

FAQ SmartMed Cancer

1. Apakah yang dimaksud dengan Batas Manfaat Maksimum, Batas per Kanker, Batas Per Kunjungan, dan Batas Seumur Hidup?

- Batas Manfaat Maksimum: nilai maksimal yang akan dibayarkan untuk seluruh Manfaat per tahun asuransi/per kunjungan/ per perawatan yang diterima sesuai Plan Anda.
- Batas per Kanker: penggantian sebesar Manfaat sesuai Plan yang dipilih untuk tiap 1 kanker yang diderita.
- Batas per Kunjungan: jumlah maksimal kunjungan untuk tiap Manfaat per tahun asuransi.
- Batas Seumur Hidup: penjaminan seluruh kanker sepanjang umur selama Polis masih berlaku.

2. Bagaimana SmartMed Cancer melindungi saya ketika saya terkena kanker pertama kali?

Manfaat SmartMed Cancer dapat digunakan jika Polis telah melampaui Masa Tunggu dan tidak termasuk ke dalam Pengecualian.

3. Bagaimana bila saya terkena kanker yang sama dalam jangka waktu 5 tahun?

Contoh Penggunaan Manfaat:

Plan yang dipilih: SmartMed Cancer Plan 1

Batas per Kanker: Rp500 juta

Batas Seumur Hidup: Rp1 miliar

Kanker A	Tahun Kedua	Tahun Kelima
Klaim	Rp200 juta	Rp100 juta
Sisa Manfaat untuk Kanker A Sesuai Batas Per Kanker	Rp300 juta	Rp200 juta
Sisa Manfaat untuk Kanker A Sesuai Batas Seumur Hidup	Rp800 juta	Rp700 juta

Apabila Anda terdiagnosis kembali dengan kanker yang sama dalam waktu 5 tahun, maka jumlah manfaat yang dibayarkan adalah Rp500 juta dikurangi dengan manfaat yang telah dibayarkan pada kanker yang sama tersebut.

Jika total manfaat yang dibayarkan sudah mencapai Rp500 juta dan Batas Seumur Hidup masih tersedia, maka Anda dapat menggunakan Batas Seumur Hidup untuk mengobati kanker tersebut. Namun, jika Batas Seumur Hidup sudah habis digunakan, maka Polis SmartMed Cancer Anda akan berakhir.

4. **Bagaimana bila saya menderita kanker yang berbeda dalam jangka waktu 5 tahun setelah saya terkena kanker?**

Contoh Penggunaan Manfaat:

Plan yang dipilih: SmartMed Cancer Plan 1

Batas per Kanker: Rp500 juta

Batas Seumur Hidup: Rp1 miliar

Tahun Kedua		
Kanker A	Klaim	Rp200 juta
	Sisa Manfaat untuk Kanker A Sesuai Batas Per Kanker	Rp300 juta
	Sisa Manfaat untuk Kanker A Sesuai Batas Seumur Hidup	Rp800 juta

Tahun Kelima		
Kanker B	Klaim	Rp100 juta
	Sisa Manfaat untuk Kanker B Sesuai Batas Per Kanker	Rp400 juta
	Sisa Manfaat untuk Kanker B Sesuai Batas Seumur Hidup	Rp900 juta

Apabila Anda terdiagnosis kanker A pada tahun kedua dan Anda mengajukan klaim senilai Rp200 juta, maka sisa manfaat untuk Polis SmartMed Cancer sesuai Batas Per Kanker adalah Rp300 juta dan sesuai Batas Seumur Hidup adalah Rp 800 juta.

Jika pada tahun kelima, Anda terdiagnosis kanker B, maka manfaat SmartMed Cancer Anda adalah Rp500 juta sesuai Batas Per Kanker dan Rp1 miliar sesuai Batas Seumur Hidup. Namun, jika total klaim Kanker A dan Kanker B sudah mencapai Rp1 miliar (sesuai Batas Seumur Hidup), maka Polis SmartMed Cancer Anda akan berakhir.

5. **Pada proses pra-otorisasi, apakah yang dimaksud dengan kriteria “Dibutuhkan Secara Medis”?**

Dibutuhkan Secara Medis adalah pelayanan kesehatan atau pengobatan yang dirujuk oleh dokter dan wajib memenuhi semua ketentuan berikut:

- Wajar dan biasa, dan
- Ditujukan untuk pengobatan langsung pada penyakit/luka, dan
- Tepat dan konsisten dengan keluhan, gejala, diagnosis dan pengobatan dari penyakit/luka, dan
- Sesuai dengan standar praktik kedokteran yang berlaku, dan
- Bukan untuk mencari keuntungan atau kepentingan bagi Tertanggung atau dokter atau rumah sakit atau institusi medis lainnya.

6. Apakah yang dimaksud dengan pengobatan/perawatan “Wajar dan Biasa”?

Wajar dan biasa adalah memenuhi semua ketentuan sebagai berikut:

- Tidak berlebihan atau di bawah standar yang berlaku, dan merupakan rangkaian biaya yang dapat dijelaskan secara logis dan kelayakan secara medis.

7. Apakah yang menyebabkan proses pra-otorisasi dinyatakan tidak disetujui oleh Allianz?

Hal-hal yang menjadi penyebab pra-otorisasi gagal, sebagai berikut:

- Data medis Tertanggung yang diperlukan untuk pra-otorisasi tidak lengkap.
- Pelayanan yang diberikan bukan “Dibutuhkan Secara Medis”.
- Pelayanan yang diberikan tidak memenuhi ketentuan pengobatan/perawatan yang “Wajar dan Biasa”.
- Pelayanan termasuk dalam kategori Kondisi *Pre-Existing*.
- Konsekuensi bila pra-otorisasi dinyatakan tidak berlaku, maka semua biaya yang terjadi pada Tertanggung tidak ditanggung oleh Allianz.

8. Bagaimana cara menghindari Ekses Klaim?

Ekses klaim terjadi karena penggunaan perawatan yang tidak sesuai atau melebihi manfaat yang menjadi haknya. Oleh karena itu, disarankan pada Tertanggung untuk secara bijak memilih rumah sakit dan kamar perawatan sesuai dengan haknya.

Pada SmartMed Cancer, plan dibedakan berdasarkan jumlah tempat tidur yang tersedia dalam Kamar Perawatan. Misalnya, jika Anda memilih Plan 1, maka pastikan Anda dirawat di Kamar Perawatan Standar 2 Tempat Tidur.

9. Apa yang dimaksud dengan Ekses Susulan?

Ekses susulan dapat terjadi pada transaksi yang menggunakan AdMedika karena:

- Selisih waktu antara pengajuan klaim *reimbursement* (penggantian klaim) dengan klaim dari RS Jaringan Allianz-AdMedika Individu.
- Penghitungan ulang biaya pelayanan kesehatan oleh Allianz berdasarkan dokumen klaim yang diterima dari RS Jaringan Allianz-AdMedika Individu.
- Bila terjadi kelebihan bayar dari Allianz, maka Tertanggung wajib membayar kelebihan biaya pelayanan kesehatan tersebut kepada Allianz secara sekaligus sesuai dengan tanggal yang ditentukan oleh Allianz.
- Bila terjadi kekurangan bayar dari Allianz, maka Allianz akan membayarkan kekurangan tersebut kepada Tertanggung secara sekaligus.

10. Apa yang dimaksud dengan penyesuaian *Prorate*?

Penyesuaian *prorate* akan diterapkan pada semua Manfaat jika Tertanggung memilih kamar perawatan dengan nilai yang lebih tinggi daripada Plan Tertanggung. Berikut adalah cara perhitungan penggantian biaya perawatan secara prorata, yaitu:

$$\frac{\text{Hak kamar di RS}}{\text{Kamar yang ditempati di RS}} \times (\text{Total Tagihan} - \text{Biaya nonmedis})$$

Contoh Kasus:

Plan SmartMed Cancer:

- **Plan 1 (Kamar Perawatan dengan 2 tempat tidur)**
- Rawat inap untuk perawatan kanker di RS Jaringan Allianz Admedika Individu, di mana harga kamar di RS tersebut adalah:

Kelas 1 (Kamar Perawatan dengan 2 tempat tidur)	Rp750.000/hari
Kelas VIP (Kamar Perawatan dengan 1 tempat tidur dengan harga terendah)	Rp1.500.000/hari
Total biaya perawatan	Rp100.000.000
Total biaya non medis yang tidak dijamin (<i>laundry</i> , tagihan telepon, koran, dll)	Rp1.000.000

$$\frac{Rp750.000}{Rp1.500.000} \times [Rp100.000.000 - Rp1.000.000] = 0,5 \times Rp99.000.000$$

Total biaya yang dijamin Smartmed Cancer = **Rp49.500.000**

11. Apakah layanan Allianz Hospital Assistant (AHA) berlaku untuk SmartMed Cancer?

Selama Anda melakukan rawat inap di RS Jaringan Allianz-AdMedika Individu di Indonesia, petugas AHA akan mendampingi dengan cara menghubungi Anda secara personal melalui telepon seluler yang didaftarkan ke rumah sakit saat proses rawat inap.

Informasi yang diberikan adalah berhasil atau tidaknya proses administrasi, status penjaminan, dan berakhirnya masa rawat inap. Anda pun dapat menghubungi petugas AHA jika membutuhkan bantuan administratif lainnya.

12. Mengapa saya harus menghubungi Call Center Allianz-AdMedika sebelum melakukan perawatan kanker di luar negeri?

Kami memahami bahwa upaya penyembuhan kanker adalah fokus terpenting bagi Tertanggung dan keluarga. Oleh karena itu, demi kenyamanan dan kemudahan selama menjalani perawatan, Allianz-AdMedika akan berkoordinasi dengan RS Jaringan Allianz-AdMedika Individu di luar negeri untuk memastikan Tertanggung mendapatkan pelayanan medis yang optimal.

Maka, hubungi Call Center Allianz-AdMedika paling lambat 5 hari kerja sebelum Anda melakukan perawatan medis luar negeri.

13. Di mana saya bisa mendapatkan informasi daftar RS Jaringan Allianz-AdMedika Individu?

MyGuide telah dilengkapi dengan booklet daftar RS Jaringan Allianz-AdMedika Individu. Anda juga bisa mendapatkan daftar terbaru di www.allianz.co.id (menu Layanan - Customer Service – Daftar Rumah Sakit) atau hubungi Call Center Allianz-AdMedika.

14. Apakah pengobatan tradisional dijamin oleh Allianz?

Ya, selama berhubungan dengan perawatan pasca kanker dan sesuai dengan ketentuan berikut:

- Bertanggung jawab dirawat oleh dokter yang memiliki izin mengeluarkan resep pengobatan tradisional di wilayah geografis praktiknya.
- Dilakukan oleh dokter atau pelaku pengobatan tradisional yang memiliki izin praktik resmi dari pemerintah sesuai wilayah praktiknya untuk praktik pengobatan tradisional.
- Tidak termasuk terapi metafisis.

15. Apakah anggota keluarga saya bisa mendapatkan konseling psikologis pasca perawatan kanker?

Ya, selama berhubungan dengan kanker yang diderita, Tertanggung dan anggota keluarga terdekat bisa mendapatkan konseling psikologis.

16. Apakah saya dapat memilih ahli diet untuk pasca perawatan kanker?

Ahli diet ditunjuk berdasarkan rekomendasi dokter dan memiliki izin praktik resmi dari pemerintah sesuai wilayah praktiknya.

17. Apakah yang harus dilakukan bila saya lupa membawa atau kehilangan Kartu Peserta Allianz, sementara Peserta harus dirawat inap?

- Jika Anda lupa membawa Kartu Peserta Allianz, Anda dapat melakukan pelayanan medis dengan mekanisme *reimbursement* (lihat pada halaman 6).
- Jika Kartu Peserta Hilang, Anda dapat membuat Kartu Peserta Allianz baru dengan menghubungi AHCS - Health Policy Management. Pembuatan kartu baru akan dikenakan biaya administrasi Rp10 ribu dan memerlukan waktu selama 14 hari kerja untuk proses cetak ulang. Selama proses cetak ulang, Anda dapat melakukan pelayanan medis dengan mekanisme *reimbursement*.

18. Pada prosedur pembayaran *reimbursement*, Tertanggung harus melampirkan dokumen formulir klaim termasuk diagnosis dokter. Bagaimana bila Tertanggung lupa meminta diagnosis dokter?

- Diagnosis dokter merupakan hal penting untuk diverifikasi oleh Allianz. Oleh sebab itu, jika Tertanggung tidak melampirkan dokumen tersebut, cara yang dapat dilakukan oleh Tertanggung yaitu:

- Menghubungi bagian Rekam Medis/ *Medical Record* pada RS/klinik tersebut untuk meminta diagnosis dokter yang akan diisi pada formulir yang tersedia di bagian rekam medis disertai dengan paraf/tanda tangan dokter pemeriksa.
- Kembali ke dokter, meminta diagnosis dituliskan di resume medis dan dilengkapi nama, tanda tangan, dan cap stempel dokter tersebut.
- Setelah Tertanggung melengkapi diagnosis dokter, kirimkan diagnosis tersebut dan Surat Pengembalian yang dikirimkan oleh Allianz ke Kantor Pusat Allianz.
- Allianz akan memproses klaim dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen diterima secara lengkap di Kantor Allianz dan disetujui Allianz.

19. Bagaimana cara pengajuan Koordinasi Manfaat Asuransi (*Coordination of Benefit/CoB*)?

Pada CoB, Allianz hanya membayar perawatan medis dan/atau pengeluaran yang tidak ditanggung oleh asuransi lain dan Tertanggung wajib mengirimkan dokumen berikut ini kepada Allianz:

- Formulir Klaim Asuransi Kesehatan yang diisi dengan identitas lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung.
- Resume Medis yang ditandatangani dokter dengan stempel rumah sakit atau salinan yang dilegalisir.
- Surat asli selisih dan perincian biaya yang dibayarkan dan tidak dibayarkan yang dikeluarkan oleh asuransi kesehatan lainnya.
- Kuitansi asli selisih dan perincian biaya yang dibayarkan dan tidak dibayarkan.