

PANDUAN

ASURANSI KESEHATAN

Buku Panduan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis Asuransi Kesehatan PT MNC Life Assurance. Semua penjelasan, keterangan dan petunjuk yang tertulis dalam buku ini mengacu pada syarat dan ketentuan polis yang disimpan oleh bagian Personalia/HRD.

Pengantar

Nasabah yang terhormat,

MNC Life berkomitmen menyediakan berbagai pilihan produk dan layanan asuransi jiwa dan kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan nasabah. Asuransi jiwa bukan hanya untuk segelintir atau sekelompok orang dengan status sosial tertentu, namun untuk seluruh lapisan masyarakat mulai dari golongan menengah - bawah hingga lapisan menengah - atas.

Sebagai satu-satunya perusahaan asuransi jiwa yang didukung grup media terbesar di Indonesia yaitu MNC Group, kami percaya bahwa sinergi bisnis kami dengan mitra media dan unit usaha lainnya yang bernaung di bawah MNC Group akan memungkinkan kami untuk mewujudkan Visi MNC Life, yaitu meningkatkan taraf hidup masyarakat Indonesia.

Atas nama Tim Manajemen MNC Life, saya berterima kasih atas dukungan Anda. Semoga usaha kita untuk mencapai masyarakat yang mandiri dan sejahtera dapat segera terwujud.

Salam hormat,

PT. MNC Life Assurance

Daftar Isi

Pengantar	1
Manfaat Program Rawat Inap	3
Manfaat Program Rawat Jalan	10
Manfaat Program Jaminan Rawat Bersalin	13
Manfaat Program Jaminan Rawat Gigi	17
Manfaat Program Jaminan Kacamata	19
Tata Cara Penggunaan Rumah Sakit Jaringan/Provider	21
Tata Cara Penggunaan Rumah Sakit Non Provider	24
Penyakit Khusus dan Preexisting Diseases	27
Pengecualian Umum	29
Lain-lain	36
Penutup	38
Definisi	39
Daftar Rumah Sakit Rujukan	<i>Terlampir</i>
Tabel Manfaat	<i>Terlampir</i>

MANFAAT PROGRAM RAWAT INAP

Program Asuransi Kesehatan Rawat Inap adalah program yang memberikan jaminan penggantian biaya-biaya Rumah Sakit bagi Peserta yang direkomendasikan oleh seorang Dokter di Rumah Sakit harus mendapatkan perawatan akibat Penyakit atau Kecelakaan, dan harus tinggal di Rumah Sakit sekurang-kurangnya selama 6 (enam) jam.

Berikut manfaat, jenis, batasan dan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Program Jaminan Rawat Inap:

1. Manfaat Rawat Inap akan diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) Polis masih berlaku; dan
 - b) Pertanggungjawaban Peserta masih berlaku; dan
 - c) Berdasarkan Biaya yang Wajar dan Biasa, dibuktikan dengan bukti pembayaran yang sah.
 - d) Layanan Kesehatan yang disebabkan oleh Penyakit atau Kecelakaan yang tidak dikecualikan sebagaimana tercantum pada Pasal 17 Polis.
2. Manfaat, Jenis dan Batasan layanan yang ditanggung oleh Program Jaminan Rawat Inap adalah:
 - a) **KAMAR**
Penggantian Biaya Kamar Rumah Sakit per hari, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat. Biaya Kamar Rumah Sakit termasuk biaya akomodasi kamar, layanan perawatan umum, dan makan untuk Peserta yang dirawat inap di Rumah Sakit.
 - b) **RUANG ISOLASI**
Penggantian Biaya Ruang Isolasi per hari, berdasarkan pernyataan tertulis dari Dokter yang merawat dan indikasi medis, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

c) **KAMAR PERAWATAN INTENSIF**

Penggantian Biaya Kamar Perawatan Intensif per hari, berdasarkan pernyataan tertulis dari Dokter yang merawat dan indikasi medis, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

d) **PEMBEDAHAN**

Pembedahan, kamar bedah dan kamar pemulihan, tindakan, obat-obatan serta penyewaan alat selama di kamar bedah dan kamar pemulihan, sesuai dengan klasifikasi bedah yaitu Pembedahan Kompleks (*Super Major Surgery*), Besar (*Major Surgery*), Sedang (*Intermediate Surgery*) dan Kecil (*Minor Surgery*) yang tercantum dalam Tabel Klasifikasi Pembedahan, dengan batasan manfaat tidak melebihi Tabel Manfaat, dan dengan ketentuan:

- i. Yang menjadi dasar dari penentuan jaminan dari suatu jenis tindakan pembedahan adalah yang tercantum di dalam Tabel Klasifikasi Pembedahan di bawah Polis ini, dan bukan berdasarkan daftar pembedahan menurut praktek kedokteran. Dalam hal terjadi perbedaan klasifikasi pembedahan dengan yang digunakan di Rumah Sakit, maka yang digunakan adalah sesuai Tabel Klasifikasi Pembedahan.
- ii. Jika pembedahan yang dilakukan tidak tercantum dalam Tabel Klasifikasi Pembedahan, maka Penanggung akan menentukan klasifikasi pembedahan berdasarkan analisa dengan pembedahan yang memiliki tingkat keparahan yang sebanding.
- iii. Jika lebih dari satu tindakan pembedahan dilakukan dalam satu sayatan atau insisi (*incision*) maka Penanggung hanya akan membayar 1 (satu) kali tindakan pembedahan yang paling besar biayanya dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
- iv. Jika terdapat lebih dari satu tindakan pembedahan yang dilakukan melalui sayatan atau insisi (*incision*) yang berbeda maka penggantian manfaat asuransi diperhitungkan

maksimum sebesar biaya Manfaat Pembedahan Kompleks.

- v. Penggantian biaya pembedahan karena Penyakit atau Luka yang tidak memerlukan rawat inap di Rumah Sakit adalah tidak melebihi dari batas Manfaat Pembedahan Kecil (*Minor Surgery*).

e) **ANEKA PERAWATAN RUMAH SAKIT**

Penggantian biaya aneka perawatan Rumah Sakit per kejadian, yang dianggap perlu secara medis dan berkaitan langsung dengan Penyakit Peserta, termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan penunjang diagnostik selama menjalani perawatan kesehatan di Rumah Sakit, peralatan penunjang perawatan, terapi, obat-obatan selain yang digunakan di kamar bedah atau kamar pemulihan, laboratorium dan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya, transfusi darah, pemakaian sentral oksigen, biaya administrasi dan biaya lain rawat inap, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

f) **KUNJUNGAN DOKTER YANG MERAWAT**

Penggantian Biaya per hari yang dibebankan oleh Dokter yang Merawat (termasuk Dokter Spesialis) untuk mengunjungi pasien selama perawatan di Rumah Sakit, dengan maksimum kunjungan 1 (satu) kali per hari, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

g) **KONSULTASI DOKTER SPESIALIS**

Penggantian Biaya Konsultasi Dokter Spesialis per hari, atas permintaan atau rujukan tertulis dari Dokter yang Merawat, dengan maksimum konsultasi 1 (satu) kali per hari, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

h) **PERAWATAN SEBELUM RAWAT INAP**

Penggantian Biaya konsultasi Dokter, Pemeriksaan penunjang diagnostik dan Obat-obatan yang dibutuhkan dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum Rawat Inap dan berhubungan dengan Penyakit atau Luka yang menyebabkan

Peserta harus dirawat inap, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

i) PERAWATAN SESUDAH RAWAT INAP

Penggantian Biaya untuk konsultasi Dokter yang sama ketika dirawat inap, Pemeriksaan penunjang diagnostik dan Obat-obatan yang dibutuhkan sesudah Rawat Inap, yang dibutuhkan dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender sesudah Rawat Inap dan berhubungan dengan Penyakit atau Luka yang menyebabkan Peserta harus dirawat inap, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

j) PERAWATAN SESUDAH RAWAT INAP

Penggantian Biaya Perawat Pribadi per hari dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.

k) AMBULANS

Penggantian Biaya Ambulan per Rawat Inap, dengan batasan tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat. Manfaat ini gugur atau tidak berlaku dan Biaya Ambulan tidak akan diganti apabila Peserta tidak dirawat inap di Rumah Sakit.

l) RAWAT DARURAT AKIBAT KECELAKAAN

Penggantian Biaya Rawat Darurat karena Kecelakaan yang dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik sebagai pasien rawat jalan dengan ketentuan:

- i. Rawat Darurat tersebut dilakukan selambat-lambatnya 48 (empat puluh delapan) jam sesudah terjadinya Kecelakaan.
- ii. Termasuk di dalam Manfaat ini adalah Perawatan Lanjutan sesudah Rawat Darurat atas rujukan Dokter yang Merawat yang dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender sesudah melaksanakan Rawat Darurat.
- iii. Biaya yang ditanggung adalah per kejadian, dan meliputi Biaya Dokter, Pemeriksaan penunjang diagnostik, Obat-obatan, dan biaya tindakan perawatan yang berhubungan dengan Kecelakaan tersebut dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada dengan Tabel Manfaat.

m) **RAWAT GIGI DARURAT AKIBAT KECELAKAAN**

Penggantian Biaya Rawat Gigi Darurat karena Kecelakaan yang terjadi dengan gigi alaminya yang benar-benar sehat, yang dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik sebagai pasien rawat jalan dengan ketentuan:

- i. Rawat Gigi Darurat tersebut dilakukan selambat-lambatnya 24 (dua puluh empat) jam sesudah terjadinya Kecelakaan.
- ii. Termasuk didalam Manfaat ini adalah Perawatan Lanjutan sesudah Rawat Gigi Darurat atas rujukan Dokter yang Merawat yang dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender sesudah melaksanakan Rawat Gigi Darurat.
- iii. Biaya yang ditanggung adalah per kejadian, dan meliputi Biaya Dokter atau Dokter Gigi, Pemeriksaan penunjang diagnostik, Obat-obatan, dan biaya tindakan perawatan yang berhubungan dengan Kecelakaan tersebut dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada dengan Tabel Manfaat.

n) **PENYEWAAN ALAT-ALAT BANTU**

Biaya Sewa untuk Alat-Alat Bantu seperti : kursi roda, tongkat penyangga, dan peralatan medis yang diperlukan secara medis selama Peserta dirawat di Rumah Sakit, diganti per kejadian, sesuai yang tercantum pada Tabel Manfaat.

o) **SANTUNAN MENINGGAL DUNIA**

Dalam hal Peserta meninggal dunia akibat Penyakit atau Luka, akan dibayarkan Santunan Meninggal Dunia sebesar yang tercantum pada Tabel Manfaat. Manfaat ini tidak dibayarkan apabila Peserta meninggal dunia akibat:

- i. Bunuh diri, baik dalam keadaan sadar atau waras ataupun tidak sadar atau tidak waras,
- ii. Dihukum mati berdasarkan keputusan Pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum yang pasti,

- iii. Perbuatan kejahatan yang dilakukan dengan sengaja oleh pihak-pihak yang berkepentingan dengan manfaat asuransi ini.

p) TOLERANSI KAMAR

- i. Jika Rumah Sakit tidak menyediakan Kamar yang sesuai dengan Manfaat Kamar Peserta, maka Peserta diperbolehkan untuk menempati kamar yang lebih tinggi dari Manfaat Kamar Peserta, selama selisih Biaya Kamar tersebut tidak melebihi 25% dari Biaya Kamar yang tercantum pada Tabel Manfaat, atau Rp 75.000,- mana yang lebih rendah.
- ii. Jika Kamar yang sesuai dengan Manfaat Kamar Peserta dan Kamar yang tersebut dalam butir p).i dalam keadaan terhuni penuh atau tidak tersedia (sesuai penjelasan tertulis dari Rumah Sakit), maka Peserta diperbolehkan menempati Kamar dengan harga 1 (satu) tingkat lebih tinggi selama 2 (dua) hari.
- iii. Jika sesudah 2 (dua) hari, Peserta tidak pindah ke Kamar yang sesuai dengan Manfaat Kamar Peserta atau yang lebih rendah, maka Peserta tetap dapat menggunakan Fasilitas Cashless, selisih Biaya Kamar akan menjadi Ekse Klaim sejak hari ketiga Peserta dirawat inap.
- iv. Kelebihan Biaya Kamar yang dijamin dalam butir p).i dan p).ii hanya berlaku untuk Biaya Kamar saja, sedangkan Manfaat lainnya tetap dihitung berdasarkan Manfaat Peserta.
- v. Jika Peserta menggunakan Kamar yang tidak sesuai dengan Manfaat Kamar Peserta atas permintaan sendiri tanpa persetujuan dari Penanggung, maka diberlakukan sistem *Reimbursement*.

3. Tindakan Pembedahan tanpa perlu Rawat Inap (Perawatan Bedah Sehari atau “*One Day Surgery*”) dan biaya perawatan lanjutan atas rujukan Dokter yang Merawat yang dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kalender sesudah Perawatan Bedah Sehari juga ditanggung dan masuk dalam klasifikasi

Pembedahan Kecil (*Minor Surgery*).

4. Batas penggantian biaya untuk setiap jenis layanan dan maksimum per tahun tercantum di dalam Tabel Manfaat.
5. Dalam hal manfaat telah dipergunakan oleh Peserta dalam perawatan sebelumnya, maka manfaat tersebut baru dapat dipergunakan lagi (pemulihan manfaat) sesudah melampaui 14 (empat belas) hari kalender sejak Peserta yang bersangkutan selesai dirawat inap, tetapi pemulihan manfaat tersebut tidak melampaui batas maksimum penggantian selama 12 (dua belas) bulan sebagaimana tercantum pada Tabel Manfaat.
6. Penanggung tidak akan membayar penggantian biaya-biaya apapun yang timbul sebagai akibat dari kehamilan, keguguran, aborsi, kelahiran bayi (termasuk pembedahan saat melahirkan), dan perawatan apapun sebelum atau sesudah kelahiran dan pembedahan tersebut serta Penyakit apapun akibat dari kehamilan.
7. Batas manfaat untuk setiap jenis layanan yang ditanggung adalah per kasus Penyakit atau Kecelakaan, kecuali dinyatakan lain.
8. Untuk setiap kejadian, kelebihan biaya layanan diatas batas manfaat tidak akan ditanggung oleh Penanggung, demikian pula setiap biaya tambahan untuk layanan yang diterima pada kelas perawatan yang lebih tinggi tidak akan ditanggung oleh Penanggung.
9. Penanggung tidak akan membayarkan penggantian biaya-biaya yang terjadi di luar Masa Berlaku Asuransi.

MANFAAT PROGRAM RAWAT JALAN

(jika mengambil Program ini)

Program Jaminan Rawat Jalan adalah program tambahan atau *rider* yang memberikan jaminan penggantian biaya-biaya yang dikeluarkan Peserta untuk pengobatan Rawat Jalan yang disebabkan oleh Penyakit atau Kecelakaan.

Berikut manfaat, jenis, batasan dan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Program Jaminan Rawat Jalan:

1. Manfaat, Jenis dan batasan dalam Program Jaminan Rawat Jalan adalah sebagai berikut:
 - a) Konsultasi ke Dokter Umum, dengan ketentuan sebagai berikut: Penggantian Biaya Konsultasi ke Dokter Umum dan/ atau tindakan yang berhubungan dengan Penyakit, serta Biaya Administrasi bila ada, dibatasi 1 (satu) kali kunjungan per hari, dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai tercantum pada Tabel Manfaat.
 - b) Konsultasi ke Dokter Spesialis, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - i. Penggantian Biaya Konsultasi ke Dokter Spesialis atas rujukan dari Dokter Umum jika diperlukan, dan/ atau tindakan yang berhubungan dengan Penyakit termasuk Biaya Administrasi bila ada, dibatasi 2 (dua) kali kunjungan per hari untuk Dokter Spesialis yang berbeda spesialisasinya, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
 - ii. Peserta dapat langsung berkonsultasi, tanpa memerlukan surat rujukan dari Dokter Umum jika diperlukan khusus untuk Dokter Spesialis berikut:
 - 1) Dokter Spesialis Anak (khusus untuk Peserta Anak);
 - 2) Dokter Spesialis Kandungan;
 - 3) Dokter Spesialis Mata;
 - 4) Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin;

5) Dokter Spesialis Bedah Tulang (*Orthopedist*)

- c) Apabila Peserta melakukan Konsultasi ke Dokter Spesialis tanpa surat rujukan Dokter Umum, dan/atau Konsultasi yang tidak sesuai dengan spesialisasi Penyakit Peserta, maka besarnya biaya kunjungan yang dapat dibayar tidak lebih dari Biaya Konsultasi ke Dokter Umum.
- d) Konsultasi ke Dokter Umum dan Obat-obatan, dengan ketentuan sebagai berikut:
Penggantian Biaya Konsultasi ke Dokter Umum dan/atau tindakan beserta Obat-obatan yang berhubungan dengan Penyakit dan diberikan langsung oleh Dokter tersebut, serta Biaya Administrasi bila ada, dibatasi 1 (satu) kali kunjungan per hari dengan batasan manfaat setinggi-tingginya sesuai tercantum pada Tabel Manfaat.
- e) Obat-Obatan yang Diresepkan Dokter, dengan ketentuan:
Penggantian Biaya Pembelian Obat-obatan yang berhubungan dengan Penyakit, di Apotek resmi dan memiliki izin, termasuk Biaya Administrasi bila ada, berdasarkan resep Dokter yang memberikan konsultasi, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
- f) Pemeriksaan Penunjang Diagnostik, dengan ketentuan:
Penggantian Biaya Pemeriksaan Penunjang Diagnostik (yaitu Laboratorium dan Pemeriksaan Diagnostik lainnya) yang direkomendasikan secara tertulis oleh Dokter, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
- g) Fisioterapi, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - i. Penggantian Biaya Fisioterapi berdasarkan rekomendasi tertulis dari Dokter Umum atau Dokter Spesialis dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
 - ii. Fisioterapi dilakukan oleh Fisioterapis bersertifikat atau oleh Dokter Spesialis Rehabilitasi Medis.

2. Pelayanan Dokter adalah pelayanan yang meliputi konsultasi, pemeriksaan, pengobatan termasuk secara akupuntur.
3. Besarnya batas penggantian biaya rawat jalan (untuk setiap jenis pelayanan atau Batas Maksimal penggantian per tahun) tercantum di dalam Tabel Manfaat Rawat Jalan.
4. Diagnosa dari penyakit yang diderita peserta harus diberikan secara tertulis oleh Dokter yang memberikan konsultasi.
5. Dalam hal tidak memungkinkan untuk memperoleh diagnosa secara tertulis dari Dokter yang bersangkutan, maka Peserta harus mengisi sendiri keluhan dan/atau gejala penyakit yang diderita di dalam kolom yang disediakan pada Formulir Klaim. Dengan mengajukan klaim ini maka Peserta dianggap memberikan kuasa kepada Penanggung untuk memperoleh keterangan yang diperlukan dari Dokter yang memberikan konsultasi untuk keperluan penyelesaian klaim tersebut.

MANFAAT PROGRAM JAMINAN RAWAT BERSALIN

(jika mengambil Program ini)

Program Jaminan Rawat Bersalin adalah program tambahan atau *rider* yang memberikan jaminan penggantian biaya-biaya yang dikeluarkan Peserta untuk pengobatan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas.

Berikut manfaat, jenis, batasan dan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Program Jaminan Rawat Bersalin:

1. Manfaat dalam Program Jaminan Rawat Bersalin adalah sebagai berikut:
 - a) Persalinan Normal atau Abnormal di Rumah Sakit atau Klinik Bersalin.
 - i. Penggantian Biaya Persalinan Normal atau Abnormal di Rumah Sakit atau Klinik Bersalin termasuk persalinan dengan induksi dan menggunakan *forceps* atau *vacuum* dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
 - ii. Biaya Persalinan Normal atau Abnormal termasuk biaya Kamar, Dokter, Perawat, Bidan, Obat-obatan, ruang persalinan, *vacuum*, *forceps* maupun pemeriksaan penunjang diagnostik yang direkomendasikan oleh Dokter dan/atau Bidan.
 - iii. Biaya Persalinan Normal atau Abnormal termasuk perawatan bayi selama berada di Rumah Sakit atau Klinik sejak proses kelahiran terjadi sampai dengan selamanya 14 (empat belas) hari kalender sesudahnya. Manfaat untuk bayi ini termasuk biaya Konsultasi Dokter, Obat-obatan, dan pemberian imunisasi dasar, baik untuk tujuan pencegahan maupun pengobatan Penyakit.
 - b) Persalinan dengan Operasi Caesar di Rumah Sakit atau Klinik

Bersalin

- i. Penggantian Biaya Persalinan dengan Operasi *Caesar* di Rumah Sakit atau Klinik Bersalin dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
 - ii. Biaya Persalinan dengan Operasi *Caesar* termasuk biaya Kamar, Dokter, Perawat, Bidan, Obat-obatan, ruang persalinan dan/atau Kamar Bedah, maupun pemeriksaan penunjang diagnostik yang direkomendasikan oleh Dokter.
 - iii. Biaya Persalinan dengan Operasi *Caesar* termasuk perawatan bayi selama berada di Rumah Sakit atau Klinik sejak proses kelahiran terjadi sampai dengan selamalamanya 14 (empat belas) hari kalender sesudahnya. Manfaat untuk bayi ini termasuk biaya Konsultasi Dokter, Obat-obatan, dan pemberian imunisasi dasar, baik untuk tujuan pencegahan maupun pengobatan Penyakit.
 - iv. Persalinan dengan Operasi *Caesar* harus dengan indikasi Medis, sedangkan Persalinan dengan Operasi *Caesar* atas keinginan Peserta dikategorikan tanpa indikasi Medis, sehingga Peserta tidak berhak atas manfaat Persalinan dengan Operasi *Caesar*.
 - v. Manfaat Persalinan dengan Operasi *Caesar* ini termasuk menanggung layanan kesehatan terhadap Kehamilan Ektopik Terganggu (KET).
- c) Perawatan Keguguran
- i. Penggantian Biaya yang dikeluarkan apabila Peserta mengalami Keguguran yang Legal.
 - ii. Keguguran yang Legal adalah keguguran spontan dan/ atau atas indikasi medis dan rekomendasi Dokter Spesialis Kandungan, yang berhubungan dengan kondisi kesehatan Peserta ataupun janin yang dikandungnya.
 - iii. Manfaat Keguguran akan berlaku untuk Pengakhiran

Kehamilan normal yang terjadi pada umur Kehamilan di bawah 20 (dua puluh) minggu, dan/atau Pengakhiran Kehamilan abnormal termasuk namun tidak terbatas pada Kehamilan anggur dan *blighted ovum*.

- d) Penggantian Biaya Persalinan yang dilakukan selain di Rumah Sakit atau Klinik Bersalin dengan bantuan Dokter atau Bidan resmi yang memiliki izin.
 - e) Perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan
 - i. Penggantian biaya perawatan dan konsultasi berkala ke Dokter Spesialis Kandungan, termasuk untuk komplikasi sehubungan dengan kehamilan atau persalinan, Sebelum dan Sesudah Persalinan dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
 - ii. Perawatan sesudah persalinan untuk ibu, berlaku sampai dengan 40 (empat puluh) hari kalender sejak proses persalinan terjadi.
 - iii. Biaya perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan termasuk biaya Obat-obatan dan pemeriksaan penunjang diagnostik yang dirujuk oleh Dokter dan/atau Bidan, yang dilakukan sejak Kehamilan ditegakkan sampai dengan sesudah persalinan.
2. Manfaat Asuransi dalam Program Jaminan Rawat Bersalin berlaku Masa Tunggu dengan ketentuan sebagai berikut:
- a) Untuk Persalinan dan Penyakit apapun akibat Kehamilan, berlaku masa tunggu selama 280 (dua ratus delapan puluh) hari kalender terhitung sejak tanggal berlakunya kepesertaan dalam Program Jaminan Rawat Bersalin ini.
 - b) Untuk Keguguran dan Penyakit apapun akibat keguguran, berlaku masa tunggu selama 90 (sembilan puluh hari) kalender terhitung sejak tanggal berlakunya pertanggunggaan.
 - c) Penanggung tidak berkewajiban membayar klaim apabila peristiwa atau kejadian yang terjadi di dalam masa tunggu.

3. Manfaat Asuransi dalam Program Jaminan Rawat Bersalin ini berlaku dengan ketentuan:
 - a) Telah melewati Masa Tunggu kecuali untuk Perawatan Sebelum dan Sesudah Persalinan, kelahiran prematur, Keguguran yang Legal, dan hanya ditanggung apabila kehamilan terjadi sesudah pertanggungan berlaku.
 - b) Kelebihan Biaya untuk layanan yang melebihi batasan manfaat sesuai tercantum pada Tabel Manfaat dan/atau jenis layanan yang tidak tercakup di atas, tidak akan ditanggung oleh Penanggung.
 - c) Dalam hal Polis Dasar karena sebab apapun menjadi batal, maka Program Jaminan Rawat Bersalin ini akan turut menjadi batal.
 - d) Program Jaminan Rawat Bersalin ini tidak dapat berdiri sendiri, harus dengan Program Jaminan Rawat Inap.
4. Manfaat Asuransi dalam Program Jaminan Rawat Bersalin tidak berlaku untuk hal-hal sebagai berikut:
 - a) Peserta wanita dengan umur dibawah 16 (enam belas) tahun atau lebih dari 45 (empat puluh lima) tahun.
 - b) Peserta wanita yang telah hamil sebelum masa berlakunya pertanggungan Asuransi Tambahan Jaminan Rawat Bersalin ini.
 - c) Perawatan yang berhubungan dengan aborsi illegal, sterilisasi, pemeriksaan kesuburan dan perawatan yang berkaitan dengan kemandulan.

MANFAAT PROGRAM RAWAT GIGI

(jika mengambil Program ini)

Program Jaminan Rawat Gigi adalah program tambahan atau *rider* yang memberikan jaminan penggantian biaya-biaya yang dikeluarkan Peserta untuk pengobatan yang berhubungan dengan gigi Peserta baik karena Penyakit atau Kecelakaan.

Berikut manfaat, jenis, batasan dan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Program Jaminan Rawat Gigi:

1. Manfaat Asuransi dalam Program Jaminan Rawat Gigi adalah sebagai berikut:
 - a) Perawatan Dasar
Penggantian Biaya Perawatan Dasar, meliputi perawatan untuk pembengkakan gusi (termasuk kuretase), penambalan gigi depan, penambalan amalgam, penambalan komposit, GIC (*Glass Ionomer Cement*), pencabutan gigi, perawatan saluran akar gigi dan rontgent gigi (*panoramic*).
 - b) Perawatan Pencegahan
Penggantian Biaya Perawatan Pencegahan, meliputi pembersihan karang gigi, poles dan *prophylaxis*.
 - c) Perawatan Kompleks
Penggantian Biaya Perawatan Kompleks, meliputi:
 - i. Pembedahan Jaringan Gigi, *Apicoectomy* pada geraham kecil, *odontectomy*, *operculectomy*.
 - ii. Pencabutan yang memerlukan pembedahan pada gigi geraham dengan komplikasi dan pembedahan gigi bungsu.
 - d) Perawatan Perbaikan dan Gigi Palsu
Penggantian Biaya pembuatan gigi palsu oleh Dokter Gigi, yang diperlukan sesuai dengan kehilangan gigi yang dijamin di bawah Polis ini karena Penyakit atau Kecelakaan,

termasuk Perawatan perbaikan yang meliputi *Capping*, *Crown* (Mahkota), *Bridge* (Jembatan) dalam bentuk *plask* atau porselen berlapis emas, dan *pin* untuk perbaikan cups.

2. Semua layanan untuk manfaat Perawatan dan Pengobatan Gigi harus dilakukan oleh Dokter Gigi.
3. Besarnya penggantian Biaya Perawatan dan Pengobatan Gigi tidak melebihi batas manfaat yang tercantum pada Tabel Manfaat.
4. Obat-obatan sudah termasuk dalam masing-masing manfaat Perawatan dan Pengobatan Gigi.
5. Kelebihan Biaya untuk layanan yang melebihi batasan manfaat sesuai tercantum pada Tabel Manfaat dan/atau jenis layanan yang tidak tercakup di atas, tidak akan ditanggung oleh Penanggung.
6. Pemasangan Kawat Gigi (*Orthodontic Braces*) tidak ditanggung dalam Asuransi Jaminan Rawat Gigi ini.
7. Dalam hal Polis Dasar atau Jaminan Rawat Jalan karena sebab apapun menjadi batal, maka Asuransi Tambahan Jaminan Rawat Gigi ini akan turut menjadi batal.
8. Program Jaminan Rawat Gigi ini tidak dapat berdiri sendiri, harus dengan Program Jaminan Rawat Inap serta Jaminan Rawat Jalan.

MANFAAT PROGRAM JAMINAN KACAMATA

(jika mengambil Program ini)

Program Jaminan Kacamata adalah program tambahan atau *rider* yang memberikan jaminan penggantian biaya-biaya yang dikeluarkan Peserta untuk pengobatan Mata dan membeli Bingkai (*Frame*) Kacamata dan Lensa Kacamata sesuai dengan rujukan Dokter Spesialis Mata, tidak boleh dari *Refractonist*, *Optician* atau *Optometrist*.

Berikut manfaat, jenis, batasan dan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Program Jaminan Kacamata:

1. Manfaat Asuransi dalam Program Jaminan Kacamata adalah sebagai berikut:
 - a) Penggantian Biaya Pemeriksaan Mata, untuk gangguan refraksi mata yang pemeriksaannya hanya boleh dilakukan oleh Dokter Spesialis Mata, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat.
 - b) Penggantian Biaya Pembelian Bingkai (*Frame*) Kacamata akibat terjadinya gangguan refraksi, atas rekomendasi Dokter Spesialis Mata, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat. Batas ini adalah untuk setiap periode 2 (dua) tahunan, dengan syarat selama jangka waktu 2 (dua) tahun berturut-turut tetap menjadi Peserta Program Jaminan Kacamata.
 - c) Penggantian Biaya Pembelian Lensa atau Lensa Kontak akibat terjadinya gangguan refraksi mata atas rekomendasi Dokter Spesialis Mata, dengan batasan manfaat tidak melebihi yang tercantum pada Tabel Manfaat. Penggantian dapat dilakukan sebanyak-banyaknya 1 (satu) kali per tahun. Ukuran Lensa atau Lensa Kontak yang dapat diganti adalah sekurang-kurangnya +0.50 atau -0.50, sedangkan untuk silindris adalah sekurang-kurangnya +0.25 atau -0.25.

2. Kelebihan Biaya untuk layanan yang melebihi batasan manfaat sesuai tercantum pada Tabel Manfaat dan/atau jenis layanan yang tidak tercakup di atas, tidak akan ditanggung oleh Penanggung.
3. Program Jaminan Kacamata hanya berlaku khusus untuk Karyawan Pemegang Polis yang diikutsertakan (tidak berlaku bagi Anggota Keluarga Karyawan).
4. Penggantian biaya dengan sistem *Reimbursement*.
5. Segala aksesoris yang berhubungan dengan Kacamata tidak dijamin.
6. Pengajuan penggantian yang bersifat massal atau ada indikasi pengajuan yang dilakukan bersama-sama, tidak akan dibayar.
7. Dalam hal Polis Dasar atau Jaminan Rawat Jalan karena sebab apapun menjadi batal, maka Program Jaminan Kacamata ini akan turut menjadi batal.
8. Program Jaminan Kacamata ini tidak dapat berdiri sendiri, harus dengan Program Jaminan Rawat Inap serta Program Jaminan Rawat Jalan.

TATA CARA PENGGUNAAN RUMAH SAKIT JARINGAN ATAU PROVIDER

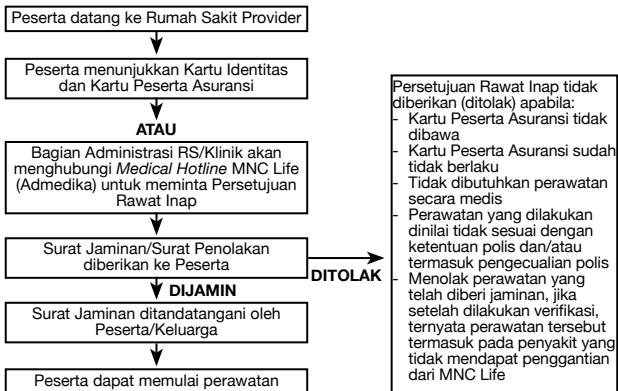
Peserta dengan Fasilitas Provider (*Cashless*)

Pelayanan kesehatan yang menjadi hak peserta (sesuai prosedur di dalam Buku Panduan ini, dan sesuai standar pelayanan medis Depkes maupun diagnosa penyakit) dan dilakukan di Rumah Sakit atau Klinik Jaringan (*Provider*) MNC Life, akan mendapatkan fasilitas “*Cashless*”.

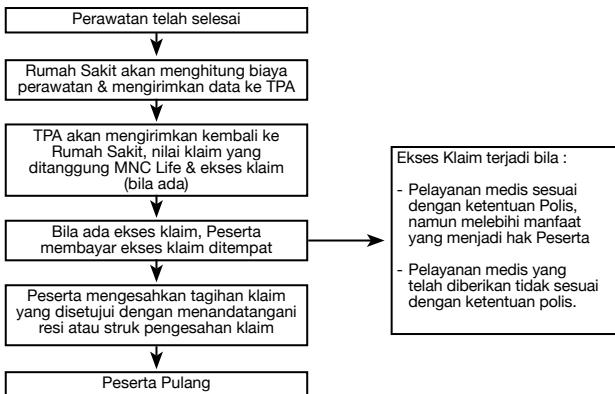
Fasilitas “*Cashless*” adalah fasilitas perawatan dan/atau pengobatan menggunakan Rumah Sakit atau Klinik Jaringan (*Provider*) MNC Life dengan menunjukkan kartu kepesertaan asuransi MNC Life, dimana biaya perawatan dan/atau pengobatan dibayarkan terlebih dahulu oleh MNC Life sesuai benefit masing-masing Peserta.

Prosedur Rawat Inap dan Rawat Bersalin (ketika masuk Rumah Sakit)

Prosedur yang harus dilakukan Peserta apabila akan di Rawat Inap.



Prosedur Rawat Inap dan Rawat Bersalin (ketika keluar Rumah Sakit)



Prosedur Rawat Jalan dan Rawat Gigi bila menggunakan Rumah Sakit atau Klinik Jaringan (*Provider*) MNC Life

Prosedur yang harus dilakukan Peserta apabila akan melakukan Rawat Jalan atau Rawat Gigi di Rumah Sakit atau Klinik Jaringan (*Provider*) MNC Life adalah sebagai berikut:



TATA CARA PENGGUNAAN RUMAH SAKIT NON-PROVIDER

Peserta dengan sistem *Reimbursement*

Perawatan kesehatan dengan sistem reimbursement meliputi manfaat: Rawat Inap, Rawat Bersalin, Rawat Jalan, Rawat Gigi, Jaminan Kacamata dan layanan kesehatan yang dilakukan di luar Rumah Sakit atau Klinik Jaringan (*Provider*) MNC Life.

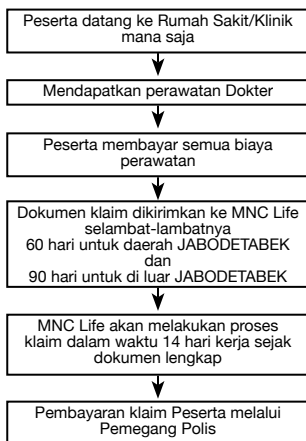
“*Reimbursement*” adalah pembayaran kembali kepada Peserta untuk jumlah yang diajukan sebagai klaim karena terjadinya suatu penyakit atau kecelakaan. Jumlah yang dibayarkan tidak melebihi hak Peserta yang ditentukan di dalam Polis.

Pengajuan pembayaran dengan sistem reimbursement berlaku ketentuan sebagai berikut:

1. Dokumen yang harus dilengkapi:
 - a) Formulir Surat Keterangan Dokter yang berisikan Resume Medis yang diisi dengan lengkap dan jelas serta mencantumkan: Tandatanganan, nama jelas serta Nomor Izin Praktek Dokter yang memberikan layanan kesehatan, biasanya berbentuk stempel.
 - b) Jika lupa membawa Formulir Surat Keterangan Dokter, khusus untuk Rawat Jalan, Peserta dapat meminta Dokter untuk menuliskan Diagnosa (dan/atau Resume Medis), tindakan dan terapi pada kuitansi Dokter dan/atau selemba kertas resep.
 - c) Kuitansi pelayanan kesehatan asli (berserta rincian biaya) dan bermeterai secukupnya sesuai dengan peraturan pemerintah (tidak berbentuk faktur, struk, invoice, nota dll) kecuali ada catatan resmi dari institusi kesehatan tersebut, bahwa dokumen tersebut dapat berlaku sebagai kuitansi atau kertas resep.

- d) Salinan Resep
 - e) Salinan permintaan dari hasil pemeriksaan penunjang/laboratorium/rontgent/Patologi Anatomi dan salinan hasilnya.
 - f) Laporan operasi bila dilakukan tindakan operasi dan termasuk rincian biaya operasi.
2. Semua dokumen klaim yang telah lengkap dikirimkan ke MNC Life selambat-lambatnya diterima oleh MNC Life dalam waktu 30 hari sejak tanggal perawatan dilakukan.
 3. Apabila Peserta mendapat perlindungan dari perusahaan asuransi lain, maka harus dilengkapi dengan pernyataan perusahaan asuransi tersebut terhadap jumlah yang telah dibayar disertakan dengan fotokopi dokumen lengkap yang telah dilegalisir.
 4. Bila pengajuan klaim melebihi dari 30 hari kalender sejak tanggal perawatan dilakukan, MNC Life berhak menolak pengajuan klaim tersebut.
 5. MNC Life akan memberikan penggantian biaya pelayanan kesehatan Peserta selambat-lambatnya 14 hari kerja setelah dokumen klaim lengkap dan diterima sesuai dengan poin 1 di atas.

Prosedur Layanan kesehatan menggunakan sistem *Reimbursement* :



Penting!

Semua persyaratan klaim *Reimbursement* harus dipenuhi dan dilengkapi dengan baik. Bila dokumen tidak lengkap, maka proses klaim tidak bisa dilakukan. Pastikan bahwa Peserta memenuhi semua persyaratan dengan cepat dan tepat, agar klaim dapat diproses sesuai dengan waktunya.

PENYAKIT KHUSUS DAN PRE-EXISTING DISEASES

Penyakit-penyakit khusus adalah penyakit-penyakit yang baru akan dijamin di bawah Program ini setelah 12 (dua belas) bulan pertama sejak Peserta pertama kali dimulai kepesertaannya, yang kategorinya tersebut dibawah ini:

1. Katarak;
2. Penyakit-Penyakit rongga hidung yang memerlukan tindakan pembedahan termasuk namun tidak terbatas pada: *sinusitis*, *deviasi septum*, kelainan konka;
3. Tonsilitis atau Adenoiditis yang memerlukan tindakan pembedahan (*Tonsilectomy* atau *Adenectomy*);
4. Semua jenis kelainan Tiroid;
5. Asma Bronkiale;
6. Tuberkolosa atau *Koch Pulmonum* (TBC atau KP);
7. Penyakit akibat Asam Urat (*Gout*);
8. Semua jenis Penyakit Rematik, *Arthritis*, *Rheumatoid Arthritis*;
9. Penyakit Kencing Manis (*Diabetes Mellitus*);
10. Ulkus Peptikum yang meliputi Esofagus, Lambung dan Duodenum;
11. Segala jenis Hernia;
12. Wasir (*Hemoroid*), *Fistula Ani*;
13. Semua jenis Tumor Jinak atau Ganas dan Polip;
14. *Endometriosis* (Penebalan Lapisan Rahim);
15. Penyakit Darah Tinggi (Hipertensi) dan *Stroke*;
16. Semua jenis Penyakit Jantung;
17. Peningkatan kadar lemak dalam darah;
18. Batu pada Ginjal, Saluran Kemih, Kandung Kemih, dan Kandung Empedu, beserta salurannya;

Penyakit atau Luka yang Telah Ada Sebelumnya (*Pre-existing Diseases*) adalah semua Penyakit, Luka atau keadaan kesehatan seorang Peserta sebelum tanggal berlakunya pertanggungangan atas diri Peserta, yang:

1. Telah mendapatkan diagnosa, atau
2. Pada umumnya seseorang secara wajar akan berusaha untuk mendapat suatu diagnosa, perawatan, pengobatan, atau
3. Telah dianjurkan oleh Dokter untuk mendapat pengobatan medis, terlepas dari pengobatan sebenarnya telah dilakukan ataupun tidak.

PENGECUALIAN UMUM

Penanggung tidak akan membayar Manfaat Asuransi dalam hal perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan:

1. Penyakit-Penyakit Khusus atau Penyakit dan/atau Luka yang sudah ada sebelumnya (*pre existing diseases*), yang terjadi selama 12 (dua belas) bulan pertama sejak tanggal keikutsertaan Peserta pada asuransi ini. Penyakit Khusus atau Penyakit yang telah ada yang berhubungan dengan kelainan bawaan (*congenital*).
2. Pengobatan atau perawatan yang berhubungan dengan Penyakit Khusus atau Penyakit yang telah ada yang berhubungan dengan kelainan bawaan (*congenital*) yang ditemukan dan/atau diketahui sesudah kelahiran dan/atau Penyakit keturunan (*hereditary diseases*).
3. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Hernia untuk umur kurang dari 10 (sepuluh) tahun.
4. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Epilepsi.
5. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan *autoimmune*, termasuk namun tidak terbatas pada Lupus.
6. Perawatan dan/atau pengobatan untuk gangguan tumbuh kembang termasuk namun tidak terbatas pada *Failure to Thrive* (FTT), gangguan makan (*anorexia*), gangguan bicara, hiperaktif, gangguan pemusatan perhatian (*autisme*), disleksia, retardasi mental, keterlambatan berjalan.
7. Perawatan dan/atau pengobatan Penyakit dan/atau Luka sebagai akibat dari penyalahgunaan obat, kecanduan obat, pemakaian dan/atau konsumsi alkohol, narkotika, obat bius dan obat-obat psikotropika lainnya.

8. Pemeriksaan, perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kelainan refraksi, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Jaminan Kacamata.
9. Bedah plastik atau pengobatan dan pembedahan kosmetik, perawatan dan/atau pengobatan dengan indikasi kosmetik, kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional akibat Kecelakaan yang dilakukan maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender sesudah tanggal terjadinya Kecelakaan.
10. Pembelian perlengkapan kesehatan, alat penunjang dan/ atau alat bantu buatan atau bahan sintesis baik yang di luar atau melekat pada tubuh, seperti namun tidak terbatas pada alat bantu dengar, alat bantu penglihatan, lensa intra okular (*Intra Occular lens* atau IOL), alat pacu jantung, *stent, plate and screw, ring, kwire*, pen, kursi roda, kruk, alat pengganti atau protes, anggota tubuh palsu, dan sejenisnya.
11. Pembelian organ tubuh untuk dan/atau transplantasi organ tubuh, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ tubuh.
12. Perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan kehamilan, keguguran, aborsi, melahirkan, perawatan sesudah persalinan, kecuali Polis dilengkapi Asuransi Tambahan Jaminan Rawat Bersalin.
13. Rawat Jalan bukan akibat Kecelakaan, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Jaminan Rawat Jalan yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.
14. Perawatan dan/atau Pengobatan Gigi (termasuk bedah mulut dan pemasangan gigi palsu oleh sebab apapun) yang bukan merupakan pengobatan darurat terhadap gigi asli yang rusak akibat Kecelakaan, dengan komplikasinya, Rawat Inap yang berkaitan dengan kelainan gigi dan mulut, kecuali Polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Jaminan Perawatan dan Pengobatan Gigi yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.

15. Imunisasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.
16. Dialisa, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Dialisa.
17. *Chemotherapy, radiotherapy*, dan semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan.
18. *TORCH screening test (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex)* untuk tujuan preventif atau pencegahan.
19. *Screening test* yang berhubungan dengan *HIV (Human Immunodeficiency Virus)* atau *AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)*, termasuk namun tidak terbatas pada *Elisa Blood Test (Anti HIV)*, *Antigen P24*, dan *PCR (Polymerase Chain Reaction)*.
20. Pemeriksaan dan pengobatan yang berhubungan dengan mendengkur (*snoring*).
21. Terapi hiperbarik, kecuali yang dilakukan untuk pengobatan akibat Kecelakaan pada saat menyelam.
22. Biaya Non Medis selama perawatan di Rumah Sakit, kecuali Biaya Administrasi.
23. Biaya Perawat Pribadi.
24. Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Penyakit Menular Seksual, Penyakit yang berdasarkan hukum yang berlaku membutuhkan isolasi atau karantina, pemeriksaan dan pengobatan yang terjadi karena, sehubungan dengan atau akibat *AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)*, dan semua Penyakit yang disebabkan oleh dan/atau berhubungan dengan virus *HIV (Human Immunodeficiency Virus)*.
25. Perawatan dan/atau pengobatan beserta komplikasinya yang berhubungan dengan impotensi, kemandulan, kesuburan,

inseminasi buatan, bayi tabung, sterilisasi, kontrasepsi dan keluarga berencana, perawatan dan/atau gangguan menstruasi, pembedahan ganti kelamin

26. Perawatan dan/atau pengobatan beserta komplikasinya yang berhubungan dengan terapi hormonal yang berhubungan dengan sindrom *menopause*, *endometriosis*, *hormonal imbalance*, dan *menometrorraghie*.
27. Sunat (sirkumsisi) yang tidak berhubungan dengan suatu Penyakit, Trauma atau Kecelakaan.
28. Pengobatan dan komplikasinya yang berhubungan dengan ketidakmampuan yang bersifat emosional atau mental, gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk psikosis, neurosis, stres, depresi, keadaan mental usia lanjut (*psikogeriatrik*) dan manifestasi fisiologis atau psikosomatisnya.
29. Biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan fisik secara berkala (*periodical medical checkup*), *Check Up* Kesehatan (*Medical Check Up*) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa atas Penyakit dan/atau yang ditanggung, atau obat-obatan atau pemeriksaan pencegahan atau bersifat screening oleh seorang Dokter, atau setiap pengobatan yang tidak diperlukan secara medis serta setiap pengobatan preventif.
30. Perawatan dan/atau pengobatan eksperimental, pengobatan tradisional, pengobatan alternatif yang di luar ilmu kedokteran barat, pengobatan yang bukan dilakukan oleh Dokter, pengobatan yang belum diakui resmi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia atau Badan Pengawasan Obat dan Makanan atau organisasi profesi medis, termasuk namun tidak terbatas pada akupuntur (kecuali dilakukan oleh Dokter yang memiliki ijin dan sertifikat akupuntur dari Instansi yang berwenang), *sinshe*, dukun patah tulang, paranormal, *chiropractor*, *naturopath*, holistik dan sejenisnya.
31. Perawatan tidak di Rumah Sakit (*Non Hospital Nursing Care*),

perawatan di rumah perawatan atau sanatorium untuk memulihkan kesehatan, atau rawat istirahat, perawatan karena keadaan kesehatan usia lanjut (geriatrik), atau dirawat di Rumah Sakit sehubungan dengan akan melakukan pemeriksaan kesehatan.

32. Vitamin yang diberikan tanpa disertai obat-obatan dan/atau melebihi jangka waktu pemberian obat-obatan penyerta, tanpa rekomendasi Dokter dan tanpa indikasi Medis, makanan tambahan, zat makanan pelengkap (*Food Supplement*), obat-obatan herbal, jamu-jamuan, pembelian obat tanpa resep Dokter, dan segala jenis obat tradisional.
33. Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan dan komplikasinya; Perawatan dan/atau pengobatan untuk kelesuan (*fatigue atau asthenia*).
34. Akupuntur yang tidak dilakukan oleh Dokter yang memiliki ijin dan sertifikat dan/atau bertujuan untuk kosmetik.
35. Fisioterapi yang dilakukan bukan oleh tenaga medis yang bersertifikat.
36. Penyakit atau Luka yang timbul sebagai akibat mengikuti segala jenis perlombaan balap (kecuali balap lari), terjun payung, terbang layang, *sky diving*, *ultralight*, layang gantung, olah raga selam (*scuba diving*), arung jeram, panjat tebing atau panjat gedung, *bungee jumping*, olah raga kontak fisik, semua jenis perlombaan kecepatan kendaraan bermesin, dan semua jenis olah raga berisiko lainnya.
37. Naik ke dalam atau turun dari, berada di dalam atau terbang dengan suatu alat angkutan di udara yang bermesin maupun tidak bermesin, ataupun melakukan penerbangan dengan pesawat udara carteran, militer atau polisi atau helikopter, kecuali jika peserta sedang menggunakan pesawat udara penerbangan komersil dengan jadwal dan jalur penerbangan yang tetap.
38. Perang, baik diumumkan atau tidak, setiap aktivitas yang

berkaitan dengan perang, pemogokan kerusuhan, huru-hara, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian, sedang melakukan operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum.

39. Penyakit atau Luka yang disebabkan atau berhubungan dengan radiasi ionisasi atau kontaminasi radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau limbah nuklir dari proses fisi dan/atau fusi nuklir atau dari setiap bahan-bahan senjata nuklir.
40. Peserta melukai diri sendiri, percobaan bunuh diri, baik dalam keadaan sadar atau waras ataupun tidak sadar atau tidak waras, atau Peserta dengan sengaja melibatkan diri ke dalam situasi yang membahayakan dirinya, atau Peserta melakukan tindakan melanggar hukum, perbuatan kriminal, melawan penahanan yang sah, melakukan perkelahian, diserang karena tindakan provokasi yang dilakukan Peserta.
41. Biaya yang sebenarnya tidak dikeluarkan, biaya yang tidak Wajar dan tidak Biasa atau tidak diperlukan untuk pengobatan suatu Penyakit atau Luka, perawatan atau pengobatan yang tidak dibutuhkan secara medis, atau sampai batasan dimana perawatan dan/atau pengobatan itu telah mendapat penggantian dari setiap Asuransi lain atau pihak lain atau telah diberikan ganti rugi kepada Peserta.
42. Biaya pemberian jasa medis dan/atau pembuatan resep obat yang dikeluarkan oleh keluarga dekat atau oleh seseorang yang secara normal tinggal dalam rumah tangga Peserta.
43. Meninggal dunia karena:
 - a) Bunuh diri, baik dalam keadaan sadar atau waras ataupun tidak sadar atau tidak waras,
 - b) Dihukum mati berdasarkan keputusan Pengadilan yang telah memiliki kekuatan hukum yang pasti,
 - c) Perbuatan kejahatan yang dilakukan dengan sengaja oleh pihak-pihak yang berkepentingan dengan manfaat asuransi

ini,

- d) *HIV (Human Immunodeficiency Virus) atau AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).*

LAIN-LAIN

1. Kartu Peserta

- a) Penyalahgunaan Kartu Peserta oleh Peserta atau Anggota Keluarga, akan dikenakan sanksi membayar sendiri biaya perawatan yang terjadi dan kepesertaannya dicabut.
- b) Peserta yang sudah tidak bekerja di Perusahaan, harus mengembalikan Kartu Peserta (termasuk Kartu Peserta Anggota Keluarga) kepada HRD. Apabila terjadi penyalahgunaan Kartu Peserta tersebut oleh siapapun, maka semua tagihan yang terjadi menjadi tanggung jawab Peserta melalui Pemegang Polis (Perusahaan).
- c) Prosedur yang harus dilakukan bila Kartu Peserta hilang:
 - i. Melapor pada HRD Perusahaan untuk mendapatkan Kartu Peserta baru, dan
 - ii. Peserta dikenakan Biaya Administrasi Rp 25.000,- untuk penggantian setiap kartu yang hilang.

2. Penambahan & Perubahan Peserta

- a) Penambahan Peserta terjadi apabila:
 - i. Karyawan atau Karyawati menikah
 - ii. Karyawan atau Istri Karyawan melahirkan anak

Tanggal efektif kepesertaan adalah sesuai dengan tanggal pendaftaran dari Pemegang Polis setelah mendapat persetujuan dari MNC Life.

- b) Pada saat didaftarkan ke MNC Life, Peserta harus dalam keadaan sehat, dan tidak sedang berada dalam perawatan Dokter, dan tidak sedang dirawat di Rumah Sakit atau Klinik.

3. Perubahan data Peserta dapat terjadi, seperti:

- a) Nama, Tanggal Lahir, Jenis kelamin
- b) Status Perkawinan

- c) Kenaikan manfaat karena promosi

Tanggal efektif perubahan data adalah sesuai dengan tanggal pendaftaran dari Pemegang Polis setelah mendapat persetujuan dari MNC Life.

- 4. Penambahan dan/atau perubahan Peserta harus diberitahukan segera kepada MNC Life. Data yang harus dilaporkan antara lain:
 - a) Nama istri atau suami, tanggal pernikahan, tanggal lahir pasangan karyawan.
 - b) Nama anak dan tanggal lahirnya, dengan melampirkan akte kelahiran.

PENUTUP

1. Buku Panduan ini merupakan penjelasan ringkas dan umum atas program asuransi kesehatan.
2. Buku Panduan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan MNC Life. Apabila terdapat perbedaan antara Buku Panduan ini dengan Polis, maka yang berlaku adalah syarat dan ketentuan yang tercantum di dalam Polis.
3. Buku ini dapat diubah sewaktu-waktu oleh MNC Life. Pemberitahuan mengenai perubahan akan disampaikan secara tertulis kepada Pemegang Polis.
4. Manfaat untuk masing-masing Peserta adalah sesuai dengan Polis masing-masing Perusahaan.
5. Buku Panduan ini hanya boleh diubah, ditambah atau dikurangi isinya oleh MNC Life.

Istilah	Definisi
Penanggung	: PT. MNC Life Assurance
Pemegang Polis	: Suatu badan hukum perusahaan yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung untuk mengasuransikan Karyawan dan atau Anggota Keluarga (jika ada) dan namanya tercantum dalam Nama Pemegang Polis sebagaimana dimaksud dalam Data Polis.
Peserta atau Tertanggung	: Peserta atau Tertanggung adalah Karyawan dan Anggota Keluarga Karyawan (jika ada) yang memenuhi syarat kepesertaan yang ditentukan oleh Penanggung dan tercantum di dalam Daftar Peserta
Rumah Sakit & Klinik Jaringan (<i>Provider</i>)	: Sejumlah Rumah Sakit atau Klinik yang berdasarkan perjanjian tertentu telah menjadi mitra usaha Penanggung untuk memberi pelayanan perawatan kesehatan kepada Peserta Asuransi.
Ekses Klaim	: Sejumlah biaya klaim atas pelayanan perawatan kesehatan diluar kewajiban yang menjadi tanggung jawab Penanggung, oleh karenanya menjadi tanggung jawab Pemegang Polis, disebabkan oleh namun tidak terbatas: a. Melebihi batas maksimum manfaat peserta; b. Kondisi yang menjadi pengecualian; c. Diluar prosedur yang telah diatur dalam Syarat Umum Polis. d. Prosedur Rumah Sakit atau Klinik yang tidak berhubungan langsung dengan penyakit atau luka.
Fasilitas " <i>Cashless</i> "	: Perawatan dan/atau pengobatan dengan menggunakan jaringan Rumah Sakit/Klinik MNC Life atas biaya yang dibayarkan terlebih dahulu oleh MNC Life sesuai dengan benefit masing-masing peserta, dengan menunjukkan kartu kepesertaan MNC Life.
TPA (<i>Third Party Administration</i>) - Admedika	: Suatu perseroan terbatas yang bergerak di bidang jasa pelayanan administrasi kesehatan yang memberikan jasa pengelolaan administrasi klaim kepada perusahaan asuransi dengan menggunakan sistem dan infrastruktur untuk memeriksa keabsahan dan memasukkan data secara elektronik.

Buku panduan ini merupakan penjelasan singkat mengenai manfaat, jenis, batasan dan tata cara pengajuan klaim Asuransi Kesehatan. Definisi, syarat dan ketentuan lainnya mengacu kepada Polis Induk.



PT MNC LIFE ASSURANCE

MNC Financial Center, 18th Floor
Jl. Kebon Sirih No. 21-27
Jakarta 20340 - Indonesia
T. +6221 2970 4288 | F. +6221 3983 7011
customer@mnclife.com | www.mnclife.com