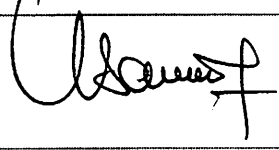


 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		PENGAJUAN KLAIM BPJS		
		Nomor Dokumen: <i>Hk.02.04/11/3590/2015</i> No. Dokumen Unit:	No. Revisi : 001	Halaman : 2
	Disiapkan oleh : Nama Usman Ali, SE	Disetujui Oleh : Drs. Syamsuri, MM	Ditetapkan oleh: Direktur Utama  Dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K), KIC NIP. 196209131988031002	
	Jabatan Kasubag Mobilisasi Dana	Direktur Keuangan & Administrasi Umum		
	Tanda Tangan 			
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		Tanggal Terbit : <i>02 September 2015</i>	Bagian Keuangan	
PENGERTIAN		1. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah. 2. Klaim piutang BPJS adalah tagihan pelayanan pasien dengan jaminan BPJS yang telah dilakukan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit		
TUJUAN		1. Dimilikinya pedoman dalam pelaksanaan penerimaan dan pendapatan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dalam rangka meningkatkan tertib administrasi dalam pengelolaan keuangan secara efektif dan efisien. 2. Terciptanya pelaporan penerimaan dan pendapatan Rumah Sakit yang cepat dan akurat.		
KEBIJAKAN		1. Permenkes RI No 28 tahun 2014 Tentang Pedoman pelaksanaan program JKN 2. Semua penerimaan dilaporkan dan diserahkan kepada Bendahara untuk disetorkan ke Rekening Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dengan nama RPL 182 RS PON OPR BLU RAWAT INAP, No. Rekening 166-0001038819		
PROSEDUR		1. Berkas klaim piutang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dari Penata Rekening Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) diterima oleh Verifikator Piutang. 2. Berkas yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), foto kopi kartu BPJS, foto kopi kartu identitas, surat rujukan/surat pengantar rawat inap dan <i>billing</i> pasien diverifikasi dan diperiksa kelengkapannya. 3. Laporan Individual Pasien dibuat oleh Rekam Medik		

	dengan memasukkan data diagnosis pasien dan tindakan dokter ke dalam program INA-CBG's. 4. Rekonsiliasi antara Laporan Individual Pasien dengan <i>billing</i>, dilakukan oleh Verifikator Piutang. 5. Verifikator Piutang memasukkan data tarif RS ke dalam program INA-CBG's. 6. Membuat rincian piutang pasien BPJS. 7. Berkas klaim piutang BPJS diserahkan kepada Verifikator BPJS. 8. Membuat kuitansi dan surat pernyataan penagihan piutang klaim BPJS sesuai dengan berita acara yang telah dibuat oleh Verifikator BPJS. 9. Mengajukan rekapitulasi tagihan, rincian tagihan, dan kuitansi ke Direktur Utama Rumah Sakit melalui Ka. Sub Bag. Mobilisasi Dana, Ka. Bag. Keuangan dan Direktur Keuangan dan Administrasi Umum. 10. Kuitansi dan kelengkapan berkas klaim diserahkan kepada kantor BPJS sebagai bukti penagihan. 11. Salinan kuitansi klaim diserahkan kepada Bendahara Penerimaan untuk direkonsiliasi dengan rekening koran bank. 12. Menyusun laporan mengenai pendapatan dan penerimaan Rumah Sakit dari piutang BPJS serta melaporkannya kepada Bendahara Penerimaan dan Kepala Sub Bagian Mobilisasi Dana.
UNIT TERKAIT	1. Bagian Keuangan 2. Bagian Pelayanan 3. BPJS 4. Bank Persepsi

Lampiran : Alur Tentang Pengajuan Klaim BPJS RS. Pusat Otak Nasional

