Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) AD Premiere 16th Floor, Jl. TB Simatupang No.5 Ragunan,Pasar Minggu Jakarta Selatan 12550, Indonesia

Tel: +62 (021) 50845432

E-mail: customercare@globalexcel.co.id



	Formulir Pra-Otorisasi Rumah Sal	kit /Hospital Pre-au	ıthorization form	
Semua bagian dalam forr	erlaku sebagai pengakuan tanggung jawab/This claim form is not an admis. mulir ini wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses den full in order to assure a fast and accurate processing. All fields are compulsory. Th	gan cepat dan akurat. Terin		
			No Rekam medis/Medical Record No:	
BAGIAN ADMINISTRA	ASI (dilengkapi oleh yang tertanggung) / ADMINISTRATIVE SECT	ION (To be completed by in	asured only)	
		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	····//	
Nama Pasien/ Patient Name:		Jenis Kelamin/ Sex (✔)	Pria/Male W	anita/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		
	ition/treatment/hospitalization in the last 2 years for this condition, in this hospitalikan penjelasan dibawah ini / If YES, please provide details below: Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan)/		r/RumahSakit/	Rincian Kontak/
Date	Disease/Disorder (details of treatment)	Do	ctor/Hospital	Contact details
II. BAGIAN MEDIS (E	Dilengkapi oleh dokter) / MEDICAL SECTION (To be completed by I	Physician)		
Gejala yang muncul / Sy	rmptoms presented:		n pertama kali menyadari akan ad st became aware of any signs or sympto	
			dd/mm/yyyy	
Pemeriksaan Fisik / Phys	sical Findings:	Tanda-tanda Vital / V	ital Signs: Suh	u / Temp:
		Nadi / Pulse:	Na	nfas / Resp:
		Tekanan Darah / BP:		
Diagnosa/kondisi seme	ntara / Provisional diagnosis/conditions:	Diagnosa akhir / Final	diagnosis:	
	g (uraikan jenis pemeriksan penunjang yang diperlukan untuk menega: essary investigations requested to define the diagnosis)	skan diagnosa)/		
Ya /Yes□	dang menjalani pengobatan rutin ?/ Does the patient on any routine medication Tidak / No nama obatnya/ If "YES" please specify name of medication:			
(i) Berapa lama p	asien mengkonsumsi obat ini?/ How long is the patient on this medication? Se	jak/ Since:T	J	
(ii) Tujuan pengol	batan? / What is the medication treated for?nama	diagnosa/ Name of Diagnosis:		
	asien saat masuk bisa diterapi secara rawat jalan ? YA / TIDAK, Bila TIDAI tion at time of admission be treated as Out-patient? If "No" what is the indication for		pnya?/	

Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa)

AD Premiere 16th Floor, Jl. TB Simatupang No.5 Ragunan, Pasar Minggu Jakarta Selatan 12550, Indonesia

Tel: +62 (021) 50845432

E-mail: customercare@globalexcel.co.id



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?	a. Terjadi pada/ Occurred on	Tanggal/ Date// Tgl/DD Bln/mm	/Time Thn/yy	am	pm	
Ya/Yes Tidak/No	b. Kronologis Kecelakaan / Details of Accident					
Jika "Iya" mohon lengkapi bagian ini / If Yes, please complete this accident section						
III. PERAWATAN YANG DIBERIKAN/	TREATMENT ADVISED					
Rencana Perawatan / Treatment plan:						
Perkiraan biaya rumah sakit / Estimated hos	spital costs:		Perkiraan biaya dokter beda a. Perkiraan kunjungan p		stimated fees for surgeon and anesthetist:	
Biaya kamar perawatan per hari / Roon Total perkiraan biaya kamar & rumah		oital costs estimate:	b. Perkiraan operasi / Sur	rgery estimate er (a&b) / Treating do	octor's total estimate cost (a&b):	
Perkiraan lama perawatan (dalam hari) / I	Estimated Length of treatme	nt (in days)				
IV. RENCANA PERAWATAN SELANJU						
Mohon berikan rincian tentang rencana	perawatan selanjutnya	/ Please give details of any further plo	anned treatment plan:			
V. RINCIAN PENANGGUNG YANG LA	IN / OTHER INSURER'S	DETAILS				
Mohon tandai dengan (√)/Piease mark with (Apakah pengobatan ini diasuransikan di p Ya/ Yes		? / Is this treatment covered under	another insurance policy?			
Jika Anda menjawab 'YA' pada salah satu opembayaran klaim dari perusahaan asura If you have answered 'YES'' to either of these que	nsi lain tersebut)./		, -	·		
VI. RINCIAN PESERTA DAN PASIEN /	Member's and patie	nt's details				
No. Telepon / Telephone no :		Alamat En	nail / Email addresses :			
No Handphone / Mobile phone no :						

Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa)
AD Premiere 16th Floor, Jl. TB Simatupang No.5
Ragunan,Pasar Minggu Jakarta Selatan 12550, Indonesia
Tel: +62 (021) 50845432

E-mail: customercare@globalexcel.co.id



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.	Saya, dokter		
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.	Tanda Tangan/ Signoture: Tanggal/Date		
Salinan foto atau transmisi faksimili dari otorisasi ini sama sahnya 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.			
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)			