

Alur Perawatan Rawat Jalan (One Day Care/One Day Surgery) di Specialty Centres SingHealth* Secara Non-Tunai (Cashless Claim)

*National Cancer Centre of Singapore (NCCS)

*Singapore National Eye Centre (SNEC)

*National Heart Centre Singapore (NHCS)

Nasabah (dalam hal ini bertindak sebagai "Pemegang Polis" dan/ atau "Tertanggung" yang melakukan perawatan di Specialty Centres SingHealth) datang ke Specialty Centres SingHealth untuk proses rawat jalan (konsultasi dengan dokter yang dituju dan melakukan *Pre-Admission*, jika diperlukan *One Day Care (ODC)/One Day Surgery (ODS)*).

*Berlaku untuk Nasabah pemegang Kartu:

1. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare plan 4 juta
2. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare plan 6 juta
3. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare plan 8 juta
4. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare Plus Plan Gold, Platinum, Diamond
5. Asuransi Tambahan Kesehatan PRU Prime Healthcare Plus Pro Plan Gold, Platinum, Diamond
6. Asuransi Kesehatan PRU Solusi Sehat Plan Gold, Platinum, Diamond
7. Asuransi Kesehatan PRU Solusi Sehat Plus Pro Plan Gold, Platinum, Diamond

Nasabah akan dibantu oleh PSC untuk:

- Bertemu dengan *Patient Liaison Services (PLS)* untuk pengisian *Form PAF* dan Menyimpan *Form A* (Formulir pelepasan informasi medis yang sudah di tandatangani Nasabah)
- Bertemu dengan *Financial Counselling* untuk mendapatkan *Care Cost Form* (estimasi biaya perawatan).

Nasabah mengirimkan dokumen yang diperlukan untuk persetujuan *Pre-Admission* ke pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subyek email :

1. Perawatan di NCCS maka NCCS_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di SNEC maka SNEC_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di NHCS maka NHCS_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

Dokumen yang diperlukan:

1. Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*)
2. Paspor
3. *Copy Entry stamp* atau *screenshot* dari *Immigration & Checkpoints Authority (ICA)* yang dapat diunduh pada MyICA Mobile di Play Store atau App Store
4. Surat Pernyataan yang dapat diunduh pada tautan bit.ly/PMNSingHealth

Nasabah kembali ke Specialty Centres SingHealth sesuai jadwal tindakan perawatan yang telah ditentukan, setelah mendapatkan persetujuan *Pre-Admission* dari PMN.

Nasabah **wajib** meminta *Outpatient Summary* dari Specialty Centres SingHealth setelah perawatan selesai dilakukan.

Outpatient Summary akan disediakan oleh PSC jika *Form A* sudah diisi oleh Nasabah.

Nasabah datang ke Specialty Centres SingHealth untuk melakukan konsultasi dokter dan menyerahkan *Pre-Authorization Form (Form PAF)**.

Pengisian *form PAF* dapat diisi oleh dokter atau dapat dibantu oleh *Patient Service Center (PSC)*** Counter PSC berbeda-beda di setiap unit Specialty Centres SingHealth.

**Form PAF* dapat diunduh pada tautan bit.ly/PMNSingHealth

**Pengisian *form PAF* yang dibantu oleh PSC akan dikenakan biaya kurang lebih sebesar SGD 55,51

Nasabah wajib melengkapi dokumen yang tertera pada *Check List Form* sebagai panduan selama perawatan sampai *resume* medis diberikan saat kepulangan, guna kelancaran proses penjaminan klaim.

Check List Form dapat diunduh pada tautan bit.ly/PRUMedicalNetwork pada menu "**Prosedur pendaftaran cashless di SingHealth**".

Nasabah menerima konfirmasi penjaminan perawatan di Specialty Centres SingHealth dari PMN melalui notifikasi *claim tracking* yang dikirimkan ke nomor GSM Pemegang Polis yang terdaftar di Prudential Indonesia.

Notifikasi dikirimkan pada saat yang sama (*real time*) ketika penjaminan sudah diterbitkan oleh PMN.

Nasabah mengirimkan dokumen hasil penunjang selama perawatan di Specialty Centres SingHealth ke PMN melalui *email* pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subyek email :

1. Perawatan di NCCS maka NCCS_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di SNEC maka SNEC_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di NHCS maka NHCS_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

Nasabah mengirimkan *Outpatient Summary* serta dokumen hasil penunjang selama perawatan di Specialty Centres SingHealth yang belum dikirimkan sebelumnya ke *email* pmnline@prudential.co.id

Specialty Centres SingHealth akan mengirimkan total tagihan perawatan ke PMN, 5-14 hari kerja sejak perawatan selesai.

Apabila Nasabah ingin mengetahui total tagihan perawatannya, dapat meminta langsung ke Specialty Centres SingHealth, atau dapat menghubungi PMN di nomor *customer line* 1500085.

Perlu diperhatikan!

1. Nasabah sangat disarankan untuk melakukan pendaftaran secara *online* terlebih dahulu melalui *email* masing-masing Specialty Centres SingHealth
2. Info lebih lengkap mengenai jadwal praktek dokter dan lokasi PSC di Specialty Centres SingHealth melalui
NCCS
telp : (65) 6436 8088
email : callcentre@nccs.com.sg
webiste: <https://www.nccs.com.sg/patient-care>
SNEC
telp : (65) 6227 7266
email : appointments@sneec.com.sg
NHCS
telp : (65) 6704 2000
email : central.appt@nhcs.com.sg
3. Pengiriman dokumen perawatan Nasabah di Specialty Centres SingHealth **wajib** dilakukan sendiri oleh Nasabah/Tenaga Pemasar untuk menjaga kerahasiaan data Nasabah
4. PMN akan memproses penjaminan awal perawatan Nasabah setelah dokumen Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*), *Copy Paspor* dan *Copy Entry Stamp*, Formulir Surat Pernyataan, *form PAF* dan Estimasi Biaya tindakan/perawatan (*Care Cost Form*) sudah diterima oleh PMN
5. Pastikan nomor GSM yang terdaftar di Prudential Indonesia harus aktif di negara tujuan, agar dapat menerima notifikasi *claim tracking* perawatan Nasabah
6. Specialty Centres SingHealth akan menginformasikan *excess claim* (jika ada) Nasabah melalui *email*, serta cara pembayarannya
7. Jam operasional *Financial Counselling* Specialty Centres SingHealth:
Senin - Jumat : Pukul 07.00 - 16.00 WIB
Sabtu : Pukul 07.00 - 11.00 WIB
Minggu dan Hari Libur Nasional Singapura : Tutup
8. Prudential Indonesia akan membayarkan perawatan rawat jalan (ODC/ODS) sesuai dengan batas manfaat dan *plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis pada produk asuransi kesehatan yang dimiliki
9. Khusus untuk Nasabah yang akan melakukan perawatan rawat jalan pasca rawat inap, Nasabah dapat memberikan form Surat Keterangan Dokter (SKD) untuk langsung diisi oleh dokter saat melakukan konsultasi. Apabila dokter tidak bersedia mengisi form SKD maka Nasabah dapat mengisi form melalui <https://www.sgh.com.sg/mro/pages/default.aspx> dan memberikan ke Medical Report Officer RS

Daftar dokumen yang perlu dikirimkan oleh Nasabah selama melakukan perawatan di Specialty Centres SingHealth:

1. Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*)
2. *Copy Paspor*
3. *Copy Entry stamp* atau *screenshot* dari *Immigration & Checkpoints Authority (ICA)*
4. Formulir Surat Pernyataan
5. Dokumen hasil penunjang rawat jalan (jika ada)
6. Dokumen penunjang medis selama perawatan di Specialty Centres SingHealth
7. *Outpatient Summary*

Alur Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit Grup SingHealth* secara non-tunai (*Cashless Claim*)

*Singapore General Hospital (SGH)
*KK Women's and Children's Hospital (KKH)
*Sengkang General Hospital (SKH)

1 Nasabah (dalam hal ini bertindak sebagai "Pemegang Polis" dan/atau "Tertanggung" yang melakukan perawatan di Grup SingHealth) datang ke Rumah Sakit Grup SingHealth untuk proses rawat jalan (konsultasi dengan dokter yang dituju dan melakukan *Pre-Admission* jika diperlukan rawat inap).
Pembayaran biaya rawat jalan dilakukan secara pribadi. Biaya rawat jalan dapat diajukan melalui metode penggantian (*reimbursement*) ke Prudential Indonesia jika keputusan rawat inapnya disetujui, dan sepanjang perawatan rawat jalan yang diajukan sebelumnya berkaitan dengan perawatan rawat inapnya.
Serahkan/kirimkan Formulir Klaim beserta dokumen yang diperlukan lainnya, baik secara langsung melalui pos atau melalui Tenaga Pemasar Anda, ke kantor pusat Prudential Indonesia.

2 Nasabah mengunduh *Pre-Authorization Form* (PAF) pada tautan bit.ly/PRUMedicalNetwork yang tersedia pada menu "**Prosedur pendaftaran cashless di SingHealth**", kemudian menyerahkannya ke *Patient Liaison Service* (PLS) Rumah Sakit Grup SingHealth untuk diisi agar *Financial Counselling* Rumah Sakit Grup SingHealth dapat menginformasikan estimasi biaya tindakan/perawatan kepada Nasabah serta konfirmasi tanggal rencana perawatan.

3 Nasabah wajib melengkapi dokumen yang tertera pada *Check List Form* sebagai panduan selama perawatan sampai resume medis diberikan saat kepulangan. Guna kelancaran proses penjaminan klaim.
Check List Form dapat diunduh pada tautan bit.ly/PRUMedicalNetwork pada menu "**Prosedur pendaftaran cashless di SingHealth**".

4 Nasabah mengirimkan dokumen yang diperlukan untuk persetujuan *Pre-Admission*, yaitu Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*), *Copy Paspor* dan *copy entry stamp*, serta *copy statement letter*.
Seluruh dokumen dikirimkan ke pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subjek *email*-nya:
1. Perawatan di SGH maka SGH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di KKH maka KKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di SKH maka SKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

5 Nasabah menerima konfirmasi penjaminan perawatan di Rumah Sakit Grup SingHealth dari PMN melalui SMS yang dikirimkan ke nomor GSM Pemegang Polis yang terdaftar di Prudential Indonesia.
Notifikasi dikirimkan pada saat yang sama (*real time*) ketika penjaminan sudah diterbitkan oleh PMN.

Daftar dokumen yang perlu dikirimkan oleh Nasabah selama melakukan perawatan di Rumah Sakit Grup SingHealth:

1. Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*)
2. *Copy Paspor* dan *copy entry stamp*
3. Formulir Surat Pernyataan. Dapat diunduh di bit.ly/PRUMedicalNetwork dalam menu "Prosedur pendaftaran *cashless* di SingHealth"
4. Dokumen hasil penunjang rawat jalan (jika ada)
5. Dokumen penunjang medis selama rawat inap di Rumah Sakit Grup SingHealth
6. *Discharge Summary*

6 Nasabah kembali ke Rumah Sakit Grup SingHealth sesuai jadwal tindakan rawat inap yang telah ditentukan, setelah mendapatkan persetujuan *Pre-Admission* dari PMN.

7 Nasabah mengirimkan dokumen hasil penunjang selama perawatan di ke PMN melalui *email* pmnline@prudential.co.id dengan menuliskan pada subjek *email*-nya:
1. Perawatan di SGH maka SGH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
2. Perawatan di KKH maka KKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)
3. Perawatan di SKH maka SKH_(Nomor Polis)_(Nama Tertanggung)

8 Nasabah akan menerima *Discharge Summary* dari Rumah Sakit Grup SingHealth setelah rawat inap selesai.

9 Nasabah mengirimkan *Discharge Summary* serta dokumen hasil penunjang selama perawatan di Rumah Sakit Grup SingHealth yang belum dikirimkan ke PMN melalui *email* pmnline@prudential.co.id.

10 Rumah Sakit Grup SingHealth akan mengirimkan total tagihan perawatan ke PMN, 5-14 hari kerja sejak rawat inap selesai.
Apabila Nasabah ingin mengetahui total tagihan perawatannya, dapat menghubungi Rumah Sakit Grup SingHealth atau PMN.

11 Apabila terdapat *excess claim*, PMN dan Rumah Sakit Grup SingHealth akan menghubungi Nasabah untuk menginformasikan *total excess claim* dan cara pembayarannya.

Perlu diperhatikan!

1. Kamar yang tersedia untuk Nasabah adalah kelas kamar dengan 1 (satu) tempat tidur (Tipe Standar) dan kelas kamar dengan 4 (empat) tempat tidur
2. Pengiriman dokumen perawatan Nasabah di Rumah Sakit Grup SingHealth wajib dilakukan sendiri oleh Nasabah/Tenaga Pemasar
3. Rumah Sakit Grup SingHealth akan mengirim *form* PAF yang telah diisi beserta dengan estimasi biaya perawatan Nasabah ke *email* PMN
4. PMN akan memproses penjaminan awal perawatan Nasabah setelah dokumen Kartu Peserta Asuransi (*e-Card*), *Copy Paspor* dan *copy entry stamp*, *copy statement letter*, *form* PAF, dan estimasi biaya tindakan/perawatan sudah diterima oleh PMN
5. Pastikan nomor GSM yang terdaftar di Prudential Indonesia harus aktif di negara tujuan agar dapat menerima notifikasi *claim tracking* perawatan Nasabah
6. Prudential Indonesia akan membayarkan perawatan rawat inap sesuai dengan batas manfaat dan *plan* yang dipilih oleh Pemegang Polis pada produk asuransi kesehatan yang dimiliki
7. Jam operasional PLS Rumah Sakit Grup SingHealth
Senin - Jumat : Pukul 07.30 - 17.00 WIB
Sabtu, Minggu, dan Hari Libur Nasional Singapura : Tutup
8. Permintaan pelayanan PLS di SGH & SKH akan diproses saat jam operasional atau maks. 1x24 jam, sedangkan KKH akan diproses saat jam operasional atau maks. 5x24 jam
9. Informasi kontak PLS Rumah Sakit Grup SingHealth
SGH: pls@sgh.com.sg / (65) 6326 5656
KKH: pls@kkh.com.sg
SKH: pls@skh.com.sg
10. Khusus untuk Nasabah yang akan melakukan perawatan rawat jalan pasca rawat inap, Nasabah dapat memberikan form Surat Keterangan Dokter (SKD) untuk langsung diisi oleh dokter saat melakukan konsultasi. Apabila dokter tidak bersedia mengisi form SKD maka Nasabah dapat mengisi form melalui <https://www.sgh.com.sg/mro/pages/default.aspx> dan memberikan ke Medical Report Officer RS



DOCUMENT LIST TO SEND TO PRU MEDICAL NETWORK (PMN)
DAFTAR DOKUMEN YANG DIKIRIM KE PRU MEDICAL NETWORK (PMN)

Policy number :
Nomor Polis
 Policy holder name :
Nama Pemegang Polis
 Phone Number :
Nomor telepon
 E-mail :
E-mail
 Documents submitted : (Please put a check mark \surd on the documents submitted)
Dokumen yang diserahkan (mohon berikan tanda \surd pada dokumen yang diserahkan)

Form document list mandatory signed by customer and sent to PMN
Formulir daftar dokumen wajib ditandatangani nasabah dan dikirim ke PMN

No. No.	Document Dokumen	Singapore General Hospital		National Cancer Centre	
		Customer Nasabah	Hospital Rumah Sakit	Customer Nasabah	Clinic Klinik
1	Insurance card /e-card <i>Kartu asuransi /kartu elektronik</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2	Passport and entry stamp <i>Paspor dan stempel masuk</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3	Statement Letter (PMN format) <i>Surat pernyataan format PMN</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4	Examination Report & medical document <i>Dokumen hasil pemeriksaan penunjang medis</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5	Discharge / outpatient summary <i>Ringkasan kepulangan</i>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6	Pre-Authorisation Form <i>Formulir Pra-Otorisasi</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Invoice & final bill <i>Faktur & tagihan akhir</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Care Cost Form <i>Formulir Biaya Perawatan</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Disclaimer:
Pernyataan:

- Document no. 1 – 8 mandatory to send to PMN include with this form document list.
Dokumen no. 1 – 8 wajib dikirimkan ke PMN beserta form daftar dokumen ini.
- Guarantee decision will be issued after all documents received by PMN.
Keputusan penjaminan akan diterbitkan setelah seluruh dokumen diterima oleh PMN.
- Discharged / Outpatient summary mandatory send to PMN before customer out from the Hospital.
Discharged / Outpatient summary wajib dikirim ke PMN sebelum nasabah keluar dari RS.
- If all documents are not received within 14 calendar days, the guarantee process will be cancelled.
Jika seluruh dokumen tidak diterima dalam waktu 14 hari kalendar, maka proses penjaminan akan dibatalkan..

Other document needed by PMN (if any):
Dokumen lainnya yang PMN perlukan (jika ada)

Stated in : _____
Dinyatakan di

Date : - - (date-month-year)
Tanggal (tanggal-bulan-tahun)

Sent by:
Dikirim oleh

Sent by:
Dikirim oleh

(_____)
 Customer
Nasabah

(_____)
 Financial Counselling Officer
Petugas Financial Counselling

STATEMENT

I, the undersigned

Name :	Address :
Date of Birth :	Phone/Cell. No. :
e-KTP/ NIK No. :	
Relationship with the Patient :	

I, the undersigned, am the patient or the patient's representative/guardian ("I/my/me"). That I have registered the Patient with data as follows:

Name of Patient :	Claim No. :
Date of Birth :	Date of Admission :
Gender :	Name of Health Facility :
e-KTP No. :	
Policy No. :	Medical Record No. :
	Class : <input type="checkbox"/> According to the Eligible Plan
	<input type="checkbox"/> Not According to the Eligible Plan
	Reason :

Hereby state and confirm that PT PRUDENTIAL LIFE ASSURANCE (hereinafter referred to as "Prudential Indonesia") will issue the Letter of Guarantee in relation to the treatment in the name of the patient above. In connection with the above, I/the patient as described above state as follows :

1. That I guarantee that the Policy Number and Name of Patient stated in the Prudential Indonesia card are true as the Insured/insured member of Prudential Indonesia and I guarantee that the patient to be hospitalized is the same person named in such card.
2. That I agree that if the statement set out in point 1 above turns to be untrue, the Letter of Guarantee being issued by Prudential Indonesia to the hospital will be automatically void and I/the represented person am/is willing to pay all costs to the Hospital.
3. That I and/or the representative/guardian agree /agrees to be responsible for any costs difference or all costs if:
 - a. It exceeds the limit of health benefit set out in the policy directly, and agree to be responsible to make full payment if there is any outstanding costs difference in the future (after discharge from the Hospital) due to revision of costs or calculation.
 - b. This treatment does not meet the requirements pursuant to the patient's policy and the payment is made directly to the Hospital before being discharged from the Hospital, regardless that Prudential Indonesia has issued the guarantee at the time the patient is to be treated.
4. That I hereby give a power of attorney to the Specialist, General Physician, Paramedic (midwife/nurse), Hospital Staff with whom (I/the represented person) being examined or treated to give full statement regarding the condition/illness/medical history/ treatment/medical information, verbally or in writing to Prudential Indonesia including the employees or any other person designated by Prudential Indonesia in relation to the submission of Life/health insurance claim in the name set out above. In connection with the above, I am hereby responsible for the disclosure of medical information or data and hold harmless the Specialists, General Physicians, Paramedics (midwives/nurses), Hospital Staff /Insurers or other parties from all legal consequences arising therefrom or potentially arising from any party whatsoever. This power of attorney will not terminate if there is no revocation from me, or any reasons as set out in articles 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code and a copy of this power of attorney has the same legal and binding effect as the original thereof.
5. I give permission to Prudential Indonesia to give or receive information regarding my/the represented person's Policy data to pursue any necessary additional information from other Insurer and/or other agencies.

In witness whereof, this Statement is made truthfully, consciously and without any duress from any party whatsoever.

The undersigned

Date:

Signed by Hospital Officer and

Hospital Stamp

Name :

Name :

Department :



PRE-AUTHORISATION FORM TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

(Indicate "NA" if not applicable.)

(Fill dates in format "DDMMYYYY") ____/____/____

Name of Patient :		NRIC / FIN No	
Policy Number :			
A. Details of Hospitalization			
Name of Principal Doctor and Clinic		Name of Hospital / Surgery Centre	
Preferred Ward Type		Date of Admission	Est. Length of Stay (No. of days)
<u>Private</u> <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> 2 Bed <input type="checkbox"/> Standard Single Bed <input type="checkbox"/> 4 Bed <input type="checkbox"/> Others:		Is the condition typically managed on an outpatient basis? If Yes, please provide reason for <u>this</u> Hospitalization. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, reasons are:	
<u>Public/Restructured</u> <input type="checkbox"/> Day Surgery (subsidised) <input type="checkbox"/> Class B1/B1+ <input type="checkbox"/> Day Surgery (non-subsidised) <input type="checkbox"/> Class B2/B2+ <input type="checkbox"/> Class A <input type="checkbox"/> Class C			
Date of first consultation of symptoms	Date of diagnosis/ provisional diagnosis	Diagnosis / Provisional diagnosis in ICD 10 AM with description	
Date of onset of symptoms / Duration of symptoms		Description of symptoms	
Did the patient come to see you with a referral letter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If a referral letter is available, please attach a copy to speed up the pre-authorisation process.)		Based on the information available to you, does the patient have any of the following major co-morbidities? (Note: Only co-morbidities that have impact on the patient's treatment, impact on the duration of hospitalization, or which are medically related to the patient's condition, need to be indicated.)	
Based on the information available to you, is the event for which pre-authorisation is being requested: <input type="checkbox"/> For a routine check-up/screening <input type="checkbox"/> Related to a clinical trial/study		Comorbidities	Date of diagnosis, if available
		<input type="checkbox"/> Cancer	
		<input type="checkbox"/> Stroke, Heart Failure, Cardiovascular Disease	
		<input type="checkbox"/> Diabetes	

<input type="checkbox"/> Related to self-inflicted injuries/attempted suicide <input type="checkbox"/> Related to alcohol/drug abuse <input type="checkbox"/> Related to a congenital anomaly/genetic disorder <input type="checkbox"/> Related to a mental/psychiatric disorder <input type="checkbox"/> Related to an elective cosmetic procedure <input type="checkbox"/> Related to a dental procedure <input type="checkbox"/> Related to an STD or HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Related to pregnancy/ childbirth/infertility /caesarian section /miscarriage or any complications arising there from <input type="checkbox"/> Related to cosmetic reason/ dental care/ refractive error correction	<input type="checkbox"/> Hyperlipidaemia	
	<input type="checkbox"/> Hypertension	
Date of onset of symptoms / Duration of symptoms	<input type="checkbox"/> Kidney Failure	
	<input type="checkbox"/> Other Significant Comorbidities that impact the patient's care (Please state):	
a. If hospitalization was due to injury, please describe circumstance and cause of injury		NOT APPLICABLE
b. Please indicate date/time of accident : (dd/mm/yyyy) _____/_____/_____ (hrs)_____ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>		

B. Best Estimated Costs	S\$																		
1. Total Professional Fees <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">TOSP Code and Description: Breakdown as:</td> </tr> <tr> <td>Surgeon fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> <tr> <td>Anaesthetist fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">TOSP Code and Description:</td> </tr> <tr> <td>Surgeon fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> <tr> <td>Anaesthetist fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">TOSP Code and Description:</td> </tr> <tr> <td>Surgeon fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> <tr> <td>Anaesthetist fees</td> <td style="text-align: right;">S\$</td> </tr> </table>	TOSP Code and Description: Breakdown as:		Surgeon fees	S\$	Anaesthetist fees	S\$	TOSP Code and Description:		Surgeon fees	S\$	Anaesthetist fees	S\$	TOSP Code and Description:		Surgeon fees	S\$	Anaesthetist fees	S\$
TOSP Code and Description: Breakdown as:																			
Surgeon fees	S\$																		
Anaesthetist fees	S\$																		
TOSP Code and Description:																			
Surgeon fees	S\$																		
Anaesthetist fees	S\$																		
TOSP Code and Description:																			
Surgeon fees	S\$																		
Anaesthetist fees	S\$																		
2. Total Attendance Fees																		
3. Total of Other Fees (E.g. Secondary treating doctors' fees, surgical implants, medical consumables, and other charges.) Breakdown as: a. S\$ b. S\$ c. S\$																		

d.	S\$	
----	-----	--

4. Total Hospital Charges	
----------------------------------	--	-------

5. Total Bill Size = 1 + 2 + 3 + 4	
---	--	-------

C. Principal Doctor's Declaration & Signature

1. I represent and warrant that:

- (a) I have personally examined and treated the Insured (i.e. patient) in respect of the medical condition described above and that the information stated above represent my genuine and honest opinion of his/her condition and my recommended treatment; and
- (b) the answers given above are true, accurate and complete to the best of my knowledge and belief and that no information has been withheld.

Official Stamp of Hospital / Clinic

Name of Doctor: _____

Doctor's Signature and Date: _____



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
 I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

Nama Lengkap Pasien/Patient's Full Name	..... Rekam Medik/Med. Rec. No :
No. KTP/Passport No	Jenis Kelamin /Sex
Tanggal Lahir/Date of Birth	..... (dd/mm/yy) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laki-laki/Male Perempuan/Female
Tanggal Perawatan/Date of Hospitalization	..... (dd/mm/yy) s.d./to (dd/mm/yy)
Jenis Kamar Perawatan /Type of Hospital Room	.....
Jenis Layanan/Type of Service	<input type="checkbox"/> Rawat Inap Hospitalization <input type="checkbox"/> Sebelum-Sesudah Rawat Inap Pre-Post Hospitalization <input type="checkbox"/> Rawat Jalan Outpatient
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien Date when symptoms or complaint first occurred	..... (dd/mm/yy)
Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita saat Ini/Date of the first consultation for this condition	..... (dd/mm/yy)
Mohon jelaskan gejala penyakit Please describe the symptoms of the disease	.....
Diagnosa Utama/Primary Diagnosis	.....
Diagnosa Tambahan/Secondary Diagnosis	.....
Faktor Penyebab Diagnosa/Cause of the disease	.....
Tanggal Diagnosa ditegakkan/Date of when the Diagnosis was established	..... (dd/mm/yy)
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan/ Treatment rendered or type of surgery performed	Jenis Operasi/Type of operation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Elective) (Cito/Emergency)
Nama dokter bedah/Surgeon's name	.....
Hasil pemeriksaan laboratorium/Radiologi Results of laboratory tests/Radiology	.....
Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan Diagnosis was due to/a complication from/related to	<input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder <input type="checkbox"/> HIV – AIDS/HIV -AIDS <input type="checkbox"/> Kecelakaan/Accident <input type="checkbox"/> Usia Lanjut/Geriatric <input type="checkbox"/> Kehamilan/Pregnancy <input type="checkbox"/> Kosmetik/Cosmetic <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/Drug Abuse <input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases <input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/Treatment for Fertility or Infertility <input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/Tumour/Growth/ Cyst <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/Congenital or Hereditary Disease <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/Others (Please Describe) :
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon dicantumkan /If the treatment is due to accident, please state: a. Tanggal Kecelakaan/Date of accident	..... (dd/mm/yy)
b. Penyebab Kecelakaan/Cause of accident	.....

Mohon dilanjutkan ke halaman berikutnya/Please proceed to the next page



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/ Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
 I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya dengan diagnosa yang sama? <i>Has the patient ever been examined or admitted with the same diagnosis before ?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Physician</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following questions</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya ? <i>Has the patient ever been examined or admitted before ?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Doctor</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following question</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter pengirim/<i>If this is a referral case, please state the name and address of the referring physician.</i></p>	<p>.....</p>

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.
 I declare that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge and conviction.

Tempat & Tanggal/ Place & Date: _____

 Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter
 Name and signature of physician

 Nama & Stempel Rumah Sakit
 Name and stamp of hospital