

## Persyaratan Sebelum Melakukan Perawatan ke Luar Negeri :

1. Nasabah mengirimkan email ke [pmnline@prudential.co.id](mailto:pmnline@prudential.co.id) sebelum menjalani perawatan dengan menginformasikan serta melampirkan:
  - a. Nomor Polis PPH (Syariah), PPH Plus (Syariah) atau PRUSolusi Sehat (Syariah)
  - b. Paspor (Tertanggung & Pemegang Polis) dan Nomor Telpon yang dapat dihubungi ketika berada di luar negeri
  - c. Kartu Peserta / e-card
  - d. Hasil pemeriksaan medis yang sudah ada sebelumnya berserta surat rekomendasi dokter
  - e. Mengisi lengkap formulir pre-sertifikasi download di [bit.ly/PRUMedicalNetwork](http://bit.ly/PRUMedicalNetwork)
2. PRUMedical Network akan berkoordinasi dengan TPA Layanan Klaim Non Tunai perawatan di Luar Negeri yaitu International Assistance.
3. TPA akan menjadwalkan perawatan Nasabah.
4. Jika sudah mendapatkan jadwal maka TPA akan konfirmasi melalui email ke nasabah.
5. Nasabah wajib melakukan pre-sertifikasi selambat-lambatnya 4 hari kerja sebelum rencana perawatan.

## Hal Penting Yang Wajib Diketahui Pada Proses Pre-Sertifikasi:

1. Tahapan pre-sertifikasi penting dilakukan agar nasabah bisa lebih siap dalam melakukan pembelian tiket maupun melakukan pengaturan akomodasi selama berada di luar negeri.
2. Beberapa Rumah Sakit di Luar Negeri bagian administrasi asuransi tidak beroperasi 24 jam 7 hari seminggu oleh karena itu sebaiknya pre-sertiifikasi dilakukan selambat-lambatnya 4 hari kerja sebelum rencana perawatan.
3. Proses pre-sertifikasi belum menerbitkan *Letter of Guarantee* (LOG), LOG baru diterbitkan jika seluruh dokumen medis rencana perawatan sudah diterima oleh International Assistance dari Rumah Sakit tempat nasabah dirawat.

## PRE – ADMISSION FORM / FORMULIR PRA-PENDAFTARAN

Private and Confidential / Pribadi dan Rahasia

Part 1. (To be completed by Patient / Claimant) / Bagian 1. (Untuk diisi oleh Pasien / Pengklaim)				
1. Patient Name : <i>Nama Pasien</i>		2. NRIC (Old & New) : <i>K.P. (Lama &amp; Baru)</i>		
3.a. Date of Birth : <i>Tanggal Lahir</i>	b. Age : <i>Umur</i>	c. Sex : <i>Jenis Kelamin</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Laki-laki</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>
4. Policy No./Member ID/ Certificate No./Plan/Company Name : <i>No. Polis/No. Anggota/No. Sertifikat/Program&gt;Nama Perusahaan asuransi</i>			5. Admission/Planned Admission date <i>Tanggal pengakuan/tanggal pengakuan yang direncanakan</i>	
6. Hospital Name : <i>Nama Rumah Sakit</i>		7. Name of attending Doctor / Speciality <i>Nama Dokter/Spesialis yang merawat</i>		
Admission Reason (tick) and answer accordingly / Alasan Pengakuan (centang) dan jawab sesuai dengan yang dicentang				
<input type="checkbox"/> 8. Accident <i>Kecelakaan</i>	a. Occurred on <i>Terjadi pada</i>	Date _____/_____/_____ Time _____ <i>Tanggal pagi / siang / sore / malam</i>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
	b. Details of Accident <i>Rincian Kecelakaan</i>			
<input type="checkbox"/> 9. Illness <i>Penyakit</i>	a. Symptoms first appeared on : <i>Gejala pertama muncul pada</i>		Date _____/_____/_____ <i>Tanggal</i>	
	b. Doctor(s) consulted for this condition : <i>Dokter(-dokter) yang dikonsultasikan untuk keadaan ini</i>			
	c. Doctor's or Clinic Contact (Address & Telephone) : <i>Kontak Dokter atau Klinik (Alamat &amp; Telepon)</i>			
10. Declaration and Authorization / <i>Pernyataan dan Pemberian Kuasa</i>				
<p>I declare that the answers given above are true and complete to the best of my knowledge and belief I understand the delivery of this form is in no way an admission of Company's liability and payment to the hospital by the Company or its representative shall not be construed as final admission of the Company's liability and for this and any further claims arising. The Company reserves all rights for evaluation as appropriate.</p> <p>I am fully aware of the limits as to my Assured medical insurance under the above mentioned policy. I hereby undertake to settle/reimburse any medical expenses exceeding my entitlement under the said policy contract or that is not covered by the same.</p> <p>I hereby irrevocable authorize any organization, institution, or individual that has any record or knowledge of my health and medical history or treatment or advice that has been or may hereafter be consulted, other personal information or details of accident/injury, to disclose to the Company or its representative such information. I agree that the Company or its representative may use or disclose any of the information collected or held to third parties (within or outside Malaysia, including the Company's parent company, subsidiaries or any other associated companies within the Company's Group, reinsurers, medical examiners, claims investigators and industry associations/federations etc, in relation to this claim. This authorization shall bind my / the Assured's / Insured's successors and assigns and remain valid notwithstanding my Assured's/Insured's Incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be valid as the original. I agree that in the event I make, or have in the past made, any false or untrue statement and/or concealed any material facts in respect of my/the Insured condition, the Company shall absolutely forfeit my/the Insured's/ Assured's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier a result thereof.</p> <p>Saya menyatakan bahwa jawaban yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya. Saya memah ami penyerahan formulir ini sama sekali bukan merupakan pengakuan mengenai pertanggungjawaban Perusahaan dan pembayaran kepada rumah sakit oleh Perusahaan atau wakilnya tidak dapat ditafsirkan sebagai pengakuan final mengenai pertanggungjawaban Perusahaan dan atas klaim ini dan klaim lebih lanjut apa pun yang timbul. Perusahaan berhak untuk melakukan evaluasi jika perlu.</p> <p>Saya menyadari sepenuhnya batas-batas mengenai asuransi medis saya/Tertanggung berdasarkan polis tersebut di atas. Saya dengan ini berjanji untuk menyelesaikan/mengganti biaya medis apa pun yang melebihi hak saya berdasarkan kontrak polis tersebut atau yang tidak tercakup.</p> <p>Saya dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat dibatalkan kepada organisasi, lembaga, atau individu mana pun yang memiliki catatan atau pengetahuan apa pun mengenai kesehatan dan riwayat medis atau pengobatan saya atau nasihat yang sudah atau mungkin sesudah ini dikonsultasikan, informasi pribadi lain atau rincian kecelakaan/cedera, untuk mengungkapkan informasi tersebut kepada Perusahaan atau wakilnya. Saya setuju bahwa Perusahaan atau wakilnya dapat menggunakan atau mengungkapkan informasi apa pun yang dihimpun atau dipegang kepada pihak ketiga (di dalam maupun di luar Malaysia, termasuk perusahaan induk, anak perusahaan dari Perusahaan atau perusahaan terkait lain mana pun di dalam Grup Perusahaan, reasuradur, pemeriksa medis, penyelidik klaim dan asosiasi-asosiasi/federasi-federasi industri dan sebagainya sehubungan dengan klaim ini. Pemberian kuasa ini mengikat para penerus hak dan penerima kuasa saya/Penerima Manfaat Asuransi/Tertanggung dan tetap sah meskipun saya/Penerima Manfaat Asuransi/Tertanggung mengalami ketidakmampuan sejauh memungkinkan secara hukum. Fotokopi dari pemberian kuasa ini sah sebagaimana aslinya. Saya setuju bahwa dalam hal saya membuat, atau pernah membuat di masa lalu, pernyataan palsu atau tidak benar apa pun dan/atau menyembunyikan fakta materiil apa pun sehubungan dengan kondisi saya/Tertanggung, Perusahaan asuransi akan mutlak menghapus hak saya/Tertanggung/Penerima Manfaat Asuransi atas kompensasi dan berhak lebih lanjut untuk menarik kembali biaya apa pun yang sudah dibayar lebih dulu sebagai akibatnya.</p>				
Signature of Patient <i>Tanda tangan Pasien</i>		Signature of Assured/Claimant <i>Tanda tangan Penerima Manfaat Asuransi/Pengklaim</i>		Signature of Witness <i>Tanda tangan Saksi</i>
Full Name/ <i>Nama Lengkap</i> :	Full Name/ <i>Nama Lengkap</i> :	Full Name/ <i>Nama Lengkap</i> :	IC No. / <i>No. KP</i> :	IC No. / <i>No. KP</i> :
Date / <i>Tanggal</i> :	Date / <i>Tanggal</i> :	Date / <i>Tanggal</i> :	Contact No. / <i>No. Telepon</i> :	Contact No. / <i>No. Telepon</i> :
Contact No. / <i>No. Telepon</i> :	Relationship to Patient / <i>Hubungan dengan Pasien</i>	Contact No. / <i>No. Telepon</i> :	Contact No. / <i>No. Telepon</i> :	Contact No. / <i>No. Telepon</i> :

CATATAN : PENGISIAN FORMULIR PRA-PENGAKUAN INI TIDAK MENJAMIN PENGADAAN SURAT JAMINAN

**Part 2. ADMISSION SECTION ( To be completed upon admission by Doctor) Bagian 2. BAGIAN PENGAKUAN (Untuk diisi sesudah pengakuan oleh Dokter)**

1.a. Patient Name : <i>Nama Pasien</i>	b. NRIC : <i>K.P.:</i>	c. Age : <i>Umur:</i>	d. Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <i>Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan</i>
2. Policy No./ Member ID / Certificate No / Plan / Company No : <i>Polis No./No. Anggot/No. Sertifikat/Program/No. Perusahaan asuransi</i>	3. Admission No. MRN and Hospital Name / Hospital Contact and Fax No. <i>No. Pengakuan Nama MRN dan Rumah Sakit / No. Telepon dan Fax Rumah Sakit</i>		
4. Admission Date and Time : <i>Tanggal dan Waktu Pengakuan</i> (dd/mm/yy) Date _____ / _____ / _____ Time _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm (---/---/---) <i>Tanggal Waktu pagi siang sore malam</i>	5. Expected days of stay / Discharge Date : <i>Lama hari tinggal yang diperkirakan / Tanggal Keluar</i>		
6.a. Symptoms / conditions requiring admission : <i>Gejala/kondisi yang memerlukan pengakuan</i>	b. How long is patient aware of the condition : <i>Sudah berapa lama pasien menyadari kondisinya</i>		
c. Patient's BP / Temp / Pulse : <i>Tensi Darah/Suhu Badan/Denyut Nadi Pasien</i>			
d. Symptoms first appeared : _____ / _____ / _____ <i>Gejala pertama kali muncul</i>	e. Date first consulted : _____ / _____ / _____ <i>Tanggal pertama kali dikonsultasikan</i>		
7.a. Any previous consultation / treatment / hospitalization for this symptom / illness or related conditions, or other disorders whether in this hospital or any other facilities ? <i>Konsultasi/pengobatan/opname apa pun sebelumnya untuk gejala/penyakit ini atau kondisi yang terkait, atau gangguan lain baik di rumah sakit ini atau fasilitas lain mana pun</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
b. Was this patient referred? If yes, please provide details below : <i>Apakah pasien ini dirujuk? Jika ya, harap berikan rincian di bawah ini</i>			
c. If this condition existed before symptoms became apparent to the patient, please indicate your professional opinion how long has the condition existed : <i>Apabila kondisi ini sudah ada sebelum gejalanya menjadi jelas bagi pasien, harap sebutkan pendapat profesional Anda sudah berapa lama kondisi tersebut ada</i>			
Date <i>Tanggal</i>	Disease/ Disorder <i>Penyakit/Gangguan</i>	Details of Treatment/ Hospitalization <i>Rincian Pengobatan/Opname</i>	Doctor / Hospital /Clinic <i>Dokter/Rumah Sakit/Klinik</i>
d. Can the condition be managed under the outpatient basis : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Dapatkah kondisinya dikelola dengan rawat jalan</i> Ya Tidak If no please provide reasons of admission : <i>Jika tidak, harap berikan alasan untuk pengakuan</i>			
8. a. <input type="checkbox"/> Admitting Diagnosis : <i>Diagnosis Awal</i> Or Atau b. <input type="checkbox"/> Provisional Diagnosis : <i>Diagnosis Sementara</i> c. Diagnosis confirm on _____ / _____ / _____ <i>Penegasan diagnosis pada tanggal</i> Advised patient on _____ / _____ / _____ <i>Pasien diberi tahu pada tanggal</i>	d. Cause and pathology underlying the present diagnosis : <i>Sebab dan patologi yang mendasari diagnosis sekarang ini</i> e. Any possibility of relapse? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Ada kemungkinan kambuh? Ya Tidak</i>		
9. Estimated Total Costs : <i>Biaya Total yang Diperkirakan</i>			
10.a. Admission requires : <i>Pengakuan memerlukan</i> <input type="checkbox"/> Hospitalization <i>Rawat Inap</i> <input type="checkbox"/> Day Care <i>Rawat Jalan</i> <input type="checkbox"/> On Patient's request <i>Atas permintaan Pasien</i>	11. Is the illness / condition related to : (please tick (v) if YES) <i>Apakah penyakit/kondisi terkait dengan: (harap centang (v) jika YA</i> <input type="checkbox"/> Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarian section / miscarriage or any complications arising there from <i>Kehamilan/Melahirkan/Ketidaksuaburan/Bedah Sesar/ keguguran atau komplikasi apa pun yang timbul darinya</i> <input type="checkbox"/> Congenital / Hereditary diseases <i>Penyakit bawaan/keturunan</i> <input type="checkbox"/> Influence of drugs / alcohol <i>Pengaruh obat-obatan/alkohol</i> <input type="checkbox"/> Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder <i>Gangguan Saraf/Mental/Emosi/Tidur</i> <input type="checkbox"/> Cosmetic reason / Dental care /refractive errors correction <i>Alasan kosmetik/Perawatan gigi/Koreksi kesalahan refraksi</i> <input type="checkbox"/> AIDS / HIV/ STD / VD <input type="checkbox"/> Self - Inflicted injuries / Violation of laws / Strike/Riots <i>Cedera yang disebabkan oleh diri sendiri / Pelanggaran terhadap Undang-Undang / Pemogokan / Huru-hara</i> <input type="checkbox"/> None of the above <i>Bukan salah satu dari tersebut di atas</i>		Please provide details <i>Harap berikan rincian</i>
12. Medical treatment, investigation and surgical procedure to be performed, if any (please supply copy of all investigation results) : <i>Perawatan medis, penyelidikan, prosedur bedah yang akan dilakukan, jika ada (harap berikan salinan dari semua hasil penyelidikan)</i>			
13. Any other medical / surgical conditions present? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, details below <i>Kondisi medis/bedah lain apa pun yang ada? Ya Tidak, dengan rincian di bawah ini</i> a. _____ since sejak _____ / _____ / _____ b. _____ since sejak _____ / _____ / _____		14. Was the patient pregnant at the time of hospitalization? (for Female only) <i>Apakah pasien hamil pada waktu menjalani opname? (hanya untuk Perempuan)</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, _____ Months Ya Tidak _____ Bulan	
15.a.If hospitalization was due to injury, please describe circumstances and cause of injury : <i>Apabila opname disebabkan oleh cedera, harap uraikan keadaan dan penyebab cedera tersebut:</i> b. Please indicate date / time of accident : (dd/mm/yy) _____ / _____ / _____ (hrs) _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <i>Harap sebutkan tanggal/waktu kecelakaan : (---/---/---) (jam) pagi / siang / sore / malam</i>			
16. I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries/illness described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition. I, the attending doctor, hereby authorize the Hospital/Facility/Clinic to release the results of the investigation reports as charged in the interim/discharge bill and/or as required by Administrasi Medika c/o IA International Assistance Sdn Bhd which has been legally appointed as the third-party administrator by the insurer. <i>Saya dengan ini menyatakan bahwa saya sudah memeriksa dan mengobati sendiri pasien untuk cedera/penyakitnya sebagaimana tersebut di atas dan bahwa fakta sebagaimana tersebut di atas merupakan pendapat medis saya tentang kondisinya</i>			
Date <i>Tanggal</i>	Name & Signature of Attending Doctor <i>Nama &amp; Tanda Tangan Dokter yang Merawat</i> DR's Contract no and email address <i>No. Kontrak dan alamat email Dokter</i>		Doctor / Hospital Stamp <i>Cap Dokter/Rumah Sakit</i>

**DISCHARGE SECTION (To Be Completed Upon Discharge by Doctor) BAGIAN PEMEBBASAN (Untuk Diisi Sesudah Pembebasan oleh Dokter)**17. Undertaking Letter Ref No : (if available) *Surat Janji Ref. No.: (jika ada)* 18. Date of Discharge: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *Tanggal Pembebasan*19. a. Final Diagnosis : *Diagnosis Final* ICD code : *Kode ICD*  
b. Cause and pathology of the diagnosis : *Penyebab dan patologi diagnosis*21. a. Surgical procedures performed : *Prosedur bedah yang dilaksanakan*  
Kode MMA/kode PHFSR  
b. Date of surgery / procedure : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *Tanggal bedah/ prosedur*22.a. Recovery complication that arise (if any) : *Komplikasi pemulihan yang timbul (jika ada)*b. In case of DEATH, please advise date/time and cause of death : *Jika terjadi KEMATIAN, harap beritahukan tanggal/waktu dan penyebab kematian*

23. I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries/illness described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition. I, the attending doctor, hereby authorize the Hospital/Facility/Clinic to release the results of the investigation reports as charged in the interim/discharge bill and/or as required by Administrasi Medika c/o IA International Assistance Sdn Bhd which has been legally appointed as the third-party administrator by the insurer.

***Saya dengan ini menyatakan bahwa saya sudah memeriksa dan mengobati sendiri pasien untuk cedera/penyakitnya sebagaimana terse but di atas dan bahwa fakta sebagaimana tersebut di atas merupakan pendapat medis saya tentang kondisinya***\_\_\_\_\_  
Date  
*Tanggal*\_\_\_\_\_  
Name & Signature of Attending Doctor *Nama & Tanda Tangan Dokter yang Merawat*  
DR's Contract no and email address *No. Kontrak dan alamat email Dokter*\_\_\_\_\_  
Doctor / Hospital Stamp  
*Cap Dokter/Rumah Sakit*