adalah penggantian biaya alat bantu tanam di dalam tubuh yaitu Pen, Plate, Screw, IOL, Stent, Ring, K-Wire, Pace Maker, Mash, Balloon, Shunt, Stapler, dan bone implant. Batasan benefit ini adalah tahunan.

o. Biaya Perawatan Odontectomy

Adalah penggantian biaya untuk perawatan dan tindakan pembedahan gigi impaksi. Batasan benefit ini adalah tahunan.

p. Biaya Perawatan Kelainan Bawaan (Congenital dan Herediter)

Adalah penggantian biaya atas ketidaknormalan secara medis yang telah ada pada saat seseorang dilahirkan, termasuk kelainan fisik neo – natal (setelah lahir) yang terbentuk dalam masa 6 (enam) bulan setelah kelahiran. Batasan benefit ini adalah tahunan.

q. Biaya Sircumsisi (sunat)

Adalah penggantian biaya sircumsisi (sunat) atas indikasi medis. Batasan benefit ini adalah per perawatan dalam benefit pembedahan kecil.

r. Biaya Prothesa/Orthesa

Adalah penggantian alat bantu luar tubuh yaitu kursi roda, kruk, korset, tongkat, knee support/decker, stocking varices, arm sling, orthopedi shoes, splint, elbow brace, three foot, collar neck, dan celana hernia. Batasan benefit ini adalah tahunan.

s. Biaya Bayi Premature

Adalah penggantian perawatan Bayi Premature (termasuk obat, Dokter, laboratorium, alat medis). Batasan benefit ini adalah tahunan.

t. Biaya Penyewaan alat-alat medis

Adalah penggantian biaya penyewaan alat-alat medis yang dibutuhkan Peserta selama dalam perawatan rawat inap. Batasan jaminan per tahun Polis.

u. Biaya Non Medis

Adalah penggantian biaya non medis yang dibutuhkan Peserta selama dalam perawatan rawat inap. Batasan jaminan per perawatan rawat inap

v. Santunan Harian Rawat Inap - Hospital Cash Plan BPJS Kesehatan

Adalah penggantian manfaat Hospital Cash Plan/ Santunan Harian Rawat Inap bagi peserta Indemnity Bagi peserta yang berobat menggunakan jaminan BPJS Kesehatan dapat menerima Santunan Harian Rawat Inap dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Peserta berobat menggunakan jaminan BPJS Kesehatan dengan melampirkan bukti Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan
2. Maksimum lamanya perawatan per diagnosa utama adalah 7 (tujuh) hari, Diagnosa kedua dan seterusnya akan dihitung sebagai 1 (satu) diagnosa utama apabila dilakukan episode perawatan yang sama
3. Manfaat diberikan pada hari ke-2 (dua) perawatan dan seterusnya sampai batas maksimum 7 (tujuh) hari
4. Tidak berlaku untuk kasus persalinan dan yang termasuk dalam pengecualian
5. Berlaku sistem reimbursement

Ketentuan pengajuan klaim HCP :

1. Formulir Pengajuan Klaim Perorangan
2. Salinan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari BPJS Kesehatan dan/atau luaran grouper INA CBG's dan/atau Surat Keterangan dari BPJS Kesehatan perihal penjaminan perawatan dengan BPJS Kesehatan
3. Salinan Kartu Mandiri Inhealth
4. Pembayaran ditransfer ke rekening yang didaftarkan oleh Pemegang Polis

Prosedur Rawat Inap

- a. Peserta yang akan melaksanakan rawat Inap harus atas dasar surat pengantar dari dokter (umum atau spesialis) dengan melampirkan hasil pemeriksaan penunjang sebelumnya sesuai dengan diagnosa peserta kecuali dalam keadaan emergency.
- b. Peserta dapat memanfaatkan layanan rawat inap di seluruh provider dengan menunjukan Kartu Mandiri Inhealth kepada petugas administrasi Rumah Sakit provider.
Petugas akan menghubungi Contact Center untuk konfirmasi manfaat dan jaminan pelayanan.
- c. **Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Rawat Inap dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.**

Contact Center 24 Jam

No. Telp. : 14073

Email : customerservice@mandiriinhealth.co.id

2. RAWAT JALAN (OutPatient)

Merupakan jaminan tambahan dari Rawat Inap dan Pembedahan yang memberikan jaminan berobat jalan akibat penyakit atau kecelakaan dengan penggantian 100% dari nilai kuitansi dengan batasan maksimal sesuai tabel dalam lampiran benefit.

Jaminan Rawat Jalan ini meliputi :

- a. **Biaya Konsultasi Dokter Umum**, yaitu biaya-biaya pemeriksaan untuk suatu kunjungan ke dokter umum. Akupuntur yang dilakukan oleh seorang dokter umum termasuk di dalam jaminan ini.
- b. **Biaya Konsultasi Dokter Spesialis**, yaitu biaya-biaya dokter spesialis per kunjungan, maksimal 1 kali kunjungan per hari
- c. **Biaya Obat-obatan**, yaitu biaya pembelian obat-obatan sesuai resep (termasuk vitamin) yang dikeluarkan oleh dokter pemeriksa sesuai prinsip UCR (Usual, Customary and Reasonable) untuk penyakit akut 3 – 5 hari dan penyakit kronis 15 hari dan tidak melebihi batas maksimum tahunan (per tahun).

- d. Tes-tes Diagnostik dan laboratorium**, yaitu biaya-biaya untuk pemeriksaan tes laboratorium, sinar-X, USG, CT-Scan dan pemeriksaan diagnostik lainnya untuk menegakkan diagnosa suatu ketidak-mampuan secara fisik yang dijamin per tahun.
- e. Biaya Fisioterapi**
Adalah penggantian biaya fisioterapi atas rekomendasi Dokter maksimum sesuai limit pada tabel manfaat Peserta per kunjungan (tanpa batasan kunjungan)
- f. Biaya Administrasi**
Menjamin biaya administrasi, kartu, atau karcis yang dibebankan oleh Rumah Sakit/Klinik kepada Peserta saat melakukan pelayanan kesehatan per kunjungan (tanpa batasan kunjungan)
- g. Biaya Imunisasi IDAI - per tahun**
Menjamin biaya Imunisasi sesuai rekomendasi IDAI. Berlaku vaksin sesuai rekomendasi IDAI. Sudah termasuk biaya jasa Dokter, obat vaksin, administrasi
- h. Biaya KB (pil, suntik, IUD, implant) - per tahun**
Menjamin biaya Layanan Keluarga Berencana (KB) yang meliputi biaya pemasangan atau pelepasan alat kontrasepsi, IUD, pil KB, suntik, susuk, implant. Termasuk biaya jasa Dokter, sediaan KB, Administrasi. Tidak termasuk biaya sterilisasi (vasektomi, tubektomi)
- i. Biaya Vitamin, multivitamin dan Food Supplement atas indikasi medis per tahun**

Menjamin Vitamin, Multivitamin, Suplement selama atas indikasi medis dan rekomendasi Dokter selama bukan obat herbal/kuasi/MLM. Dijamin dalam benefit sendiri dengan batasan per tahun Polis.

j. Biaya Pemeriksaan Refraksi Mata

Menjamin biaya refraksi mata dengan batasan manfaat sesuai dengan Tabel Benefit per tahun Polis

k. Biaya vitamin, multivitamin, atau foodsuplement

Adalah penggantian biaya vitamin, multivitamin, atau foodsuplement yang diresepkan oleh Dokter yang memeriksa sesuai dengan diagnosa penyakit yang diderita Peserta, bukan merupakan obat herbal atau obat MLM. Batasan benefit ini adalah tahunan.

Prosedur Rawat Jalan

- a. Setiap peserta akan mendapatkan kartu Peserta dan memilih satu Rumah Sakit provider Mandiri Inhealth, apabila Peserta akan melakukan pengobatan Rawat Jalan Peserta cukup dengan menunjukan kartu Peserta kepada Loket pendaftaran (admission) di Rumah Sakit pilihannya.
- b. Seluruh layanan di Rumah Sakit pilihan dapat diberikan asalkan sesuai dengan ketentuan dalam Polis, untuk maksimal kunjungan ke dokter umum atau spesialis yaitu per kunjungan (tanpa batasan kunjungan)

- c. Kunjungan ke dokter spesialis dapat dilaksanakan langsung tanpa harus dengan rujukan dokter umum.
- d. Pemberian obat-obatan dilaksanakan atas indikasi medis dan sesuai dengan resep dokter baik Generik, PMDN maupun PMA dengan batasan untuk penyakit akut 3-5 hari dan penyakit kronis 15 hari dengan maksimal benefit yaitu per tahun sesuai tabel jaminan.
- e. Pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, sinar-X, dan lain-lain) dilaksanakan atas anjuran dokter diberikan dengan batas maksimal per tahun sesuai tabel jaminan.
- f. **Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Rawat Jalan dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.**

3. RAWAT GIGI

Merupakan jaminan tambahan dari Rawat Inap dan Pembedahan yang memberikan jaminan dengan penggantian 100% (seratus persen) atau sesuai nilai penggantian yang disepakati antara Penanggung dan Pemegang Polis dari nilai kuitansi dengan batasan maksimal sesuai tabel dalam lampiran benefit meliputi :

a) Biaya Perawatan Gigi Dasar

Adalah penggantian biaya untuk tindakan perawatan gigi seperti pembengkakan, penambalan, pencabutan,

kuretase gusi, perawatan saraf. Benefit ini termasuk biaya konsultasi Dokter gigi, biaya administrasi, dan/atau pemeriksaan penunjang diagnostik. Batasan benefit ini adalah tahunan.

b) Biaya Perawatan Gigi Pencegahan

Adalah penggantian biaya untuk pembersihan karang gigi, poles/brushing, flouridasi, dan prophylaxis. Benefit ini termasuk biaya konsultasi Dokter gigi, biaya administrasi, dan/atau pemeriksaan penunjang diagnostik. Batasan benefit ini adalah tahunan.

c) Biaya Perawatan Gigi Kompleks

Adalah penggantian biaya untuk tindakan pembedahan pada gigi dan gusi yang mencakup Odontectomy, Apicoectomy, Kistectomy gigi, Ginggivectomy, Eksisi/ Insisi/Marsupilasi/Enukleasi pada gigi, Alveolectomy, dan Operculectomy. Untuk operasi odontectomy harus dilampirkan dengan rontgen gigi. Batasan benefit ini adalah tahunan.

d) Biaya Gigi Palsu

Adalah penggantian biaya perawatan gigi palsu atas indikasi medis termasuk perawatan perbaikan gigi palsu, cappings, crown/mahkota, bridge/jembatan, inlay/onlay/uplay dalam bentuk plastik, keramik, porselen, atau emas. Batasan benefit ini adalah tahunan.

Catatan :

Ketentuan Rawat Gigi & Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Rawat Gigi dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!

4. RAWAT BERSALIN

Merupakan jaminan tambahan dari rawat inap dan pembedahan yang memberikan penggantian biaya paket persalinan dengan penggantian 100% (seratus persen) dari nilai kuitansi dengan maksimal penggantian sesuai dengan Manfaat Asuransi dengan ketentuan sebagai berikut :

a. Biaya Persalinan Normal

Adalah penggantian biaya perawatan melahirkan normal tanpa operasi, termasuk dengan penggunaan forceps, vacuum dan dilatasi yang dilakukan oleh seorang Dokter atau Bidan. Batasan benefit ini adalah tahunan.

b. Persalinan Operasi atas indikasi medis per tahun

Menjamin biaya Persalinan Operasi (Sectio Caesaria) atas indikasi medis dengan batasan limit sesuai dengan Tabel Benefit Peserta per tahun Polis. Persalinan Cesar BUKAN atas indikasi medis (APS) tidak dijamin.

c. Pengguguran atas pertimbangan medis per tahun

Menjamin biaya Pengguguran kandungan atas indikasi medis dengan batasan limit sesuai dengan Tabel Benefit Peserta per tahun Polis

d. Perawatan sebelum dan 40 hari setelah melahirkan

Adalah penggantian biaya pemeriksaan kehamilan sebelum dan 40 (empat puluh) hari setelah melahirkan termasuk biaya Dokter, Bidan, obat-obatan, dan penunjang diagnostik. Batasan benefit ini adalah tahunan.

e. Santunan Melahirkan Normal Jika menggunakan BPJS Kesehatan

Santunan Persalinan yaitu penggantian yang diberikan kepada Peserta atas perawatan Persalinan Normal dengan mengikuti prosedur BPJS Kesehatan dengan penggantian klaim secara reimbursement. Jumlah penggantian klaim sebesar sejumlah 100% kuintasi atau maksimal batasan limit sesuai pada Tabel Benefit Peserta per tahun Polis.

f. Santunan Melahirkan dengan Operasi Jika menggunakan BPJS Kesehatan

Santunan Persalinan yaitu penggantian yang diberikan kepada Peserta atas perawatan Persalinan Operasi dengan mengikuti prosedur BPJS Kesehatan dengan penggantian klaim secara reimbursement. Jumlah penggantian klaim sebesar sejumlah 100% kuintasi atau maksimal batasan limit sesuai pada Tabel Benefit Peserta per tahun Polis.

g. Biaya Komplikasi Kehamilan dan 40 hari Pasca Persalinan

Adalah penggantian biaya atas perawatan komplikasi

kehamilan dan 40 hari pasca persalinan yang memerlukan perawatan di Rumah Sakit atas indikasi medis. Batasan benefit ini adalah tahunan.

Catatan :

Ketentuan Rawat Bersalin & Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Rawat Bersalin dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.

5. KACAMATA

Memberikan jaminan 100% (seratus persen) dari nilai kuitansi dan berdasarkan pemeriksaan Dokter spesialis mata dengan maksimal tidak lebih dari Manfaat Asuransi. Penggantian resep kacamata meliputi :

a) Bingkai Kacamata

Adalah penggantian biaya untuk bingkai kacamata berdasarkan Pemeriksaan Dokter Spesialis Mata. Batasan benefit sesuai polis yang berlaku.

b) Biaya Lensa Kacamata atau lensa kontak (contact lens)

Adalah penggantian biaya untuk lensa kacamata atau lensa kontak (contact lens) berdasarkan pemeriksaan Dokter spesialis mata pada resep kacamata. Batasan benefit ini adalah tahunan.

c) Pemeriksaan Refraksi Mata

Adalah penggantian biaya pemeriksaan visus mata oleh Dokter spesialis mata. Batasan benefit ini adalah tahunan.

d) Penggantian benefit Kacamata ini diberikan hanya untuk Pegawai

e) Penggantian lensa dan kacamata, dapat diberikan dengan minimal visus 0,5 +/- ODS.

f) Penggantian tidak termasuk untuk kacamata gelap atau kacamata lainnya tanpa resep Dokter atau untuk estetika.

Catatan :

➤ Ketentuan Kacamata & Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Kacamata dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.

6. MEDICAL CHECK UP

Adalah Penggantian biaya medical check up sesuai dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai dengan Tabel Manfaat per tahun.

Catatan :

- **Ketentuan Medical Check Up & Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Medical Check Up dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.**

7. INHEALTH RIDER

1. Inhealth Rider Term Life

Inhealth Rider Term Life ini merupakan program asuransi yang memberikan manfaat pembayaran Uang Pertanggungan apabila Tertanggung meninggal dunia selama masa pertanggungan. Dalam Ketentuan Khusus Polis Asuransi Tambahan Inhealth Rider Term Life

2. Inhealth Rider Personal Accident AB

Inhealth Rider Personal Accident AB ini merupakan program asuransi yang memberikan manfaat pembayaran Uang Pertanggungan apabila Tertanggung Meninggal Dunia atau mengalami Cacat Tetap Total/ Cacat Tetap Sebagian akibat kecelakaan selama masa pertanggungan

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Meninggal Dunia karena sakit atau kecelakaan selama tidak masuk ke dalam Pasal Pengecualian Polis
- b. Jumlah Penggantian klaim sebesar plafon yang tertera dalam Tabel Benefit

- c. Berlaku sistem reimbursement
- d. Berikut dokumen klaim yang harus dilengkapi :
 - 1) Surat Keterangan dari Dokter/Rumah Sakit
 - 2) Salinan Kartu Tanda Pengenal (KTP)
 - 3) Salinan Kartu Keluarga (KK)
 - 4) Surat Kematian dari Pemerintah Daerah (PEMDA) setempat
 - 5) Surat Keterangan dari Kedutaan Besar Republik Indonesia setempat (apabila meninggal di luar wilayah Republik Indonesia)
 - 6) Surat Keterangan dari Kepolisian (jika meninggal karena kecelakaan)

Catatan :

- **Ketentuan Inhealth Rider & Prosedur lainnya yaitu mengacu pada ketentuan polis yang berlaku & detail manfaat Inhealth Rider dapat dilihat pada Menu FitBenefit pada Aplikasi FitAja!.**

D. LAYANAN REIMBURSEMENT

- a. Setiap Peserta selesai melaksanakan pengobatan untuk Rawat Inap Peserta harus melampirkan formulir klaim yang sudah diisi dan ditandatangani serta distempel oleh dokter yang memeriksa atau yang merawat.

- b. Masa kedaluwarsa klaim reimbursement adalah maksimal 90 hari kalender (termasuk pengajuan ulang klaim), terhitung sejak tanggal dokumen lengkap diterima terhadap tanggal perawatan.
- c. Klaim reimbursement dibayarkan kepada rekening Pemegang Polis atau Peserta maksimal 14 hari kerja setelah dokumen lengkap diterima Inhealth
- d. Penanggung akan memberikan penggantian sesuai ketentuan jaminan dan maksimal benefit setiap Pesertanya.
- e. Apabila pada masa asuransi, Peserta melakukan hal-hal yang bersifat merugikan (moral hazard/fraud) maka penanggung berhak untuk menutup layanan atau menolak atas diri Peserta dan meminta Pemegang Polis untuk tidak melanjutkan Peserta tersebut saat perpanjangan.
- f. Apabila berdasarkan verifikasi klaim yang dilakukan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, terjadi kekurangan pembayaran atas nilai eksel klaim yang sudah dibayarkan di RS/ Klinik maka peserta wajib membayarkan selisih tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia dan berlaku sebaliknya.
- g. Klaim reimbursement dibayarkan ke rekening peserta sesuai no. rekening yang didaftarkan.

E. PENGAJUAN KLAIM

- Bukti-bukti pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada :
 - a. Nama dokter, SIP, tanda tangan dokter dan resume medis
 - b. Pengisian form klaim lengkap oleh dokter yang melakukan perawatan.
 - c. Fotocopy resume medis dari dokter atau Rumah Sakit yang merawat.
 - d. Fotocopy kartu peserta/pemegang polis asuransi.
 - e. Kuitansi asli dari dokter atau Rumah Sakit yang menerangkan :
 - i. Nama peserta/pemegang polis yang berobat.
 - ii. Diagnosa penyakit yang dirawat.
 - iii. Tanggal pengobatan.
 - iv. Perincian biaya-biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan perawatan dan atau pengobatan medis.
 - v. Stempel dan nama klinik/RS.
 - f. Salinan resep dari obat-obatan yang diberikan.
 - g. Kuitansi asli dari Apotik.
 - h. Kuitansi asli dan surat pengantar dari dokter untuk pemeriksaan diagnostik dan perincian nama pemeriksaan diagnostik tersebut serta hasil pemeriksaan tersebut.
 - i. Surat pengantar dari dokter umum/spesialis bila pemeriksaan lanjutan perlu dilakukan.

F. PENYELESAIAN KLAIM

- a. Masa kedaluwarsa klaim reimbursement adalah maksimal 90 hari kalender (termasuk pengajuan ulang klaim), dihitung sejak tanggal dokumen lengkap diterima terhadap tanggal perawatan.
- b. Klaim reimbursement dibayarkan kepada rekening Pemegang Polis atau Peserta maksimal 14 hari kerja setelah dokumen lengkap diterima Inhealth
- c. Peserta/pemegang polis memberikan hak sepenuhnya kepada PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia untuk meminta data medis (Medical Record) mengenai dirinya dari Pemberi Pelayanan Kesehatan (provider).
- d. Apabila pada masa pertanggungsaan, peserta/pemegang polis melakukan hal-hal yang bersifat merugikan PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia (Moral Hazard), maka PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia berhak untuk menolak atas diri peserta/pemegang polis untuk tidak diikutsertakan saat Renewal kepada Pemegang Polis.

G. PENGECUALIAN DAN PEMBATAAN PELAYANAN

Yang dimaksud pengecualian dan pembatasan pelayanan kesehatan yaitu hal-hal yang tidak menjadi tanggung jawab PT. Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, meliputi :

1. Akibat perang atau bertugas aktif di militer atau angkatan bersenjata dari suatu negara atau Badan Internasional, pemogokan, kerusuhan, huru-hara (langsung dan

tidak langsung), tindakan kriminal (aktif dan pasif), pemberontakan dan sejenisnya.

2. Naik ke dalam, turun dari, berada di dalam atau terbang dengan suatu alat angkutan di udara yang bermesin maupun yang tidak bermesin, melakukan penerbangan dengan pesawat udara charteran/militer/polisi/helikopter, kecuali jika peserta/pemegang polis sedang menggunakan pesawat udara penerbangan komersil dengan jadwal dan jalur penerbangan yang tetap.
3. Penyakit atau luka yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fisi nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir.
4. Biaya perawatan di rumah perawatan atau sanatorium untuk memulihkan kesehatan, klinik pengobatan tradisional atau yang sejenis untuk rawat istirahat atau dirawat di Rumah Sakit sehubungan dengan akan melakukan pemeriksaan kesehatan.
5. Peserta/pemegang polis bunuh diri, melukai diri sendiri, percobaan bunuh diri, baik dalam keadaan waras atau tidak waras, peserta/pemegang polis dengan sengaja melibatkan diri kedalam situasi yang membahayakan dirinya
6. Peserta/pemegang polis melakukan tindakan percobaan melanggar hukum, kriminal, melawan penahanan yang sah, peserta/pemegang polis diserang karena tindakan provokasi yang dilakukannya.

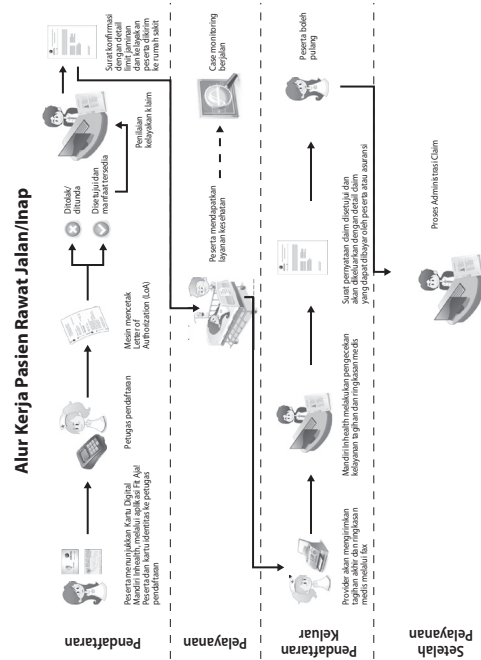
7. Penyakit atau luka yang timbul sebagai akibat dari pemakaian alkohol, narkotika, obat-obatan bius atau sejenisnya.
8. Olah raga tertentu yang membahayakan seperti panjat gunung/tebing, bungy jumping, hang gliding, balap mobil/motor/sepeda/lomba kecepatan kendaraan beroda lainnya, parasut/terjun payung, tinju/olahraga kontak fisik lainnya, akrobatik, diving/scuba diving/selam, gantole, terbang layang/layang gantung, arung jeram dan semua jenis olahraga berisiko lainnya.
9. Penyakit yang terjadi melalui hubungan kelamin/sexual.
10. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) dan ARC (Aids Related Complex) serta HIV positif dan semua penyakit yang disebabkan oleh atau berhubungan dengan virus HIV positif.
11. Pengobatan dan tindakan medis yang masih dikategorikan eksperimental misalnya Therapy Ozon, Hyperbaric Therapy, tindakan Laser Eximer atau pelayanan kesehatan termasuk obat yang belum diakui secara resmi oleh Departemen Kesehatan.
12. Kelainan bawaan/congenital dan hereditas misalnya : hernia, VSD, ASD, debil, embicil, mongoloid, cretinism, thalassemia, haemophillic dan lain-lain.
13. Check up kesehatan/General check up/Regular check up.
14. Tes kesehatan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari ketidak- mampuan secara fisik yang dijamin atau setiap perawatan/pengobatan yang tidak perlu

secara medis, biaya yang tidak wajar atau tidak diperlukan untuk pengobatan suatu penyakit serta setiap pengobatan preventif, pengobatan atau perawatan hormonal, biaya yang tidak termasuk biaya medis selama perawatan di Rumah Sakit dan perawatan untuk penurunan berat badan atau untuk menambah berat badan.

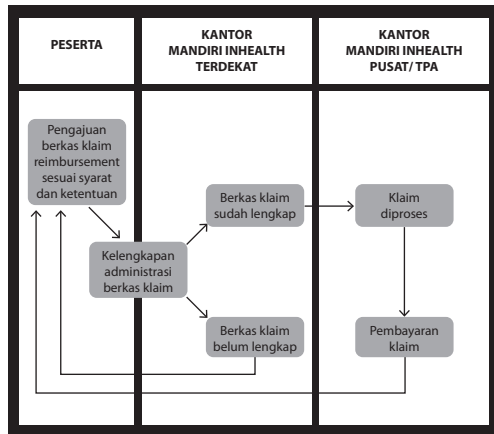
15. Biaya pemberi jasa medis yang dikenakan oleh keluarga dekat Peserta/pemegang polis atau oleh seseorang yang secara normal tinggal dalam rumah tangga Peserta/pemegang polis.
16. Gangguan akibat sinar radio aktif, nuklir, bencana alam (gempa bumi, banjir, letusan gunung berapi, badai, tsunami dan sejenisnya).
17. Bahan pembersih gigi, obat jerawat, obat-obatan untuk mempercantik diri, obat-obatan tradisional, minyak kayu putih, balsam, gel, sabun, pasta gigi dan sejenisnya.
18. Keloid dan Cosmetic Surgery (operasi plastik) kecuali akibat kecelakaan.
19. Home Nursing (perawatan di rumah) atau untuk perawatan pribadi.
20. Biaya telpon, fax, salon, video, televisi, sauna, laundry, mini bar, serta lain-lain hal yang tidak ada hubungannya dengan pengobatan.
21. Pembelian obat-obatan tanpa resep dokter (over the counterdrug).

❖ KETENTUAN PENALANGAN EKSES KLAIM

- Ekses Klaim adalah biaya klaim diluar hak tertanggung yang terjadi akibat penggunaan system pembiayaan cashless yang akan menjadi kewajiban pemegang polis termasuk namun tidak terbatas pada:
 - a. Melebihi batas maksimum ketentuan tabel manfaat bagi tertanggung
 - b. Ketentuan mengenai pengecualian sebagaimana diatur dalam ketentuan polis
 - c. Perawatan dan/atau pengobatan sesuai dengan kesepakatan benefit Badan Usaha
- Ketentuan Pembayaran Ekses Klaim (Penalangan):
 1. Biaya ekses klaim tercantum pada surat jaminan (LOC) saat peserta menerima pelayanan di provider
 2. Peserta tidak perlu membayarkan ekses klaim apabila ketentuan penjaminan ekses klaim dijamin asuransi terlebih dahulu sebagai penalaran
 3. Pembayaran ekses klaim sesuai nominal yang tercantum pada Invoice yang diterbitkan oleh Mandiri Inhealth
 4. Pembayaran ekses klaim oleh Perusahaan (Pemegang Polis) menggunakan Virtual Account yang tercantum pada Invoice dan tidak berlaku pembayaran per peserta atau cicilan.
 5. Pembayaran ekses klaim 14 hari kalender sejak tanggal invoice diterbitkan
 6. Keterlambatan pembayaran ekses klaim akan dilakukan penutupan layanan



Alur Klaim Perorangan Indemnity (Reimbursement)



TIP Aman...!

Jangan membagikan informasi user ID dan password FitAja! ke pihak manapun termasuk Pihak Mandiri Inhealth.

Ganti Password Aplikasi FitAja! secara rutin 3 bulan sekali

Pastikan dokumen yang digunakan dalam pengajuan klaim reimbursement berdasarkan pelayanan kesehatan yang diterima dari Fasilitas Kesehatan.

Simpan Kartu Asuransi Kesehatan Anda secara aman. Jika hilang segera lapor ke Mandiri Inhealth.

Untuk Informasi & Layanan Mandiri Inhealth dapat menghubungi Contact Center 24/7

14073

FitAja!



TIPS MENDAPATKAN KENYAMANAN PELAYANAN MANDIRI INHEALTH :

1. Kartu Digital yang bisa Download dari Aplikasi Fit Aja!
2. Tunjukkan Kartu Digital Mandiri Inhealth, melalui aplikasi Fit Aja! Anda Sebelum Mendapatkan Pelayanan Kesehatan
3. Pahami Benefit, Hak dan Kewajiban sesuai Plan Mandiri Inhealth Anda
4. Manfaatkan Pelayanan di Jejaring Provider Mandiri Inhealth Anda
5. Bila Terjadi Kesulitan Dalam Memperoleh Pelayanan Kesehatan Segera Hubungi Contact Center Mandiri Inhealth yang Ada Dibelakang Kartu Mandiri Inhealth Anda.

www.mandiriinhealth.co.id