



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



PANDUAN LAYANAN

**Bagi Peserta Jaminan
Kesehatan Nasional-Kartu
Indonesia Sehat (JKN-KIS)**

Edisi Tahun 2020

**AYOOO !
BERGOTONG ROYONG**

**24
JAM**

 **BPJS Kesehatan**
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

**CARE CENTER
1500 400**

**Panduan Layanan Bagi Peserta
Jaminan Kesehatan Nasional-
Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)**

Edisi I Tahun 2020

Sekapur Sirih

Salam sehat selalu...

Terima kasih karena Anda telah menjadi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), yang merupakan program mulia negara dan ditujukan semata-mata untuk kesejahteraan rakyat Indonesia. Suksesnya program ini menjadi tanggung jawab kita bersama, baik BPJS Kesehatan, pemerintah, masyarakat serta seluruh pemangku kepentingan yang terkait.

BPJS Kesehatan senantiasa meningkatkan kualitas layanan dan mengembangkan inovasi-inovasi guna memastikan peserta JKN-KIS dapat secara mudah, pasti dan cepat dalam mendapatkan informasi dan mendapatkan pelayanan kesehatan, di antaranya adalah:

1. Aplikasi Mobile JKN memberikan informasi fasilitas kesehatan, melakukan pendaftaran online untuk mendapatkan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun rujukan, informasi ketersediaan tempat tidur di Rumah Sakit, informasi jadwal operasi, jenis obat yang ditanggung, konsultasi kesehatan serta fitur-fitur lainnya yang bermanfaat bagi peserta JKN-KIS.
2. BPJS Kesehatan Care Center 1500 400 yang dapat dihubungi oleh peserta setiap hari, 24 Jam (24/7).
3. Chika (Chat Assistant) JKN dan Vika yaitu kemudahan bagi peserta dalam mendapatkan layanan informasi dan pengaduan melalui chatting yang dapat diakses langsung melalui Whatsapp (WA) dan Telegram pada nomor 08118750400 atau melalui Facebook Messenger BPJS Kesehatan.
4. Vika (Voice Interactive) JKN merupakan layanan

informasi menggunakan mesin penjawab untuk mengecek status dan tagihan iuran yang difasilitasi pada saat peserta menghubungi BPJS Kesehatan Care Center 1500 400.

5. BPJS SATU! Atau BPJS Kesehatan Siap Membantu adalah Petugas Pemberi Informasi dan Pengaduan (PIPP) yang ada Rumah Sakit yang dapat memberikan layanan informasi dan pengaduan dimana saat bertugas dilengkapi dengan rompi khusus bertuliskan BPJS SATU!

Melalui panduan layanan ini, Anda diharapkan dapat memahami secara lebih mendalam dan komprehensif terkait hak dan kewajiban sebagai peserta JKN-KIS selain itu disampaikan juga materi pola hidup sehat oleh Brand Ambassador BPJS Kesehatan yang dimaksudkan untuk menjadi penggugah semangat peserta JKN-KIS untuk memulai pola hidup yang lebih sehat.

Dengan komitmen pelayanan kami dan di dukung peran serta masyarakat maka kesinambungan program JKN-KIS dapat terus hadir di tengah-tengah masyarakat dengan semangat gotong royong, guna mewujudkan jaminan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi.

Direktur Perluasan dan Pelayanan Peserta



DAFTAR ISI

PENTINGNYA PROGRAM JKN-KIS	12
<u>A. Siapa Saja Yang Menjadi Peserta JKN-KIS?</u>	14
<u>B. Siapa Saja Anggota Keluarga yang Ditanggung Sebagai Peserta JKN-KIS?</u>	16
IDENTITAS PESERTA JKN-KIS	19
<u>A. Bagaimana Cara Mendapatkan Kartu Peserta?</u>	22
<u>B. Bagaimana Jika Kartu Peserta Hilang?</u>	23
<u>C. Bagaimana Jika Kartu Peserta Rusak?</u>	24
HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA	26
<u>A. Apa Hak Peserta?</u>	26
<u>B. Apa Kewajiban Peserta?</u>	26
<u>C. Apa Kewajiban Pemberi Kerja?</u>	27
KANAL LAYANAN BPJS KESEHATAN	30
<u>A. Aplikasi Mobile JKN</u>	30
<u>B. BPJS Kesehatan Care Center 1500 400</u>	35
<u>C. Mobile Customer Service (MCS)</u>	36
<u>D. Website BPJS Kesehatan</u>	37
<u>E. Mall Pelayanan Publik</u>	38
<u>H. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota</u>	39

PENDAFTARAN PESERTA JKN-KIS _____ 42

- A. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBI APBN? 42
- B. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta dari Penduduk Yang Didaftarkan Oleh Pemerintah Daerah? 42
- C. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Penyelenggara Negara? 43
- D. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Non Penyelenggara Negara (BUMN, BUMD dan BU Swasta) ? 45
- E. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta _____ PBPU/BP Non Penyelenggara Negara? 49
- F. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta _____ Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara? 54
- G. Bagaimana Mendaftar Bayi Baru Lahir? 55

PERUBAHAN DATA PESERTA JKN-KIS _____ 63

- A. Bagaimana Melakukan Perubahan Jenis _____ Kepesertaan? 63
- B. Bagaimana Melakukan Perubahan Tambah/ Kurang Peserta dan Anggota Keluarga? 69
- C. Bagaimana Melakukan Perubahan Data _____ Kependudukan? 71
- D. Bagaimana Melakukan Perubahan Alamat? 72
- E. Bagaimana Melakukan Perubahan Domisili _____ Nomor *Handphone* dan Alamat Email? 72

F. <u>Bagaimana Melakukan Perubahan Kelas Rawat?</u>	73
G. <u>Bagaimana Melakukan Perubahan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)?</u>	76
IURAN PESERTA	81
A. <u>Berapa Besaran Iuran dan Siapa Yang Membayar?</u>	81
B. <u>Apa Yang Dimaksud Nomor Virtual Account ?</u>	82
C. <u>Bagaimana Cara Membayar Iuran?</u>	82
D. <u>Mengapa Iuran Harus Dibayar Secara Rutin</u>	87
E. <u>Bagaimana Jika Terlambat Membayar Iuran JKN-KIS?</u>	87
F. <u>Apa yang Dimaksud Denda Pelayanan?</u>	88
MANFAAT dan PROSEDUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN	91
A. <u>Bagaimana Prosedur Untuk Mendapatkan Jaminan Pelayanan Kesehatan?</u>	91
B. <u>Apa yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?</u>	92
C. <u>Apa Saja Jenis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?</u>	92
D. <u>Apa yang Dimaksud Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?</u>	96

<u>E. Apa Saja Jenis Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?</u>	96
<u>F. Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?</u>	97
<u>G. Bagaimana Penjaminan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir?</u>	100
<u>H. Bagaimana Jika Kelas Perawatan Sesuai Hak Penuh?</u>	101
<u>I. Bagaimana Jika Peserta Menginginkan Kenaikan Kelas Perawatan?</u>	101
<u>J. Bagaimana Jika Peserta Mempunyai Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT)?</u>	103
<u>K. Bagaimana Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Jika Dalam Keadaan Gawat Darurat?</u>	103
<u>L. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Ambulan?</u>	106
<u>M. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Program Rujuk Balik (PRB)?</u>	108
<u>N. Bagaimana Cara Mendapatkan Pelayanan Alat Kesehatan?</u>	109
<u>O. Apa Saja Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin?</u>	111
<u>P. Bagaimana Jika Mengalami Kendala di Rumah Sakit?</u>	113

PROGRAM DONASI	116
A. <u> Apa Saja Jenis Program Donasi JKN-KIS?</u>	116
B. <u> Bagaimana Mekanisme Program Donasi?</u>	118
POLA HIDUP SEHAT	119
A. <u> Bagaimana Mengikis Lemak Berlebih?</u>	122
B. <u> Bagaimana Mengatur Pola Makan?</u>	123
C. <u> Bagaimana Mendapatkan Istirahat yang Baik?</u>	124
D. <u> Bagaimana Cara Berolahraga Yang Efektif dan Efsien?</u>	125
E. <u> Apa Saja Gerakan Olah Raga Yang Sederhana?</u>	127



DENGAN GOTONG ROYONG
SEMUA TERTOLONG

Ayo kita bangun semangat kebersamaan untuk membantu sesama dalam Program JKN-KIS.

Pastikan Anda dan keluarga terdaftar menjadi peserta JKN-KIS dan patuh membayar iuran.

DENGAN GOTONG ROYONG, SEMUA TERTOLONG

Informasi Lebih Lanjut Hubungi:



**PENTINGNYA
PROGRAM
JKN-KIS**

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).

1. 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”

2. 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”

3. COMPLIANCE (Patuh)

Compliance adalah adanya kepatuhan dari setiap Warga Negara Indonesia terhadap perundang-undangan 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 bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya 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 diperbantukan pada BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, Pimpinan dan anggota DPRD, Kepala Desa dan Perangkat Desa serta Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja.

- 2) PPU Non Penyelenggara Negara terdiri dari pegawai pada Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan Badan Usaha Swasta
- b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri dan pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri yang mampu membayar iuran, antara lain terdiri dari: Notaris, Pengacara, Akuntan, Konsultan Dokter/Bidan, Pedagang/ Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, Supir, Ojek, Montir dan lain sebagainya.
- 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 Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (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 dari penduduk yang di daftarkan oleh Pemerintah Daerah, 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 Pekerja Penerima Upah (PPU), anggota keluarga yang ditanggung paling banyak 4 (empat) orang dengan maksimal 3 (tiga) orang anak, meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, 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.Apabila anak ke-1 (kesatu) sampai dengan anak ke-3 (ketiga) sudah tidak ditanggung,

disebabkan karena umur diatas 21 tahun dan tidak melanjutkan sekolah/berusia diatas 25 tahun/sudah bekerja dan memiliki penghasilan sendiri/sudah menikah, 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.

Selain anggota keluarga sebagaimana dimaksud, bagi peserta PPU dapat mengikut sertakan anggota keluarga yang lain yaitu anak keempat dan seterusnya, orang tua kandung/mertua.

4. Peserta PBP dan BP meliputi istri/suami yang sah, seluruh anak dan anggota keluarga lain yang terdapat dalam satu Kartu Keluarga (KK) wajib didaftarkan sebagai peserta JKN-KIS.



**IDENTITAS
PESERTA
JKN-KIS**

Identitas Peserta JKN-KIS



Merupakan kartu identitas peserta yang dimiliki oleh segmen 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 diterbitkan 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. Masa berlaku e-ID adalah selama 3 bulan sejak tanggal pencetakan terakhir. Diharapkan peserta segera melapor ke Kantor BPJS Kesehatan untuk diganti dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS).



Kartu Sementara merupakan identitas yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk bayi baru lahir yang belum mempunyai identitas kependudukan (NIK).

Kartu identitas ini dapat digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan peserta JKN-KIS, dengan masa berlaku 3 (tiga) bulan sejak tanggal pembayaran iuran pertama. Peserta wajib melaporkan pemutakhiran NIK Bayi Baru Lahir paling lambat 3 (tiga) bulan sejak bayi dilahirkan.

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).

Pemegang kartu peserta Askes dan BPJS Kesehatan, apabila terdapat perubahan data pada kartu sebelumnya, kartu rusak atau hilang atau ingin mengganti menjadi Kartu Indonesia Sehat (KIS) baik secara kolektif maupun perorangan dapat ke Kantor BPJS Kesehatan atau *Mobile Customer Service (MCS)*.



Kartu Indonesia Sehat (KIS) Digital/KIS Digital merupakan identitas peserta yang dapat diakses pada aplikasi *Mobile JKN* melalui media electronic/*handphone* android/IOS.

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

A. Bagaimana Cara Mendapatkan Kartu Peserta?

1. Peserta PBI JK dan Peserta dari penduduk yang di daftarkan oleh Pemerintah Daerah
Kartu dapat diperoleh di Kantor Cabang BPJS Kesehatan atau melalui pihak ketiga yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Peserta baru PBU/BP
 - a. Kartu peserta dikirimkan ke alamat domisili sesuai dalam pengisian data peserta, selambatnya 6 (enam) hari kerja sejak pembayaran iuran pertama
 - b. Peserta dapat menggunakan KIS Digital dengan mengunduh aplikasi *Mobile JKN* sebagai bukti kepesertaan program JKN-KIS.

3. Peserta PPU Penyelenggara Negara
Dilakukan secara perorangan atau secara kolektif melalui PIC satker dari Kementerian/ Lembaga/ Instansi.
4. Peserta PPU Non Penyelenggara Negara
Kartu sementara peserta (e-ID) diterima sejak pembayaran iuran, dan dapat dicetak sendiri melalui PIC HRD/SDM. Selanjutnya selambatnya 3 (tiga) bulan, kartu sementara tersebut diganti dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

B. Bagaimana Jika Kartu Peserta Hilang ?

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

1. Menunjukkan KTP dan Kartu Keluarga.
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 hanya dapat dilakukan oleh anggota keluarga yang namanya tercantum dalam Kartu Keluarga.
4. Penggantian kartu dapat dilakukan oleh anggota keluarga lainnya yang tidak tercantum dalam Kartu Keluarga dengan menggunakan surat kuasa bermaterai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) dan Foto Copy KTP Elektronik Peserta.

C. Bagaimana Jika Kartu Peserta Rusak ?

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

1. Menyerahkan kartu peserta yang rusak.
2. Menunjukkan Kartu Tanda Penduduk (KTP Elektronik) atau Kartu Keluarga.
3. Penggantian kartu dapat dilakukan oleh keluarga lainnya yang tidak tercantum dalam Kartu Keluarga dengan menggunakan surat kuasa bermaterai Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) dan Foto Copy KTP Elektronik Peserta.



HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA

Hak Dan Kewajiban Peserta

A. Apa Hak Peserta?

1. Menentukan FKTP yang diinginkan pada saat mendaftar
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan kartu identitas peserta sebagai identitas peserta JKN-KIS untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
4. Mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
5. Menyampaikan pengaduan, kritik dan saran baik 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 besar 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 prosedur dan ketentuan untuk memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan

C. Apa Kewajiban Pemberi Kerja?

1. Mendaftarkan dirinya 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. Bertanggung jawab atas Pekerja yang membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan manfaat yang diberikan oleh BPJS Kesehatan, dalam hal Pemberi kerja belum

mendaftarkan dan membayar iuran bagi Pekerjaanya kepada BPJS Kesehatan.

5. Memberikan data mengenai diri, pekerja dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS Kesehatan 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 yaitu gaji pokok dan tunjangan Tetap yang dilaporkan sesuai dengan upah yang diterima pekerja.
6. Melaporkan 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 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, penanganan pengaduan, kritik dan saran, yang terdiri dari:

1. Aplikasi *Mobile JKN*.
2. BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400.
3. *Mobile Customer Service (MCS)*.
4. *Website* BPJS Kesehatan.
5. Mall Pelayanan Publik.
6. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota.
7. Pendaftaran Badan Usaha terintegrasi dengan OSS (Online Single Submission).
8. Portal bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Tenaga Kerja.

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.

Fitur-fitur dalam Aplikasi *Mobile* JKN terdiri dari:

- I. Fitur Pendaftaran Peserta: Calon peserta dapat melakukan pendaftaran peserta PBPU dengan memasukkan nomor KTP selanjutnya peserta akan mendapatkan email sesuai yang terdaftar pada Aplikasi *Mobile* JKN.
- II. Fitur Peserta: menampilkan informasi kepesertaan peserta dan anggota keluarganya.
- III. Fitur Ubah Data Peserta: menampilkan menu ubah data peserta, meliputi perubahan nomor *handphone*, alamat email, alamat surat, pindah FKTP dan pindah kelas.
- IV. Fitur Ketersediaan Tempat Tidur: menampilkan ketersediaan tempat tidur Rumah Sakit sesuai kelas, yang informasi ketersediaannya di update oleh Rumah Sakit.
- V. Fitur Obat Yang Ditanggung: menampilkan jenis obat yang ditanggung untuk peserta JKN-KIS, meliputi nama, kandungan dan restriksi obat.
- VI. Fitur Premi: menampilkan tagihan iuran peserta PBPU dan anggota keluarganya.
- VII. Fitur Jadwal Tindakan Operasi: menampilkan jadwal operasi peserta sesuai nama dalam Aplikasi *Mobile* JKN dan dapat mengetahui jadwal operasi di Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, informasi jadwal operasi tersebut di update oleh Rumah Sakit.

- VIII. Fitur Pendaftaran Pelayanan:
- a. menampilkan pendaftaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang telah memiliki sistem antrian.
 - b. memberikan penilaian dan masukan terhadap pelayanan yang pernah diterima di FKTP melalui Walk Through Audit (WTA)
- IX. Fitur Pendaftaran Auto Debit: menampilkan panduan pendaftaran melalui auto debit sesuai channel auto debit Bank yang dipilih peserta.
- X. Fitur Pembayaran: menampilkan panduan pembayaran sesuai channel *autodebet* Bank dan E-Money. Dalam fitur ini dapat melakukan Top up saldo E-Money.
- XI. Fitur Catatan Pembayaran: menampilkan riwayat pembayaran iuran, denda.
- XII. Fitur Riwayat Pelayanan: menampilkan histori/riwayat pelayanan yang meliputi diagnosa, keluhan dan terapi yang diberikan oleh fasilitas kesehatan.
- XIII. Fitur Skrining riwayat kesehatan berisi pertanyaan dan pernyataan terkait riwayat kesehatan. Hasil skrining riwayat kesehatan adalah risiko rendah/ sedang/ tinggi untuk penyakit DM Tipe 2, Hipertensi, Ginjal Kronik dan Jantung Koroner, serta rekomendasi yang harus dilakukan peserta berdasarkan hasil

skrining riwayat kesehatan. Skrining hanya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali

- XIV. Fitur Cek VA: menampilkan nomor *Virtual Account* peserta.
- XV. Fitur Info JKN: menampilkan informasi seputar program JKN-KIS terkait manfaat program JKN-KIS persyaratan pendaftaran peserta, hak dan kewajiban serta sanksi-sanksi yang diberlakukan.
- XVI. Fitur Lokasi: Mendeteksi posisi pengguna dan menampilkan lokasi (alamat, telepon dan fax) kantor BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.
- XVII. Fitur Pengaduan Keluhan: peserta dapat melakukan pengaduan secara tertulis maupun melalui telepon yang akan tersambung secara otomatis ke BPJS Kesehatan *Care Center 1500 400*.

Di dalam Aplikasi *Mobile* JKN juga terdapat fitur Kartu Peserta berupa KIS Digital yang dapat digunakan sebagai identitas peserta pada saat akan menggunakan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

Selain itu, juga terdapat fitur artikel kesehatan untuk menambah pengetahuan dan wawasan peserta tentang kesehatan, serta fitur FAQ berupa pertanyaan-pertanyaan yang sering ditanyakan oleh peserta lengkap dengan penjelasannya.

DOWNLOAD & REGISTRASI APLIKASI MOBILE JKN

5 Kemudahan Utama Menggunakan aplikasi **Mobile JKN** yaitu



- Mendaftar & mengubah data kepesertaan
- Mengetahui informasi data peserta & keluarga
- Mengetahui informasi tagihan & pembayaran iuran
- Mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan (KIS Digital)
- Menyampaikan pengaduan & permintaan informasi seputar JKN-KIS



1

Buka Google Play Store atau App Store lalu instal/download aplikasi **Mobile JKN**

Pastikan aplikasi didownload dari pengembang BPJS Kesehatan

Setelah terinstall, klik menu **Pendaftaran Pengguna Mobile** untuk masuk di halaman registrasi.

- Menu **Pendaftaran Peserta Baru** untuk pendaftaran peserta PBPJ/Mandiri
- Menu **Login** apabila sudah pernah melakukan registrasi di aplikasi Mobile JKN

2



3

Proses registrasi dengan memasukkan data :

- No Kartu BPJS
- Password
- No KTP/NIK
- Konfirmasi Password
- Tanggal Lahir
- No. HP
- Nama Ibu Kandung
- Email (masukan kode verifikasi)

Lalu klik "**Register**"



4

Setelah berhasil registrasi, akan muncul kotak dialog seperti gambar disamping.

Klik **Oke** untuk kembali ke halaman login



5

Masukkan no kartu/ email/ username dan password yang sudah terdaftar serta *Captcha* yang sesuai dengan gambar

Lalu klik **Login** untuk masuk ke halaman utama apps



6

Selamat Anda berhasil masuk ke aplikasi Mobile JKN

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 dan penambahan anggota keluarga PBPU.
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 status peserta aktif).
4. Informasi data peserta dan keluarganya.
5. Informasi jumlah tagihan iuran.
6. Penyampaian pengaduan, kritik dan saran.
7. Layanan Dokter *Consulting*

Merupakan layanan konsultasi kesehatan dengan Dokter Umum tanpa dibatasi lama

waktu konsultasi. Layanan Dokter *Consulting* dapat diakses setiap hari mulai pukul 07.00 WIB sampai dengan 20.00 WIB.

8. Layanan *Chat Assistant* JKN (CHIKA)

Merupakan aktivitas komunikasi untuk pemberian Informasi, Pengaduan, kritik dan saran yang di respon oleh robot/tokoh virtual yang dapat diakses melalui *Whatsapp* (WA) dan Telegram pada nomor 08118750400 atau *Facebook Messenger* BPJS Kesehatan.

9. Layanan *Voice Interactive* JKN (VIKA)

Merupakan menu pilihan yang dapat dipilih peserta pada saat menghubungi layanan BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 melalui mesin penjawab, untuk melakukan pengecekan status peserta dan tagihan iuran.

10. Layanan Badan Usaha

Merupakan layanan pemberian informasi bagi Badan Usaha yang meliputi cara pendaftaran BU dan panduan penggunaan Elektronik Badan usaha (EDABU).

C. *Mobile Customer Service* (MCS)

Mobile Customer Service (MCS) merupakan layanan 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/BP.
3. Perubahan data kepesertaan PPU, PBPU/BP meliputi: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor *handphone*, alamat email serta kelas perawatan.
4. Pencetakan kartu dan penggantian kartu rusak maupun hilang.
5. Informasi data peserta dan keluarganya.
6. Informasi jumlah tagihan dan pembayaran iuran.
7. Penyampaian pengaduan, kritik dan saran.
8. Informasi Registrasi Aplikasi *Mobile* JKN.

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. Registrasi Badan Usaha Peserta PPU Non Penyelenggara Negara.
2. Informasi seputar program JKN-KIS yang terdiri dari panduan layanan bagi peserta JKN-KIS,

informasi alamat Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia, informasi Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

3. Fitur Skrining riwayat kesehatan berisi pertanyaan dan pernyataan terkait riwayat kesehatan. Hasil skrining riwayat kesehatan adalah risiko rendah/ sedang/ tinggi untuk penyakit DM Tipe 2, Hipertensi, Ginjal Kronik dan Jantung Koroner, serta rekomendasi yang harus dilakukan peserta berdasarkan hasil skrining riwayat kesehatan. Skrining hanya dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali
4. Cek informasi iuran.
5. Penyampaian informasi, pengaduan kritik dan saran.

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.

Jenis Layanan dalam Mall Pelayanan Publik:

1. Informasi seputar program JKN-KIS

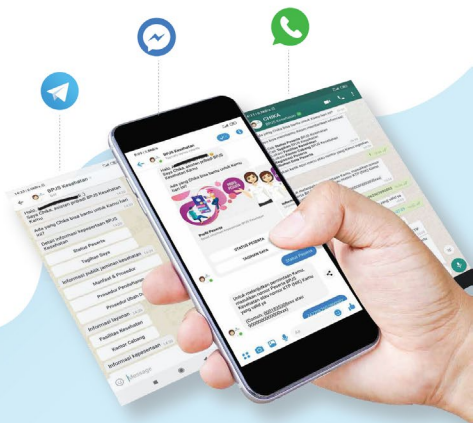
2. Pendaftaran peserta PPU, PBPU dan BP.
3. Perubahan data kepesertaan meliputi: tambah/kurang anggota keluarga, perubahan FKTP, perubahan alamat/domisili, nomor *handphone*, alamat email serta kelas perawatan.
4. Pencetakan kartu baru dan penggantian kartu rusak maupun hilang.
5. Informasi data peserta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

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, setiap hari Kerja (Senin sampai dengan Jum'at), pukul 08.00 – 15.00 waktu setempat.

CHIKA

**CHAT
ASSISTANT
JKN**



DENGAN GOTONG ROYONG
SEMUA TERTOLONG

Apa itu CHIKA?

CHIKA merupakan pelayanan informasi dan pengaduan melalui obrolan (*chatting*) yang akan direspon oleh *Artificial Intelligence/Sistem*

Apa Saja Yang Dapat CHIKA Lakukan?

CHIKA dapat melakukan:

- a. Memberikan informasi terkait:
 1. Status kepesertaan dan tagihan iuran peserta
 2. Manfaat dan prosedur pelayanan kesehatan program JKN-KIS
 3. Prosedur pendaftaran peserta program JKN-KIS
 4. Prosedur dan ketentuan perubahan data peserta
 5. Lokasi Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
 6. Lokasi Kantor BPJS Kesehatan
- b. Pendaftaran dan perubahan data peserta yang terhubung dengan aplikasi Mobile JKN
- c. *Live chat* dengan BPJS Kesehatan Care Center 1500 400

Bagaimana Cara Menghubungi CHIKA?

Cukup dengan Chatting ke nomor 08118750400 melalui aplikasi WHATSAPP dan TELEGRAM atau melalui FACEBOOK MESSENGER BPJS KESEHATAN

#yukchatCHIKA





**PENDAFTARAN
PESERTA
JKN-KIS**

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 dan didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan. Data kepesertaan PBI APBN di perbaharui secara periodik.

B. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta dari Penduduk Yang Didaftarkan Oleh Pemerintah Daerah?

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 APBD di perbaharui secara periodik.

C. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PPU Penyelenggara Negara?

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

1. Syarat pendaftaran apabila pendaftaran dilakukan secara perorangan yaitu:
 - a. Fotocopy Kartu Keluarga
 - b. Asli petikan SK Penetapan pertama.
 - c. Asli SK Kepangkatan/pengangkatan terakhir dari Kementerian/Lembaga/Kepala Dinas (jika ada perubahan)
 - d. Asli daftar gaji yang mencantumkan gaji pokok dan tunjangan dan dilegalisasi oleh pimpinan unit kerja.
 - e. Asli penetapan Pengadilan Negeri untuk anak angkat (jika belum tercantum dalam Kartu Keluarga).
 - f. Asli Surat keterangan dari sekolah/Perguruan Tinggi Negeri (bagi anak usia di atas 21 tahun s.d. 25 tahun)

Khusus untuk kepesertaan dari Kepala Desa dan Perangkat Desa DPRD dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja, proses pendaftaran dilakukan secara kolektif melalui proses registrasi entitas satuan kerja. Penyampaian

data peserta dan anggota keluarganya melalui proses migrasi. Masa berlaku kepesertaan mengikuti periode masa jabatan Kepala Desa dan Perangkat Desa/masa bakti DPRD/masa kontrak Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja.

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 administrasi, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan, mengisi data yang diperlukan 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 melalui Aplikasi New Edabu, 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:

No	Nama Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya	Dasar Verifikasi Badan	NPWP Registrasi
1	Perseroan Terbatas (PT)	NIB/Surat Izin Usaha/Tanda Daftar Perusahaan	Badan
2	Firma	NIB/Surat Izin	Badan/ Perorangan
3	CV	NIB/Surat Izin	Badan/ Perorangan
4	Usaha Mikro Kecil	NIB/Surat Izin Usaha Mikro Kecil/Surat Izin lainnya sesuai kebijakan Pemerintah Setempat	Badan/ Perorangan
5	Perusahaan Asing	NIB/MOU/PKS dengan Pemerintah	Badan
6	Yayasan	Akta Yayasan	Badan

7	LSM	Akta Yayasan	Badan
8	LSM Asing	MOU/PKS dengan Pemerintah	Badan
9	Rumah Ibadah Asosiasi/	Akta Pendirian	-
10	Organisasi lainnya	Akta Pendirian	-

Catatan:

- a. NIB: Nomor Induk Berusaha
- b. Badan Usaha baru yang sedang mengurus izin operasional dapat melampirkan Akta Pendirian Badan Usaha.
- c. Bagi Badan Usaha yang sedang memperpanjang izin operasional dapat melampirkan izin operasional lama.

2. Kanal layanan:

- a. Portal bersama BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan
 PIC Badan Usaha mengakses *Website* dengan alamat www.bpjs.go.id, lalu klik tombol Daftar dan masukkan data yang dibutuhkan. Selanjutnya, 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://edabu.bpjs-kesehatan.go.id/Edabu/Home/Login>, 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 pada sistem aplikasi Edabu dan akan diproses ke dalam Masterfile BPJS Kesehatan. Data peserta PPU Badan Usaha yang belum dapat terproses pada Aplikasi Edabu disampaikan melalui formulir daftar isian elektronik kepada BPJS Kesehatan Cabang sesuai entitas BU terdaftar.

c. *Website* BPJS Kesehatan

PIC Badan Usaha mengakses *Website* dengan alamat www.bpjs-kesehatan.go.id lalu klik tombol Daftar dan masukkan data yang dibutuhkan. Sistem BPJS Kesehatan akan mengirimkan link aktivasi ke alamat email yang didaftarkan pada *website* BPJS Kesehatan. Selanjutnya, PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi Edabu berupa *User name* dan *password*.

d. Integrasi dengan *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 www.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 Edabu berupa *User name* dan *password*.

- e. Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota
PIC Badan Usaha mengunjungi Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/Kota, mengisi data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

Selanjutnya, PIC Badan Usaha akan mendapatkan hak akses Aplikasi Edabu berupa *User name* dan *password*.

E. Bagaimana Mendaftar Menjadi Peserta PBPU/BP Non Penyelenggara Negara

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

1. Syarat pendaftaran meliputi:
 - a. Fotokopi Kartu Keluarga
 - b. Fotokopi halaman pertama buku tabungan BNI/ BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung).
 - c. Formulir surat kuasa *autodebet* pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah) yang ditanda tangani pemilik rekening yang bersangkutan. Surat kuasa wajib ditanda tangani oleh pemilik rekening walaupun calon peserta yang mendaftar bukan pemilik rekening.
 - d. Fotokopi paspor dan surat izin kerja yang diterbitkan instansi berwenang bagi Warga Negara Asing.

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 PBPU/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 Permasalahatan Negara, Panti Sosial, Lembaga atau Badan Amal, Lembaga/ Yayasan atau Badan Sosial, Koperasi Berbadan Hukum serta Program CSR Badan Usaha.

2. Kanal layanan pendaftaran:

a. Aplikasi *Mobile* JKN

- 1) 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.
- 2) Siapkan kelengkapan data: Nomor Induk Kependudukan (NIK), Kartu Keluarga dan Nomor Rekening Bank.
- 3) 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.
- 4) Setelah semua data lengkap, konfirmasi pendaftaran dan nomor *virtual account* yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran secara autodebit dan akan dikirim melalui email.

- 5) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui *Autodebet* dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - 6) Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari setelah pembayaran atau dapat di download pada *Mobile JKN*.
- b. BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400
- 1) Hubungi BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400, ikuti petunjuknya sesuai dengan instruksi operator *Care Center*. Lengkapi persyaratan dan data yang dibutuhkan, 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 serta nomor rekening bank.
 - 2) Setelah semua data lengkap, konfirmasi pendaftaran dan nomor *virtual account* yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran dan akan dikirim melalui email.
 - 3) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui *Autodebet* dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - 4) Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari setelah pembayaran atau

dapat di download pada *Mobile JKN*.

c. *Mobile Customer Service (MCS)*

- 1) Calon peserta mengunjungi *Mobile Customer Service (MCS)* pada hari dan jam yang telah ditentukan, mengisi formulir daftar isian peserta (FDIP), melengkapi persyaratan dan data yang dibutuhkan diantaranya nama lengkap, tempat lahir, tanggal lahir, status pernikahan, alamat/domisili, pilih kelas perawatan (I, II atau III), pilih FKTP terdekat, nomor rekening bank, nomor *handphone* dan email yang aktif serta menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 2) Setelah semua data lengkap, peserta akan mendapatkan nomor *virtual account* yang digunakan untuk melakukan pembayaran iuran yang akan dikirimkan melalui email.
- 3) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui *Autodebet* dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
- 4) Setelah melakukan pembayaran, Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari.

d. Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/ Kota (Perorangan dan Kolektif)

- 1) Calon peserta mengunjungi BPJS Kesehatan Kantor Cabang atau Kantor Kabupaten/ Kota, mengisi Formulir

- Daftar Isian Peserta (FDIP) melengkapi persyaratan dan data yang dibutuhkan 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 serta nomor rekening bank, mengambil nomor antrian administrasi, dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
- 2) Setelah data lengkap, calon peserta akan menerima nomor *virtual account* yang digunakan untuk pembayaran iuran pertama.
 - 3) Calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama melalui *Autodebet* dalam waktu paling cepat 14 (empat belas) hari atau paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah pendaftaran.
 - 4) Setelah melakukan pembayaran Kartu JKN-KIS dikirimkan paling lambat 6 (enam) hari setelah melakukan pembayaran.

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					√	√
6	Asli/Fotokopi Surat Keputusan Janda/Duda/Anak Yatim/Anak Piatu dan atau Anak Yatim Piatu	√	√	√	√	√	√
7	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 administrasi, melengkapi persyaratan dan data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.

G. Bagaimana Mendaftarkan Bayi Baru Lahir?

Bayi baru lahir dari Peserta JKN-KIS wajib didaftarkan kepada BPJS Kesehatan paling lambat 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.

Pendaftaran bayi baru lahir dikenakan kewajiban membayar iuran sejak bayi dilahirkan dan status bayi akan aktif setelah dilakukan pembayaran. Bayi baru lahir yang berusia lebih dari 3 bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil.

Terlambat mendaftarkan lebih dari 28 hari berakibat tidak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan, dikenakan sanksi denda pelayanan dan berkewajiban membayarkan iuran sejak bayi dilahirkan.

1. Peserta PBI

Bayi baru lahir dari Ibu peserta PBI JK (PBI APBN) dapat langsung didaftarkan oleh Keluarga Peserta dengan status kepesertaan langsung aktif.

Bayi baru lahir yang dapat didaftarkan adalah bayi yang lahir pada tahun berjalan atau 1 (satu) tahun sebelumnya.

Peserta dari penduduk yang di daftarkan oleh Pemerintah Daerah (Jamkesda/PBI APBD), mengacu kepada Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS Kesehatan dengan Pemerintah Daerah dan dilakukan melalui Dinas Kesehatan/ Dinas Sosial Kabupaten/ Kota.

a. Syarat dan Cara Pendaftaran Bayi Baru Lahir:

- 1) Asli Kartu JKN-KIS Ibu Kandung
- 2) Asli/Fotocopy Surat keterangan lahir dari Dokter atau Bidan Puskesmas/Klinik/ Rumah Sakit.
- 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga orang tua.

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 perubahan data, melengkapi persyaratan dan mengisi data yang diperlukan 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. Pendaftaran bisa dilakukan secara kolektif melalui Instansi/ Badan Usaha.

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

- 1) Asli Kartu JKN-KIS Ibu Kandung
- 2) Asli/Fotocopy Surat keterangan lahir dari Dokter atau Bidan Puskesmas/Klinik/ Rumah Sakit.
- 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga orang tua.
- 4) Bayi baru lahir yang berusia lebih dari 3

bulan wajib memiliki NIK yang terdaftar pada Dukcapil.

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 perubahan data, melengkapi persyaratan yang dibutuhkan oleh HRD/SDM melalui aplikasi Edabu.

3. Peserta PBPU & BP

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) Asli Kartu JKN-KIS Ibu Kandung
- 2) Asli/Fotocopy Surat keterangan lahir dari Dokter atau Bidan Puskesmas/Klinik/Rumah Sakit.
- 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga orang tua.
- 4) Jika peserta belum melakukan *autodebet* tabungan dilengkapi dengan:
 - a) Fotocopy buku rekening tabungan BNI/ BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin, dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/Anggota Keluarga dalam Kartu Keluarga/Penanggung
 - b) Formulir *autodebet* pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam ribu rupiah).
- 5) Melakukan perubahan data bayi selambat- lambatnnya 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 perubahan data, melengkapi persyaratan dan mengisi data yang diperlukan dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.



MOBILE CUSTOMER SERVICE (MCS) BPJS KESEHATAN

MAKIN DEKAT DENGAN ANDA!



Apa Itu Mobile Customer Service (MCS)?

Mobile Customer Service (MCS) merupakan layanan kepada peserta program JKN-KIS dengan menggunakan mobil, terutama pada daerah yang memiliki akses terbatas/jauh dari lokasi Kantor BPJS Kesehatan



Apa Manfaat MCS Bagi Peserta?

Peserta tidak perlu datang ke Kantor BPJS Kesehatan karena MCS telah hadir di tengah masyarakat untuk memberikan layanan kepada peserta program JKN-KIS



Apa Saja Layanan Yang Dapat Diperoleh di MCS?

1. Pendaftaran peserta:
 - a) Peserta Mandiri (PBPU/BP)
 - b) Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) PNS (Kolektif/Individu)
 - c) Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah
2. Perubahan data peserta:
 - a) Penambahan dan pengurangan anggota keluarga peserta mandiri (PBPU/BP)
 - b) Identitas peserta seperti NIK, nama, tempat/tanggal lahir, dan alamat
 - c) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
 - d) Hak kelas rawat
3. Perbaikan data ganda peserta
4. Pencetakan Kartu Indonesia Sehat (KIS)
5. Pembayaran iuran
6. Pemberian informasi dan penanganan pengaduan
7. Registrasi Aplikasi Mobile JKN



Dimana saja MCS Beroperasi?

1. Kantor Pemerintahan (Kecamatan, Kelurahan, Desa, Puskesmas)
2. Alun-alun/Pusat Kota/Pusat Keramaian
3. Pusat Perbelanjaan/Sekolah/Kampus
4. Instansi Pemerintah/Badan Usaha
5. Car Free Day (CFD)



**PERUBAHAN DATA
PESERTA
JKN-KIS**

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 JK (PBI APBN) menjadi PBPU atau sebaliknya, PBI JK (PBI APBN) menjadi PPU 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 dan Peraturan BPJS Kesehatan yang berlaku. 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) Surat pernyataan keluar sebagai peserta PBI yang ditanda tangani oleh Kepala Keluarga atau salah satu anggota dalam Kartu Keluarga bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah).
 - 3) Peserta PBI JK aktif yang beralih menjadi peserta PBPU pada bulan berjalan, maka pembayaran iuran dibayarkan pada tanggal 1 (satu) bulan berikutnya dan status kepesertaan sebagai PBPU akan aktif sejak iuran dibayarkan, apabila iurannya tidak dibayarkan setelah melewati 1 (satu) bulan, maka diberlakukan proses administrasi menunggu 14 (empat belas) hari.
- 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 bertanggung 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 JK (PBI APBN)/ PBI APBD/Jamkesda
 - d) Perubahan data yang dilakukan berlaku untuk bulan selanjutnya
- 4) Surat keterangan pengalihan status pekerja dari PBI JK menjadi PPU menggunakan kertas berlogo yang di tandatangani oleh pimpinan perusahaan atau yang diberi kewenangan dan distempel perusahaan untuk selanjutnya di laporkan oleh Pemberi Kerja ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan.
- c. Peserta PBPU menjadi peserta PPU
- 1) Perubahan status kepesertaan dilakukan oleh Badan Usaha, mengikuti mekanisme cut off kepesertaan BPJS Kesehatan untuk peserta PPU.
 - 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).

- 4) Perubahan data yang dilakukan berlaku untuk bulan selanjutnya.

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) 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.

- 3) 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).

- 4) Melengkapi persyaratan sebagai berikut:

a) Asli Kartu JKN-KIS

b) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga

c) Fotokopi buku rekening tabungan BNI/ BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/penanggung).

d) Formulir *autodebet* pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah)

- 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. Jenis

kepesertaan Peserta PPU berlaku untuk bulan selanjutnya.

f. Peserta PPU Penyelenggara Negara menjadi Bukan Pekerja/Pensiun

Peserta PPU PN yang sudah tidak aktif karena pensiun, berpindah status menjadi peserta Bukan Pekerja (BP). Adapun persyaratan sebagai berikut:

- 1) Asli/Fotocopy Surat tanda bukti penerima pensiun/KARIP
- 2) Asli/Fotocopy Surat Keputusan Janda/Duda/ Anak yatim/Anak Piatu atau yatim piatu
- 3) Surat keterangan dari sekolah/ perguruan tinggi (bagi anak usia lebih dari 21 tahun s.d. 25 tahun yang masih sekolah/kuliah)

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 data yang dibutuhkan, 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, dengan syarat sebagai berikut:

1. Fotokopi Kartu Keluarga
2. Fotokopi buku rekening tabungan BNI/ BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung).
3. Formulir *autodebet* pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp.6.000,00 (Enam Ribu Rupiah)

Sedangkan pengurangan peserta dan anggota keluarga terdiri peserta meninggal dunia, atau perceraian, dengan mekanisme berbeda sesuai jenis kepesertaan.

1. Peserta Meninggal Dunia

a. Peserta PBI

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

- 1) Surat keterangan kematian dari Fasilitas Kesehatan/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 Fasilitas Kesehatan/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 Fasilitas Kesehatan/Desa/Kelurahan
- 2) Asli Kartu identitas peserta JKN-KIS.
- 3) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga
- 4) Bukti pembayaran iuran

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 menikah/cerai disampaikan ke PIC Badan Usaha, dengan menunjukkan surat nikah/cerai.

c. Peserta PBPU/BP

Peserta melaporkan ke Kantor BPJS Kesehatan, dengan syarat:

- 1) Surat nikah/cerai
- 2) Kartu keluarga
- 3) 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.

Peserta melaporkan perubahan domisili, nomor *handphone* dan alamat email 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 data yang dibutuhkan, mengambil nomor antrian 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) Perubahan kelas rawat mengikuti perubahan gaji/upah

2) PPU Selain Penyelenggara Negara yang melakukan perubahan gaji/upah pada bulan berjalan, maka kelas perawatan

barunya berlaku pada bulan selanjutnya.

- 3) Perubahan kelas rawat bagi PPU Penyelenggara Negara mengikuti perubahan golongan/ pangkat, dan hak kelas rawat berlaku pada bulan berikutnya.

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 data yang dibutuhkan, mengambil nomor antrian pelayanan loket Administrasi dan menunggu antrian.

2. Peserta PBPU/BP

a. Syarat perubahan kelas rawat

- 1) Perubahan kelas rawat dapat dilakukan setelah 1 (satu) 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.
 - 3) Adapun persyaratan perubahan kelas rawat yaitu asli/fotocopy Kartu Keluarga.
 - 4) Bagi peserta yang belum melakukan *Autodebet* rekening tabungan dilengkapi dengan:
 - a) Fotokopi buku rekening tabungan BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/penanggung).
 - b) Formulir *autodebet* pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah)
- 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 data yang dibutuhkan, mengambil nomor antrian pelayanan loket perubahan data dan menunggu antrian.

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

1. Persyaratan Perubahan FKTP:
 - a. 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. Adapun persyaratan sebagai berikut:

- 1) Asli Kartu JKN-KIS seluruh peserta yang akan berubah FKTP.
- 2) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga.
- b. Peserta dapat melakukan perubahan FKTP jika kurang dari 3 (tiga) bulan pada FKTP sebelumnya, dengan kondisi sebagai berikut:
 - 1) Peserta pindah domisili yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili
 - 2) Peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan yang dibuktikan dengan surat keterangan penugasan atau pelatihan
 - 3) Karena proses redistribusi (pemindahan Peserta yang belum merata) dan ingin kembali terdaftar di FKTP sebelumnya.
 - 4) Penggantian FKTP mulai berlaku sejak tanggal 1 (satu) pada bulan berikutnya
 - 5) Adapun persyaratan sebagai berikut:
 - a) Asli Kartu JKN-KIS seluruh peserta yang akan berubah FKTP.
 - b) Asli/Fotocopy Kartu Keluarga
 - c) Surat keterangan domisili/surat pindah tugas/surat keterangan kuliah.
- c. Bagi peserta yang belum melakukan *Autodebet* rekening tabungan dilengkapi dengan:
 - 1) Fotokopi buku rekening tabungan BRI, Mandiri, BNI, BTN, BCA, Bank Jateng dan Bank Panin (dapat menggunakan rekening tabungan Kepala Keluarga/ anggota keluarga dalam Kartu Keluarga/ penanggung.

- 2) Formulir *autodebet* pembayaran iuran BPJS Kesehatan bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah)
2. Kanal perubahan FKTP sebagai berikut:
 - a. 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).
 - b. BPJS Kesehatan *Care Center 1500 400*

Peserta menghubungi *Care Center* dan menyampaikan perubahan data peserta dimaksud.
 - c. *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.
 - d. Mall Pelayanan Publik
Peserta mengunjungi Mall Pelayanan Publik, mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (FDIP) dan menunggu antrian untuk mendapatkan pelayanan.
 - e. 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 data yang dibutuhkan dan menunggu antrian.



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

DUKUNG PROGRAM JKN-KIS DENGAN MEMBAYAR IURAN TEPAT WAKTU PALING LAMBAT TANGGAL 10 SETIAP BULAN



DINDAM BERSAMA SUDAMU
SEMUA TERTOLONG

Manfaatkan pembayaran iuran melalui Autodebit untuk kenyamanan Anda dengan berbagai alternatif cara :

- ✓ **Aplikasi Mobile JKN :** mandiri mC
- ✓ **Bank Mitra :** mandiri SIBU JAMBI BSI PermataBank Bank BPD Citibank BNI
- ✓ **e-Commerce :** tokopedia
- ✓ **Via USSD :** Ketik *141*999# (Telkomsel, Indosat dan XL)
- ✓ **Kantor BPJS Kesehatan**

Pra ktis, Bebas Terlambat Bayar Iuran, Bebas Denda Pelayanan

**PASTIKAN
AU TODEBIT!**

Bayar > Aktif > Selamat



24 JAM BPJS Kesehatan
CARE CENTER
1500 400



**IURAN
PESERTA**

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?

1. Peserta PBI JK APBN dan Peserta dari Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, iurannya dibayarkan oleh Pemerintah dengan besaran iuran sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Penyelenggara Negara dan Bukan Penyelenggara Negara serta Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara, iurannya sebesar 5% dari upah dengan rincian:
 - a. 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja
 - b. 1% (satu persen) dibayar oleh Pekerja.

Bagi PPU Penyelenggara Negara yaitu Pejabat Negara, Pimpinan dan anggota DPRD, PNS, Prajurit TNI atau Anggota POLRI, Upah adalah gaji pokok ditambah tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah.

Bagi PPU Bukan Penyelenggara Negara

(Swasta) upah adalah gaji pokok ditambah tunjangan, dengan batas paling rendah sebesar upah minimum kabupaten/kota/provinsi.

Ketentuan perhitungan batas paling tinggi gaji/upah per bulan yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (Dua Belas Juta) Rupiah.

3. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) Penyelenggara Negara. Iuran dibayarkan oleh yang bersangkutan atau pihak lain atas nama peserta, dengan besaran iuran sesuai ketentuan yang berlaku.

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

Nomor *Virtual Account* (VA) adalah nomor rekening virtual yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk membayar iuran JKN-KIS.

C. Bagaimana Cara Membayar Iuran?

1. Pembayaran iuran bagi PBI
Iuran bagi Peserta PBI JK dibayarkan melalui mekanisme yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Keuangan.
Sedangkan iuran bagi Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah pada isi Perjanjian Kerjasama yang telah ditandatangani oleh BPJS Kesehatan dan Pemerintah Daerah

Kabupaten/Kota/Provinsi.

2. Pembayaran Iuran Bagi Peserta PPU dan BP Penyelenggara Negara.

Iuran dibayarkan melalui mekanisme yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Keuangan.

3. Pembayaran Iuran Bagi Peserta PPU Non Penyelenggara Negara

- a. Iuran dibayarkan oleh PIC HRD/SDM Instansi/ Perusahaan untuk karyawan beserta anggota keluarganya di bank yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan mencantumkan nomor VA.

- b. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Iuran dapat dibayarkan lebih dari 1 (satu) bulan yang dilakukan di awal.

4. Pembayaran Iuran Bagi Peserta PBPU dan BP Non Penyelenggara Negara:

Pembayaran iuran dilakukan paling lambat tanggal 10 bulan berjalan. Kemudahan pembayaran dapat melalui mekanisme *Autodebet*.

Calon Peserta atau peserta dapat memilih *Autodebet* melalui Bank yang bekerjasama (bagi yang telah memiliki rekening Bank) maupun Non-Bank berupa uang elektronik yang telah bekerjasama (bagi yang tidak memiliki rekening Bank) sebagai alternatif pembayaran iuran JKN-

KIS.

- a. Pendaftaran dan pembayaran iuran melalui *Autodebet* pada Bank yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
 - 1) Menunjukkan asli KTP/foto kopi KTP atau Kartu Keluarga dari pemilik rekening.
 - 2) Formulir surat kuasa *autodebet* pembayaran iuran JKN-KIS bermaterai Rp6.000,00 (Enam Ribu Rupiah) yang ditanda tangani pemilik rekening yang bersangkutan kepada Bank. Surat kuasa wajib ditanda tangani oleh pemilik rekening walaupun calon peserta yang mendaftar bukan pemilik rekening.
 - 3) Foto kopi buku tabungan/rekening koran 3 (tiga) bulan terakhir.
 - 4) Nomor *handphone* pemilik rekening.
 - 5) Pendebetan pertama dilakukan tanggal 5 atau 20 setelah melewati 14 hari sejak tanggal pendaftaran
 - 6) Jika peserta membutuhkan pelayanan kesehatan setelah melewati 14 hari namun belum memasuki jadwal *autodebet*, dapat menghubungi BPJS Kesehatan *Care Center* 1500 400 dan melakukan pembayaran iuran pertama. Pembayaran iuran bulan berikutnya tetap melalui *autodebet* rekening tabungan.
 - 7) Jumlah iuran yang di debet sesuai dengan perhitungan peserta yang terdaftar di

BPJS Kesehatan.

- 8) Pendaftaran *autodebet* dapat juga dilakukan melalui *website* BPJS Kesehatan, Aplikasi *Mobile* JKN.
 - 9) Peserta dapat mengecek pembayaran iuran pada aplikasi *Mobile* JKN
- b. Pendaftaran dan pembayaran iuran melalui *Autodebet* pada Non Perbankan (*Mobile* Cash-MCash) bagi peserta yang telah terdaftar JKN-KIS.
- 1) Apabila Peserta belum melakukan pendaftaran *Autodebet*, dapat dilakukan melalui Aplikasi *Mobile* JKN, dengan memilih menu Pendaftaran *Autodebet* selanjutnya pilih menu Non Bank-Fintech (MCash). Selanjutnya, peserta akan mendapatkan kode verifikasi berupa kode OTP melalui SMS. Selain melalui Aplikasi *Mobile* JKN, Peserta juga dapat melakukan pendaftaran *autodebet* melalui USSD MCash BPJS Kesehatan pada nomor *141*999#. USSD MCash dimungkinkan bagi peserta yang tidak memiliki handhphone smartphone.
 - 2) Pengisian kembali (Top Up) saldo MCash BPJS Kesehatan dapat dilakukan melalui channel yang telah bekerjasama dengan Finnet termasuk Bank, Ecommerce dan Modern Channel (PT. POS, Alfamart, Jejaring Apotek Sanafarma), Kader JKN maupun agen-agen PPOB yang telah bekerjasama.

- 3) Peserta dikenakan biaya administrasi sebesar Rp1.500,- (seribu lima ratus rupiah) untuk pendebitan iuran JKN-KIS, maupun top up saldo M-Cash untuk setiap transaksi yang sukses.
 - 4) Peserta yang telah terdaftar autodebit BPJS Kesehatan akan mendapatkan notifikasi kecukupan saldo sebelum pendebitan iuran BPJS Kesehatan dilakukan. Notifikasi saldo akan muncul pada aplikasi *Mobile JKN*. Bagi peserta yang tidak memiliki smartphone atau akun *Mobile JKN*, peserta dapat melakukan pengecekan saldo pada *141*999# dan memilih menu cek saldo.
5. Pembayaran iuran bagi Bayi Baru Lahir
- a. Iuran bagi bayi baru lahir dibayarkan pada saat mendaftar paling lama 28 hari sejak dilahirkan.
 - b. Peserta yang tidak mendaftar dan membayar iuran paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan, dikenakan kewajiban membayar iuran sejak bayi dilahirkan serta sanksi sebagaimana sanksi keterlambatan pembayaran iuran.

D. Mengapa Iuran Harus Dibayar Secara Rutin?

1. Agar status kepesertaannya tetap aktif.
2. Tidak terkendala saat membutuhkan pelayanan kesehatan.
3. Terhindar dari denda pelayanan.

E. Bagaimana Jika Terlambat Membayar Iuran JKN-KIS?

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 membayar iuran bulan tertunggak paling banyak 24 (dua puluh empat) bulan serta membayar iuran bulan berjalan. Besaran denda mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Apabila dalam kurun waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan aktif kembali, peserta membutuhkan pelayanan rawat inap, maka dikenakan denda pelayanan.

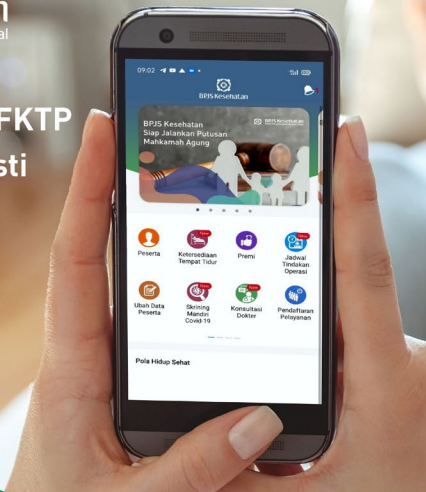
F. Apa yang Dimaksud Denda Pelayanan?

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 diagnosa awal 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).
3. Bagi Peserta PPU pembayaran denda pelayanan ditanggung oleh pemberi kerja.

Kini pendaftaran di FKTP lebih mudah dan pasti dengan aplikasi Mobile JKN



DENGAN GOTONG ROYONG
SEMUA TERTOLONG

Caranya :

1. Buka aplikasi Mobile JKN
2. Pilih fitur Pendaftaran Pelayanan lalu pilih antrean FKTP



3. Pilih poli tujuan dan masukkan keluhan sakit Anda lalu klik Daftar Pelayanan



4. Muncul tampilan nomor antrean Anda dan jumlah antrean pasien yang harus dilayani. Pendaftaran pelayanan (antrean) dapat dilakukan H-1 sebelum mengunjungi FKTP



5. Sesuaikan waktu kunjungan Anda dengan sisa antrean agar Anda tidak menunggu terlalu lama

#pakaiMobileJKNaja



24 CARE CENTER
JAM 1500 400



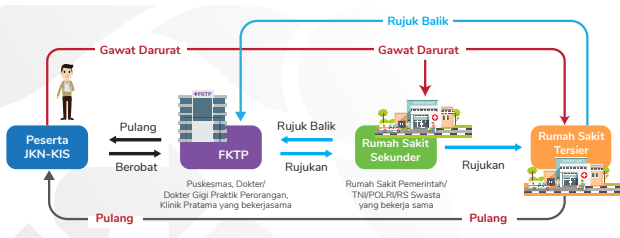
MANFAAT DAN PROSEDUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN

MANFAAT DAN PROSEDUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN

Manfaat adalah faedah/benefit jaminan sosial kesehatan yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, pelayanan gawat darurat serta pelayanan ambulan darat dan air.

A. Bagaimana Prosedur Untuk Mendapatkan Jaminan Pelayanan Kesehatan?



B. 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:

1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdiri dari:
 - a. puskesmas atau yang setara;
 - b. praktik Dokter;
 - c. praktik Dokter Gigi;
 - d. klinik pratama atau yang setara; dan
 - e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
2. Jejaring FKTP seperti Bidan, apotek jejaring, dan laboratorium jejaring; dan/atau
3. Fasilitas kesehatan penunjang yang bekerjasama langsung dengan BPJS Kesehatan yang terdiri dari:
 - a. Apotek PRB
 - b. Laboratorium

C. Apa Saja Jenis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama?

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dengan manfaat yang ditanggung serta prosedur pelayanan sebagai berikut:

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - a. Manfaat yang ditanggung
 - 1) Pelayanan promotif preventif:
 - a) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
 - b) Pelayanan imunisasi rutin sesuai ketentuan. Adapun vaksin untuk imunisasi rutin disediakan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.
 - c) Keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi bekerja sama dengan BKKBN. Adapun Alat dan obat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN.
 - d) Skrining riwayat kesehatan yang dapat dilakukan 1 (satu) tahun sekali melalui Aplikasi *Mobile JKN* atau *Website BPJS Kesehatan*
 - e) Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu
 - f) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis.
 - 2) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif mencakup:
 - a) Adminitrasi 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;
- 3) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
- 4) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.
- b. Prosedur pelayanan kesehatan
- 1) Pelayanan Kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan, dimulai dari FKTP Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
 - 2) Peserta datang ke FKTP tempat Peserta terdaftar dengan menunjukkan nomor identitas Peserta Jaminan Kesehatan dan/atau identitas lain yang diperlukan (KTP, SIM, KK)
 - 3) Peserta memperoleh pelayanan kesehatan dari FKTP
 - 4) setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan.
 - 5) Apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata Peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/

sub spesialis sesuai indikasi medis, FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan berjenjang secara online.

Bagi peserta yang berada di luar wilayah FKTP terdaftar (di luar wilayah Kabupate/Kota FKTP terdatar), peserta dapat mengakses pelayanan rawat jalan tingkat pertama pada FKTP lain untuk paling banyak 3 (tiga) kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 (satu) bulan di FKTP yang sama.

2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

a. Manfaat yang ditanggung

- 1) Administrasi pelayanan;
- 2) Akomodasi rawat inap;
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- 4) Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif;
- 5) Pelayanan persalinan dan neonatal
- 6) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
- 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

b. Prosedur pelayanan

- 1) Peserta menunjukkan nomor identitas peserta JKN-KIS.
- 2) Setelah mendapatkan pelayanan peserta

menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh FKTP.

D. 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:

1. Klinik utama atau yang setara.
2. Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta
3. Rumah Sakit Khusus
4. Faskes Penunjang: Apotek, Optik.

E. Apa Saja Manfaat Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

1. Administrasi pelayanan;
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis dasar;

3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis;
5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
7. Rehabilitasi medis;
8. Pelayanan darah;
9. Pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
10. Pelayanan keluarga berencana;
11. Perawatan inap nonintensif; dan
12. Perawatan inap di ruang intensif.

F. Bagaimana Prosedur Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan?

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- a. Peserta datang ke FKRTL tujuan rujukan dengan menunjukkan:
 - 1) Kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS Digital yang aktif.
 - 2) Identitas lain (KTP, SIM, KK) jika diperlukan.
 - 3) Surat rujukan (kecuali gawat darurat).

- b. Rumah Sakit menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Setelah mendapatkan pelayanan rawat jalan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, peserta menandatangani bukti pelayanan kesehatan.
- g. Apabila peserta menghendaki pelayanan rawat jalan eksekutif/VIP berlaku ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Peserta PBI dan Peserta dari Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah tidak diperkenankan memilih pelayanan rawat jalan Eksekutif/VIP.
 - 2) Peserta mengikuti prosedur sistem

rujukan untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan eksekutif.

- 3) Pembayaran Selisih Biaya pelayanan rawat jalan eksekutif dilakukan dengan ketentuan membayar biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak sebesar Rp400.000,00 (Empat Ratus Ribu Rupiah) untuk setiap episode rawat jalan
- 4) 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. Merupakan tindak lanjut dari pelayanan FKTP, instalasi gawat darurat, dan Poli Rawat Jalan atau Rujukan dari FKRTL lain.
- b. Peserta mendapatkan rujukan dari FKTP/ FKRTL lain atau surat perintah rawat inap oleh Dokter Poli Rawat Jalan, kecuali kasus Gawat Darurat.
- c. 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).
- d. Peserta melengkapi persyaratan administrasi untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk rumah sakit atau sebelum pulang jika waktu rawat inap nya kurang dari 3x24 jam.

- e. Peserta menandatangani bukti pelayanan setelah mendapatkan pelayanan kesehatan.
- f. 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.

G. Bagaimana Penjaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir?

1. Apabila bayi baru lahir sakit, maka dibuatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) tersendiri dengan biaya perawatan terpisah dari paket Ibu
2. Batas akhir manfaat jaminan kesehatan berakhir paling lama 28 (dua puluh delapan) hari sejak dilahirkan.
3. Jika paling lama 28 (dua puluh delapan) hari iuran belum dibayarkan maka jaminan pelayanan kesehatan dibatalkan sejak bayi baru lahir.

H. Bagaimana Jika Kelas Perawatan Sesuai Hak Penuh?

Apabila kamar perawatan sesuai hak peserta penuh, maka peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari. Jika sebelum 3 (tiga) hari kelas perawatan sesuai hak peserta telah tersedia, maka peserta ditempatkan di kelas perawatan sesuai haknya.

Jika kenaikan kelas perawatan lebih dari 3 (tiga) hari dan masih tetap penuh, maka selisih biaya atas kenaikan kelas menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan atau berdasarkan persetujuan peserta jika dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan.

I. 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, hanya dapat meningkatkan kelas perawatannya satu tingkat lebih tinggi dari kelas yang menjadi hak peserta dan membayar sendiri seluruh selisih antara biaya yang dijamin

oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan atau melalui asuransi kesehatan tambahan, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Peserta mengikuti prosedur sesuai ketentuan yang berlaku.
- b. Peserta membayar tambahan biaya, dengan perhitungan sebagai berikut:
 - 1) Untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap dari kelas perawatan III ke kelas II, dan dari kelas perawatan II ke kelas I, membayar selisih biaya antara Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap yang sesuai dengan hak Peserta, dengan contoh perhitungan sebagai berikut:

Pasien A (hak kelas rawat di kelas II) dirawat inap di kelas I. Tarif 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) Untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap di atas kelas perawatan I, membayar selisih biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA-CBG kelas perawatan I.

Pasien B (hak kelas rawat di kelas I) dirawat inap di kelas VIP. Tarif umum VIP atau di atas VIP	= Rp12.000.000,-
Tarif INA-CBG kelas I	= Rp5.000.000,-
Tambahan biaya yang dibayar peserta maksimal sebesar: 75% x Rp5.000.000	= Rp3.750.000,-

J. 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. Menggunakan kartu co-branding yaitu kartu yang telah mencantumkan logo BPJS Kesehatan dan logo AKT.
3. Mengikuti prosedur pelayanan rawat inap tingkat lanjutan (RITL) yang berlaku bagi peserta JKN-KIS.

K. 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:

- a. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan
- b. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi;
- c. Adanya penurunan kesadaran;
- d. Adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
- e. 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:

- a. Pelayanan gawat darurat medis diberikan oleh FKTP atau FKRTL baik yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Pelayanan gawat darurat medis di FKRTL diberikan di FKRTL tanpa memerlukan surat rujukan dari FKTP maupun FKRTL.
- c. 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. 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.

L. 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.

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

Program Rujuk Balik (PRB) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat.

Penyakit kronis yang termasuk dalam cakupan PRB adalah

1. diabetes mellitus;
2. hipertensi;
3. penyakit jantung;
4. asma;
5. penyakit paru obstruktif kronik (PPOK);
6. epilepsy;
7. gangguan kesehatan jiwa kronik;
8. stroke;
9. sindroma lupus eritematosus (SLE)

Untuk mendapatkan manfaat pelayanan Program Rujuk Balik maka Peserta mendaftarkan diri sebagai peserta PRB kepada petugas Rumah Sakit (PIC PRB) dengan membawa:

1. Surat Rujuk Balik (SRB) dari Dokter Spesialis/ Sub Spesialis yang merawat;
2. Resep obat PRB;
3. Hasil pemeriksaan penunjang (jika diperlukan).

Setelah menjadi Peserta PRB, maka peserta datang ke FKTP tempat Peserta terdaftar dengan membawa:

1. Kartu Identitas Peserta JKN-KIS atau JKN-KIS Digital;
2. SRB dan resep/copy resep obat PRB;
3. Buku pemantauan Peserta PRB-Prolanis (bagi yang sebelumnya telah mendapatkannya)

Selanjutnya Peserta akan mendapatkan obat untuk kebutuhan paling banyak 30 (tiga puluh) hari di Apotek PRB/ruang farmasi Puskesmas/Instalasi Farmasi Klinik Pratama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk memberi pelayanan obat PRB.

N. 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:

No	Nama Alat Kesehatan	Nilai Ganti	Keterangan
1	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
2	Alat Bantu Dengar	Maksimal Rp1.000.000,00	Paling cepat 5 (lima) tahun sekali dengan indikasi medis
3	Protesa Gigi	Maksimal Rp1.000.000,00 untuk gigi yang sama dan full protesa Maksimal Rp500.000,00 untuk masing-masing rahang	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
4	Protesa Alat Gerak z Tangan dan Kaki Palsu	Maksimal Rp2.500.000,00	Paling cepat 5 (lima) tahun sekali sesuai indikasi medis
5	Korset Tulang Belakang	Maksimal Rp350.000,00	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
6	Collar Neck	Maksimal Rp150.000,00	Paling cepat 2 (dua) tahun sekali sesuai indikasi medis
7	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 Apotek/ Instalasi Farmasi Rumah Sakit/Optik yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
 - c. Pengajuan nilai ganti diajukan oleh Apotek/ 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.
 - e. Tidak menjamin pada kasus ADD (Additional Value) saja, yaitu untuk mengoreksi presbiopia (rabun tua) atau kacamata baca.

O. 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;
17. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial;

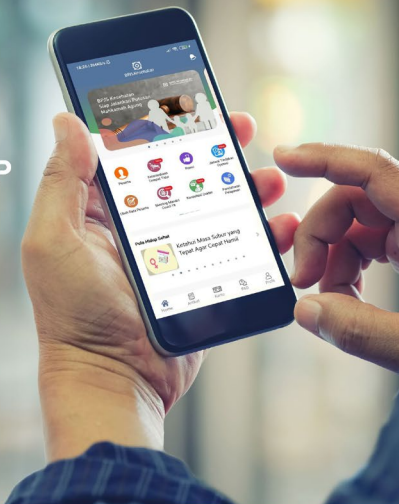
18. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
19. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia;
20. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan;
21. Pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.

P. Bagaimana Jika Mengalami Kendala di Rumah Sakit?

Peserta mendapatkan informasi dan menyampaikan pengaduan, kritik dan saran melalui BPJS Kesehatan Care Center 1500 400 (setiap hari - 24 Jam) dan juga kepada Petugas Pemberi Informasi dan Pengaduan (PIPP) di Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Petugas PIPP ini dilengkapi dengan perlengkapan khusus berupa rompi bertuliskan BPJS SATU!



Konsultasi Kesehatan dengan dokter di FKTP lebih mudah dengan aplikasi Mobile JKN



DENGAN GOTONG ROYONG
SEMUA TERTOLONG

Caranya :

1. Buka aplikasi Mobile JKN
2. Pilih fitur Konsultasi Dokter lalu klik tombol hijau di pojok kiri atas



Pilihan dokter akan muncul apabila dokter pada FKTP dimana peserta terdaftar telah mengakses aplikasi Mobile JKN Faskes

3. Pilih dokter yang sedang online untuk melakukan konsultasi kesehatan

4. Sampaikan keluhan sebagai pembuka percakapan konsultasi. Apabila dokter sudah membalas chat namun belum ada respon dari peserta selama 10 menit, maka sesi konsultasi akan otomatis tertutup



5. Setelah konsultasi selesai maka klik End dan berikan penilaian terhadap sesi konsultasi yang telah dilakukan



#pakaiMobileJKNaja



24 JAM CARE CENTER
BPJS Kesehatan
1500 400



PROGRAM DONASI

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 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





POLA HIDUP SEHAT

POLA HIDUP SEHAT

Hidup Sehat dan Bugar: Landasan Mewujudkan Kualitas Hidup Yang Baik dan Usia Harapan Hidup Yang Tinggi

Oleh : **I.G.A.R Kusuma Yudha (Ade Rai)**
Brand Ambassador BPJS Kesehatan

Tubuh yang sehat adalah kebutuhan dasar bagi setiap orang. Kesehatan adalah prasyarat untuk menjalankan tugas, peran, dan tanggung-jawab hidup. Kesehatan adalah modal dalam perjalanan mewujudkan cita-cita. Kesehatan juga diharapkan untuk terus ada, agar cita-cita yang terwujud bisa terus dinikmati.

Bagi banyak orang, kesehatan sudah didapat sejak lahir. Ibarat uang, setiap bayi yang terlahir sehat sudah memiliki jumlah uang yang banyak. Uang tersebut bila dikonsumsi atau dikuras, maka cepat atau lambat akan habis. Saat uang tersebut habis, maka kemiskinanlah yang didapat. Namun bila diinvestasikan dengan tepat, maka akan berbunga dan bertambah jumlahnya. Apabila kesehatan habis dikuras, maka statusnya turun menjadi miskin sehat atau sakit. Apabila kesehatan diinvestasikan dengan tepat, maka statusnya akan meningkat menjadi kaya sehat atau bugar.

Kesehatan tubuh, walaupun diakui kepentingannya dan disyukuri keberadaannya, namun dalam kebiasaan sehari-hari baik disadari atau tidak, kegiatan mengurus kesehatan lebih banyak dan konsisten daripada kegiatan menginvestasikannya. Salah satu wujud nyata adalah meningkatnya jumlah dan persentase penderita penyakit non-communicable diseases (NCD) atau penyakit degeneratif tidak menular seperti penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes, dan penyakit saluran nafas kronis. NCD disebabkan oleh pola atau kebiasaan hidup yang meningkatkan kadar lemak tubuh dan mengurus kesehatan, seperti: kurang atau tidak berolahraga secara teratur, konsumsi gula-tepung-minyak berlebih yang menyebabkan inflamasi (radang), merokok, juga konsumsi alkohol maupun obat-obatan terlarang.

Badan Kesehatan Dunia (WHO) tanggal 1 Juni 2018, WHO menyatakan NCD berkontribusi pada 71 dari 100 kematian di dunia, dengan total angka 41 juta jiwa. Dari 41 juta jiwa tersebut, 15 juta jiwa berada dalam rentang usia dini, yakni: 30 sampai 69 tahun. 85% dari kematian dini tersebut adalah pada penduduk di negara dengan penghasilan rendah dan sedang, termasuk Indonesia¹.

Dalam laporan terpisah, WHO di situs resminya menyatakan NCD adalah kontributor kematian terbesar di dunia². WHO juga menyatakan NCD

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

² <https://www.who.int/gho/ncd/en/>

telah menjadi epidemi yang kerap diremehkan dampaknya dalam menyebabkan kemiskinan dan terhambatnya laju perekonomian di berbagai negara di dunia. Catatan yang dimiliki BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) menunjukkan NCD atau yang juga dikenal sebagai penyakit katastrofik sebagai beban pendanaan JKN-KIS (Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat) yang besar dan semakin meningkat setiap tahunnya. Dari data BPJS diketahui jumlah kasus dan pembiayaan penyakit katastrofik dari 2014 hingga 2018 terjadi kenaikan. Pada 2014 terdapat 6.116.535 kasus dengan total pembiayaan sebesar Rp 9.126.141.566.873. Sedangkan pada 2018, terdapat 19.243.141 kasus dengan jumlah pembiayaan 20.429.409.135.197.³ Terjadi peningkatan 314,6% untuk jumlah kasus penyakit katastrofik, dan peningkatan 224% dalam beban pembiayaannya.

Penumpukan Lemak dan Dampaknya Bisa Dicegah, Kecil Faktor Keturunan

Obesitas, atau penumpukan lemak berlebih yang menjadi awal dari terbentuknya berbagai NCD, menurut peneliti di Harvard Medical School dan Columbia University Medical Center lebih dikontribusikan oleh faktor gaya hidup dan lingkungan daripada faktor keturunan.⁴ Hal ini

³ <https://tirto.id/djki>

⁴ Vidhu V. Thaker, MD GENETIC AND EPIGENETIC CAUSES OF OBESITY, *Adolesc Med State Art Rev.* 2017 Fall; 28(2): 379–405.

adalah berita yang menguatkan hati, karena kini kita sadar bahwa membalikkan keadaan obesitas menjadi sehat dan bugar adalah nasib yang ada di tangan kita, bukan takdir keturunan. Dan karena akar penyebabnya adalah kebiasaan hidup (lifestyle) yang bisa diperbaiki, maka NCD adalah penyakit yang bisa dicegah dan hindari.

A. Bagaimana Mengikis Lemak Berlebih ?

Kontributor berat badan ada 5, yaitu: tulang (rangka), air, organ, otot rangka, dan lemak. Empat kontributor pertama dikenal sebagai bobot murni tanpa lemak, yang idealnya kita jaga atau tingkatkan. Kontributor berat badan terakhir (lemak) adalah kontributor berat badan yang ingin kita turunkan. Alasannya sederhana: Kadar lemak yang lebih tinggi mendekatkan NCD atau penyakit degeneratif yang bisa dicegah. Kadar lemak yang lebih rendah menjauhkan kita dari NCD, dan mendekatkan kita pada kebugaran yang lebih baik.

Tabel Kadar Lemak Tubuh Manusia

Sumber: American Council on Exercise

	PRIA	WANITA
Lemak Esensial	2-5%	10-13%
Athletis	6-13%	14-20%
Bugar	14-17%	21-24%
Rata-rata Sedang	18-24%	25-31%
Obesitas	25%+	32%+



**INDONESIA
BISA**

Siapa pun bisa membawa kadar lemak tubuhnya ke tingkat bugar dan atletis. Untuk memperbaiki nasib kesehatan kita, cukup melakukan 3 langkah berikut ini.

- a. Meluangkan waktu untuk teratur dalam berolahraga.
- b. Berpola makan yang teratur dan sehat.
- c. Istirahat yang seimbang antara kualitas dan kuantitas.

Mengingat besarnya peran kesehatan sebagai modal dan prasyarat dalam segala kesuksesan dan raihannya, maka sangat disarankan agar kita semua mengedepankan dulu ketiga hal ini.

B. Bagaimana Mengatur Pola Makan ?

1. Pola makan yang sehat harus enak. Gunakan rempah-rempah yang kaya di bumi Indonesia.
2. Setiap kali makan, perbanyak dan dahulukan sayur-sayuran aneka warna alami, serta lauk sampai kenyang.
3. Acuan ukurannya:
 - a. Porsi nasi yang dahulu, menjadi porsi sayur sekarang.
 - b. Porsi sayur yang dahulu, menjadi porsi nasi yang sekarang.
 - c. Untuk lauk, ukurannya adalah setelapak tangan tanpa jari.
4. Saat sayuran dan lauk tinggal sedikit, baru tanyakan apakah perlu masuk nasi/karbohidrat?

5. Agar bisa makan sayuran dan lauk terlebih dahulu (nasi belakangan), kurangi kadar garam dan penyedap sampai 50%-75% dari biasa.
6. Untuk sumber sayuran dan lauk, gunakan prinsip: variasi, kombinasi, dan rotasi sumber alamiah.
7. Gunakan cara masak yang lebih sehat: kukus, rebus, pepes, panggang, tumis. Apabila menggunakan metode bakar, dimasak matang terlebih dahulu, jangan sampai hangus, dan jangan bubuhkan minyak atau mentega. Kurangi, dan sebisa mungkin hindari cara masak menggoreng.
8. Kurangi atau batasi asupan: minyak goreng, mentega, margarin, santan, tepung putih, dan gula pasir.
9. Makanlah sebelum terlalu lapar, dan berhentilah sebelum terlalu kenyang.

C. Bagaimana Mendapatkan Istirahat yang Baik ?

1. Tentukan waktu tidur yang cukup. Umumnya 6-8 jam. Lalu tentukan waktu bangun. Hitung mundur jumlah jam yang telah ditentukan. Kini kita mendapatkan jam tidur.
2. Rebahkan tubuh ke kasur dengan posisi terlentang.
3. Relaksasikan semua otot tubuh, fokuskan pada gerak nafas yang ringan dan panjang.

4. Jaga kebersihan tubuh, peralatan tidur (kasur, bantal, guling, seprei, dan selimut).
5. Sebaiknya tidur dalam keadaan di mana cahaya dan suara seminim mungkin.
6. Matikan semua perangkat elektronik (televisi, radio, speaker, lampu, telepon genggam).
7. Hindari mengonsumsi kopi atau teh sebelum tidur.

Dengan semakin banyak rakyat Indonesia yang sehat, kita menikmati kemajuan dan keuntungan berkali lipat. Indonesia yang sehat dan kuat pun bisa kita wujudkan bersama.

D. Bagaimana Cara Berolahraga Yang Efektif dan Efisien ?

Olahraga yang sederhana adalah olahraga yang efektif. Cukup bermodalkan tubuh sendiri dan lantai, tanpa perlu alat bantu lain seperti sepatu maupun baju olahraga. Dengan demikian, kegiatan olahraga dengan tubuh sendiri bisa dilakukan di mana saja, dan kapan saja. Sangatlah mudah untuk menyisihkan waktu 3 kali per minggu untuk berolahraga, di mana masing-masing sesi olahraga cukup memakan 10 menit pada tahap awal.

Manfaat olahraga, selain menjaga tubuh agar ideal, juga baik untuk menjaga kepadatan tulang⁵, meningkatkan sensitivitas insulin (menjauhkan dari diabetes)⁶, memutarbalikkan proses penuaan⁷, meningkatkan kualitas hidup⁸.

Olahraga apa saja? Cukup lakukan 5 gerakan ini: push-ups, squats, lunges, plank, abdominal crunches.

Panduan melakukan olahraga ini adalah sederhana:

1. Untuk tahapan squats 1 dan semua tahapan plank, cukup menahan posisi atau sederhananya, tidak bergerak sama sekali.
2. Untuk gerakan lain, lakukan dengan:
 - a. Gerakan yang perlahan, penuh kendali, halus, tanpa hentakan.
 - b. Irama gerakan mengikuti irama nafas.
 - c. Bernafaslah melalui dada, agar perut dan sekelilingnya bisa dikencangkan.
 - d. Jangan menahan nafas.
3. Pilih 3 gerakan, dan lakukan masing-masing gerakan total 7 menit (termasuk istirahat).

PILIH LAH TAHAPAN SESUAI KEMAMPUAN MASIING-MASIING

⁵ Almstedt HC, Canepa JA, Ramirez DA, Shoepe TC. Changes in bone mineral density in response to 24 weeks of resistance training in college-age men and women. *J. Strength Cond. Res.* 2011; 25: 1098-103.

⁶ Bweir S, Al-Jarrah M, Almalty AM, et al.. Resistance exercise training lowers HbA1c more than aerobic training in adults with type 2 diabetes. *Diab. Metab. Syndr.* 2009; 1: 27.

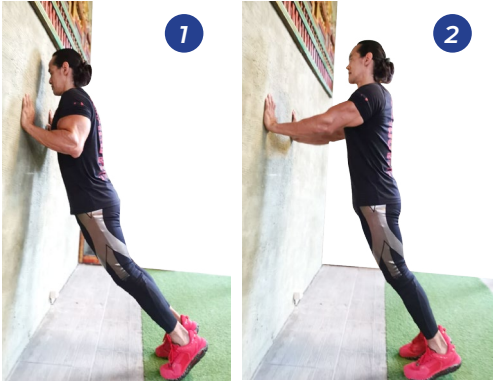
⁷ Hurley BF, Hanson ED, Sheaff AK. Strength training as a countermeasure to aging muscle and chronic disease. *Sports Med.* 2011; 41: 289-306.

⁸ Holviala JH, Sullivan JM, Kraemer WJ, et al.. Effects of strength training on muscle strength characteristics, functional capabilities, and balance in middle-aged and older women. *J. Strength Cond. Res.* 2006; 20: 336-44.

E. Apa Saja Gerakan Olahraga Yang Sederhana ?

1. Push-Ups

Tahapan push-ups 1:



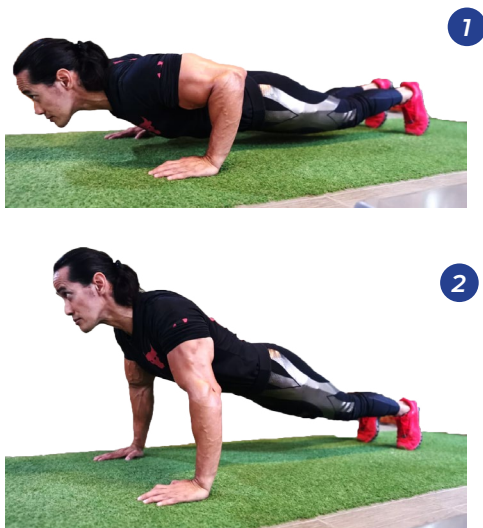
Tahapan push-ups 2:



Tahapan push-up 3:



Tahapan push-up 4:

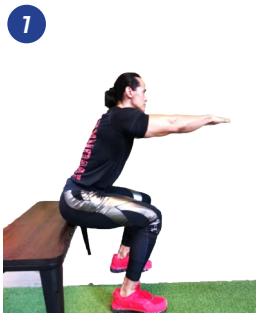


2. Squats

Tahapan squats 1:



Tahapan squats 2:



Tahapan squats 3:



Tahapan squats 4:



3. Lunges

Tahapan lunge 1:



Tahapan lunge 2:



4. Plank

Tahapan plank 1:

1



Tahapan plank 2:

1



5. Abdominal Crunches

Tahapan abdominal crunches 1:

1



2



Tahapan abdominal crunches 2:



DISIPLIN ITU...

Daftar, Bayar Iuran JKN-KIS
dan Jaga Kesehatan

Pembayaran
Autodebit



Daftar
KIS Digital



Tenang Dalam
Beraktivitas

