

Alur Pra-otorisasi dan Pre-admission untuk perawatan (rawat inap/rawat jalan) di luar negeri melalui dengan Global Excel Indonesia (GEI) Secara Non-Tunai (*Cashless Claim*).

Alur Pra-otorisasi

1



Nasabah menghubungi rumah sakit untuk membuat jadwal kunjungan.

Pastikan Nasabah sudah membawa kelengkapan dokumen yang diperlukan sebelum tiba di rumah sakit, yaitu:

1. *Pre Authorization Form* (PAF).
2. Kartu Asuransi Prudential (*e-card* atau salinan dari kartu fisik).
3. Fotokopi Paspor yang masih berlaku, milik Tertanggung & Pemegang Polis.
4. Nomor Telpn dan alamat *e-mail* yang aktif yang dapat dihubungi ketika melakukan perawatan dan selama berada di luar negeri.
5. Hasil pemeriksaan medis yang sudah ada sebelumnya beserta surat rekomendasi dokter (jika ada).

2



Nasabah datang ke rumah sakit sesuai jadwal untuk melakukan konsultasi rawat jalan secara mandiri.

Pembayaran biaya rawat jalan dilakukan secara pribadi.

Catatan:
Biaya rawat jalan di atas dapat diajukan melalui metode penggantian (*reimbursement*) jika keputusan rawat inapnya disetujui oleh Prudential Indonesia, dan sepanjang perawatan rawat jalan yang tersebut berkaitan dengan perawatan rawat inapnya.

3



Apabila Dokter memutuskan Nasabah perlu rawat inap, maka dokter akan menentukan tanggal Nasabah melakukan rawat inap.

kemudian, Nasabah meminta dokter untuk mengisi PAF.

Catatan:
Nasabah perlu memastikan dokter mengisi PAF pada bagian II s/d V.

Bagian I & VI PAF diisi oleh Nasabah.

4



Setelah *Pre Authorization Form* (PAF) terisi dengan lengkap, Nasabah dapat mengirimkan dokumen *Pre Authorization Form* (PAF) Beserta dokumen penunjang lainnya ke prudential_care@globalexcel.co.id

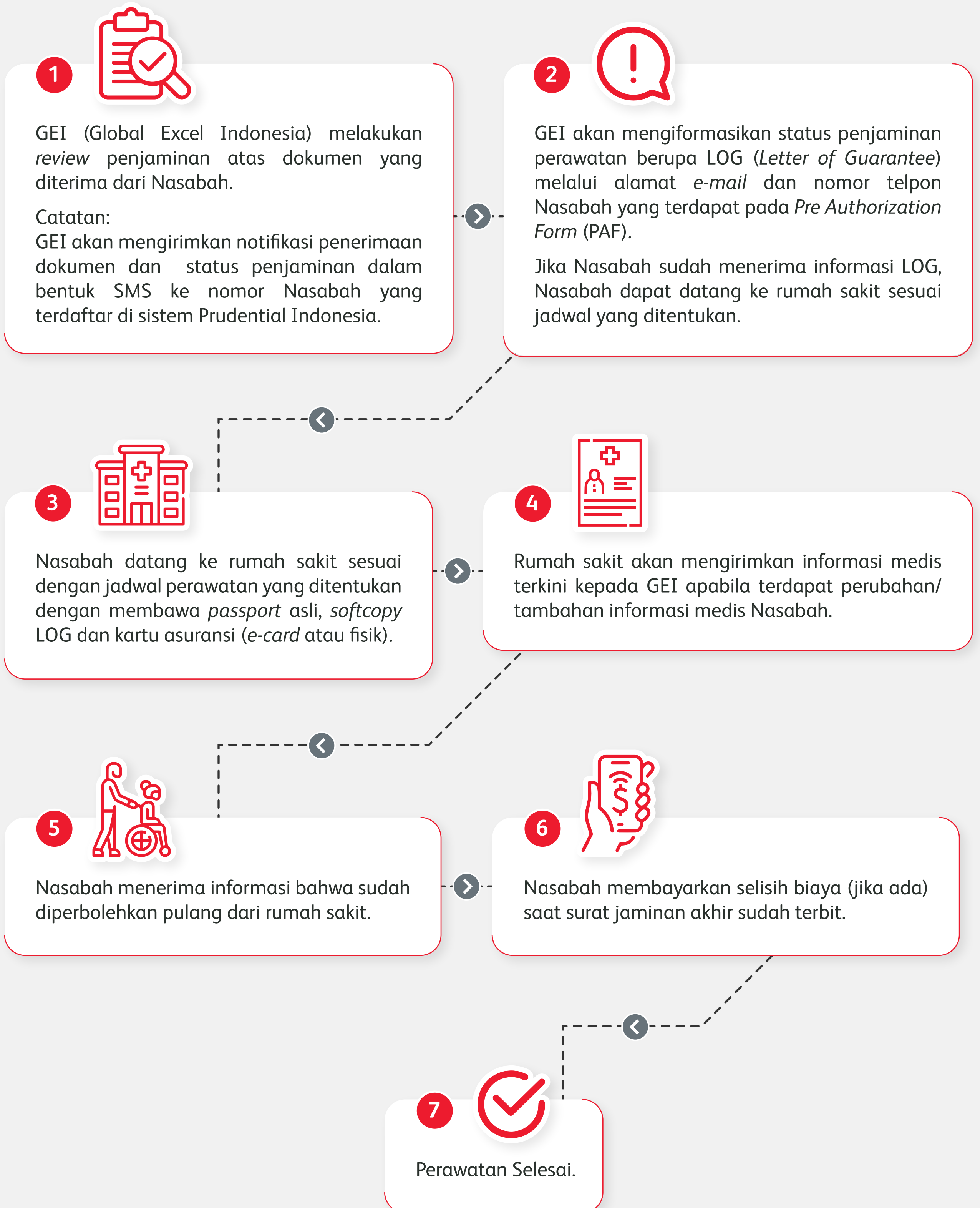
5



Pra-otorisasi selesai, lanjut ke tahap *Pre-admission*.



Alur Pre-admission





Hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum perawatan *Cashless* dengan GEI di Luar Negeri

- 1 Terdapat dua tahapan yang harus dilakukan oleh Nasabah sebelum menjalani perawatan di rumah sakit luar negeri. **Nasabah diharuskan melakukan tahap pra-otorisasi kemudian dilanjutkan dengan tahap *Pre-admission*.**
 - i. **Pre-sertifikasi atau disebut juga dengan Pra-otorisasi** adalah tahap dimana Nasabah **secara mandiri membuat janji dengan rumah sakit dan dokter** yang melakukan perawatan sampai dengan melakukan konsultasi rawat jalan dengan membawa form *Pre Authorization Form* (PAF).
 - ii. ***Pre-admission* adalah** tahap dimana setelah melakukan konsultasi kemudian Nasabah menerima rekomendasi dokter untuk melakukan rawat inap, Nasabah harus Mengirimkan dokumen PAF yang sudah diisi Nasabah dan dokter yang merawat serta dokumen penunjang lainnya ke GEI untuk mendapatkan surat jaminan awal.
- 2 Dokumen penunjang yang harus dilengkapi oleh Nasabah saat mengajukan *Pre-admission* ke GEI adalah sebagai berikut:
 - i. *Pre Authorization Form* (PAF), yang sudah diisi lengkap oleh Nasabah dan Dokter yang merawat yang menyatakan diperlukannya perawatan rawat inap.
 - ii. Kartu Asuransi Prudential (*e-card* atau salinan dari kartu fisik).
 - iii. Fotokopi Paspor yang masih berlaku, milik Tertanggung & Pemegang Polis.
 - iv. Nomor Telpn dan alamat *e-mail* yang aktif yang dapat dihubungi ketika melakukan perawatan dan selama berada di luar negeri.
 - v. Hasil pemeriksaan medis yang sudah ada pada perawatan sebelumnya beserta surat rekomendasi dokter pada perawatan sebelumnya (jika ada).Seluruh dokumen dikirimkan melalui *e-mail* ke alamat *e-mail* **prudential_care@globalexcel.co.id**
- 3 Pra-otorisasi dilakukan selambat-lambatnya 7 hari kerja sebelum rencana perawatan.
- 4 *Pre-admission* dilakukan selambat-lambatnya 3 hari kerja sebelum rencana perawatan.
- 5 Beberapa rumah sakit di luar negeri bagian administrasi asuransi tidak beroperasi 24 jam 7 hari seminggu, diharapkan Nasabah memperhatikan jadwal administrasi di rumah sakit sebelum melakukan Pra-otorisasi dan *Pre-admission*.
- 6 Proses Pra-otorisasi tidak menerbitkan surat jaminan awal atau *Letter of Guarantee* (LOG), LOG akan diterbitkan jika seluruh dokumen medis rencana perawatan Nasabah sudah diterima oleh GEI dari rumah sakit saat pengajuan *Pre-admission* dan sudah mendapatkan persetujuan.
- 7 Prudential Indonesia akan membayarkan perawatan rawat inap sesuai dengan *approval* batas manfaat, *plan* dan ketentuan Polis yang dipilih oleh Pemegang Polis pada produk asuransi kesehatan yang dimiliki.
- 8 Apabila Nasabah tidak mengikuti kedua tahapan ini (*point* 1) maka proses penjaminan *Cashless* tidak dapat dilakukan.

Call Centre GEI (Penjaminan di Luar Negeri)	Keterangan
+62 21 - 50966220	Layanan 24 jam untuk mengetahui status penjaminan Nasabah. Catatan: Panggilan dari luar negeri akan dikenakan tarif internasional yang berlaku di wilayah setempat.

Formulir Pra-Otorisasi Rumah Sakit / Hospital Pre-authorization form

Formulir klaim ini tidak berlaku sebagai pengakuan tanggung jawab/This claim form is not an admission of liability.
Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerja samanya./
Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing. All fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.

No Rekam medis/Medical Record No: _____

I. BAGIAN ADMINISTRASI (dilengkapi oleh yang bertanggung) / ADMINISTRATIVE SECTION (To be completed by insured only)

Nama Pasien/ Patient Name:	Jenis Kelamin/ Sex (✓)	Pria/Male ☐ Wanita/Female ☐
No Handphone Pasien/ Contact number:	Usia/ age	
Alamat / Address:	Tanggal Lahir/ Date of birth	
Nama Rumah Sakit/ Hospital name	No Polis/ Policy number	
No Telepon RS/ Hospital phone number	Plan/ Plan	
Tanggal Masuk RS/ Date of admission	No KTP/Paspor No ID/Passport	
Dokter yang merawat/ treating doctor	Tipe Kelas/ Room type	

1. Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap dalam 2 tahun terakhir ini untuk kondisi tersebut, di rumah sakit ini atau fasilitas lainnya? YA/TIDAK
Any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospital or any other facilities? YES/NO

Jika YA mohon berikan penjelasan dibawah ini / If YES, please provide details below:

Tanggal/ Date	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan)/ Disease/Disorder (detail of treatment)	Dokter/Rumah Sakit/ Doctor/Hospital	Rincian Kontak/ Contact details

II. BAGIAN MEDIS (Dilengkapi oleh dokter) / MEDICAL SECTION (To be completed by Physician)

Gejala yang muncul / Symptoms presented:	Tanggal ketika pasien pertama kali menyadari akan adanya tanda atau gejala penyakit ini:/ Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition: dd/mm/yyyy	
Pemeriksaan Fisik / Physical Findings:	Tanda-tanda Vital / Vital Signs: Nadi / Pulse: Tekanan Darah / BP: Skala Nyeri/Pain scale (VAS):	Suhu / Temp: Nafas / Resp:
Diagnosa/kondisisementara / Provisional diagnosis/conditions: Etiologi/Etiology:	Diagnosa akhir / Final diagnosis: Etiologi/Etiology:	
Pemeriksaan penunjang (uraikan jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk menegaskan diagnosa)/ Investigation (describe necessary investigations requested to define the diagnosis)		

- a. Apakah pasien sedang menjalani pengobatan rutin ?/ Does the patient on any routine medication)?

Ya /Yes ☐ Tidak / No ☐

Jika YA, sebutkan nama obatnya/ If "YES" please specify name of medication: _____

(i) Berapa lama pasien mengkonsumsi obat ini?/ How long is the patient on this medication ? Sejak/ Since: _____/_____/_____
Tgl/ Dd bln/mm thn/ yy

(ii) Tujuan pengobatan? / What is the medication treated for? _____nama diagnosa/ Name of Diagnosis: _____

- b. Apakah kondisi pasien saat masuk bisa diterapi secara rawat jalan ? YA / TIDAK, Bila TIDAK, apakah indikasi rawat inapnya?/
Can Patient's condition at time of admission be treated as Out-patient? If "No" what is the indication for hospitalization?

BAGIAN KECELAKAAN / ACCIDENT/TRAUMA SECTION

Detail kecelakaan/ Details of Accident

Mohon tandai dengan (✓) untuk tipe kecelakaan yang sesuai dan lengkapi detail dibawah ini./ Please (✓) type of accident and complete the details as below.

Apakah pengobatan ini berhubungan dengan kecelakaan / Is this treatment related to accident? (✓) Ya/Yes ☐ Tidak/No ☐ Jika "Iya" mohon lengkapi bagian ini / If Yes, please complete this accident section	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;">a. Terjadi pada/ Occurred on</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;"> Tanggal/ Date _____/_____/_____ Time ____ am ☐ pm ☐ Tgl/DD Bln/mm Thn/yy </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;">b. Mohon informasi status lokalis cedera pasien/ Please inform specific body region of injury:</td> </tr> </table>	a. Terjadi pada/ Occurred on	Tanggal/ Date _____/_____/_____ Time ____ am ☐ pm ☐ Tgl/DD Bln/mm Thn/yy	b. Mohon informasi status lokalis cedera pasien/ Please inform specific body region of injury:	
a. Terjadi pada/ Occurred on	Tanggal/ Date _____/_____/_____ Time ____ am ☐ pm ☐ Tgl/DD Bln/mm Thn/yy				
b. Mohon informasi status lokalis cedera pasien/ Please inform specific body region of injury:					

Detail kecelakaan/ Details of Accident

1. i. Mohon tandai dengan (✓) untuk tipe kecelakaan yang sesuai dan lengkapi detail dibawah ini.
Please (✓) type of accident and complete the details as below.

No	Tipe Kecelakaan Type of Accident	(✓)	Waktu Kecelakaan Time of incident (am/pm)	Tanggal Date (dd/mth/yy)	No	Tipe Kecelakaan Type of Accident	(✓)	Waktu Kecelakaan Time of incident (am/pm)	Tanggal Date (dd/mth/yy)
a.	Kecelakaan kendaraan bermotor/ Motor vehicle accident			/ /	e.	Perkelahian (terbawa perkelahian / korban situasi)/ Un-provoked fight/victim of circumstances			/ /
b.	Perkelahian (memulai perkelahian)/ Provoked fight			/ /	f.	Kecelakaan domestik (jatuh / Terpotong / terbakar, dsb)/ Domestic accident due fall/cut /burns			/ /
c.	Kecelakaan kerja / Industrial Accident			/ /	g.	Tenggelam/ Drowning			/ /
d.	Usaha bunuh diri / Attempted suicide			/ /	h.	Lainnya, mohon sebutkan/ Others please specify:			/ /

- ii. Jelaskan secara singkat kronologis kejadian. Apakah ada laporan ke kepolisian bila kecelakaan terkait point (a) – (e).Tandai (✓):
Described briefly chronology of event. Was police report lodge if incident was due to item (a) to (e). Please tick (✓)
Bila ada laporan ke kepolisian, mohon lembar laporan kepolisian dikirim ke kami melalui email/fax.
If police report is lodge, please email, fax a copy to us.

Ya/Yes ☐ Tidak/No ☐

2. Untuk cedera karena kecelakaan kendaraan bermotor, mohon tandai dengan (✓):
Injury due to Motor Vehicle accident, please (✓)

No.	Kecelakaan Kendaraan Bermotor/ Motor Vehicle Accident	Ya/Yes	Tidak/No
a.	Apakah pasien merupakan pengemudi dari kendaraan bermotor tersebut? Is patient the driver of the motor vehicle?		
b.	Apakah pasien mengenakan sabuk pengaman pada saat terjadi kecelakaan? Was patient wearing a seat belt at the time of accident?		
c.	Sepeda Motor: Apakah pasien merupakan pengemudi sepeda motor tersebut? Motorcycle : was patient the rider?		
d.	Sepeda Motor: Apakah pasien merupakan pembonceng/penumpang sepeda motor tersebut? Motorcycle : was patient the pillion rider?		
e.	Sepeda Motor: Apakah pasien menggunakan helm pada saat kecelakaan? Motorcycle: Was patient wearing a helmet at time of accident?		
f.	Bila pasien adalah pengemudi / pengendara: Apakah pasien memiliki SIM yang berlaku? Jika "Ya" mohon lampirkan. Patient the driver/rider: Patient holds a valid driving license?		
g.	Bila pasien tidak menggunakan helm, darimana informasi tersebut didapat . mohon tandai dengan (✓): If patient was not using helm, was this information obtained from the following :- [Please (P) where relevant] 1. Pasien/ Patient ☐ 2. Keluarga/Family members ☐ 3. Teman/ Friends ☐ 4. Saksi Mata / Eyewitness ☐		

3. Apakah ada indikasi hal – hal dibawah ini yang berkontribusi terhadap kecelakaan? Mohon lingkari “Ya” atau “Tidak”:
Is there any indication as below a contributory factor to the incident? Please circle “Yes” or “No” :

No.	Subject	Circle		No.	Illness	Circle	
a.	Pengaruh Alkohol/ Influence of alcohol	Ya (Yes)	Tidak (No)	f.	Olah raga berbahaya/ Dangerous sports	Ya (Yes)	Tidak (No)
b.	Penyalahgunaan Obat-obatan/ Abuse of drugs	Ya (Yes)	Tidak (No)	g.	Usaha bunuh diri /self- inflicted into attempted suicide	Ya (Yes)	Tidak (No)
c.	Penyakit kejiwaan/ Mental Illness	Ya (Yes)	Tidak (No)	h.	Olah raga profesional/ Professional Sport	Ya (Yes)	Tidak (No)
d.	Perkelahian (memulai perkelahian / Provoke fight	Ya (Yes)	Tidak (No)	i.	Pelaku kejahatan/ Act of Criminal	Ya (Yes)	Tidak (No)
e.	Bencana alam/ Natural Disaster	Ya (Yes)	Tidak (No)	j.	Kerusuhan / Huru-hara/ Riot/Civil Commotion	Ya (Yes)	Tidak (No)

Ya/Yes Tidak/No

4. a. Apakah pasien menderita luka bakar derajat ketiga? Mohon tandai (✓)
Has patient sustained third degree burn? Please tick (✓)
- b. Mohon berikan penilaian sejawat tentang persentase permukaan tubuh yang terpengaruh oleh luka bakar tingkat ketiga dengan mengacu pada “Rule of Nine”
Please provide your assessment of percentage of body burn surface which has been affected by the third degree burn by reference to the “Rule of Nine”.

☐ ☐

III. PERAWATAN YANG DIBERIKAN/ TREATMENT ADVISED

Rencana Perawatan / Treatment plan:

Nama Operasi/Surgery's Name:

Pengambilan Biopsy PA: Ya/Yes Tidak/No

Taking Biopsy PA: (✓) ☐ ☐

Perkiraan biaya rumah sakit / Estimated hospital costs:

- Biaya kamar perawatan per hari / Room per night:
- Tipe Kamar yang ditempati/ Type of Room:
 - a) Jumlah tempat tidur/kamar / Number of Bed/Room
 - b) Harga kamar/malam / Room charge/night :
- Total perkiraan biaya kamar & rumah sakit / Total room & all hospital costs estimate:

Perkiraan biaya dokter bedah dan anestetis / Estimated fees for surgeon and anethetist:

- a. Perkiraan kunjungan per hari / Daily visit estimates:
- b. Perkiraan operasi / Surgery estimate
 - Perkiraan biaya dokter (a&b) / Treating doctor's total estimate cost (a&b):
 - Perkiraan biaya anestetis / Anethetist's estimate cost:

Perkiraan lama perawatan (dalam hari) / Estimated Length of treatment (in days)

IV. RENCANA PERAWATAN SELANJUTNYA / FURTHER TREATMENT PLANNED

Mohon berikan rincian tentang rencana perawatan selanjutnya / Please give details of any further planned treatment plan:

V. RINCIAN PENANGGUNG YANG LAIN / OTHER INSURER'S DETAILS

Mohon tandai dengan (✓)/Please mark with (✓)

Apakah pengobatan ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is this treatment covered under another insurance policy?

Ya/ Yes ☐ Tidak /No ☐

Jika Anda menjawab “YA” pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi yang terkait. (Mohon lampirkan salinan surat persetujuan klaim/perincian pembayaran klaim dari perusahaan asuransi lain tersebut).
If you have answered “YES” to either of these questions, please give the name of the related insurance company involved. (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment

VI. RINCIAN PESERTA DAN PASIEN / Member's and patient's details

No. Telepon / Telephone no:	Alamat Email / Email addresses:
No Handphone / Mobile phone no:	

PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS / POLICY HOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY	PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN DECLARATION
Dengan ini saya menyatakan bahwa / I hereby declare and agree that: Saya telah membaca dan atau dibacakan untuk saya dan dijelaskan dalam bahasa yang saya pahami, dan menjawab atau mengisi pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Saya memahami bahwa informasi tersebut diatas diperlukan untuk memproses klaim saya dan jika catatan medis tidak disediakan, biaya yang terkait dengan klaim saya mungkin tidak ditanggung oleh asuransi saya / <i>I have read and or read to me and explained in a language that I understand, and answer or fill in the questions above completely according to the actual situation. I understand that the information above is required to process my claim and if medical records are not provided expenses related to my claim may not be covered by my insurance.</i> Tanda tangan saya berarti bahwa saya telah mengerti dan saya menyetujui segala ketentuan Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) berkaitan dengan klaim saya. Dalam hal tanda tangan dilakukan oleh perwakilan resmi saya, maka akan tetap berlaku sebagaimana mestinya/ <i>My signature means that I understand, and I agree to all terms of Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) related to my claim. In condition if the signature is performed by my authorized representative, it will still be valid as appropriate.</i> Salinan foto atau transmisi faksimili dari otorisasi ini sama sahnyanya dengan aslinya / <i>A photographic copy or facsimile transmission of this authorization shall be as valid as the original.</i> Saya berikan otorisasi khusus saya bahwa persetujuan ini mencakup pengungkapan informasi yang sangat sensitif baik kepada asuransi saya maupun pihak ketiga lainnya terkait dengan klaim asuransi saya. / <i>I give my specific authorization that this consent includes disclosure of sensitive information to my insurance provider or other third parties in connection with my insurance claim.</i> _____ Tanda tangan pasien atau perwakilan resmi/ Signature of patient or authorized representative _____ tanggal (hr/bln/thn) Date(dd/mm/yy) _____ Tanda tangan saksi/Signature of witness _____ tanggal (hr/bln/thn) Date(dd/mm/yy)	Saya, dokter _____, dokter yang merawat pasien tersebut diatas, dengan ini menyatakan informasi yang diberikan diatas adalah benar dan akurat sepanjang sepengetahuan saya / <i>I, doctor the attending doctor for the above name patient, hereby declares that above information provided are true and accurate to the best of my knowledge.</i> Bidang Keahlian (Spesialis)/ Field of Specialty _____ Tanda Tangan/ Signature: _____ Cap Rumah Sakit / Klinik / Hospital/Clinic's stamp Tanggal/Date _____ Tgl/Bln/Thn (dd/mm/yy)

Formulir Pra-Otorisasi Rumah Sakit /Hospital Pre-authorization form

Formulir klaim ini tidak berlaku sebagai pengakuan tanggung jawab/This claim form is not an admission of liability.
Semua bagian dalam formulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerja samanya./
Please complete this form in full in order to assure a fast and accurate processing. All fields are compulsory. Thanks again for your cooperation.

No Rekam medis/Medical Record No: _____

I. BAGIAN ADMINISTRASI (dilengkapi oleh yang bertanggung) / ADMINISTRATIVE SECTION (To be completed by insured only)

Nama Pasien/ Patient Name:	Jenis Kelamin/ Sex (✓)	Pria/Male ☐ Wanita/Female ☐
No Handphone Pasien/ Contact number:	Usia/ age	
Alamat / Address:	Tanggal Lahir/ Date of birth	
Nama Rumah Sakit/ Hospital name	No Polis/ Policy number	
No Telepon RS/ Hospital phone number	Plan/ Plan	
Tanggal Masuk RS/ Date of admission	No KTP/Paspor No ID/Passport	
Dokter yang merawat/ treating doctor	Tipe Kelas/ Room type	

1. Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap dalam 2 tahun terakhir ini untuk kondisi tersebut, di rumah sakit ini atau fasilitas lainnya? YA/TIDAK
Any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospital or any other facilities? YES/NO

Jika YA mohon berikan penjelasan dibawah ini / If YES, please provide details below:

Tanggal/ Date	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan)/ Disease/Disorder (detailsoftreatment)	Dokter/Rumah Sakit/ Doctor/Hospital	Rincian Kontak/ Contactdetails

II. BAGIAN MEDIS (Dilengkapi oleh dokter) / MEDICAL SECTION (To be completed by Physician)

Gejala yang muncul / Symptoms presented:	Tanggal ketika pasien pertama kali menyadari akan adanya tanda atau gejala penyakit ini:/Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition: dd/mm/yyyy
Pemeriksaan Fisik / Physical Findings:	Tanda-tanda Vital / Vital Signs: Suhu / Temp: Nadi / Pulse: Nafas / Resp: Tekanan Darah / BP: Skala Nyeri/Pain scale (VAS):
Diagnosa/kondisisementara / Provisional diagnosis/conditions: Etiologi/Etiology:	Diagnosa akhir / Final diagnosis: Etiologi/Etiology:
Pemeriksaan penunjang (uraikan jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk menegaskan diagnosa)/ Investigation (describe necessary investigations requested to define the diagnosis)	

- a. Apakah pasien sedang menjalani pengobatan rutin ?/ Does the patient on any routine medication)?
Ya /Yes ☐ Tidak / No ☐
Jika YA, sebutkan nama obatnya/ If “YES” please specify name of medication: _____
- (i) Berapa lama pasien mengkonsumsi obat ini?/ How long is the patient on this medication ? Sejak/ Since: _____/_____/_____
Tgl/ Dd bln/mm thn/ yy
- (ii) Tujuan pengobatan? / What is the medication treated for? _____nama diagnosa/ Name of Diagnosis: _____
- b. Apakah kondisi pasien saat masuk bisa diterapi secara rawat jalan ? YA / TIDAK, Bila TIDAK, apakah indikasi rawat inapnya?/
Can Patient’s condition at time of admission be treated as Out-patient? If “No” what is the indication for hospitalization?

BAGIAN KECELAKAAN / ACCIDENT/TRAUMA SECTION

Detail kecelakaan/ Details of Accident

Mohon tandai dengan (✓) untuk tipe kecelakaan yang sesuai dan lengkapi detail dibawah ini./ Please (✓) type of accident and complete the details as below.

Apakah pengobatan ini berhubungan dengan kecelakaan / Is this treatment related to accident? (✓) Ya/Yes ☐ Tidak/No ☐ Jika "Iya" mohon lengkapi bagian ini / If Yes, please complete this accident section	a. Terjadi pada/ Occurred on	Tanggal/ Date ____/____/____ Time ____am ☐ pm ☐ Tgl/DD Bln/mm Thn/yy
	b. Mohon informasi status lokalis cedera pasien/ Please inform specific body region of injury:	

Jelaskan secara singkat kronologis kejadian/Described briefly chronology of event.

*Bila tidak cukup mohon menggunakan lembar terpisah lainnya/*If there is not enough space to write the chronology, please use another separate sheet

III. PERAWATAN YANG DIBERIKAN/ TREATMENT ADVISED	
Rencana Perawatan / Treatment plan: Nama Operasi/Surgery's Name:	
Pengambilan Biopsy PA: Ya/Yes ☐ Tidak/No ☐ Taking Biopsy PA: (✓) ☐	
Perkiraan biaya rumah sakit / Estimated hospital costs: • Biaya kamar perawatan per hari / Room per night: • Tipe Kamar yang ditempati/ Type of Room: a) Jumlah tempat tidur/kamar / Number of Bed/Room b) Harga kamar/malam / Room charge/night : • Total perkiraan biaya kamar & rumah sakit / Total room & all hospital costs estimate:	Perkiraan biaya dokter bedah dan anestetis / Estimated fees for surgeon and anesthetist: a. Perkiraan kunjungan per hari / Daily visit estimates: b. Perkiraan operasi / Surgery estimate • Perkiraan biaya dokter (a&b) / Treating doctor's total estimate cost (a&b): • Perkiraan biaya anestetis / Anesthetist's estimate cost:
Perkiraan lama perawatan (dalam hari) / Estimated Length of treatment (in days)	

IV. RENCANA PERAWATAN SELANJUTNYA / FURTHER TREATMENT PLANNED
Mohon berikan rincian tentang rencana perawatan selanjutnya / Please give details of any further planned treatment plan:

V. RINCIAN PENANGGUNG YANG LAIN / OTHER INSURER'S DETAILS
Mohon tandai dengan (✓)/Please mark with (✓) Apakah pengobatan ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is this treatment covered under another insurance policy? Ya/ Yes ☐ Tidak /No ☐ Jika Anda menjawab "YA" pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi yang terkait. (Mohon lampirkan salinan surat persetujuan klaim/perincian pembayaran klaim dari perusahaan asuransi lain tersebut). If you have answered "YES" to either of these questions, please give the name of the related insurance company involved. (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment

VI. RINCIAN PESERTA DAN PASIEN / Member's and patient's details	
No. Telepon / Telephone no:	Alamat Email / Email addresses:
No Handphone / Mobile phone no:	

PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS / POLICY HOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY	PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN DECLARATION
Dengan ini saya menyatakan bahwa / I hereby declare and agree that: - Saya telah membaca dan atau dibacakan untuk saya dan dijelaskan dalam bahasa yang saya pahami, dan menjawab atau mengisi pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Saya memahami bahwa informasi tersebut diatas diperlukan untuk memproses klaim saya dan jika catatan medis tidak disediakan, biaya yang terkait dengan klaim saya mungkin tidak ditanggung oleh asuransi saya /I have read and or read to me and explained in a language that I understand, and answer or fill in the questions above completely according to the actual situation. I understand that the information above is required to process my claim and if medical records are not provided expenses related to my claim may not be covered by my insurance. - Tanda tangan saya berarti bahwa saya telah mengerti dan saya menyetujui segala ketentuan Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) berkaitan dengan klaim saya. Dalam hal tanda tangan dilakukan oleh perwakilan resmi saya, maka akan tetap berlaku sebagaimana mestinya/ My signature means that I understand, and I agree to all terms of Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) related to my claim. In condition if the signature is performed by my authorized representative, it will still be valid as appropriate. - Salinan foto atau transmisi faksimili dari otorisasi ini sama sahnyanya dengan aslinya./A photographic copy or facsimile transmission of this authorization shall be as valid as the original. - Saya berikan otorisasi khusus saya bahwa persetujuan ini mencakup pengungkapan informasi yang sangat sensitif baik kepada asuransi saya maupun pihak ketiga lainnya terkait dengan klaim asuransi saya. /I give my specific authorization that this consent includes disclosure of sensitive information to my insurance provider or other third parties in connection with my insurance claim. - Saya bersedia memberikan otorisasi khusus saya bahwa persetujuan ini mencakup pengungkapan informasi yang sangat sensitive (termasuk informasi data medis) dan korespondensi terkait dengan klaim asuransi saya kepada Tenaga Pemasar saya dan Direct Leadernya/I give my specific authorization that this consent includes disclosure of sensitives information (including medical data information) and correspondence related my insurance claim to my Insurance Agent and their Direct Leaders. ☐ Bersedia/agree ☐ Tidak Bersedia/not agree Tanda tangan pasien atau perwakilan resmi/ Signature of patient or authorized representative tanggal (hr/bln/thn) Date (dd/mm/yy) Tanda tangan saksi/Signature of witness tanggal (hr/bln/thn) Date (dd/mm/yy)	Saya, dokter _____, dokter yang merawat pasien tersebut diatas, dengan ini menyatakan informasi yang diberikan diatas adalah benar dan akurat sepanjang sepengetahuan saya / I, doctor the attending doctor for the above name patient, hereby declares that above information provided are true and accurate to the best of my knowldge. Bidang Keahlian (Spesialis)/ Field of Specialty _____ Tanda Tangan/ Signature: Tanggal/Date _____ _____ Cap Rumah Sakit / Klinik / Hospital/Clinic's stamp Tgl/Bln/Thn (dd/mm/yy)