

Daftar isi>>



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



PANDUAN LAYANAN

BAGI PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL KARTU INDONESIA SEHAT (JKN-KIS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
Edisi Tahun 2018

SEKAPUR SIRIH

Terima kasih dan selamat untuk Anda karena telah menjadi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), dan telah berkontribusi dalam mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) atau Cakupan Semesta Jaminan Sosial Kesehatan yang merupakan perwujudan dari cita-cita besar Pendiri Bangsa yang tercantum dalam sila ke-5 Pancasila yaitu “Keadilan Sosial bagi Seluruh Rakyat Indonesia”.

Dengan menjadi Peserta JKN-KIS, Anda telah melindungi diri dan keluarga (*protection*), bergotong royong dan berbagi dengan sesama (*sharing*) serta taat terhadap undang-undang (*compliance*).

Untuk meningkatkan kualitas layanan, BPJS Kesehatan telah mengembangkan inovasi pelayanan yang berfokus untuk lebih memudahkan serta mendekatkan layanan kepada Anda, diantaranya adalah:

BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 yang menyediakan kemudahan bagi Anda selama 24 Jam sehari dan 7 Hari dalam seminggu

Mobile Customer Service (MCS) yaitu penyediaan mobil layanan dengan mengusung konsep “jemput bola” yang siap hadir lebih dekat dengan Anda

Aplikasi *Mobile* JKN dimana dengan berbagai fitur cerdasnya “Kini Semua Ada Dalam Genggaman”.

Melalui buku panduan layanan ini, Anda diharapkan dapat memahami secara lebih mendalam dan komprehensif terkait filosofi program serta hak dan kewajiban sebagai peserta JKN-KIS. Dengan komitmen dan dukungan Anda maka kesinambungan program JKN-KIS dapat terus terjaga dalam semangat gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

“Dengan Gotong Royong Semua Tertolong”



Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta



Andayani Budi Lestari

PENTINGNYA PROGRAM JKN-KIS	1
A. Siapa Saja Yang Menjadi Peserta JKN-KIS?	2
B. Siapa Saja Anggota Keluarga yang Ditanggung Sebagai Peserta JKN-KIS?	3
IDENTITAS PESERTA JKN-KIS	5
A. Bagaimana Jika Kartu Peserta Hilang?	6
B. Bagaimana Jika Kartu Peserta Rusak?	6
HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA	7
A. Apa Hak Peserta?	7
B. Apa Kewajiban Peserta?	7
C. Apa Kewajiban Pemberi Kerja?	8
KANAL LAYANAN BPJS KESEHATAN	9
A. Aplikasi <i>Mobile</i> JKN	9
B. BPJS Kesehatan <i>Care Center</i> 1500 400	11
C. <i>Mobile Customer Service</i> (MCS)	12
D. <i>Website</i> BPJS Kesehatan	13
E. <i>Mall</i> Pelayanan Publik	13
F. <i>Dropbox</i> Kantor Kecamatan atau Kelurahan yang Bekerjasama	14
G. Bank, <i>Payment Point Online Banking</i> (PPOB) dan Agen Mitra lainnya yang Bekerjasama	14
H. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota	15
PENDAFTARAN PESERTA JKN-KIS	17
A. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBI APBN?	17
B. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBI APBD?	17
C. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Penyelenggara Negara?	17
D. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Non Penyelenggara Negara (BUMN, BUMD dan BU Swasta)?	19
E. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBPU/BP Non Penyelenggara Negara?	21
F. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara?	26
G. Bagaimana Mendaftarkan Bayi Baru Lahir?	27

PERUBAHAN DATA PESERTA JKN-KIS	31
A. Bagaimana Melakukan Perubahan Jenis Kepesertaan?	31
B. Bagaimana Melakukan Perubahan Tambah/Kurang Peserta dan Anggota Keluarga?	34
C. Bagaimana Melakukan Perubahan Data Kependudukan?	35
D. Bagaimana Melakukan Perubahan Alamat?	35
E. Bagaimana Melakukan Perubahan Domisili, Nomor <i>Handphone</i> dan Alamat <i>Email</i> ?	35
F. Bagaimana Melakukan Perubahan Kelas Rawat?	36
G. Bagaimana Melakukan Perubahan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)?	38
IURAN PESERTA	39
A. Berapa Besar Iuran dan Siapa Yang Membayar?	39
B. Apa yang Dimaksud Nomor <i>Virtual Account</i> (VA)?	40
C. Bagaimana Cara Membayar Iuran?	40
D. Bagaimana Jika Terlambat membayar Iuran JKN-KIS?	41
E. Apa Yang Dimaksud Denda Pelayanan?	42
F. Melunasi Tunggalan Iuran JKN-KIS Melalui Angsuran	42
G. Melunasi Tunggalan Iuran JKN-KIS Melalui BPJS Kesehatan <i>Flexy Pay</i> ?	42
MANFAAT DAN PROSEDUR JAMINAN PELAYANAN PESERTA JKN-KIS	45
A. Apa Yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?	45
B. Apa Yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?	48
C. Bagaimana Jika Peserta Menginginkan Kenaikan Kelas Perawatan?	51
D. Bagaimana Jika Peserta Mempunyai Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT)?	53
E. Bagaimana Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Jika Dalam Keadaan Gawat Darurat?	54
F. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Ambulan?	56
G. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB)?	57
H. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Alat Kesehatan?	58
I. Apa Saja Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Dijamin?	59
PROGRAM DONASI	62
A. Apa Saja Jenis Program Donasi JKN-KIS?	62
B. Bagaimana Mekanisme Program Donasi?	63

PENTINGNYA PROGRAM

JKN-KIS

Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) merupakan jaminan 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 dibayarkan oleh Pemerintah. Ada 3 alasan utama menjadi peserta JKN-KIS, yaitu *Protection* (Perlindungan), *Sharing* (Gotong Royong) dan *Compliance* (Kepatuhan).

A. *Protection* (Perlindungan)

Program JKN-KIS bertujuan memberikan perlindungan kepada setiap peserta program JKN-KIS untuk mendapatkan kepastian jaminan kesehatan sehingga diharapkan masyarakat bisa meningkat produktifitasnya untuk meningkatkan kesejahteraan. *Protection* merupakan perlindungan baik untuk diri sendiri, keluarga maupun orang lain.

"Saya sekeluarga akan terlindungi kalau sakit, terutama sakit berbiaya mahal"

B. *Sharing* (Gotong royong)

Sharing mempunyai makna gotong royong yang merupakan budaya bangsa Indonesia. Dengan menjadi menjadi peserta Program JKN-KIS, maka setiap peserta yang sehat akan bergotong royong membantu peserta yang sakit. Apabila taat membayar iuran tepat waktu dan menjaga kesehatan, maka dalam diri tiap-tiap orang tertanam rasa kepedulian terhadap sesama terutama yang mendapat musibah berupa sakit.

"Saya sekeluarga dapat membantu yang sakit jika saya tetap sehat"

C. Compliance (Patuh)

Compliance adalah adanya kepatuhan dari setiap Warga Negara Indonesia untuk mendaftarkan dirinya dan anggota keluarga menjadi peserta Program JKN-KIS serta mengikuti prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku.

“Saya sekeluarga taat sebagai warga negara yang menjalankan kewajiban sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004”

A. Siapa Saja yang menjadi Peserta JKN-KIS?

Semua penduduk Indonesia WAJIB menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia dan telah membayar iuran, yang dibagi atas jenis kepesertaan sebagai berikut:

1. Penerima Bantuan Iuran-Jaminan Kesehatan (PBI-JK), merupakan program Jaminan Kesehatan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU Penyelenggara Negara dan PPU Non Penyelenggara Negara.
 - 1) PPU Penyelenggara Negara terdiri dari Pejabat Negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) Pusat/Daerah, PNS yang dipekerjakan di BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, DPRD dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN).

- 2) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Swasta
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yang terdiri dari: Notaris/Pengacara/LSM, Dokter/Bidan Praktek Swasta, Pedangang/ Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan pekerja lain yang mampu membayar iuran.
- c. Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat/Daerah, PPU serta PBPU, yang terdiri dari: BP Penyelenggara Negara dan BP Non Penyelenggara Negara.
 - 1) BP Penyelenggara Negara terdiri dari Penerima Pensiun (PP) Pejabat Negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, Veteran dan Perintis Kemerdekaan.
 - 2) BP Non Penyelenggara Negara terdiri dari Investor, Pemberi Kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran.

B. Siapa Saja Anggota Keluarga yang Ditanggung Sebagai Peserta JKN-KIS?

Anggota keluarga yang ditanggung sebagai Peserta JKN-KIS tergantung pada jenis kepesertaannya sebagai berikut:

1. Peserta PBI-JK yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat, anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial RI.
2. Peserta PBI-JK yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah

Daerah, anggota keluarga yang ditanggung adalah yang didaftarkan dan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

3. Peserta PPU meliputi istri/suami yang sah dan maksimal 3 (tiga) orang anak, dengan kriteria:
 - a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
 - b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - c. Apabila anak ke-1 (kesatu) sampai dengan anak ke-3 (ketiga) sudah tidak ditanggung, maka status anak tersebut dapat digantikan oleh anak berikutnya sesuai dengan urutan kelahiran dengan jumlah maksimal yang ditanggung adalah 3 (tiga) orang anak yang sah.
 - d. Peserta yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang termasuk peserta, dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain dengan membayar iuran tambahan.
4. Peserta PBP dan BP meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu Kartu Keluarga (KK).

IDENTITAS PESERTA

JKN-KIS



Merupakan kartu identitas peserta era PT. Askes (Persero), dengan kepesertaan Pegawai Negeri Sipil (PNS), Pejabat Negara, Penerima Pensiun dari PNS, TNI dan POLRI, Veteran serta Perintis Kemerdekaan.

Kartu identitas ini tetap dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS.

Merupakan kartu identitas peserta yang dikeluarkan sejak BPJS Kesehatan mulai beroperasi Tahun 2014 sampai dengan Tahun 2016.

Kartu identitas ini tetap dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS.



Merupakan identitas elektronik (e-ID) peserta era BPJS Kesehatan sampai dengan saat ini. Kartu identitas peserta ini dapat dicetak sendiri oleh peserta atau PIC Badan Usaha.

Kartu identitas ini dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS, namun karena sifatnya sementara maka diharapkan peserta segera melapor ke Kantor BPJS Kesehatan untuk diganti dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS).



Merupakan identitas seluruh jenis peserta JKN-KIS, baik peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun bukan PBI (PPU, PBPU, BP). Peserta dapat mengganti kartu peserta Askes dan kartu peserta BPJS Kesehatan menjadi Kartu Indonesia Sehat secara perorangan ke Kantor BPJS Kesehatan, apabila terdapat perubahan data pada kartu sebelumnya, kartu rusak atau hilang. Penggantian kartu dilakukan secara kolektif bagi peserta PPU dan BP Penyelenggara Negara.





Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital merupakan identitas peserta yang menjadi luaran dari Aplikasi *Mobile JKN*.

Kartu identitas digital ini dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS

A. Bagaimana Jika Kartu Peserta Hilang?

Peserta mengunjungi kantor BPJS Kesehatan/*Mobile Customer Service (MCS)/Mall* pelayanan publik dengan ketentuan:

1. Menunjukkan KTP atau Kartu Keluarga yang berlaku.
2. Surat pernyataan kehilangan yang ditanda tangani oleh peserta ber materai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) atau surat keterangan kehilangan dari Kepolisian.
3. Pengurusan kartu peserta hilang dapat dilakukan oleh keluarga yang namanya tercantum dalam Kartu Keluarga.
4. Jika dalam satu Kartu Keluarga peserta memiliki keterbatasan fisik maka dapat diwakilkan dengan surat kuasa ber materai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah).

B. Bagaimana Jika Kartu Peserta Rusak?

Peserta mengunjungi kantor BPJS Kesehatan/*Mobile Customer Service/Mall* pelayanan publik dengan ketentuan:

1. Menyerahkan kartu peserta yang rusak.
2. Menunjukkan KTP atau Kartu Keluarga yang berlaku.
3. Penggantian kartu dapat dilakukan di Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan terdekat.

HAK & KEWAJIBAN PESERTA

A. Apa Hak Peserta?

1. Mendapatkan kartu identitas peserta sebagai identitas peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
4. Menyampaikan pengaduan, kritik dan saran secara lisan maupun tertulis kepada BPJS Kesehatan.

B. Apa Kewajiban Peserta?

1. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan.
2. Membayar iuran secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh).
3. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar.
4. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat/domisili dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama serta perubahan alamat *email* dan nomor *handphone*

5. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
6. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

C. Apa Kewajiban Pemberi Kerja?

1. Mendaftarkan diri dan pekerjanya sebagai peserta JKN-KIS kepada BPJS Kesehatan.
2. Menghitung dan memungut iuran yang menjadi kewajiban pekerjanya melalui pemotongan gaji/upah pekerja.
3. Membayar dan menyetorkan iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS Kesehatan secara rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 (sepuluh).
4. Memberikan data mengenai diri, pekerja dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar meliputi:
 - a. Data pekerja berikut anggota keluarganya yang didaftarkan sesuai dengan data pekerja yang dipekerjakan dengan mencantumkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) KTP Elektronik;
 - b. Data upah (Gaji pokok + Tunjangan Tetap) yang dilaporkan sesuai dengan upah yang diterima pekerja;
 - c. Perubahan data badan usaha atau badan hukum, meliputi: alamat perusahaan, kepengurusan perusahaan, jenis badan usaha, jumlah pekerja, data pekerja dan keluarganya serta perubahan besarnya upah setiap pekerja, selambatnya 7 (tujuh) hari setelah terjadi perubahan.

KANAL LAYANAN

BPJS KESEHATAN

Kanal Layanan merupakan tempat/media yang dapat digunakan oleh calon peserta atau peserta JKN-KIS dalam melakukan proses administrasi kepesertaan berupa pendaftaran peserta, perubahan data peserta, pembayaran iuran, pemberian informasi dan penanganan pengaduan, yang terdiri dari:

- A. Aplikasi *Mobile* JKN.
- B. BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
- C. *Mobile Customer Service* (MCS).
- D. *Website* BPJS Kesehatan.
- E. *Mall* Pelayanan Publik.
- F. *Dropbox* Kantor Kecamatan atau Kelurahan yang bekerjasama.
- G. Bank, *Payment Point Online Banking* (PPOB) dan Agen Mitra lainnya yang bekerjasama.
- H. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota.

A. Aplikasi *Mobile* JKN

Aplikasi *Mobile* JKN merupakan inovasi untuk kemudahan calon peserta atau peserta JKN-KIS, dengan memanfaatkan teknologi informasi yang dapat diunduh melalui aplikasi *Mobile* JKN di *Google Playstore* atau *Apps Store*.

- 1. 5 Kemudahan menggunakan Aplikasi *Mobile* JKN:
 - a. Kemudahan mendaftar dan mengubah data kepesertaan.
 - b. Kemudahan mengetahui informasi data peserta dan keluarga.
 - c. Kemudahan mengetahui informasi tagihan dan pembayaran iuran.

- d. Kemudahan mendapatkan pelayanan di Faskes.
 - e. Kemudahan menyampaikan pengaduan dan permintaan informasi seputar JKN-KIS.
2. 14 Fitur dalam Aplikasi *Mobile* JKN:
- a. Menampilkan informasi kepesertaan peserta dan anggota keluarganya
 - b. Menu ubah data peserta yang dapat mempermudah pengguna melakukan aktivitas termasuk mengubah nomor *handphone*, alamat *email*, alamat surat, pindah faskes dan pindah kelas.
 - c. Menampilkan kartu JKN-KIS dalam bentuk digital. Pengguna juga dapat mengirimkan kartu tersebut ke alamat email yang terdaftar.
 - d. Calon peserta dapat melakukan pendaftaran peserta (PBPU) dengan memasukkan nomor KTP selanjutnya peserta akan mendapatkan email atau SMS berisi nomor *Virtual Account*.
 - e. Menampilkan tagihan iuran peserta PBPU.
 - f. Menampilkan panduan pembayaran sesuai channel pembayaran yang dipilih.
 - g. Menampilkan riwayat pembayaran iuran dan denda peserta selama tiga bulan.
 - h. Menampilkan nomor *Virtual Account* peserta.
 - i. Menampilkan histori pelayanan peserta lengkap dengan diagnosanya. Pengguna dapat memberikan rating dan komentar terhadap catatan pelayanan yang pernah diterima.
 - j. Dapat melakukan pendaftaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) jika sudah menggunakan sistem antrean JKN.
 - k. Menampilkan pertanyaan-pertanyaan skrining, setelah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut akan keluar hasil skrining. Skrining hanya dapat dilakukan 1 tahun sekali.

- l. Informasi seputar program JKN-KIS terkait manfaat program JKN-KIS persyaratan pendaftaran peserta, hak dan kewajiban serta sanksi-sanksi yang diberlakukan.
 - m. Mendeteksi posisi pengguna dan menampilkan informasi kantor BPJS Kesehatan, FKTP serta Faskes Tingkat Lanjutan.
 - n. Menyampaikan pengaduan tertulis atau dengan menghubungi BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
3. Cara Registrasi Aplikasi *Mobile* JKN bagi yang telah menjadi Peserta JKN-KIS:



B. BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400

BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 merupakan media yang dapat diakses oleh calon peserta atau peserta JKN-KIS melalui telepon rumah dan/atau maupun *handphone* setiap hari (senin s.d. minggu) selama 24 Jam.

Tarif panggilan ke BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 adalah tarif lokal jika dari menggunakan telepon rumah/kantor (PSTN), atau tarif yang dikenakan masing-masing operator jika menggunakan *handphone*/telepon selular.

Jenis Layanan BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400:

1. Informasi seputar program JKN-KIS.
2. Pendaftaran peserta PBPU baru.
3. Perubahan data kepesertaan: perubahan FKTP (paling cepat sudah terdaftar 3 bulan dari FKTP sebelumnya), perubahan alamat/domisili, alamat *email* serta kelas perawatan (paling cepat sudah terdaftar 1 tahun dari kelas perawatan sebelumnya dan dalam posisi peserta aktif).
4. Informasi data peserta dan keluarganya.
5. Informasi jumlah tagihan iuran.
6. Penyampaian pengaduan.
7. Layanan Tanya Dokter (*Teleconsulting*).
Merupakan layanan konsultasi kesehatan dengan Dokter Umum tanpa dibatasi lama waktu konsultasi. Layanan Tanya Dokter dari hari Senin sampai dengan Jum'at, pukul 07.00 sampai dengan 20.00.

C. *Mobile Customer Service (MCS)*

Mobile Customer Service (MCS) merupakan layanan gerak yang mengusung konsep "jemput bola", dengan menggunakan kendaraan roda empat yang bersifat *mobile* untuk mendekatkan dan meningkatkan pelayanan kepada peserta JKN-KIS pada daerah yang memiliki akses jauh dari lokasi Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota.

Jenis Layanan dalam *Mobile Customer Service (MCS)*:

1. Informasi seputar program JKN-KIS
2. Pendaftaran peserta PPU, PBPU dan BP serta bayi dalam kandungan.
3. Perubahan data kepesertaan PPU, PBPU dan BP meliputi: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor *handphone*,

- alamat *email* serta kelas perawatan.
4. Pencetakan kartu baru dan penggantian kartu rusak maupun hilang.
 5. Informasi data peserta dan keluarganya.
 6. Informasi jumlah tagihan dan pembayaran iuran.
 7. Penyampaian pengaduan.

D. Website BPJS Kesehatan

Merupakan layanan yang dapat diakses melalui jaringan internet dalam bentuk *Website* yang dapat diakses pada alamat www.bpjs-kesehatan.go.id.

Jenis Layanan dalam *Website* BPJS Kesehatan:

1. Informasi seputar program JKN-KIS.
2. Pendaftaran peserta PBP.
3. Registrasi pendaftaran Badan Usaha.
4. Informasi alamat kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/ Kota BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia.
5. Informasi jumlah tagihan iuran.
6. Penyampaian pengaduan.

E. Mall Pelayanan Publik

Merupakan aktivitas kegiatan pelayanan administrasi kepesertaan JKN-KIS yang terintegrasi dengan sistem pelayanan publik terpadu yang diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat/Daerah dimana pelayanan satu sama lain terdapat keterkaitan dalam satu lokasi/gedung tertentu, yang dikombinasikan dengan kegiatan jasa dan ekonomi lainnya. Saat ini terdapat beberapa kota yang telah menyediakan *Mall* Pelayanan Publik antara lain DKI Jakarta, Bekasi, Batam, Surabaya, Banyuwangi dan Denpasar.

Jenis Layanan dalam *Mall* Pelayanan Publik:

1. Informasi seputar program JKN-KIS
2. Pendaftaran peserta PPU, PBPU dan BP serta bayi dalam kandungan.
3. Perubahan data kepesertaan PPU, PBPU dan BP meliputi: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor *handphone*, alamat *email* serta kelas perawatan.
4. Pencetakan kartu baru dan penggantian kartu rusak maupun hilang.
5. Informasi data peserta dan keluarganya.
6. Informasi jumlah tagihan iuran.
7. Penyampaian pengaduan.

F. *Dropbox* kantor Kecamatan atau kelurahan yang Bekerjasama

Merupakan kemudahan layanan melalui penempatan kotak yang disediakan untuk penyimpanan dokumen pendaftaran baru peserta PBPU di wilayah Kecamatan/Kelurahan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Secara periodik berkas pendaftaran diambil oleh petugas BPJS Kesehatan untuk selanjutnya dilakukan proses *entry*, pengiriman nomor *virtual account* melalui SMS dan pengiriman kartu peserta selambatnya 7 hari kerja setelah dilakukan pembayaran iuran pertama oleh calon peserta.

G. Bank, *Payment Point Online Banking* (PPOB) dan Agen Mitra lainnya yang Bekerjasama

Merupakan kemudahan layanan pembayaran iuran dan pendaftaran peserta baru PBPU di beberapa Cabang tertentu dari Bank mitra (BNI, BRI, Bank Mandiri dan BTN), PPOB dan agen mitra lainnya yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

H. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

BPJS Kesehatan memiliki 127 Kantor Cabang dan 388 Kantor Kabupaten/Kota yang dapat melayani peserta JKN-KIS di seluruh wilayah di Indonesia.

Jenis Layanan di Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/ Kota BPJS Kesehatan, melalui 4 (empat) loket layanan yaitu:

1. *Fast Track* merupakan layanan cepat berupa pendaftaran baru dan tambah anggota keluarga peserta PBPU, perubahan data peserta (FKTP dan kelas rawat) serta perubahan jenis kepesertaan.
2. Pelayanan perubahan data dan cetak kartu terdiri dari pendaftaran bayi dalam kandungan, perubahan peserta PBPU rekomendasi dinas sosial, pengurangan data anggota keluarga peserta PBPU, perubahan identitas peserta (NIK, Nama, Tempat/Tanggal Lahir, Alamat, Nomor telepon dan *email*), perubahan data ganda dan penggantian kartu hilang.
3. Pelayanan korporasi terdiri dari pendaftaran dan perubahan data peserta PPU Badan Usaha baik secara kolektif maupun individu, pendaftaran dan perubahan data peserta PPU Penyelenggara Negara baik secara kolektif maupun individu.
4. Pemberian informasi dan penanganan pengaduan seputar program JKN-KIS.



Dengan Aplikasi Mobile JKN Kini Semua Ada Dalam Genggaman!



Mendaftar dan Mengubah
Data Kepesertaan

Mengetahui Informasi
Data Peserta & Keluarga

Mengetahui Informasi
Tagihan dan Pembayaran lunas

Mendapatkan Pelayanan Fasilitas
Kesehatan (KIS digital)

Menyampaikan Pengaduan
dan Permintaan Informasi
Seputar JKN-KIS

Datang ke kantor cabang, sudah gak jaman!

CARA DOWNLOAD MOBILE JKN

1. Masuk ke *Play Store/App Store*
2. Ketik pada pencarian "Mobile JKN"
3. Pilih logo *Mobile JKN* dan klik **INSTALL**

Tampilan Awal Aplikasi *Mobile JKN*

- Tiga Menu halaman Awal
- Pendaftaran Peserta baru
 - Pendaftaran Pengguna *Mobile*
 - Log In

Dapat diunduh melalui



PENDAFTARAN PESERTA JKN -KIS

Cara pendaftaran Peserta JKN-KIS, syarat yang dibutuhkan dan kanal layanan yang digunakan berbeda sesuai dengan jenis kepesertaannya:

A. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBI APBN?

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Kementerian Sosial / Dinas Sosial Kabupaten/Kota sesuai kriteria yang telah ditentukan Pemerintah Pusat. Selanjutnya ditetapkan melalui Keputusan Menteri Sosial. Data kepesertaan PBI di perbaharui secara periodik.

B. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBI APBD?

Pendaftaran dilakukan melalui pendataan oleh Dinas Sosial/Dinas yang ditunjuk oleh Pemerintah Provinsi Kabupaten/Kota. Selanjutnya ditetapkan melalui Keputusan Gubernur/Walikota/Bupati. Data kepesertaan PBI di perbaharui secara periodik.

C. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Penyelenggara Negara?

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya, sedangkan pendaftaran kolektif dilakukan melalui proses migrasi.

1. Syarat pendaftaran meliputi:

No	Dokumen	Pejabat Negara	PNS Pusat/ Daerah	PNS yang Dipekerjakan di BUMN/ BUMD	TNI/ PNS TNI	POLRI/ PNS POLRI
1	Asli KTP Elektronik		√			
2	Fotokopi Kartu Keluarga	√				
3	Asli/Fotokopi Petikan SK Penetapan sebagai Pejabat Negara yang dilegalisasi				√	√
4	Asli/Fotokopi SK PNS terakhir yang dilegalisasi		√			
5	Asli/Fotokopi SK PNS yang dipekerjakan pada BUMN/BUMD yang dilegalisasi			√		
6	Asli/Fotokopi SK keangkatan yang dilegalisasi	√				
7	Asli/Fotokopi SK Pengangkatan dari Kementerian/Lembaga/Kepala Dinas yang dilegalisasi	√				
8	Asli/Fotokopi Daftar Gaji yang dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja			√		
9	Asli/Fotokopi Surat Keterangan Lahir/ Akte Kelahiran Anak			√		
10	Asli/Fotokopi SK Pengadilan Negeri untuk anak Angkat		√			
11	Surat Keterangan dari sekolah / perguruan tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 tahun sampai dengan usia ke-25 tahun)	√				

Khusus untuk kepesertaan dari DPRD dan PPNPN, proses pendaftaran dilakukan secara kolektif melalui proses registrasi entitas satuan kerja dan penyampaian data peserta dan anggota keluarganya melalui proses migrasi. Masa berlaku kepesertaan mengikuti periode masa bakti DPRD/masa kontrak PPNPN.

2. Kanal Layanan Pendaftaran:

a. *Mobile Customer Service (MCS)*

Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- b. *Mall* Pelayanan Publik
Peserta mengunjungi *Mall* Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan korporasi, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

D. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Non Penyelenggara Negara (BUMN, BUMD dan BU Swasta)?

Pendaftaran dapat dilakukan secara kolektif oleh pemberi kerja/PIC masing-masing Badan Usaha, dengan cara melengkapi Formulir Daftar Isian Elektronik yang diisi sesuai ketentuan yang berlaku dan disahkan oleh pimpinan perusahaan untuk dimigrasikan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan.

- 1. Syarat pendaftaran antara lain:
 - a. Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP)/ Surat izin lainnya sesuai kebijakan Pemerintah setempat.
 - b. Tanda Daftar Perusahaan (TDP)
 - c. Akta Notaris/Yayasan/Pendirian
 - d. MOU/Perjanjian Kerja Sama dengan Pemerintah
- 2. Kanal layanan Pendaftaran:
 - a. *Website* bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan
PIC Badan Usaha mengakses *Website* dengan alamat <http://www.bpjs.go.id/>, lalu klik tombol Daftar dan masukkan data yang dibutuhkan.
PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses

- Aplikasi New Edabu berupa *User name* dan *password*.
- b. Aplikasi New eDabu
PIC Badan Usaha mengakses Aplikasi Elektronik Data Badan Usaha (eDabu) melalui alamat <https://new-edabu.bpjs-kesehatan.go.id/new>, pilih menu Registrasi Badan Usaha atau menu *Sign in* (jika sudah memiliki *user name* dan *password*) dan masukkan data yang dibutuhkan. Data pekerja dan anggota keluarga yang didaftarkan selanjutnya akan divalidasi oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota.
- c. *Online Single Submission* (OSS)
OSS atau Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik adalah Perizinan Berusaha yang diterbitkan oleh Lembaga OSS untuk dan atas nama menteri, pimpinan lembaga, gubernur, atau bupati/wali kota kepada Pelaku Usaha melalui sistem elektronik yang terintegrasi.
PIC Badan usaha mengakses *Website* resmi OSS melalui alamat <http://oss.go.id/>, pilih menu Daftar dan ikuti petunjuk dalam *Website* tersebut.
Setelah sukses pendaftaran, BPJS Kesehatan mengirimkan tautan aktivasi secara *realtime* kepada Badan Usaha Baru dimaksud melalui *email* yang telah didaftarkan. Badan Usaha melakukan aktivasi melalui tautan dimaksud paling lama 2 (dua) hari kerja.
PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi New eDabu berupa *User name* dan *password*.
- d. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
PIC Badan Usaha mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan korporasi, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

E. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta BPBU/BP Non Penyelenggara Negara?

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya.

a. Syarat pendaftaran meliputi:

Dokumen	Kantor Cabang		Mobile Customer Service (MCS)	Care Center	Online		Kecamatan/Instansi Pemerintah Lainnya		Bank/ PPOB/ Agen Mitra Lainnya
	Reguler	Dropbox			Website	Hand-phone	Online/ Non Dropbox	Dropbox	
FDIP	√	√	√					√	
Menandatangani Daftar Isian Luaran Aplikasi								√	√
Asli KTP	√		√					√	√
Asli Kartu Keluarga	√								
Fotokopi Kartu Keluarga		√							√
Nomor Handphone		√		√	√	√	√	√	√
Alamat email				√	√	√			
Fotokopi nomor rekening bank pada buku tabungan	√	√	√						
Surat Kuasa autodebet pembayaran iuran bagi yang memilih kelas perawatan I dan II	√	√	√					√	√
Pembayaran iuran melalui autodebet				√					
Fotokopi paspor dan surat izin kerja bagi WNA	√		√						

Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.

Pendaftaran BPBU/BP Kolektif dimungkinkan untuk Mahasiswa dari Perguruan tinggi atau lembaga sejenis, Siswa/santri dari Sekolah/Pesantren atau lembaga sejenis, Saksi dan Korban dalam Perlindungan Lembaga Hukum, Penghuni Lembaga Perasyarakatan Negara, Panti Sosial, Lembaga atau Badan Amal, Lembaga/Yayasan atau Badan Sosial, Koperasi Berbadan Hukum serta Program CSR Badan Usaha.

b. Kanal layanan:

1) Aplikasi *Mobile* JKN

- a) Unduh aplikasi *Mobile* JKN di *Appstore* atau *Google Play Store*. Pilih menu Pendaftaran Peserta Baru dan pilih persetujuan untuk mematuhi syarat dan ketentuan yang berlaku.
- b) Siapkan kelengkapan data: Nomor Induk Kependudukan (NIK), Kartu Keluarga dan Nomor Rekening Bank (jika memilih kelas perawatan I/II).
- c) Isi data sesuai dengan ketentuan dalam Aplikasi *Mobile* JKN diantaranya nama lengkap, tempat lahir, tanggal lahir, status pernikahan, alamat/domisili, pilih Kelas Perawatan (I, II atau III), pilih FKTP terdekat, nomor *handphone* dan *email* yang aktif dan nomor rekening Bank.
- d) Setelah semua data lengkap, konfirmasi pendaftaran dan nomor *virtual account* yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran dan akan dikirim melalui *email*/SMS.
- e) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
- f) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS diterima peserta.

2) BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400

- a) Hubungi BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400, ikuti petunjuknya sesuai dengan instruksi operator *Care Center* dan lengkapi persyaratan yang dibutuhkan.

- b) Setelah semua data lengkap, konfirmasi pendaftaran dan nomor *virtual account* yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran dan akan dikirim melalui *email/SMS*.
 - c) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - d) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS diterima peserta.
- 3) *Mobile Customer Service (MCS)*
- a) Calon peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - b) Setelah semua data lengkap, peserta akan mendapatkan nomor *virtual account* yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran.
 - c) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - d) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS diterima peserta.
- 4) *Website BPJS Kesehatan*
- a) Masuk ke *Website BPJS Kesehatan: www.bpjskesehatan.go.id*, pilih menu Layanan pilih Pendaftaran Peserta dan centang persetujuan untuk menerima dan menyetujui syarat dan ketentuan layanan pendaftaran BPJS Kesehatan, lalu isi data sesuai dengan ketentuan.

- b) Setelah data lengkap, calon peserta akan menerima konfirmasi pendaftaran dan nomor *virtual account* yang akan dikirim melalui *email* yang didaftarkan.
 - c) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - d) Setelah pembayaran, buka kembali halaman Aktivasi untuk membuka link pencetakan *e-ID* BPJS Kesehatan.
- 5) *Mall* Pelayanan Publik
- a) Calon peserta mengunjungi *Mall* Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - b) Setelah data lengkap, calon peserta akan menerima nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran pertama yang akan dikirim melalui SMS
 - c) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - d) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS diterima peserta.
- 6) *Dropbox* Kantor Kecamatan atau Kelurahan yang bekerjasama
- a) Calon peserta mendatangi Kecamatan atau kelurahan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan mengisi Formulir Daftar Isian Peserta.
 - b) Setelah data lengkap, berkas dimasukkan ke dalam *dropbox* yang tersedia di Kecamatan atau Kelurahan

- c) Secara periodik petugas BPJS Kesehatan akan mengambil berkas tersebut, dan berkas akan *di-entry* oleh petugas BPJS Kesehatan di Kantor BPJS Kesehatan.
 - d) Calon peserta akan menerima nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran pertama yang akan dikirim melalui SMS.
 - e) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - f) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS diterima peserta.
- 7) Bank, PPOB dan agen mitra lainnya yang bekerjasama
- a) Calon peserta mendatangi Bank/PPOB/Mitra lainnya yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP).
 - b) Setelah data lengkap, calon peserta akan menerima nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran pertama yang akan dikirim melalui SMS
 - c) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - d) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS diterima peserta.
- 8) Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota (Perorangan dan Kolektif)
- a) Calon peserta mengunjungi BPJS Kesehatan Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - b) Setelah data lengkap, calon peserta akan menerima

nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran pertama yang akan dikirim melalui SMS.

- c) Calon peserta dapat melakukan pembayaran iuran pertama dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
- d) Setelah melakukan pembayaran Kartu JKN-KIS diterima peserta.

F. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara?

Pendaftaran dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif dengan cara mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) beserta persyaratannya.

1. Syarat pendaftaran meliputi:

No	Dokumen	PP Pejabat Negara	PP PNS Pusat/ Daerah	PP TNI	PP POLRI	Perintis Kemerdekaan	Veteran
1	Asli KTP	√	√	√	√	√	√
2	Fotokopi Kartu Keluarga	√	√	√	√	√	√
3	Asli/Fotokopi surat tanda bukti penerima pensiun atau KARIP	√	√	√	√	√	√
4	Asli/Fotokopi surat tanda bukti penerima pensiun atau Kartu Tanda Peserta ASABRI	√	√	√	√	√	√
5	Asli/Fotokopi piagam petikan SK Pengesahan Gelar Kehormatan Veteran RI	√	√	√	√		
6	Asli/Fotokopi SK kepangkatan yang dilegalisasi					√	√
7	Asli/Fotokopi Surat Keputusan Janda/Duda/Anak Yatim/ Anak Piatu dan atau Anak Yatim Piatu	√	√	√	√	√	√
8	Surat Keterangan dari sekolah/Perguruan Tinggi (bagi anak berusia lebih dari 21 (dua puluh satu) tahun sampai dengan 25 (dua puluh lima) tahun	√	√	√	√	√	√

2. Kanal layanan pendaftaran :

- a. *Mobile Customer Service (MCS)*
Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- b. *Mall Pelayanan Publik*
Peserta mengunjungi *Mall Pelayanan Publik*, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan korporasi, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

G. Bagaimana Mendaftarkan Bayi Baru Lahir?

1. Peserta PBPU

Bayi baru lahir dari Ibu Peserta JKN-KIS wajib didaftarkan ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan dan membayar iuran paling lambat 28 (dua puluh delapan) hari sejak bayi dilahirkan, yang dibuktikan dengan surat keterangan lahir dari Rumah Sakit/bidan atau akte kelahiran.

a. Syarat dan Cara Pendaftaran:

- 1) Menunjukkan kartu identitas Ibu Peserta JKN-KIS.
- 2) Mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP).
- 3) Melakukan perubahan data bayi selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan setelah kelahiran yang meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, dan NIK.

b. Kanal layanan pendaftaran :

1) *Mobile Customer Service (MCS)*

Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

2) *Mall Pelayanan Publik*

Peserta mengunjungi *Mall Pelayanan Publik*, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

3) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan *fast track*, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

2. Peserta PPU

Bayi baru lahir anak pertama sampai dengan ketiga dapat didaftarkan setelah bayi dilahirkan dan kepesertaannya langsung aktif.

a. Syarat dan Cara Pendaftaran Bayi Baru Lahir anak pertama sampai dengan ketiga:

- 1) Surat keterangan kelahiran dari dokter atau bidan
- 2) Menunjukkan kartu identitas peserta Ibu Bayi.
- 3) Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) yang telah diisi.
- 4) Pendaftaran bisa dilakukan secara perorangan maupun kolektif dari Instansi/Badan Usaha.

b. Kanal layanan pendaftaran :

- 1) Layanan *Mobile Customer Service* (MCS)
Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service* (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 2) Layanan *Mall* Pelayanan Publik
Peserta mengunjungi *Mall* Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 3) Layanan Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan *fast track*, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

2. Peserta PBI

Bayi baru lahir dari Ibu peserta PBI dapat langsung didaftarkan oleh Keluarga Peserta dengan status kepesertaan langsung aktif, dengan persyaratan: surat keterangan lahir, salinan Kartu Keluarga dan Kartu JKN-KIS Ibu.

a. Kanal layanan pendaftaran :

- 1) *Mobile Customer Service* (MCS)
Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service* (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

- 2) *Mall* Pelayanan Publik
Peserta mengunjungi *Mall* Pelayanan Publik, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 3) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengambil nomor antrian pelayanan *fast track*, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

PERUBAHAN DATA PESERTA JKN KIS

Perubahan data peserta JKN-KIS meliputi perubahan jenis kepesertaan, Tambah/Kurang Peserta dan Anggota Keluarga, Perubahan Data Kependudukan, Perubahan alamat, Domisili, Nomor *Handphone* dan Alamat *Email*, domisili, kelas rawat dan Perubahan FKTP.

A. Bagaimana Melakukan Perubahan Jenis Kepesertaan?

Perubahan jenis kepesertaan dimungkinkan untuk peserta PBI menjadi PBPU atau sebaliknya, PPU menjadi PBPU atau sebaliknya dan PPU menjadi BP.

1. Syarat Perubahan Data

a. Peserta PBI menjadi peserta PBPU

Peserta PBI APBN dapat langsung merubah jenis kepesertaan dengan mengikuti ketentuan persyaratan sebagaimana diatur dalam Permensos Nomor 5 Tahun 2016. Sedangkan peserta PBI APBD dapat dilakukan sesuai ketentuan mutasi tambah kurang sebagaimana diatur dalam Perjanjian Kerja Sama dengan Pemerintah Daerah masing-masing.

Adapun syarat perubahan data:

- 1) Mendaftarkan seluruh anggota keluarga sesuai ketentuan pendaftaran peserta PBPU.
- 2) Peserta menandatangani surat pernyataan bermaterai keluar sebagai peserta PBI.

b. Peserta PBI menjadi peserta PPU

- 1) Badan Usaha mengusulkan perubahan jenis kepesertaan pekerja melalui surat keterangan pengalihan status Pekerja.
- 2) Perubahan status kepesertaan PBI menjadi Peserta PPU mengikuti mekanisme *cut off* kepesertaan BPJS Kesehatan dan jumlah anggota keluarga bertanggung PPU

- 3) Dalam hal jumlah anggota keluarga tertanggung melebihi hak peserta sebagai peserta PPU, maka anggota keluarga lainnya:
 - a) Didaftarkan melalui Badan Usaha sebagai keluarga tambahan dengan besaran iuran sebesar 1% dari gaji atau upah Peserta Pekerja Penerima Upah per orang per bulan (dengan melengkapi surat kuasa pemotongan gaji)
 - b) Didaftarkan sebagai Peserta PBPU; atau
 - c) Tetap menjadi Peserta PBI

Adapun syarat perubahan data yaitu surat keterangan pengalihan status Pekerja menggunakan kop surat Badan Usaha yang ditandatangani pimpinan perusahaan atau yang diberi wewenang dan di stempel perusahaan.

- c. Peserta PBPU menjadi peserta PPU
 - 1) Perubahan status kepesertaan dilakukan oleh Badan Usaha, mengikuti mekanisme *cut off* kepesertaan BPJS Kesehatan.
 - 2) Khusus PBPU menjadi PPU Penyelenggara Negara perubahan status dapat dilakukan secara perorangan maupun kolektif dengan menunjukkan SK Pengangkatan.
 - 3) Perubahan status kepesertaan jumlah anggota keluarga tertanggung PPU, dalam hal jumlah anggota keluarga tertanggung melebihi hak peserta sebagai peserta PPU, maka anggota keluarga lain dapat didaftarkan melalui Badan Usaha sebagai keluarga tambahan dengan besaran iuran sebesar 1% dari gaji atau upah Peserta Pekerja Penerima Upah per orang per bulan (dengan melampirkan surat kuasa pemotongan gaji).

Adapun syarat perubahan data mengikuti ketentuan persyaratan pendaftaran baru peserta PPU.

- d. Peserta PPU menjadi Peserta PBPU
Peserta yang sudah tidak ditanggung oleh pemberi kerja karena berakhirnya hubungan kerja wajib berpindah status menjadi peserta PBPU.

Adapun syarat perubahan data:

- 1) Pekerja sudah tidak lagi sebagai PPU yang ditunjukkan dengan status peserta dinonaktifkan oleh Badan Usaha.
 - 2) Syarat lainnya mengikuti ketentuan persyaratan pendaftaran baru peserta PBPU.
 - 3) Peserta PPU yang beralih menjadi Peserta PBPU/BP pada bulan berjalan, maka pembayaran iuran baru dapat dibayarkan pada tanggal 1 bulan berikutnya dan status kepesertaan sebagai PBPU akan aktif sejak iuran dibayarkan.
 - 4) Dalam hal peralihan dilakukan selambat-lambatnya 1 bulan sejak status PPU dinyatakan non aktif, maka Status Peserta langsung aktif (tanpa menunggu 14 hari). Jika melebihi 1 bulan, maka status peserta tidak langsung aktif (menunggu 14 hari).
- e. Peserta PPU menjadi PPU
- Peserta PPU dialihkan menjadi PPU lainnya berdasarkan surat pengantar pendaftaran dari Pimpinan Perusahaan yang baru. Kondisi tersebut berlaku bagi peserta PPU aktif maupun PPU non aktif karena Badan Usaha lama menunggak iuran.

2. Kanal Layanan perubahan data:

- a. *Mobile Customer Service (MCS)*
Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- b. *Mall Pelayanan Publik*
Peserta mengunjungi *Mall Pelayanan Publik*, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/ Kota, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP), mengambil nomor antrian pelayanan loket yang sesuai, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

B. Bagaimana Melakukan Perubahan Tambah/Kurang Peserta Dan Anggota Keluarga?

Perubahan penambahan peserta dan anggota keluarga mengikuti mekanisme pendaftaran peserta baru sesuai dengan jenis kepesertaan. Sedangkan pengurangan peserta dan anggota keluarga terdiri peserta meninggal dunia, pernikahan atau perceraian, dengan mekanisme berbeda sesuai jenis kepesertaan:

1. Peserta Meninggal Dunia

a. Peserta PBI

Anggota keluarga Peserta/ yang mewakili melaporkan ke kantor BPJS Kesehatan atau Dinas Sosial setempat, dengan syarat:

- 1) Surat keterangan kematian dari desa/ kelurahan
- 2) Kartu Identitas Peserta JKN-KIS.

b. Peserta PPU

Bagi PPU Penyelenggara Negara laporan peserta meninggal disampaikan ke Kantor BPJS Kesehatan setempat. Sedangkan bagi PPU Non Penyelenggara Negara laporan peserta meninggal disampaikan ke PIC Badan Usaha. Syarat yang dibutuhkan:

- 1) Surat keterangan kematian dari desa/ kelurahan
- 2) Kartu Identitas Peserta JKN-KIS.

c. Peserta PBPU/BP

Anggota keluarga Peserta/ yang mewakili melaporkan ke kantor BPJS Kesehatan, dengan syarat:

- 1) Surat keterangan kematian dari desa/ kelurahan
- 2) Kartu Identitas Peserta JKN-KIS.

2. Pernikahan/Perceraian

a. Peserta PBI

Peserta melaporkan ke Dinas Sosial setempat, dengan menunjukkan surat nikah/ cerai.

- b. Peserta PPU
Bagi PPU Penyelenggara Negara laporan peserta meninggal disampaikan ke Kantor BPJS Kesehatan setempat. Sedangkan bagi PPU Non Penyelenggara Negara laporan peserta meninggal disampaikan ke PIC Badan Usaha, dengan menunjukkan surat nikah/ceraai.
- c. Peserta PBP/BP
Peserta melaporkan ke kantor BPJS Kesehatan, dengan syarat:
 - a) Surat nikah/ceraai
 - b) Kartu Keluarga
 - c) Kartu Identitas Peserta JKN-KIS.

C. Bagaimana Melakukan Perubahan Data Kependudukan?

Perubahan data kependudukan pada identitas peserta JKN-KIS yang meliputi data NIK, Nama, Tanggal Lahir dan Jenis Kelamin. Peserta melaporkan data kependudukan ke Kantor BPJS Kesehatan setempat, dengan persyaratan:

1. Kartu Keluarga dan KTP
2. Kartu Identitas Peserta JKN-KIS.

D. Bagaimana Melakukan Perubahan Alamat?

Peserta melaporkan perubahan alamat ke Kantor BPJS Kesehatan setempat, dengan persyaratan:

1. Kartu identitas peserta JKN-KIS;
2. Kartu Tanda Penduduk elektronik dan Kartu Keluarga;
3. Untuk peserta PBI menunjukkan dokumen pengesahan dari lurah/kepala desa.

E. Bagaimana Melakukan Perubahan Domisili, Nomor *Handphone* dan Alamat Email?

Perubahan domisili, nomor *handphone* dan alamat *email* diperlukan untuk kemudahan korespondensi maupun penyampaian informasi

kepada peserta. Dilakukan pada kanal layanan sebagai berikut:

1. **Aplikasi *Mobile* JKN**

Peserta membuka Aplikasi *Mobile* JKN dan klik menu ubah data peserta masukkan data perubahan.

2. **BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400**

Peserta menghubungi *Care Center* dan menyampaikan perubahan data peserta dimaksud.

3. ***Mobile Customer Service* (MCS)**

Peserta mengunjungi MCS pada hari dan jam yang telah ditentukan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

4. ***Mall* Pelayanan Publik**

Peserta mengunjungi *Mall* Pelayanan Publik, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

5. **Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota**

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP), mengambil nomor antrian pelayanan loket perubahan data dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

F. Bagaimana Melakukan Perubahan Kelas Rawat?

Perubahan kelas rawat peserta berbeda menurut jenis kepesertaan:

1. **Peserta PPU**

a. Syarat perubahan kelas rawat

- 1) Bagi peserta PPU Penyelenggara Negara perubahan kelas rawat mengikuti perubahan golongan/kepankangan penyelenggara negara, dengan syarat SK Golongan/Pangkat terakhir.
- 2) Bagi peserta PPU Non Penyelenggara Negara, perubahan kelas rawat mengikuti besaran gaji/upah bulanan, yang pengusulannya dilakukan oleh PIC Badan Usaha berdasarkan besaran gaji terakhir.
- 3) Bagi Peserta PPU Non Penyelenggara Negara yang melakukan perubahan gaji/upah pada bulan berjalan, maka kelas perawatan barunya berlaku pada bulan selanjutnya.

b. Kanal layanan perubahan kelas rawat:

- 1) *Mobile Customer Service (MCS)*
Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 2) *Mall Pelayanan Publik*
Peserta mengunjungi *Mall Pelayanan Publik*, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 3) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten Kota mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP), mengambil nomor antrian pelayanan loket korporasi dan menunggu antrian

2. Peserta BPU/BP

- a. Syarat perubahan kelas rawat
 - 1) Perubahan kelas rawat dapat dilakukan setelah 1 tahun dan harus diikuti perubahan kelas rawat seluruh anggota keluarga.
 - 2) Peserta yang melakukan perubahan kelas perawatan pada bulan berjalan, maka kelas perawatan barunya berlaku pada bulan selanjutnya.
- b. Kanal layanan perubahan kelas rawat:
 - 1) Aplikasi *Mobile JKN*
Peserta membuka Aplikasi *Mobile JKN* dan klik menu ubah data peserta lalu masukkan data perubahan.
 - 2) BPJS Kesehatan *Care Center 1500 400*
Peserta menghubungi *Care Center* dan menyampaikan perubahan data peserta dimaksud.
 - 3) *Mobile Customer Service (MCS)*
Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - 4) *Mall Pelayanan Publik*
Peserta mengunjungi *Mall Pelayanan Publik*, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - 5) Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor

Kabupaten Kota, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP), mengambil nomor antrian pelayanan loket perubahan data dan menunggu antrian.

G. Bagaimana Melakukan Perubahan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)?

Perubahan FKTP hanya dapat dilakukan dalam jangka waktu setelah 3 (tiga) bulan peserta terdaftar di FKTP sebelumnya, dan mulai berlaku pada tanggal 1 (satu) pada bulan berikutnya, jika perubahan FKTP dilakukan pada bulan berjalan maka peserta tetap dilayani di FKTP lama.

Peserta dapat merubah FKTP dalam jangka waktu kurang dari 3 bulan dengan kondisi sebagai berikut:

- Peserta pindah domisili dengan melampirkan surat keterangan domisili
- Peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan dengan melampirkan surat keterangan

Perubahan FKTP dapat dilakukan melalui kanal layanan berikut:

1. Aplikasi *Mobile* JKN

Peserta membuka Aplikasi *Mobile* JKN dan klik menu ubah data peserta masukkan data perubahan Faskes 1. (tidak berlaku bagi perubahan FKTP kurang dari 3 (tiga) bulan).

2. BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400

Peserta menghubungi *Care Center* dan menyampaikan perubahan data peserta dimaksud.

3. *Mobile Customer Service* (MCS)

Peserta mengunjungi *Mobile Customer Service* (MCS) pada hari dan jam yang telah ditentukan, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

4. *Mall Pelayanan Publik*

Peserta mengunjungi *Mall Pelayanan Publik*, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

5. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota

Peserta mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten Kota, mengambil nomor antrian pelayanan loket perubahan data dan cetak kartu, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian.

IURAN PESERTA

Iuran JKN-KIS adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur setiap bulannya oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program JKN-KIS.

A. Berapa Besaran Iuran dan Siapa Yang Membayar?



Sesuai Peraturan Presiden nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

B. Apa Yang Dimaksud Nomor *Virtual Account* (VA)?

1. Nomor *virtual account* adalah nomor rekening *virtual* yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk membayar iuran JKN-KIS.
2. Guna memberi kemudahan dalam pembayaran bagi peserta PBPU dan BP Non Penyelenggara Negara, BPJS Kesehatan menggunakan sistem VA Keluarga, sehingga tagihan iuran sebagaimana anggota keluarga yang terdaftar pada Kartu Keluarga yang didaftarkan.
3. Peserta cukup membayarkan salah satu nomor VA anggota keluarga untuk seluruh pembayaran iuran anggota keluarga.

C. Bagaimana Cara Membayar Iuran?

Pembayaran iuran bagi peserta dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Peserta dan calon peserta PBPU Kelas I dan II wajib menggunakan fasilitas pembayaran *auto debit* (rekening maupun kartu kredit).
2. Peserta memasukkan nomor kartu peserta pada kanal pembayaran yang tersedia, seperti:
 - a. Kanal pembayaran bank : kantor bank dan *e-channel* (ATM, *Internet Banking*, *SMS Banking*, *Mobile Banking*). Untuk bank BUMN, ditambahkan kode VA sebagai berikut:
 - 1) BNI, BRI, BTN : 8888 + 0 (PBPU) atau 9 (PPU)+10 nomor terakhir peserta.
 - 2) Bank Mandiri : 89888 + 0 (PBPU) atau 9 (PPU)+10 nomor terakhir peserta.
 - 3) Bank BCA : 889 + 0 (PBPU) atau 9 (PPU)+10 nomor terakhir peserta
 - b. Kanal pembayaran non bank : *outlet PPOB* (*Payment Poin Online Banking*) *modern* atau tradisional.

3. Peserta memilih/memasukkan jumlah bulan pembayaran. Pada kanal pembayaran, pilihan bulan pembayaran tersedia dari 1 s.d 12 bulan. Apabila peserta ingin melakukan pembayaran tunggakan iuran hingga bulan berjalan, maka peserta cukup memilih / memasukkan angka "1".
4. Peserta menekan tombol OK/Enter pada kanal yang tersedia dan tunggu hingga ringkasan informasi muncul pada layar monitor, yang terdiri dari:
 - a. Informasi nama dan nomor peserta
 - b. Informasi jumlah keluarga peserta
 - c. Informasi jumlah tagihan iuran
 - d. Informasi biaya bank (apabila ada biaya)
5. Tunggu bukti pembayaran iuran muncul.
6. Peserta dapat mengecek pembayaran iuran pada Aplikasi *Mobile JKN*.

D. Bagaimana Jika Terlambat Membayar Iuran JKN-KIS?

Keterlambatan pembayaran iuran dapat menyebabkan terhambatnya pelayanan kesehatan karena:

1. Status Peserta menjadi non aktif sejak tanggal 1 (satu) bulan berikutnya, sehingga penjaminan pelayanan kesehatan diberhentikan sementara.
2. Kepesertaannya dapat menjadi aktif kembali dan penghentian sementara penjaminan pelayanan kesehatan berakhir apabila peserta:
 - a. Membayar iuran bulan tertunggak paling banyak 24 (dua puluh empat) bulan dan
 - b. Membayar iuran bulan berjalan.
3. Apabila dalam kurun waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali, peserta membutuhkan pelayanan rawat inap, maka dikenakan denda pelayanan.

E. Apa Yang Dimaksud Denda Pelayanan?

Denda pelayanan merupakan sanksi yang diterima peserta JKN-KIS karena keterlambatan pembayaran iuran dan menjalani rawat inap dalam kurun waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali.

Besaran denda pelayanan sebesar 2,5% (dua koma lima persen) dari biaya pelayanan kesehatan rawat inap dikalikan dengan jumlah bulan tertunggak dengan ketentuan:

1. Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan.
2. Besaran denda paling tinggi Rp30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).

F. Melunasi Tunggakan Iuran JKN-KIS Melalui Angsuran?

Pembayaran tunggakan iuran JKN-KIS dapat dilakukan secara cicilan, sesuai dengan jumlah dan jangka waktu yang disepakati. Program angsuran ini untuk mengakomodir peserta segmen PBPU yang ingin melunasi tunggakan dengan cara pinjaman pada Lembaga Keuangan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Saat ini lembaga yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah Koperasi Nusantara (KOPNUS). Koperasi ini berada di seluruh Indonesia yang berlokasi di Kantor POS besar di setiap Kabupaten.

G. Melunasi Tunggakan Iuran JKN-KIS Melalui BPJS Kesehatan *Flexy Pay*?

Melunasi pembayaran tunggakan iuran bagi peserta PBPU dengan tunggakan 4 s.d. 12 bulan bekerja sama dengan BNI 46, dapat lebih fleksibel sesuai dengan kemampuan peserta, yaitu dengan mengikuti program BPJS Kesehatan *FlexiPay*:

1. Peserta menunjukkan nomor kartu peserta atau salah satu anggota keluarga pada agen BNI 46;
2. Peserta menyetor sejumlah uang sesuai dengan kemampuan;
3. Bank BNI akan membayarkan tunggakan iuran peserta setelah saldo *FlexiPay* peserta sama dengan besaran tunggakan iuran; dan
4. BPJS Kesehatan akan mengaktifkan status kepesertaan.



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



Dengan *MOBILE CUSTOMER SERVICE (MCS)*
*Jarak bukan halangan,
untuk memberikan pelayanan...*



Untuk memberikan kemudahan layanan,
MCS siap hadir ditempat Anda di seluruh Pelosok Indonesia

Datang ke kantor cabang, sudah gak jaman!

Kami melayani :

- ✓ Pendaftaran Peserta Mandiri Baru
- ✓ Perubahan Data Peserta, Pembayaran iuran dan Pencetakan Kartu JKN-KIS
- ✓ Pemberian Informasi
- ✓ Penanganan Pengaduan



MAKIN DEKAT DENGAN ANDA

MANFAAT & PROSEDUR JAMINAN PELAYANAN

PESERTA JKN KIS

Manfaat adalah faedah/*benefit* jaminan sosial kesehatan yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya mencakup antara lain: Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang meliputi Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang meliputi Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Ambulan dan Alat Kesehatan.

A. Apa Yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh:

- Puskesmas atau yang setara
- Praktik Mandiri Dokter
- Praktik Mandiri Dokter Gigi
- Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri
- Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara
- Faskes Penunjang: Apotik dan Laboratorium

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

a. Manfaat yang ditanggung

- 1) Pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan (*promotif preventif*):

- a) Penyuluhan kesehatan perorangan;
 - b) Imunisasi rutin
 - c) Keluarga Berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk *vasektomi* dan *tubektomi* bekerja sama dengan BKKBN.
 - d) Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, yang diberikan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan metode tertentu atau untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu.
 - e) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis.
- 2) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif (pengobatan) mencakup:
- a) Administrasi pelayanan;
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - c) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - d) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai; dan
 - e) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.

b. Prosedur pelayanan

- 1) Peserta datang ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan, menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital dengan status aktif dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM, KK).
- 2) Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP tempat peserta terdaftar.

- 3) Apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu yang bukan merupakan kegiatan yang rutin, atau dalam keadaan kedaruratan medis, peserta dapat mengakses pelayanan RJTP pada FKTP lain yang di luar wilayah FKTP terdaftar, paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu maksimal 1 (satu) bulan di FKTP yang sama.
- 4) Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP.
- 5) Atas indikasi medis apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, peserta akan dirujuk Ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sesuai dengan sistem rujukan berjenjang secara online.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Manfaat yang ditanggung

- 1) Pendaftaran dan administrasi;
- 2) Akomodasi rawat inap;
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- 4) Tindakan medis non spesialis, baik operatif maupun non operatif;
- 5) Pelayanan kebidanan, ibu, bayi dan balita meliputi:
 - a) Persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
 - b) Persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED (Pelayanan *Obstetri Neonatus Essensial* Dasar);
 - c) Pertolongan neonatal dengan komplikasi;
- 6) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
- 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.

b. Prosedur pelayanan

- 1) Peserta datang ke FKTP tempat Peserta terdaftar maupun FKTP lain diluar tempat peserta terdaftar serta menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS KIS Digital dengan status aktif dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM, KK).
- 2) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP.

B. Apa Yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh:

- Klinik utama atau yang setara.
- Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta
- Rumah Sakit Khusus
- Faskes Penunjang: Apotik, Optik dan Laboratorium.

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

a. Manfaat yang ditanggung

- 1) Administrasi pelayanan;
- 2) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar yang dilakukan di unit gawat darurat;
- 3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
- 4) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
- 5) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
- 6) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan (laboratorium, radiologi dan penunjang diagnostik lainnya) sesuai

dengan indikasi medis;

- 7) Rehabilitasi medis; dan
- 8) Pelayanan darah.

b. **Prosedur pelayanan**

- 1) Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan menunjukkan:
 - a) Kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital.
 - b) Identitas lain (KTP, SIM, KK) jika diperlukan.
 - c) Surat rujukan (kecuali gawat darurat).
- 2) Rumah Sakit menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- 3) Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Poli Spesialis lain dengan surat rujukan/konsul internal atau fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan lain dengan surat rujukan/konsul eksternal.
- 4) Apabila atas indikasi medis peserta masih memerlukan perawatan lanjutan di Rumah Sakit, maka dokter FKRTL akan memberikan surat kontrol ulang yang digunakan sebagai pengganti surat rujukan pada kunjungan berikutnya.
- 5) Apabila perawatan selanjutnya dapat ditangani di FKTP, maka dokter di FKRTL akan memberikan surat rujuk balik (SRB) yang ditujukan ke dokter FKTP tempat peserta terdaftar.
- 6) Setelah mendapatkan pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, peserta menandatangani bukti pelayanan kesehatan.
- 7) Apabila peserta menghendaki pelayanan rawat jalan eksekutif/VIP berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - a) Peserta PBI dan Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah tidak diperkenankan memilih pelayanan rawat jalan Eksekutif/VIP.
 - b) Peserta mengikuti prosedur sistem rujukan untuk

- mendapatkan pelayanan rawat jalan eksekutif.
- c) Peserta membayar tambahan biaya paling banyak sebesar Rp250.000,00 (dua ratus lima puluh ribu rupiah) per episode pelayanan.
 - d) Pelayanan rawat jalan eksekutif hanya dijamin di RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk pelayanan poli eksekutif.

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

a. Manfaat yang ditanggung

- 1) Perawatan inap non intensif; dan
- 2) Perawatan inap intensif (*ICU, ICCU, NICU, PICU*).

b. Prosedur pelayanan

- 1) Merupakan tindak lanjut dari pelayanan FKTP, instalasi gawat darurat, dan Poli Rawat Jalan atau Rujukan dari FKRTL lain.
- 2) Peserta mendapatkan rujukan dari FKTP/FKRTL lain atau surat perintah rawat inap oleh Dokter Poli Rawat Jalan, kecuali kasus Gawat Darurat.
- 3) Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital dengan status aktif dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM, KK).
- 4) Peserta melengkapi persyaratan administrasi untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), maksimal 3 x 24 jam kerja sejak masuk rumah sakit atau sebelum pulang.
- 5) Peserta menandatangani bukti pelayanan setelah mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 6) Peserta mendapatkan perawatan pada kelas rawat sesuai haknya. Dalam hal kelas perawatan penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan 1 (satu)

tingkat lebih tinggi dan paling lama 3 (tiga) hari sampai ruang sesuai hak kelasnya tersedia. Namun, jika kelas rawat yang sesuai hak serta kelas rawat 1 tingkat lebih tinggi juga penuh, peserta dapat dirawat di kelas perawatan 1 (satu) tingkat lebih rendah dan paling lama 3 (tiga) hari sampai ruang sesuai hak kelasnya tersedia.

C. Bagaimana Jika Peserta Menginginkan Kenaikan Kelas Perawatan?

Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya maka berlaku ketentuan sebagai berikut:

1. Peserta PBI dan Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah gugur haknya apabila memilih kelas yang lebih tinggi dari haknya.
2. Peserta Bukan PBI, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri seluruh selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Peserta mengikuti prosedur sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b. Peserta membayar tambahan biaya, dengan perhitungan sebagai berikut:
 - 1) Kenaikan kelas rawat sampai dengan kelas I:
Tarif INA-CBG kelas dimana peserta dirawat dikurangi tarif INA-CBG kelas rawat sesuai hak, dengan contoh perhitungan sebagai berikut:

Pasien A (hak kelas rawat di kelas II) dirawat inap di kelas I
INA-CBG kelas I = Rp5.000.000,-
Tarif INA-CBG kelas II = Rp4.000.000,-
Tambahan biaya yang dibayar peserta maksimal sebesar:
(Rp5.000.000 - Rp4.000.000) = Rp1.000.000,-

- 2) Kenaikan kelas rawat sampai dengan kelas VIP:
- Jika hak kelas rawat peserta kelas I, perhitungan tambahan biaya maksimal : $75\% \times \text{Tarif INA-CBG kelas I}$.

Contoh I:

Pasien B (hak kelas rawat di kelas I) dirawat inap di kelas VIP.

Tarif umum VIP = Rp12.000.000,-

Tarif INA-CBG kelas I = Rp5.000.000,-

Tambahan biaya yang dibayar peserta maksimal sebesar: $75\% \times \text{Rp5.000.000} = \text{Rp3.750.000,-}$

Contoh II:

Pasien C (hak kelas rawat di kelas I) dirawat inap di kelas VIP.

Tarif umum VIP = Rp10.000.000,-

Tarif INA-CBG kelas I = Rp8.000.000,-

Tambahan biaya yang dibayar peserta maksimal sebesar:
 $\text{Rp10.000.000} - \text{Rp8.000.000} = \text{Rp2.000.000,-}$

- Jika hak kelas rawat peserta kelas II dan III:
Perhitungan tambahan biaya maksimal yaitu: selisih (tarif INA-CBG kelas I dikurangi tarif INA CBG sesuai hak) ditambah ($75\% \times \text{Tarif INA-CBG kelas I}$).

Pasien D (hak kelas rawat di kelas II) dirawat inap di kelas VIP.

Tarif umum VIP = Rp12.000.000,-

Tarif INA-CBG kelas I = Rp5.000.000,-

Tarif INA-CBG kelas II = Rp4.000.000,-

Tambahan biaya yang dibayar peserta maksimal sebesar:
 $(\text{Rp5.000.000,00} - \text{Rp4.000.000,00}) + (75\% \times \text{Rp5.000.000,00})$
 $= \text{Rp1.000.000,00} + \text{Rp3.750.000,00} = \text{Rp4.750.000,00}$

- c. Kenaikan kelas rawat dengan fasilitas di atas VIP:
- 1) Total tambahan biaya yang dibayar peserta ditambah tarif INA-CBG sesuai hak yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan tidak melebihi tarif umum Fasilitas Kesehatan.
 - 2) Tarif umum Fasilitas Kesehatan, baik tarif tindakan medis maupun tarif pelayanan medis dan non medis lainnya yang dikenakan kepada peserta yang dirawat di kelas perawatan dengan fasilitas di atas kelas VIP dihitung sejak tanggal peserta dirawat di kelas perawatan tersebut.
 - 3) Perhitungan tambahan biaya = tarif umum Fasilitas Kesehatan dikurangi tarif INA-CBG sesuai hak kelas rawat peserta.

D. Bagaimana Jika Peserta Mempunyai Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT)?

Jika peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, maka peserta dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) melalui mekanisme koordinasi manfaat (*Coordination of Benefit-COB*) BPJS Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) yang dilakukan melalui proses perjanjian kerja sama, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Berlaku untuk pelayanan rawat inap di rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. AKT sebagai penjamin dan pembayar pertama.
3. Menggunakan kartu *co-branding* yaitu kartu yang telah mencantumkan logo BPJS Kesehatan dan logo AKT.
4. Mengikuti prosedur pelayanan rawat inap tingkat lanjutan (RITL) yang berlaku bagi peserta JKN-KIS.

E. Bagaimana Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Jika Dalam Keadaan Gawat Darurat?

Pelayanan Gawat Darurat meliputi pengertian dan batasan, prosedur pelayanan di Faskes yang bekerja sama maupun tidak bekerja sama, sebagai berikut:

1. Pengertian dan batasan

Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya kepada pasien untuk mencegah kematian, keparahan dan/atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan, dengan kriteria sebagai berikut:

- Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/ lingkungan.
- Adanya gangguan pada jalan nafas, pemafasan dan sirkulasi;
- Adanya penurunan kesadaran;
- Adanya gangguan *hemodinamik*; dan/atau memerlukan tindakan segera.

Penetapan terpenuhinya kriteria gawat darurat ditetapkan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

2. Prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan :

- Pelayanan gawat darurat medis diberikan oleh FKTP atau FKRTL baik yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- Pelayanan gawat darurat medis di FKRTL diberikan di FKRTL tanpa memerlukan surat rujukan dari FKTP maupun FKRTL
- Fasilitas Kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat medis yang termasuk dalam pelayanan yang dijamin dalam jaminan kesehatan nasional baik yang

- bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, dilarang meminta atau menarik biaya kepada Peserta.
- d. Peserta datang ke FKTP atau FKRTL terdekat dengan menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital dengan status aktif dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM, KK), tanpa surat rujukan dari FKTP.
 - e. Untuk pelayanan gawat darurat di FKTP, bila hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub spesialis sesuai dengan indikasi medis maka FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan Sistem Rujukan yang berlaku.
 - f. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.

3. Prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama:

- a. Peserta datang ke FKTP atau FKRTL yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital dengan status aktif dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM, KK), tanpa surat rujukan dari FKTP.
- b. Fasilitas Kesehatan memastikan kebenaran identitas atau status keaktifan Peserta JKN-KIS dengan melakukan konfirmasi ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan setempat atau BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
- c. Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP atau FKRTL.
- d. Apabila kondisi gawat darurat pasien sudah teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan, maka FKTP atau FKRTL merujuk pasien ke FKTP atau FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

- e. Apabila Peserta tidak bersedia untuk dirujuk ke FKTP atau FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan dan Peserta harus menandatangani surat pernyataan bersedia menanggung biaya pelayanan selanjutnya.
- f. Biaya pelayanan gawat darurat di FKTP atau FKRTL yang tidak bekerjasama ditagihkan langsung oleh FKTP atau FKRTL dan tidak diperkenankan meminta atau menarik biaya kepada peserta

F. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Ambulan?

Pelayanan Ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan untuk menjaga kestabilan kondisi dan keselamatan pasien yang meliputi pelayanan ambulan darat dan ambulan air untuk rujukan pada:

1. Antar fasilitas kesehatan tingkat pertama;
2. Dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut;
3. Antar fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Pelayanan ambulan tidak dijamin jika:

1. Jemput pasien selain dari fasilitas kesehatan (rumah, jalan, lokasi lain);
2. Mengantar pasien ke selain fasilitas kesehatan;
3. Rujukan parsial (antar jemput pasien atau spesimen dalam rangka mendapatkan pemeriksaan penunjang atau tindakan, yang merupakan rangkaian perawatan pasien di salah satu fasilitas kesehatan);
4. Mengantar jenazah; dan
5. Pasien rujuk balik rawat jalan.

Adapun prosedur pelayanan ambulan sebagai berikut:

1. Pasien yang mendapatkan pelayanan ambulan adalah pasien yang memerlukan evakuasi ke fasilitas kesehatan lain sesuai indikasi medis dan ketentuan penjaminan ambulan.
2. Pelayanan ambulan dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
3. Fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas ambulan dapat langsung memberikan pelayanan ambulan bagi pasien.
4. Fasilitas kesehatan yang tidak memiliki fasilitas ambulan, maka Fasilitas kesehatan berkoordinasi dengan penyedia ambulan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan atau petugas BPJS Kesehatan.

G. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB)?

Pelayanan Program Rujuk Balik adalah pelayanan bagi pasien dengan diagnosa penyakit kronis Diabetes Mellitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), *Epilepsy*, *Schizophrenia*, *Stroke*, dan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis sesuai dengan standar profesi terkait dan telah mendapatkan surat rujuk balik (SRB) dan mendaftarkan diri untuk menjadi peserta PRB.

Penjaminan pelayanan bagi peserta PRB adalah pemeriksaan dokter di FKTP dan pemberian obat PRB yang termasuk dalam daftar obat PRB di Formularium Nasional oleh ruang farmasi, instalasi farmasi klinik pratama, atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk kebutuhan maksimal 30 (tiga puluh) hari.

H. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Alat kesehatan?

Penjaminan alat kesehatan oleh BPJS Kesehatan meliputi jenis dan nilai ganti serta prosedur pelayanannya.

1. Jenis Alat kesehatan dan nilai ganti:

Nama Alat Kesehatan	Nilai Ganti	Keterangan
Kacamata	Kelas 3: Rp150.000,00 Kelas 2: Rp200.000,00 Kelas 1: Rp300.000,00	Min. Sferis 0,5D, silindris 0,25D Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
Alat Bantu Dengar	Maksimal Rp1.000.000,00	Paling cepat 5 (lima) tahun sekali dengan indikasi medis
Protesa Gigi	Maksimal Rp1.000.000,00 untuk gigi yang sama dan <i>full</i> protesa Maksimal Rp500.000,00 untuk masing-masing rahang	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
Protesa Alat Gerak Tangan dan Kaki Palsu	Maksimal Rp2.500.000,00	Paling cepat 5 (lima) tahun sekali sesuai indikasi medis
Korset Tulang Belakang	Maksimal Rp350.000,00	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
<i>Collar Neck</i>	Maksimal Rp150.000,00	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
Kruk	Maksimal Rp350.000,00	Paling cepat 5 (lima) tahun sekali sesuai indikasi medis

2. Prosedur Pelayanan

- a. Mengikuti prosedur pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) yang berlaku bagi peserta JKN-KIS.
- b. Dokter spesialis di FKRTL memberikan resep alat kesehatan untuk diambil di Apotik/Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- c. Pengajuan nilai ganti diajukan oleh Apotik/Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- d. Khusus *protese* gigi pengajuan klaim nilai ganti dapat dilakukan oleh Dokter Gigi di FKTP maupun FKRTL.

I. Apa Saja Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Dijamin?

1. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
3. Pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja atau menjadi tanggungan pemberi kerja;
4. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat peserta.
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
8. Pelayanan meratakan gigi (*ortodonsi*);

9. Gangguan kesehatan / penyakit akibat ketergantungan obat dan / atau alkohol;
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (*eksperimen*);
13. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik.
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;
16. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*);
17. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bhakti sosial;
18. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
19. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia.
20. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.



INOVASI TERBARU BPJS KESEHATAN? MUDAH DAN PASTI

Dengan Sistem Rujukan Online JKN-KIS

- 1.** SISTEM RUJUKAN ONLINE JKN-KIS adalah digitalisasi proses rujukan berjenjang untuk kemudahan dan kepastian peserta dalam memperoleh layanan di rumah sakit disesuaikan dengan kompetensi, jarak dan kapasitas Rumah Sakit tujuan rujukan berdasarkan kebutuhan medis pasien.
- 2.** Memberikan kemudahan kepada peserta karena:
 - a. Rumah sakit tujuan rujukan mengutamakan rumah sakit dengan jarak terdekat sesuai tingkatannya.
 - b. Proses pelayanan peserta di rumah sakit menjadi lebih cepat karena data tidak perlu diinput ulang pada saat pendaftaran.
 - c. Peserta tidak perlu khawatir jika kehilangan atau lupa membawa surat rujukan karena informasi rujukan peserta sudah terekam otomatis di rumah sakit sehingga cukup dengan menunjukkan kartu JKN-KIS/KIS digital.
- 3.** Memberikan kepastian kepada peserta karena:
 - a. Rujukan ditujukan kepada rumah sakit dengan kompetensi sesuai dengan kebutuhan medis peserta.
 - b. Rujukan mempertimbangkan kapasitas pelayanan di rumah sakit sehingga terhindar dari penumpukan antrian.

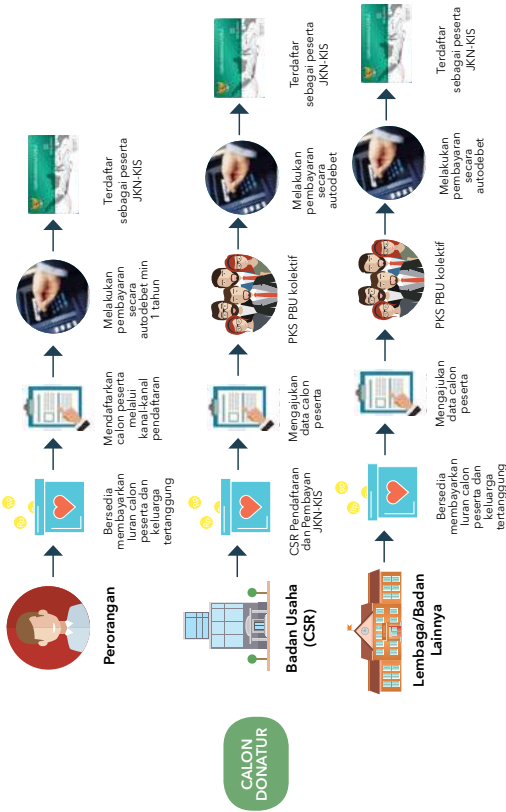
PROGRAM DONASI

BPJS Kesehatan telah membuka program Donasi untuk peserta JKN-KIS yang melibatkan partisipasi masyarakat secara perorangan atau Badan Usaha atau lembaga lain yang bertujuan mewujudkan kepedulian kepada masyarakat di lingkungannya melalui kontribusi pendaftaran keluarga yang membutuhkan uluran tangan kita untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS.

A. Apa Saja Jenis Program Donasi JKN-KIS?

1. Donasi Perorangan
Merupakan bentuk partisipasi individu yang memiliki kemampuan membayar iuran dan kepedulian terhadap salah satu atau beberapa keluarga yang kurang beruntung di lingkungannya untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS dan membayar iuran selama keluarga tersebut masih membutuhkan bantuan.
2. Donasi Badan Usaha
Merupakan bentuk partisipasi Badan Usaha yang memiliki kemampuan membayar iuran dan kepedulian terhadap sejumlah keluarga yang kurang beruntung di lingkungannya untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS dan membayarkan iuran selama keluarga tersebut masih membutuhkan iuran.
3. Donasi Lembaga atau Badan lainnya
Bentuk partisipasi lembaga atau badan amal atau lembaga badan lainnya salah satu fungsi lembaga atau badan terkait adalah sebagai penyantun dan memiliki kemampuan membayar iuran dan kepedulian terhadap sejumlah individu atau keluarga di bawah naungannya untuk didaftarkan menjadi peserta JKN-KIS dan membayar iuran selama individu atau keluarga tersebut masih membutuhkan bantuan.

B. Bagaimana Mekanisme Program Donasi?





BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



Untuk Kemudahan Anda, Kami Hadir 24 Jam



LAYANAN SIAGA KAPAN SAJA

Datang ke kantor cabang, sudah gak jaman!

BPJS Kesehatan Care Center 1500 400 melayani

- ✔ Pendaftaran Peserta Mandiri Baru
- ✔ Perubahan Data Peserta Mandiri
- ✔ Layanan Tanya Dokter (*Teleconsulting*)
- ✔ Pemberian Informasi
- ✔ Penanganan Pengaduan

**24
JAM**



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

**CARE CENTER
1500 400**

**24
JAM**  **BPJS Kesehatan**
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CARE CENTER
1500 400

www.bpjs_kesehatan.go.id

@BPJSKesehatanRI

BPJSKesehatan (Akun Resmi)

BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan *kompasiana*

bpjskesehatan



Dengan Aplikasi Mobile JKN
**Kini Semua Ada
Dalam Genggaman!**

