



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 379/MENKES/SK/IV/2008**

TENTANG

**PETUNJUK TEKNIS ADMINISTRASI KLAIM VERIFIKASI PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) TAHUN 2008**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Bagi Masyarakat (JAMKESMAS);
 - b. bahwa untuk meningkatkan mutu pelaksanaan, efisiensi dan efektifitas pengelolaan keuangan negara dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat telah diangkat verifikator yang bertugas melakukan verifikasi atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit atau PPK;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu petunjuk teknis administrasi klaim dan verifikasi yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
 4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
 5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
8. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4456);
9. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
13. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 94 Tahun 2006;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1295/Menkes/Per/XII/2007.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan Kesatu :** **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS ADMINISTRASI KLAIM DAN VERIFIKASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) TAHUN 2008.**
- Kedua :** **Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.**
- Ketiga :** **Petunjuk teknis sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Verifikator dan pihak lain terkait dalam Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.**
- Keempat :** **Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2008.**

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 15 April 2008



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor 379/MENKES/SK/IV/2008
Tanggal 15 April 2008

**PETUNJUK TEKNIS ADMINISTRASI KLAIM DAN VERIFIKASI
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT 2008
PADA PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT LANJUTAN**

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dilaksanakan sejak tahun 2005 telah memberikan pencapaian yang bermakna, antara lain terjadinya peningkatan cakupan/akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Namun demikian masih ditemukan beberapa permasalahan yang perlu memperoleh perhatian segera, yaitu pendataan sasaran yang belum tuntas, peran ganda penyelenggara sebagai pengelola dan pembayar, RS belum melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya, verifikasi tidak berjalan secara optimal, dana paket pelayanan belum memadai dan penyelenggaraan yang tidak menanggung resiko .

Saat ini Departemen Kesehatan telah berusaha untuk memperbaiki dalam penyelenggaraan/pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan ditetapkannya verifikator PPK (RS, BKMM, BBKPM, BKPM, BP4, BKIM) dan verifikator Pusat. Program ini diharapkan akan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Mulai tahun 2008 Departemen Kesehatan berkewajiban menyalurkan dan mempertanggung jawabkan dana bantuan sosial sektor kesehatan (APBN) sebesar Rp 4,6 triliun untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin sebanyak 76,4 juta jiwa. Untuk itu perlu disusun Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) sebagai acuan verifikator dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

B. Tujuan

1. Umum

Verifikasi Program Jamkesmas bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan Masyarakat dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Tepat jumlah, dimaksudkan bahwa untuk diagnose tertentu telah ditentukan besaran tarif pengganti biaya. Tepat waktu, dimaksudkan bahwa penggantian biaya pelayanan kesehatan akan segera dibayarkan sesuai klaim yang diajukan setelah diverifikasi. Tepat sasaran, dimaksudkan bahwa penggantian biaya diberikan bagi pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang memerlukan pelayanan. Selain itu verifikasi bertujuan membantu PPK mempercepat penyajian klaim secara benar, akurat dan tepat waktu.

2. Khusus.

- a. Terselenggaranya pelaksanaan verifikasi administrasi klaim secara cermat, akurat, dan tepat waktu serta sesuai dengan penilaian klaim.
- b. Terselenggaranya pelaksanaan verifikasi administrasi klaim secara akuntabel meliputi laik kepesertaan, laik medik dan laik bayar.
- c. Terselenggaranya pelaporan hasil verifikasi secara periodik.
- d. Terselenggaranya pencatatan dan pelaporan khusus permasalahan verifikasi administrasi klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan.

C. Ruang Lingkup.

1. Administrasi Klaim Harian.

- a. Administrasi Klaim Pembiayaan Rawat Jalan Tindak Lanjut (RJTL)
- b. Administrasi Klaim Pembiayaan Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- c. Administrasi Klaim Pembiayaan One Day Care (ODC)
- d. Administrasi Klaim Pembiayaan Rawat Inap Tindak Lanjut (RITL)

2. Rekapitulasi Klaim Mingguan.

- a. Rekap Klaim Pembiayaan Rawat Jalan Tindak Lanjut (RJTL).
- b. Rekap Klaim Pembiayaan Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- c. Rekap Klaim Pembiayaan One Day Care (ODC)
- d. Rekap Klaim Pembiayaan Rawat Inap Tindak Lanjut (RITL)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

D. Dasar Hukum

1. UUD 1945 pasal 28 H ayat (1).
2. UU Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan .
3. UU Nomor 17 tahun 2003, tentang Keuangan Negara,
4. UU Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara .
5. UU Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
6. UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
7. UU Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
8. UU Nomor 45 tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara tahun 2008.
9. PP Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
10. Kep Menkes RI Nomor : 1663/Menkes/SK/XII/2005 tanggal 23 Desember 2005 tentang : Uji Coba Penerapan Sistem Diagnostic Related Group (DRG) Case-Mix di 15 Rumah Sakit Indonesia.
11. Peraturan Menkes Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tatakerja Depkes RI
12. SK Menkes RI Nomor : 125/MENKES/SK/II/2008 tanggal 6 Pebruari 2008, tentang Pedoman Pelaksanaan Jarninan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) 2008.

E. Ketentuan Umum

1. Peserta adalah setiap orang tidak mampu (sangat miskin, miskin, dan mendekati miskin) yang terdaftar dalam SK Bupati/Walikota dan memiliki kartu Jamkesmas.
2. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) adalah unit kerja yang memberi pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas, yakni Rumah Sakit Pemerintah, BKMM, BBKPM, BKPM, BP4, dan BKIM, serta Unit Pelayanan Kesehatan Swasta yang mempunyai PKS.
3. RJTL adalah pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan berdasarkan rujukan dari unit pelayanan kesehatan secara berjenjang.
4. IGD adalah Instalasi Gawat Darurat yang memberikan pelayanan Kegawatdaruratan, baik dengan rujukan maupun tanpa rujukan.
5. ODC (One Day Care) adalah pelayanan perawatan dan akomodasi sampai dengan 6 jam tanpa menginap.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6. RITL adalah pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan berdasarkan rujukan dari unit pelayanan kesehatan secara berjenjang.
7. Verifikator adalah petugas yang melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan kewajiban dan tanggung jawabnya.
8. Verifikator PPK (Kab/Kota) adalah tenaga yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK, dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan kewajiban koordinator verifikasi dan tanggung jawabnya.
9. Verifikator Pusat adalah tenaga yang ditetapkan dengan SK Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan verifikasi final pengajuan klaim dari PPK untuk selanjutnya disampaikan kepada Pejabat Pembuat Komitmen (PK) guna mendapatkan persetujuan otorisasi pembayaran.
10. Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK dilakukan oleh pelaksana verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim untuk memperoleh hasil pelaksanaan program Jamkesmas yang menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.
11. Tim Pengelola Jamkesmas Pusat adalah unit kerja yang dibentuk Menteri Kesehatan untuk mengelola Program Jamkesmas Pusat, terdiri dari Pelindung, Pengarah, Pelaksana dan Sekretariat.
12. Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi adalah unit kerja yang dibentuk Kepala Dinas Kesehatan Propinsi untuk mengelola Program Jamkesmas Propinsi, terdiri dari seorang Koordinator operasional dan 2 (dua) orang staf yang membidangi kepesertaan, pelayanan, keuangan, administratif.
13. Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota adalah unit kerja yang dibentuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mengelola Program Jamkesmas Kabupaten/Kota, terdiri dari seorang Penanggung-jawab (Kepala Dinas Kab/Kota), 1 (satu) orang Koordinator operasional, dan 3 (tiga) orang staf yang membidangi kepesertaan, pelayanan, keuangan, dan administratif, satu diantaranya ditugaskan juga sebagai Koordinator Verifikator serta pelaksana verifikasi sesuai kebutuhan.
14. Koordinator Verifikator adalah salah satu anggota verifikator yang ditunjuk atau dipilih oleh Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota.
15. Tim Verifikasi PPK adalah sekelompok verifikator yang melaksanakan tugas di PPK dengan kapasitas lebih dari 100 tempat tidur



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

II. TATA LAKSANA PENGAJUAN KLAIM

A. Pengertian Administrasi klaim

Administrasi klaim adalah suatu proses dari penyiapan berkas dan prosedur penilaian layak tidaknya klaim dibayar yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen, yakni surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik, dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab, bahan habis pakai serta obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang berlaku sampai dengan pencairan klaim kepada PPK.

B. Proses Pengajuan Klaim

Proses pengajuan klaim dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut :

1. PPK menyiapkan dan menyampaikan dokumen klaim berupa bukti pelayanan dengan tarif PPK kepada Verifikator PPK.
2. Verifikator PPK melakukan penilaian kelengkapan terhadap dokumen klaim dari PPK meliputi laik kepesertaan, laik medik dan laik bayar sesuai tarif dan sesuai dengan standar Manlak 2008.
3. Verifikator PPK mengirimkan kembali hasil verifikasinya kepada PPK.
4. PPK melakukan perbaikan dan melengkapi dokumen apabila ada catatan dari Verifikator.
5. PPK mengajukan klaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat yang telah ditandatangani bersama dengan Koordinator Verifikator, disertai catatan dari Verifikator PPK jika ada ketidaksesuaian dengan ketentuan.
6. Verifikator Pusat melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan PPK sebelum diteruskan ke Pejabat Pembuat Komitmen (PK) untuk mendapatkan otorisasi pembayaran.
7. Verifikator Pusat memberikan umpan balik kepada PPK melalui Tim Pengelola Pusat terhadap dokumen klaim yang belum final.
8. Verifikator Pusat membantu menyelesaikan masalah yang terkait dengan pengajuan klaim.
9. Verifikator Pusat melakukan pembinaan dan penilaian yang berkaitan dengan pengajuan klaim secara periodik ke PPK.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

C. Persyaratan Pengajuan Klaim

PPK dalam mengajukan klaim harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Pasien yang dilayani benar-benar peserta Jamkesmas dan menyerahkan foto copy bukti kepesertaan dan surat rujukan (SKP/SKTM/Kartu Peserta Jamkesmas).

Dokumen klaim pelayanan RJTL, IGD, ODC dan RITL ditandatangani oleh penanggungjawab dalam setiap kegiatan pelayanan, yang meliputi :

- a) Bukti pemeriksaan
 - b) Bukti penunjang diagnostik .
 - c) Bukti tindakan medik.
 - d) Bukti diagnosis yang menyebutkan nama dokternya.
 - e) Bukti resep dokter.
 - f) Bukti pembayaran (billing) pelayanan dari masing-masing unit pelayanan.
2. Dokumen klaim diajukan oleh PPK ke Tim Pengelola Pusat terlebih dahulu diverifikasi oleh verifikator PPK dan hasilnya dituangkan dalam Berita Acara Verifikasi.
 3. Dokumen klaim yang telah ditandatangani Pimpinan PPK dan Koordinator Verifikator dikirim ke Tim Pengelola Pusat.
 4. Dokumen klaim yang belum memenuhi persyaratan segera dilengkapi untuk diproses lebih lanjut.
 5. Pengajuan klaim yang melebihi 30 hari kalender sejak pasien pulang, maka klaim tersebut tidak akan dibayarkan.

D. Format Pengajuan Klaim

Format pengajuan klaim terdiri dari format berdasarkan paket tarif ASKESKIN tahun 2007 dan paket Tarif JAMKESMAS tahun 2008.

a. Format Klaim Berdasarkan Tarif ASKESKIN Tahun 2007

Seluruh bukti pelayanan dicatat dalam formulir yang telah ditentukan dan diajukan oleh PPK kepada Verifikator PPK, yakni :

1. Pelayanan RJTL dicatat dalam form 1a
2. Pelayanan IGD dicatat dalam form 2a
3. Pelayanan ODC dicatat dalam form 3a
4. Pelayanan RITL dicatat dalam form 4a



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Verifikator PPK mengirimkan hasil verifikasi kepada PPK dengan formulir sebagai berikut :

1. Pelayanan RJTL dalam form 1b
2. Pelayanan IGD dalam form 2b
3. Pelayanan ODC dalam form 3b
4. Pelayanan RITL dalam form 4b
5. Berita Acara Verifikasi

Selanjutnya form 1a & 1b, 2a & 2b, 3a & 3b, dan 4a & 4b dibuat rekap oleh penanggungjawab PPK sebagai berikut :

1. Pelayanan RJTL dalam form 1c
2. Pelayanan IGD dalam form 2c
3. Pelayanan ODC dalam form 3c
4. Pelayanan RITL dalam form 4c

Klaim keempat jenis pelayanan diatas diajukan menggunakan Form 5 dengan ditandatangani oleh salah seorang verikator PPK dan Pimpinan PPK setelah diparaf oleh penanggungjawab Keuangan PPK, selanjutnya dikirim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat untuk mendapatkan persetujuan otorisasi, kemudian dibayarkan ke rekening PPK.

- b. Format Klaim Berdasarkan Tarif Paket JAMKESMAS Tahun 2008 Mengacu kepada Paket Tarif JAMKESMAS 2008 akan diberlakukan mulai Juli 2008. Formulir verifikasi Paket Tarif JAMKESMAS 2008 harus diisi oleh petugas Rumah Sakit terdiri dari kolom 1 sampai kolom 20 sebagai berikut

1. Nama Rumah Sakit (*Hospital Name*).

Nama Rumah sakit ditulis berdasarkan nama atau Domisili (Propinsi/Kabupaten/ Kota)

2. Nomor Kode PPK atau Rumah Sakit (*Hospital Code Number*)

Nomor kode Rumah sakit di tulis berdasarkan code yang telah ditetapkan oleh DEPKES RI.

3. Kelas Rumah Sakit (*Type Of Hospital*)

Kelas/Type Rumah Sakit terdiri dari A,B,C dan D berdasarkan atas Keputusan Menteri Kesehatan RI.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Nomor Rekam Medik (*Patient Record Number*)
Nomor rekam medik diambil dari bagian rekam medik Rumah Sakit, terutama bagi pasien Lama.
5. Nama Pasien (*Patient Name*)
Nama Pasien Rawat jalan atau Rawat inap pada hari itu dengan atau tanpa tindakan.
6. Jenis Perawatan (*Patient Type Designation*)
Jenis Perawatan dibedakan atas Rawat Jalan (*Outpatient Care*) pada saat masuk Rumah Sakit (PPK) dan Rawat Inap (*Inpatient Care*) pada saat pasien keluar dari Rumah Sakit (PPK)
7. Kelas Perawatan (*Type Of Class*)
Kelas Perawatan Kelas 3 (Tiga) pada saat menjalani rawat Inap pada saat keluar baik Hidup maupun Mati, perawatan ini berlaku untuk Penderita Sakit, tindakan operatif, Ibu melahirkan dan Perawatan Bayi Kecuali Perawatan Khusus (ICU, ICCU, NICU dan Hyper Care Unit) dari PPK.
8. Total Biaya (*Total Charges*)
Total biaya meliputi Lamanya Hari Perawatan Kelas 3 dan Perawatan Khusus, Pelayanan Medik, Tindakan Medik, Penunjang Medik dan Bahan Habis Pakai.
Untuk Total Biaya ini disesuaikan dengan Form 4 C di dalam Dalam Manlak 2008.
9. Tanggal Masuk (*Admission Date*)
Tanggal masuk ditulis sejak pasien masuk Rumah Sakit (PPK) yang meliputi Tanggal/ Bulan/ Tahun, dengan ketik *dd/mm/yyyy*
10. Tanggal Keluar (*Discharge Date*)
Tanggal Keluar ditulis sejak pasien hari terakhir meninggalkan Rumah Sakit (PPK) setelah mendapatkan perawatan maupun pelayanan kesehatan, dengan menuliskan Tanggal/Bulan/ Tahun dengan ketik *dd/mm/yyyy*
11. Jumlah Hari Perawatan (*Length Of Stay*)
Jumlah hari perawatan adalah mulai pasien masuk Rumah Sakit (PPK) sampai keluar atau meninggalkan Rumah Sakit (PPK) dengan perhitungan Tanggal Keluar - Tanggal Masuk + 1 (*Discharge Date- Admission Date +1*).
12. Tanggal Lahir (*Birth Date*)
Diisi Tanggal/ Bulan/Tahun pada saat pasien tersebut lahir dengan ketik *dd/mm/yyyy* dilakukan *anamnese* atau *alo anamnese* apabila yang dirawat adalah bayi/balita dan pasien dengan kesadaran menurun.



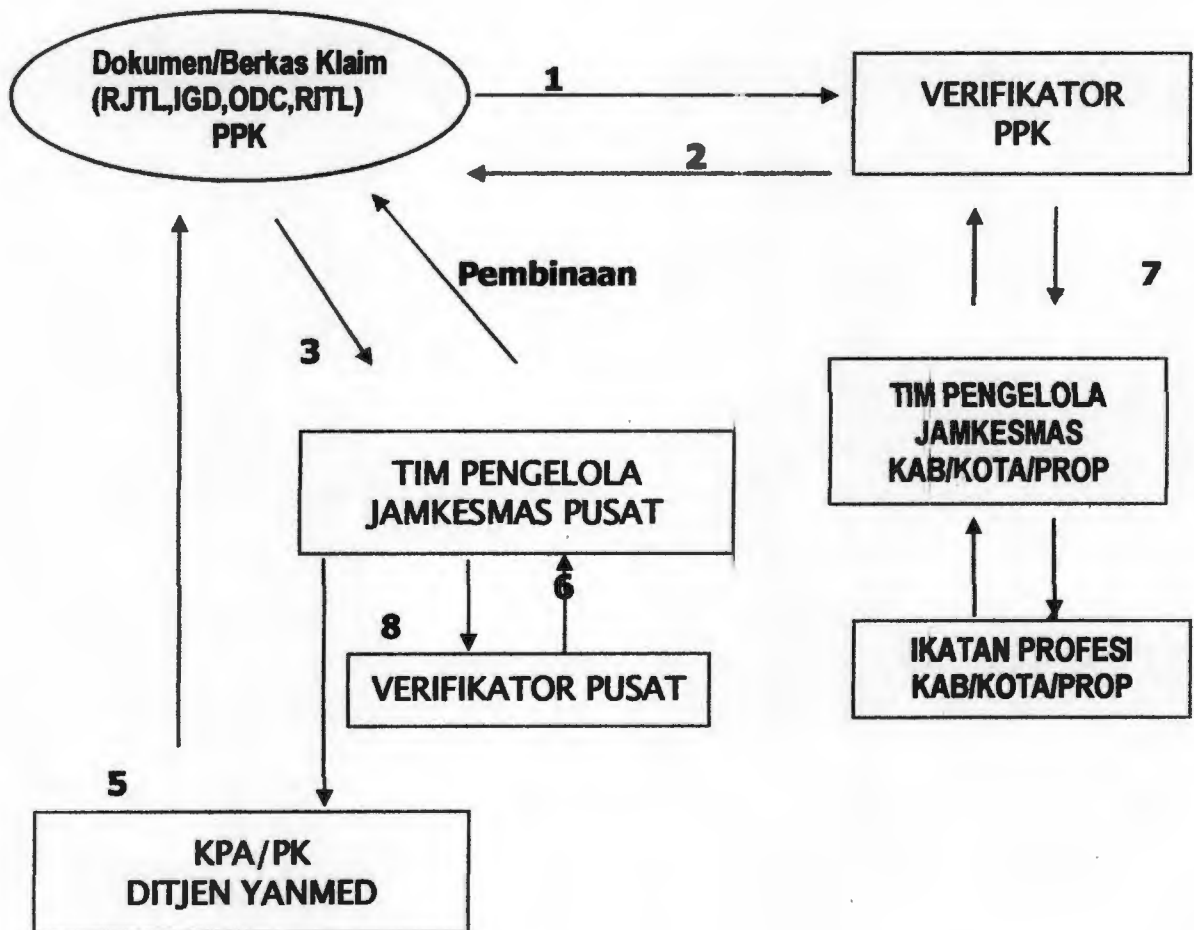
**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

13. Usia Dalam Tahun (*Admission Date*).
Ditulis berdasarkan umur dalam tahun pada saat pasien masuk Rumah Sakit (PPK).
14. Usia dalam Hari (*Admission age in Days*)
Usia dalam hari yang dimaksud adalah pasien Neonatus dan BBLR yang dirawat sejak masuk Rumah Sakit (PPK).
15. Jenis Kelamin (*Gender*).
Jenis kelamin yang dimaksud adalah laki-laki (Male) atau Perempuan (Female) untuk pasien yang dirawat di Rumah Sakit (PPK).
16. Cara Pulang (*Discharge Disposition*)
Cara Pulang yaitu Kondisi Pasien pulang atau keluar dari Rumah Sakit (PPK) pada hari terakhir.
 - a. Sembuh/Complete Recovery.
 - b. Rujuk/ Referral.
 - c. Pulang Paksa/ Forced Return.
 - d. Meninggal Dunia/ Death.
 - e. Tidak Tahu/Unknown.
17. Berat Lahir (*Gram*) *Birth Weight*
Berat lahir yang dimaksud untuk penderita yang dirawat di Rumah Sakit berlaku untuk Neonatus, BBLR dan Balita.
18. Kode Diagnosa Utama (*Principal Diagnosis Code*)
Kode Diagnosa utama dimaksud adalah Diagnosa penderita/pasien saat masuk Rumah Sakit (PPK) berdasarkan daftar penyakit di INA-DRG.
19. Kode Diagnose Sekunder
Principal Diagnosis Code adalah diagnosa pasien selain diagnosa Utama, terdiri atas kolom No, Kode Penyakit, dan Diagnosa
(Tabel Terlampir)
20. Kode Tindakan
Procedures Code Merupakan tindakan yang dilakukan setelah diagnose diagnosa utama ditegakkan, yang terdiri atas No, Kode Tindakan dan Diagnosa.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

E. Alur Pengajuan Klaim Dan Verifikasi





**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

KETERANGAN :

1. Seluruh dokumen yang berkaitan dengan pasien dan pelayanan (dokumen pelayanan dan bukti pembayaran di masing-masing aktifitas) dari PPK dikirimkan ke Verifikator PPK untuk dilakukan verifikasi (Form 1a; 2a; 3a; 4a).
2. Verifikator melakukan pengujian terhadap dokumen bukti-bukti pelayanan dan bukti pembayaran pelayanan kemudian membandingkan dengan tarif Manlak 2008 serta dicatat dalam formulir 1b, 2b, 3b, 4b. Selanjutnya hasil verifikasi dikirim kembali ke PPK disertai Berita Acara Verifikasi.
3. PPK setelah mendapat hasil verifikasi dibuat rekapitulasi dalam form 1c; 2c; 3c; 4c yang ditandatangani bersama oleh Pimpinan PPK setelah diparaf Bagian Keuangan PPK, dan Verifikator PPK, dokumen yang laik bayar diusulkan untuk diklaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dan dokumen yang ada catatan verifikator PPK dapat diusulkan dan atau diselesaikan terlebih dahulu dengan pihak terkait (Komite Medik PPK, Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota/Prop).
4. Tim Pengelola Pusat menerima dokumen klaim PPK, kemudian meneruskan ke Verifikator Pusat untuk dilakukan penilaian terhadap keabsahan dan keakuratan klaim. Hasil verifikasi dikembalikan ke Tim Pengelola Pusat .
5. Tim Pengelola Pusat menerbitkan SKO sebagai dasar pembayaran klaim kepada PPK.
6. Kuasa Pengguna Anggaran/Pejabat Pembuat Komitmen Ditjen Bina Yanmed selanjutnya mengajukan SPP kepada Pejabat Penguji dan Penanda Tangan SPM, selanjutnya Pejabat Penguji dan Penanda Tangan SPM mengajukan SPM ke KPPN agar KPPN menerbitkan SP2D dan selanjutnya dibayarkan kepada Pimpinan PPK melalui rekening bank.
7. Hasil verifikasi yang mengindikasikan adanya kejanggalan dalam tindakan pelayanan medik, verifikator melaporkan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota/Prop untuk memperoleh klarifikasi dan penyelesaian, dalam hal :
 - Pelayanan medik yang tidak rasional dapat dikonsultasikan kepada Komite Medik PPK.
 - Pemakaian obat yang tidak rasional dapat dikonsultasikan kepada "komite farmasi" dan verifikator PPK lain berlatar belakang D III farmasi dalam satu wilayah Kab/Kota/Prop. Hasil klarifikasi sebagai umpan balik bagi verifikator PPK dan PPK.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

8. Permasalahan pelayanan medis yang tidak dapat diselesaikan ditingkat Kab/Kota/Prop dikonsultasikan kepada Ikatan Profesi Kab/Kota/Prop. Hasil klarifikasi dikembalikan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota/Prop

III. TATA LAKSANA VERIFIKASI

A. Pengertian

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan oleh PPK dan dilakukan oleh Pelaksana verifikasi (Verifikator) dengan mengacu kepada standar penilaian klaim.

B. Tugas dan Fungsi Verifikator PPK

1. Tugas

- a. Melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan.
- b. Melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan.
- c. Melaksanakan verifikasi administrasi keuangan.

2. Fungsi

- a. Meneliti kebenaran dokumen identitas kepesertaan Jamkesmas, dibuktikan dengan adanya SKP.
- b. Memastikan adanya surat rujukan dari PPK secara berjenjang.
- c. Memastikan adanya Surat Jaminan Pelayanan (SJP) oleh PPK.
- d. Memastikan dilakukannya data entry rekap pengajuan klaim oleh petugas PPK sesuai dengan format pengajuan klaim
- e. Meneliti kebenaran pencantuman/penulisan paket, diagnose, prosedur, dan nomor kode.
- f. Meneliti kebenaran besaran tarif sesuai paket, diagnose, prosedur, dan nomor kode.
- g. Memastikan formulir pengajuan klaim disetujui penanggungjawab PPK.
- h. Membuat laporan bulanan rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim PPK kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dengan tembusan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi dan Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

C. Persyaratan Verifikasi

1. Dokumen klaim yang dikirim oleh PPK terdiri dari :
 - a. Kartu Peserta Jamkesmas
 - b. SKP
 - c. Surat Rujukan
 - d. Bukti pembayaran pelayanan
2. Rekapitulasi : jumlah tagihan PPK berdasarkan jenis pelayanan (RJTL, IGD, ODC, RITL) baik harian maupun mingguan yang dituangkan dalam form 1a, 2a, 3a, 4a dibuat rangkap 2 (dua).
3. Verifikasi dilakukan terhadap administrasi kepesertaan, pelayanan dan keuangan.

D. Pelaksanaan Verifikasi

1. Verifikasi administrasi kepesertaan
 - a. Verifikator PPK meneliti dan melakukan penilaian terhadap keabsahan peserta Jamkesmas yang telah dilegalisasi oleh PT Askes dalam bentuk Surat Keabsahan Peserta (SKP).
 - b. Peserta yang tidak terdaftar atau tidak memiliki kartu Jamkesmas maka penelitiannya dilakukan terhadap keberadaan SKTM atau SK Bupati/Walikota atau Surat Jaminan Pimpinan PPK.
2. Verifikasi administrasi pelayanan
 - a. Verifikator PPK meneliti dan melakukan penilaian kebenaran administrasi pelayanan medik dengan melihat diagnose dan nama dokter yang melaksanakan tindakan.
 - b. Diagnose penyakit pasien harus mencantumkan nama dokter yang memeriksa/merawat.
 - c. Verifikator PPK tidak bertanggung jawab atas kebenaran Diagnose yang dituliskan oleh dokter pada Catatan Medik.
 - d. Verifikator PPK bertanggung jawab atas benar-tidaknya Kode atas Diagnose dan benar-tidaknya Tarif yang diterapkan. Artinya, :
 - 1) Jika dalam Catatan Medik tidak tertera Diagnose pasien, maka dokumen harus dikembalikan kepada Petugas PPK.
 - 2) Jika sudah ada Diagnose, tanpa Kode Diagnose harus dikembalikan (setelah paket INA-DRG diberlakukan)
 - 3) Jika ada Kode Diagnose tetapi tidak ada Tarif atau terdapat Tarif yang berbeda, maka dikembalikan kepada Petugas PPK untuk dilengkapi secara benar (setelah paket INA-DRG diberlakukan)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Verifikasi Keuangan.

- a. Verifikator PPK meneliti dan menilai perhitungan pembiayaan setiap pasien berdasarkan dokumen klaim dari PPK
- b. Verifikator PPK meneliti dan menilai total pembiayaan dalam rekapitulasi yang diajukan oleh PPK, selanjutnya membandingkan dengan tarif Manlak 2008

4. Hasil Verifikasi

- a. Verifikator PPK membubuhkan tanda tangan pada form verifikasi terhadap dokumen yang lengkap, benar, dan sah.
- b. Hasil verifikasi yang dilakukan oleh verifikator PPK dituangkan dalam form yang telah ditentukan yaitu Form 1b, 2b, 3b dan 4b
- c. Setelah selesai diverifikasi seluruh dokumen klaim dikembalikan kepada PPK disertai form hasil verifikasi dan form 1a, 2a, 3a dan 4a satu rangkap
- d. Verifikator PPK mengembalikan dokumen klaim kepada PPK disertai hasil verifikasi dan Berita Acara Verifikasi.

5. Waktu Verifikasi

1. Harian :

Verifikasi Harian, dilakukan terhadap keabsahan kepesertaan, pelayanan- an dan keuangan pada :

- a. Pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
- b. Pasien Instalasi Gawat Darurat
- c. Pasien One Day Care
- d. Pasien Rawat Inap Tingkat Lanjutan

2. Mingguan :

- a. Rekapitulasi Verifikasi Mingguan dilakukan setiap Hari Jumat, untuk pasien-pasien yang pulang/keluar dari PPK baik yang sembuh, dirujuk, maupun meninggal.
- b. Rekapitulasi Verifikasi meliputi Kepesertaan, Pelayanan, dan Keuangan.
- c. Rekapitulasi Verifikasi meliputi RJTL, IGD, ODC dan RITL.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

E. Pelaporan

1. Verifikator PPK membuat laporan bulanan dan rekapitulasi klaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dengan tembusan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota, Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi.
2. Laporan bulanan memuat rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim yang mencakup pelayanan RJTL, IGD, OCD dan RITL.
3. Laporan bulanan Verifikator PPK berpedoman pada format Laporan Hasil Verifikasi Jamkesmas.

IV. PENUTUP

Pengelolaan dana pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan kurang mampu, bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Dana yang didistribusikan dan dipertanggung jawabkan ini merupakan bantuan sosial sektor kesehatan, harus dikelola secara efektif, efisien dan ekonomis.

Pelaksanaan kegiatan Program Jamkesmas hendaknya dilaksanakan secara terkoordinasi dan terpadu dari berbagai pihak terkait, baik tingkat pusat maupun tingkat daerah. Pelayanan kesehatan masyarakat diharapkan dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dalam mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat seutuhnya.

Melalui Juknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jamkesmas ini diharapkan pihak PPK (RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM) dan tenaga pelaksana verifikasi tingkat PPK, dan Verifikator Pusat, serta Tim Pengelola Kabupaten/Kota, Propinsi, dan Pusat dapat berkerja dengan penuh tanggung jawab.



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)

Petunjuk pengisian format 1.a. RJTL
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Petugas Rumah Sakit)

No kolom	Penjelasan
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan tarif RS : kelas A dan B Rp. 12.000, RS kelas C dan D Rp.10.000
15	Diisi dengan tarif RS: kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: -darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
16	Diisi dengan tarif RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
17	Diisi dengan tarif RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
18	Diisi dengan tarif Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
19	Diisi dengan tarif RS. Paket III.a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
20	Diisi dengan tarif RS.Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif RS. Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tariff Tindakan Medik Non Operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lampiran III hal 40-41
23	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
24	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
25	Diisi dengan tariff Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
26	Diisi dengan tarif Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
27	Diisi dengan tarif Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
28	Diisi dengan tarif Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
29	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
30	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
31	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
32	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 2.a. IGD
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Petugas Rumah Sakit)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan tarif RS. Kelas A dan B Rp. 12.000, RS kelas C dan D Rp.10.000
15	Diisi dengan tarif RS: Kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: - darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
16	Diisi dengan tarif RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
17	Diisi dengan tarif RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp. 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
18	Diisi dengan tarif Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
19	Diisi dengan tarif RS. Paket III.a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
20	Diisi dengan tarif RS.Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif RS. Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tariff Tindakan Medik Non Operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lampiran III hal 40-41
23	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
24	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
25	Diisi dengan tariff Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
26	Diisi dengan tarif Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
27	Diisi dengan tarif Transplantasi organ. Manlak 2008 Lampiran III Hal 43
28	Diisi dengan tarif Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
29	Diisi dengan tarif Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
30	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
31	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
32	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
33	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 3.a. One Day Care
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Petugas Rumah Sakit)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan tarif Paket-II.a. RS :Kelas A dan B Rp. 90.000, Kelas C Rp.70.000,- .Pelayanan satu hari berupa perawatan dan akomodasi selama selama 6 jam tanpa menginap, observasi, konsultasi, penunjang diagnostik, Manlak 2008 Lampiran III hal 8.
15	Diisi dengan tarif Paket-II.b. RS: Kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: -darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
16	Diisi dengan tarif Paket-II.a. RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
17	Diisi dengan tarif RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
18	Diisi dengan tarif Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
19	Diisi dengan tariff RS. Paket III-a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
20	Diisi dengan tariff RS.Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tariff RS. Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tarif Tindakan Medik Non Operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lampiran III hal 40-41
23	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
24	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
25	Diisi dengan tariff Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
26	Diisi dengan tariff Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
27	Diisi dengan tariff Transplantasi organ. Manlak 2008 Lampiran III Hal 43
28	Diisi dengan tariff Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
29	Diisi dengan tariff Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
30	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
31	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
32	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
33	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 4.a. RJTL
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Petugas Rumah Sakit)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan lama hari rawat
15	Diisi dengan biaya selama hari rawat
16	Diisi dengan tariff Paket-II.a. RS :Kelas A dan B Rp. 90.000, Kelas C Rp.70.000,- .Pelayanan satu hari berupa perawatan dan akomodasi selama selama 6 jam tanpa menginap, observasi, konsultasi, penunjang diagnostik, Manlak 2008 Lampiran III hal 8.
17	Diisi dengan tarif Paket-II.b. RS: Kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: - darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
18	Diisi dengan tariff Paket-II.a. RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
19	Diisi dengan tariff RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
20	Diisi dengan tariff Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
21	Diisi dengan tarif Paket III-a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tarif Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
23	Diisi dengan tarif Paket tindakan medik operatif Kelompok I dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.1.300.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.1.100.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 27)
24	Diisi dengan tarif paket operatif Kelompok II dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.1.750.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.1.500.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 30)
25	Diisi dengan tarif paket operatif Kelompok III dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.2.500.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.2.200.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 32)
26	Diisi dengan tarif paket operatif kelompok khusus dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.2.500.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.2.200.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 32)
23	Diisi dengan tarif bedah jantung dan pembuluh darah dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.2.500.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.2.200.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 32)
24	Diisi dengan tarif Tindakan Medik non operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan, Manlak 2008 lamp.III hal 40-41
25	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
26	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
27	Diisi dengan tariff Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
28	Diisi dengan tariff Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
29	Diisi dengan tariff Transplantasi organ. Manlak 2008 Lampiran III Hal 43

30	Diisi dengan tariff Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
31	Diisi dengan tariff Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
32	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
33	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
34	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
35	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 1.b. RJTL
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi oleh verifikator independent)

No kolom	Penjelasan
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan tarif RS : kelas A dan B Rp. 12.000, RS kelas C dan D Rp.10.000
15	Diisi dengan tarif RS: kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: -darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
16	Diisi dengan tarif RS. Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
17	Diisi dengan tarif RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
18	Diisi dengan tarif Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
19	Diisi dengan tarif RS. Paket III.a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
20	Diisi dengan tarif RS.Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif RS. Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tariff Tindakan Medik Non Operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lampiran III hal 40-41
23	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
24	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
25	Diisi dengan tariff Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
26	Diisi dengan tarif Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
27	Diisi dengan tarif Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
28	Diisi dengan tarif Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
29	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
30	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
31	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
32	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 2.b. IGD
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi oleh verifikator independen)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan tarif RS. Kelas A dan B Rp. 12.000, RS kelas C dan D Rp.10.000
15	Diisi dengan tarif RS: Kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: - darah 17 item, urine 12-item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008: Lampiran III hal 12-13
16	Diisi dengan tarif RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
17	Diisi dengan tarif RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
18	Diisi dengan tarif Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
19	Diisi dengan tarif RS. Paket III.a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
20	Diisi dengan tarif RS.Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif RS. Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tariff Tindakan Medik Non Operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lampiran III hal 40-41
23	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
24	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
25	Diisi dengan tariff Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
26	Diisi dengan tarif Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
27	Diisi dengan tarif Transplantasi organ. Manlak 2008 Lampiran III Hal 43
28	Diisi dengan tarif Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
29	Diisi dengan tarif Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
30	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
31	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
32	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
33	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 3.b. One Day Care
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi oleh verifikator independent)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan tarif Paket-II.a. RS :Kelas A dan B Rp. 90.000, Kelas C Rp.70.000,- .Pelayanan satu hari berupa perawatan dan akomodasi selama selama 6 jam tanpa menginap, observasi, konsultasi, penunjang diagnostik, Manlak 2008 Lampiran III hal 8.
15	Diisi dengan tarif Paket-II.b. RS: Kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: -darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
16	Diisi dengan tarif Paket-II.a. RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
17	Diisi dengan tarif RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp) 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
18	Diisi dengan tarif Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
19	Diisi dengan tarif RS. Paket III-a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
20	Diisi dengan tarif RS. Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif RS. Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tarif Tindakan Medik Non Operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lampiran III hal 40-41
23	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
24	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
25	Diisi dengan tarif Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
26	Diisi dengan tarif Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
27	Diisi dengan tarif Transplantasi organ. Manlak 2008 Lampiran III Hal 43
28	Diisi dengan tarif Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
29	Diisi dengan tarif Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
30	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BH) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
31	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
32	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
33	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 4.b. HJTTL
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket pelayanan maskin 2007
(Diisi oleh verifikator independent)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan Nomor Urut Pasien
2	Diisi dengan Nama pasien
3	Diisi dengan No.MR (Medical Record)
4	Diisi dengan Umur
5	Diisi dengan huruf L untuk Laki-laki dan P untuk perempuan.
6	Nomor surat keabsahan peserta dari RS
7	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
8	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
9	Beri tanda ✓ sesuai keterangan yang dimiliki pasien
10	Diisi dengan Nomor Surat Rujukan
11	Diisi dengan diagnosa penyakit pasien
12	Diisi kode setelah INA DRG diberlakukan
13	Diisi nama dokter pemeriksa
14	Diisi dengan lama hari rawat
15	Diisi dengan biaya selama hari rawat
16	Diisi dengan tariff Paket-II.a. RS :Kelas A dan B Rp. 90.000, Kelas C Rp.70.000,- .Pelayanan satu hari berupa perawatan dan akomodasi selama selama 6 jam tanpa menginap, observasi, konsultasi, penunjang diagnostik, Manlak 2008 Lampiran III hal 8.
17	Diisi dengan tarif Paket-II.b. RS: Kelas A dan B Rp. 28.000, RS Kelas C dan D Rp.22.000. Jenis pemeriksaan: - darah 17 item, urine 12 item, faeces 11 item. Pemeriksaan satu macam item atau lebih, tarifnya satu item. Manlak 2008. Lampiran III hal 12-13
18	Diisi dengan tariff Paket-II.a. RS: Kelas A dan B Rp. 45.000, RS Kelas C dan D Rp.36.000. Pemeriksaan 10 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 13.
19	Diisi dengan tariff RS: 26 item, tarif RS Kelas A dan B Rp 40.000, RS Kelas C dan D Rp 30.000,- Pemeriksaan 26 item. Manlak 2008 Lampiran III hal 14
20	Diisi dengan tariff Pemeriksaan Diagnostik Luar Paket, Fee for Service (FFS) setiap item akan dibayar sesuai dengan pelayanan yang dilakukan. Manlak 2008 Lampiran III hal 15-22
21	Diisi dengan tarif Paket III-a dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
21	Diisi dengan tarif Paket III-b dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
22	Diisi dengan tarif Paket III-c dibayar sesuai kelompok tindakan. Manlak 2008 Lamp. III hal 23-27
23	Diisi dengan tarif Paket tindakan medik operatif Kelompok I dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.1.300.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.1.100.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 27)
24	Diisi dengan tarif paket operatif Kelompok II dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.1.750.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.1.500.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 30)
25	Diisi dengan tarif paket operatif Kelompok III dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.2.500.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.2.200.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 32)
26	Diisi dengan tarif paket operatif kelompok khusus dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.2.500.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.2.200.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 32)
23	Diisi dengan tarif bedah jantung dan pembuluh darah dibayar sesuai kelas RS.tipe A dan B = Rp.2.500.000,- dan RS tipe C dan D = Rp.2.200.000,- (Manlak 2008, Lamp III hal 32)
24	Diisi dengan tarif Tindakan Medik non operatif (TMNO) dibayar sesuai kelompok tindakan, Manlak 2008 lamp.III hal 40-41
25	Diisi dengan tarif Pelayanan persalinan dengan atau tanpa penyulit. Manlak 2008, Lamp. III hal. 41-42
26	Diisi dengan tarif pelayanan darah. Manlak 2008 Lampiran III hal. 42
27	Diisi dengan tarif Pelayanan Extra-Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL). Manlak 2008 Lamp.III hal. 42
28	Diisi dengan tarif Magnetik Resonance Imaging (MRI). Manlak 2008 Lampiran .III Hal 43
29	Diisi dengan tarif Transplantasi organ. Manlak 2008 Lampiran III Hal 43

30	Diisi dengan tarif Haemodialisis (HD) klaim 1 pintu dari RS. Komponennya ada jasa dan consumable. Manlak 2008 Lampiran III hal.43
31	Diisi dengan tarif Pelayanan obat berdasarkan kelompok symptom (fungsi). Manlak 2008 Lamp.II hal 1-23
32	Diisi dengan tarif tagihan RS. Harga bahan habis pakai (BHP) khusus dari rekanan (misal: Pen; screw; stein).
33	Jumlah biaya dari kolom 14 s/d kolom 29
34	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai
35	Beri tanda ✓ untuk kolom yang sesuai

Petunjuk pengisian format 1.c. RJTI.
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi mingguan oleh Petugas Rumah Sakit dan Verifikator)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan nomor urut pasien
2	Diisi dengan nama hari dan tanggal
3	Diisi dengan jumlah pasien sesuai rekap harian
4	Diisi jumlah rekap biaya pemeriksaan harian
5	Diisi jumlah rekap biaya harian penunjang diagnostik
6	Diisi jumlah rekap biaya harian tindakan medik
7	Diisi jumlah rekap biaya harian pelayanan persalinan
8	Diisi jumlah rekap biaya harian pelayanan darah
9	Diisi jumlah rekap biaya harian ESWL
10	Diisi jumlah rekap biaya harian MRI
11	Diisi jumlah rekap biaya harian Haemodialisis
12	Diisi jumlah rekap biaya harian Pelayanan obat
13	Diisi jumlah rekap biaya harian BHP khusus
14	Diisi jumlah rekap biaya total harian
15	Jelas

**Form-1c Rekapitulasi Klaim Biaya RJTL Paket Manlak Jamkesmas 2008 Sesuai Tarif Paket Pelayanan Maskin 2007
(Diisi Mingguan Oleh RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4, Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi#)**

Hari :

Tanggal/ Bulan:

RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4:

Kelas RS/ RSUD :

No	Hari/ Tanggal	Σ Pasien	Pemeriksaan (Rp)	Penunjang Diagnostik (Rp)	Tindakan Medis (Rp)	Yan Peralinan (Rp)	Yan Darah (Rp)	ESWL (Rp)	MRI (Rp)	Haemodialisa (Rp)	Yan Obat (Rp)	BHP Khusus (Rp)	Total (Rp)	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

Telah Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi

Tanda Tangan Direktur Rumah Sakit & Cap RS

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

: Januari-Maret Belum ada Tenaga Pelaksana Verifikasi,
Biaya Klaim Akan Diaudit Oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF)

Petunjuk pengisian format 2.c. IGD
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Oleh Petugas Rumah Sakit dan Verifikator)

No Kolom	Pengisian
1	Diisi dengan nomor urut pasien
2	Diisi dengan hari dan tanggal
3	Diisi dengan jumlah pasien
4	Diisi dengan jumlah rekap biaya harian pemeriksaan
5	Diisi jumlah rekap biaya harian penunjang diagnostic
6	Diisi jumlah rekap biaya harian tindakan medik
7	Diisi jumlah rekap biaya harian pelayanan persalinan
8	Diisi jumlah rekap biaya harian pelayanan darah
9	Diisi jumlah rekap biaya harian ESWL
10	Diisi jumlah rekap biaya harian MRI
11	Diisi jumlah rekap biaya harian transplantasi organ
12	Diisi jumlah rekap biaya harian Haemodialisis
13	Diisi jumlah rekap biaya harian Pelayanan obat
14	Diisi jumlah rekap biaya harian BHP khusus
15	Diisi jumlah rekap biaya total harian
16	Jelas

**Form-2c Rekapitulasi Klaim Biaya IGD Paket Manlak Jamkesmas 2008 Sesuai Tarif Paket Pelayanan Maskin 2007
(Diisi Mingguan Oleh RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4, Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi#)**

Hari :.....
 Tanggal/ Bulan:
 RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4:
 Kelas RS/ RSUD :

No	Hari/ Tanggal	Σ Pasien	Pemeriksaan (Rp)	Penunjang Diagnostik (Rp)	Tindakan Medis (Rp)	Yan Persalinan (Rp)	Yan Darah (Rp)	ESWL (Rp)	MRI (Rp)	Transplant asi Organ (Rp)	Haemodi alisa (Rp)	Yan Obat (Rp)	BHP Khusus (Rp)	Total	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															

Telah Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi

Tanda Tangan Direktur Rumah Sakit & Cap RS

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

: Januari-Maret Belum ada Tenaga Pelaksana Verifikasi,
 Biaya Klaim Akan Diaudit Oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF)

Petunjuk pengisian format 3.c. One Day Care
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Oleh Petugas Rumah Sakit dan Verifikator)

No kolom	Penjelasan
1	Nomor urut pasien jelas
2	Tulis hari dan tanggal sesuai rekap harian
3	Isi jumlah pasien sesuai rekap harian
4	Isi jumlah rekap biaya harian pemeriksaan harian tanggal tersebut
5	Isi jumlah rekap biaya harian penunjang diagnostic
6	Isi jumlah rekap biaya harian tindakan medik
7	Isi jumlah rekap biaya harian pelayanan persaliran
8	Isi jumlah rekap biaya harian pelayanan darah
9	Isi jumlah rekap biaya harian ESWL
10	Isi jumlah rekap biaya harian MRI
11	Isi jumlah rekap biaya harian haemodialisis
12	Isi jumlah rekap biaya harian pelayanan obat
13	Isi jumlah rekap biaya harian BHP khusus
14	Isi jumlah rekap biaya total harian
15	Jelas

**Form-3c Rekapitulasi Klaim Biaya One Day Care Paket Manlak Jamkesmas 2008 Sesuai Tarif Paket Pelayanan Maskin 2007
(Diisi Mingguan Oleh RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4, Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi#)**

Hari :.....
 Tanggal/ Bulan:
 RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4:
 Kelas RS/ RSUD :

No	Hari/ Tanggal	Σ Pasien	Pemeriksaan (Rp)	Penunjang Diagnostik (Rp)	Tindakan Medis (Rp)	Persalinan (Rp)	Yan Darah (Rp)	ESWL (Rp)	MRI (Rp)	Yan HEMODIALISA (Rp)	Yan Obat (Rp)	BHP Khusus (Rp)	Total (Rp)	Keterangan
1	2	3	4	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

Telah Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi

Tanda Tangan Direktur Rumah Sakit & Cap RS

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

: Januari-Maret Belum ada Tenaga Pelaksana Verifikasi,
 Biaya Klaim Akan Diaudit Oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF)

Petunjuk pengisian format 4.c. RITL
Paket manlak Jamkesmas 2008, sesuai tarif paket Pelayanan maskin 2007
(Diisi Oleh Petugas Rumah Sakit dan Verifikator)

No kolom	Penjelasan
1	Nomor urut pasien jelas
2	Tulis hari dan tanggal sesuai rekap harian
3	Isi jumlah pasien sesuai rekap harian
4	Isi jumlah rekap lama hari rawat inap harian tanggal tersebut
5	Isi jumlah rekap biaya lama hari rawat inap harian
6	Isi jumlah rekap biaya harian penunjang diagnostic
7	Isi jumlah rekap biaya harian tindakan medik
8	Isi jumlah rekap biaya harian pelayanan persalinan
9	Isi jumlah rekap biaya harian pelayanan darah
10	Isi jumlah rekap biaya harian haemodialisis
11	Isi jumlah rekap biaya harian ESWL
12	Isi jumlah rekap biaya harian MRI
13	Isi jumlah rekap biaya harian transplantasi organ
14	Isi jumlah rekap biaya harian pelayanan obat
15	Isi jumlah rekap biaya harian BHP khusus
16	Isi jumlah rekap biaya total harian
17	Jelas

**Form-5 Rekapitulasi Klaim Biaya Total Pelayanan Paket Manlak Jamkesmas 2008 Sesuai Tarif Paket Pelayanan Maskin 2007
(Diisi Mingguan Oleh RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4, Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi#)**

Hari :

Tanggal/ Bulan:

RS/BKMM/BKIM/BBKPM/BP4:

Kelas RS/ RSUD :

No	Pelayanan	Jumlah Pasien	Lama Hari Rawat	Rupiah
1.	RJTL			
2.	IGD			
3.	ODC			
4.	RITL			
Total				

Telah Diverifikasi Oleh Tenaga Pelaksana Verifikasi

(Nama Jelas)

Tanda Tangan Direktur Rumah Sakit & Cap RS

(Nama Jelas)

: Januari-Maret Belum ada Tenaga Pelaksana Verifikasi,
Biaya Klaim Akan Diaudit Oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF)

FORMULIR VERIFIKASI
 (INA-DRG Versi 1.0)

1. Nama RS <i>Hospital Name</i>	<input type="text"/>																																		
2. Nomor Kode RS <i>Hospital Code Number</i>	<input type="text"/>	A, B, C, D																																	
3. Kelas RS <i>Type Of Hospital</i>	<input type="text"/>																																		
4. Nomor Rekam Medik <i>Patient Record Number</i>	<input type="text"/>																																		
5. Name Pasien <i>Patient Name</i>	<input type="text"/>																																		
6. Jenis Perawatan <i>Patient Type Designation</i>	<input type="text"/>	1. Rawat Inap/Inpatient Care 2. Rawat Jalan/Outpatient Care																																	
7. Kelas Perawatan <i>Type Of Class</i>	<input type="text"/>	1. Kelas 1 3. Kelas 3 5. Kelas WIP 2. Kelas 2 4. Kelas VIP																																	
8. Total Biaya <i>Total Charges</i>	<input type="text"/>																																		
9. Tanggal Masuk <i>Admission Date</i>	<input type="text"/>	Tgl/Bln/Thn dd/mm/yyyy																																	
10. Tanggal keluar <i>Discharge Date</i>	<input type="text"/>	Tgl/Bln/Thn dd/mm/yyyy																																	
11. Jumlah Hari Perawatan <i>Length Of Stay</i>	<input type="text"/>	(Tgl Keluar - Tgl Masuk + 1) Discharge Date - Admission Date + 1																																	
12. Tanggal Lahir <i>Birth Date</i>	<input type="text"/>	Tgl/Bln/Thn dd/mm/yyyy																																	
13. Usia Dalam Tahun <i>Admission Age in Years</i>	<input type="text"/>																																		
14. Usia Dalam Hari <i>Admission Age in Days</i>	<input type="text"/>																																		
15. Jenis kelamin <i>Gender</i>	<input type="text"/>	1. Laki-laki/Male 2. Perempuan/Female																																	
16. Cara Pulang <i>Discharge Disposition</i>	<input type="text"/>	1. Sembuh/Complete Recovery 4. Meninggal Dunia/Death 2. Rujuk/Referral 5. Tidak Tahu/Unknown 3. Pulang Paksa/Forced Return																																	
17. Berat Lahir <i>Birth Weight (Grams)</i>	<input type="text"/>																																		
18. Kode Diagnosa Utama <i>Principal Diagnosis Code</i>	<input type="text"/>																																		
19. Kode Diagnosa sekunder <i>Principal Diagnosis Code</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kode</th> <th>Diagnosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		No	Kode	Diagnosa	1			2			3			4			5																	
No	Kode	Diagnosa																																	
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
20. Kode Tindakan <i>Procedures Code</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kode</th> <th>Diagnosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		No	Kode	Diagnosa	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
No	Kode	Diagnosa																																	
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			