

#### HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II Lorong Bersatu, Off Jalan Damai, Luyang 88300 KOTA KINABALU SABAH

Tel: 088 - 324600 Faks: 088 - 272454 Email: pengarah.hqe2@moh.gov.my

Ruj. Kami

: HQE2(SB)400/1/8 (07)

Tarikh

: 25 Februari 2020

Bahagian Tuntutan PMCare Sdn Bhd No.1, Jalasn USJ 21/10, UEP Subang Jaya 47630 Selangor Darul Ehsan

Tuan.

## DOKUMEN TUNTUTAN BAYARAN INSURAN BAGI PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH NAMA PESAKIT :

Dengan hormatnya saya diarah merujuk kepada perkara di atas.

- 2. Bersama ini disertakan dokumen tuntutan bayaran yang menggunakan insuran bagi pesakit di atas seperti berikut:-
  - (i) Bil Hospital HQE22020/000041
  - (ii) Resit Rasmi 202042144701R301666
  - (iii) Borang Anggaran Caj Bayaran Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh
  - (iv) Surat Jaminan Perkhidmatan Perubatan di Hospital Kerajaan
  - (v) Ringkasan Discaj

Sekian, terima kasih.

#### "BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,

(CHONG YIK LING @ BIBIANA)

Unit Hasil Hospital Queen Elizabeth II Kota Kinabalu











CERT. NO: 000135

CERTIFIED TO ISO 9001:200



KERAJAAN MALAYSIA RESIT RASMI SALINAN

(Kew. 38E - Pin. 1/2016)

No. Resit : 202042144701R301666

: 18.02.2020 Muka Surat : 1/1

Diterima daripada

No. Pelanggan

Alamat

Bil.	Perihal Terimaan	Cara Bayaran	Rujukan	Kod Akaun	Amaun (RM)
1	DEPOSIT PESAKIT BAYAR PENUH (W/NEGARA MSIA)	Tunai	- 4 	L1112135	150.00
	Jumlah Sebelum Cukai			Sebelum Cukai	150.00
		•	with	SST (0.00 %)	
			Jumlah	1 Selepas Cukai	150.00
			Lefts of the PS Althought		

Ringgit Malaysia

SATU RATUS LIMA PULUH SAHAJA

BAYARAN DEPOSIT PESAKIT DALAM FPP

RN : FPPQEHII(20)0017 MR. TAN

Kumpulan PTJ & PTJ Menyedia

42144701

KUMPULAN PTJ KEMENTERIAN KESIHATAN JKN SABAH HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II, UNIT

PENTADBIRAN / KEWANGAN / PENGURUSAN

(NURIPA BINTI ABDULLAH)

(25.02.2020) (10:57:18 AM)

Mota:

Bayaran dibuat ouch pesaeut kerana herayahluan britis untuli pesanit hanya RMBO sahaju dan harga bruk sebenar adalah RM130 00. Resit ini adalah bayaran yang dibuat oleh pesawt baya perbetaan tersebut untuk 3 hari Ini adalah cetakan komputer dan tidak perlu ditandatangani Wasan Perb.: KK/BSKK/10/600-2/1/2(49)

OHONG YIK, LING W BIBIAN JAN84E

OHONG YIK, LING W BIBIAN JAN84E

PENOLONG AKAUNTAN W 29

PENOLONG AKAUNTAN W 29

HOSPITAL QUEEN ELIZABETH

No. Kelulusan Perb.: KK/BSKK/10/600-2/1/2(49)

KOTA KINABALII



#### KERAJAAN MALAYSIA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

HOSPITAL QUEEN ELIZABETH 2
Hospital Queen Elizabeth 2, Lorong Bersatu Off Jalan Damai , Luyang 88300, Kota Kinabalu, Sabah. Tel: 088-324600, Fax: 088-272454

No., Bil.:(FPP)/HQE22020/000041

Tarikh Bil: 21/02/2020

Tarikh Cetak: 21/02/2020

9			Tarikii Colaic : 21/02/2020
Maklumat Pesakit			
Nama Pesakit KP / Passport Alamat Pesakit	Kg Toboh Baru P/s 132 89307, Keningau, SABAH	Nama Penjamin No. K/P Penjamin Maklumat Surat Jaminan	
Tarikh Masuk Tarikh Keluar Catatan: No. Pesakit	18/02/2020 14:30 21/02/2020 10:52 FPPQEHII(20)0017	Hubungan dengan Penjamin	
No. Akaun	:		

PERIHAL BAYARAN	KADAR KOS SEBENAR / BIL. UNIT	KOS SEBENAR	KADAR DICAJ/ BIL UNIT	AMAUN DICAJ	CATATAN
CAJ WAD FPP					
Lelaki (2 Katil)	0.00/3	0.00	0.00/3	0.00	
FPP (2 KATIL)					
Lelaki	130.00/3	390.00	130.00/3	390.00	
CAJ RAWATAN PERKHIDMATAN FPP					
Pendaftaran Bagi Penerimaan Masuk	10.00/1	10.00	10.00/1	10.00	
Tatacara Perubatan dan Pembedahan	2,620,00/1	2,620.00	2,620.00/1	2,620.00	
Dewan Pembedahan	500.00/1	500.00	500.00/1	500.00	
Perundingan (Pakar Bedah)	480.00/1	480.00	480.00/1	480.00	
Fi Anestesia	740.00/1	740.00	740.00/1	740.00	
Perundingan (Pakar Anestesia)	360.00/1	360.00	360.00/1	360.00	
Ubat (Dewan Bedah)	36.60/1	36.60	36.60/1	36.60	
Ubat (Wad)	54.20/1	54.20	54.20/1	54.20	
Ubat (Discaj)	162.40/1	162.40	162.40/1	162.40	
Fi Penyiasatan Makmal	50.00/1	50.00	50.00/1	50.00	
Barang Guna Habis (OT/ANESTESIA)	7,045.30/1	7,045.30	7,045.30/1	7,045.30	
Barang Guna Habis (Wad)	5.10/1	5.10	5.10/1	5.10	

JUMLAH TOLAK DEPOSIT [ No Resit ] 20/R301666 BAKI/TAMBAHAN

12,453.60

150.00 RAISOThan + Charl

12,303.60

Ringgit Malaysia: Dua Belas Ribu Tiga Ratus Tiga Dan Sen Enam Puluh Sahaja

#### PERHATIAN

Sebarang pertanyaan berhubung bil ini hendaklah dikemukakan kepada:

Pengarah Hospital Queen Elizabeth 2, Lorong Bersatu Off Jalan Damai . Luyang, 88300, Kota Kinabalu, Sabah. u.p: Unit Hasil Tel: 088-324600 Fax: 088-272454



# ANGGARAN CAJ BAYARAN PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH MENGGUNAKAN SURAT JAMINAN (GUARANTEE LETTER - GL) AGENSI INSURANS / SYARIKAT SWASTA HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II TEL: 088-324600 , FAX: 088 - 272454

Nama Pesakit Kad Pengenalan / No. Pasport Nama Pakar TAN CHEN WEE RIGHT ENEE ACL TEAR AND MENISCUS Sila rujuk di bawah Diagnosis Jenis Pembedahan Jangkaan tarikh masuk wad \*\*PERHATIAN : SILA SERTAKAN SALINAN BUKTI NOMBOR AKAUN BANK YANG AKTIF DAN SAH\*\* ANGGARAN KASAR CAJ RAWATAN, PEMBEDAHAN TERMASUK CAJ LAIN – LAIN AKTA FI PPBP ITEM CAJ (RM) AMAUN (RM) CATATAN PENDAFTARAN 10.00 Satu katil (bilik satu orang) 160.00/ sehari CAJ BILIK Satu katil (bilik berdua) 130.00/ sehari MATI Bilik Pembedahan 250.00/ jam 50°0 am Cai Pembedahan 300 Caj Anestesia (Bius) 1600 Isnin – Jumaat (waktu pejabat) 60.00/ lawatan PAKAR / ANESTESIA lan Jagaan wad İsnin – Jumaat (selepas waktu pejabat) 120.00/ lawatan 24n LAWATAN Sabtu / Ahad / Cuti Umum 120.00/ lawatan 240 isnin – Jumaat (waktu bejabat) 90.00/ lawatan Jagaan Intensif lisnin – Jumaat (selepas waktu pejabat) 180.00/ lawatan Sabtu / Ahad / Cuti Umum 180.00/ lawatan Diagnostik cth: X- Ray, Ultrasound, MRI, CT dli.. Fi Penyiasatan sth: Hematologi, Patologi Kimia, Hispatologi, Makmal Mikrobiologi perubatan dli. th: Neurologi, Oftalmologi, Kardiologi / Klinikal Kardiotorasik, Audiologi dli Rawatan cth: Terapi pekerjaan, Fisioterapi dll eth: Barang guna habis dan barang pakai buang, 250 Pelbagai Laporan Makmai (HPE), produk darah dli Dewan Bedah 500Ubat - ubatan Wad PPBP 2CDiscaj Wad **320** Dewan Bedah 500 Konsumabel Wad PPBP **5**()0 Laporan Perubatan ⊇ <u>\$0</u> JUMLAH KESELURUHAN ANGGARAN KOS (RM) 340.00

#### A. Perakuan Pakar :

Saya, Pegawai Perubatan Pakar seperti tercatit di bawah telah memberi penerangan mengenai anggaran caj bayaran berkaitan dengan rawatan, prosedur pembedahan dan caj - caj berkaitan berdasarkan Akta Fi Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh kepada pelanggan berkenaan. Pelanggan faham dan bersetuju dengan kos bayaran di atas.

DR. TAN CHEN WEE

Tandatangan & Cop Pakar: .....

Pakar Ortopedik & Kenta Ispatas 4/2/2020 Masa: 1 pm

No. Pendaftaran Penuh: 40458 Hospital Queen Elizabeth II ...lihat sebelah

Jenis Pembedahan:

D) Autografi reconstruction of cruciate ligament including authorscopic.

2) Therapeutic authorscopic operations of semi lunar cartilage.

6. Pe Saya . penjelasan oleh Pegawai Perubatan Pakar berkaitan caj anggaran bayaran rawatan, prosedur, pembedanan dan tain caj Akta Fi Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh yang akan saya Jalani. Saya faham dan bersetuju dengan bayaran mengikut anggaran yang telah ditetapkan dan juga faham dan bersetuju dengan bayaran tambahan rawatan sekiranya ada yang perlu dilakukan setelah mendapat persetujuan saya.
Berikutan saya mahu menggunakan majikan saya/ agensi insuran luntuk membayar caj tersebut diatas, saya bertanggungjawab untuk mendapatkan surat jaminan dari majikan saya/ agensi insuran berdasarkan perkara - perkara di **Lampiran A/ Lampiran B untuk saya mendapat rawatan pesakit dalam PPSP. (**potong yang mana tidak berkenaan).
Saya faham bahawa rawatan sebagai pesakit dalam PPBP hanya dapat diberi kepada saya setelah pinak pengurusan HQE II mendapat surat - surat berkenaan diatas. Sekiranya tidak, saya faham bahawa saya tidak boleh didaftarkan untuk menerima rawatan pesakit dalam PPBP kecuali saya sendiri atau waris saya melakukan bayaran deposit secara tunai / bank draf keseluruhan caj anggaran rawatan pesakit dalam PPBP.  Tarikh: YOF OO SOO Masa: 1806
C. PENGESAHAN JAMUNAN DAN MENANGGUNG KOS RAWATAN PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH
(PPBP) HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II. (ciisi oleh **pihak majikan/ pihak agensi insuran gelanggan)  (**Patang yang tidak berkenaan)  Pihak majikan/ agensi insuran
bersetuju menjamin dan menanggung kos rawatan PPBP bagi **pekerja/ pelanggan/ waris/ tanggungan seperti tercatit diba wah. Jumlah kos rawatan yang ditanggung dan syarat – syarat tanggungan seperti tercatit dibawah.
Nama Pekerja / Ahli :  No. Ahli :  No. K/P atau Pasport :
Tama Pesakit : Sework: Hubungan dengan : Suami/ isteri/ anak/ ibu/ bapa (**Potong yang tidak berkenaan)  pekerja / Ahii No. K/P atau Pasport :
Jaminan amaun kos rawatan: RM 17,340.00 (Termoruk Cer bille)  Syarat - syarat jaminan (jiko berkandan): Keloyolce bille km 60.00 Lehoje.
Tarikh tamat jaminan : 18/2/2020
Sekian. Terimakasih.
Yang benar,
Tandatangan dan: cop pegawai (Cop rasmi syarikat / agensi) (Tarikh)  PACARE SDI: SIID (457443-F)  No. 1. Jalan USJ 21/10  USP Sabang Area, 47500 Salanger Tathol CJ-3036 5630 Footoo, CJ-3035 5339



#### FORM MM201 (Part I)

CRD

Тэ

GL Serial No.

Previous GL Serial No.

Date/Time of Issuance Attention

20021716001873 : 20021716001878 17/02/2020 16:30:43.494 : ADMISSION DEPT

: HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II

#### TRANSMISSION

Sp/Hosp. Fax No. Other Fax No.

: 088237521 : 088324800

By Hand/Courier/Mail

Visit Type Service Type Appointment Date

: INITIAL GL OISSIMGA :

13/02/2020

#### GUARANTEE LETTER ("GL") GL Validity Period:

i) To be utilized until 02/03/2020

ii) For one (1) Inpatient admission not exceeding five (5) days.

ii) For extension or admission, a new GC must be obtained upon expiry or live (5) days valuely.			
Name of Patient:	NRIC No.:		
Name of Employer:	Program Type:		
MALAYSIA AIRPORTS SDN. BHD.	TPA		
PMCare Member ID:	Benefit Plan: манв мм		
9004101253994	GP(SP3HP_1ST CLASS_GH ONLY)_UNLIMITED_D_M		

This is to acknowledge that PMCare Sdn Bhd undertakes to make payment for Admission expenses incurred for abovenamed patient NOT EXCEEDING the following limits stated in Item No. 2.

The abovenamed natient is entitled to:

A total limit of not more than	RM17,340.00 ONLY
A daily Room & Board charges inclusive of Meals & Tax of not more than	80.00
Intensive Care Unit	0.00
Surgical fees of not more than	0.00
Anesthetic fees of not more than	0.00
Hespital Ancillary Services of not more than	0.00
A daily In–Hospital Physician Visit of not more than	0.00
Delivery Limit of not more than	N/A

Diagnosis (Provisional or Primary)

SUBLUXATION AND DISLOCATION OF KNEE; TEAR OF MENISCUS

- Kindly note that:
  - a. Expense entitlement is only for or directly related to medical/surgical condition referred to the Diagnosis as per above I/em No. 3.

Maternity Benefits coverage does not include expenses incurred for newborn beyond prenatal period.

- PMCare will not pay or be responsible for any expenses in excess of the above entitlement or incurred for non-entitlement as indicated above. The excess amount must be recovered by the hospital from the patient upon their discharge, to be advised in our Discharge
- Payment of claim is subject to timely submission of complete documents, i.e. within thirty (30) days from date of service or discharge.

For extension of admission, the hospital must contact PMCare.

Kindly fax to our Careline Centre your final itemized bill, with diagnosis and surgical procedures done, so that we can advise you better on the actual coverage, bills and payment.

Please attach the completed form MM201 (Part I & II) together with your invoice for payment. 6

Please note that the following non-medical items are under exclusion:

Congenital Anomalies; Birth Control & Infertility investigation or treatment; Sexually Transmitted Disease; A.I.D.S; Cosmetic Surgery;

Disorder; and Dental Care. For complete listing, please refer to the Working Guidelines.

Yours faithfully,

For and on behalf of PMCare Sdn Bhd

Authorised Signatory

I, the abovenamed and/or on behalf of my dependent hereby consent to the release of medical report and/or information to PMCare Sdn Bhd and my Employer, and/or Payor for claims processing, adjudication, payment, and reporting.

Name	:	
MPTC No.		

### DISCHARGE NOTE

H 0 \$ P. T.L.

HOSPITAL QUEEN ELIZABETH

MALE	29	FILL	PAVING PATENT	
8 DATE OF ADMISSION 18 FEGRUARY カック		9. DATE OF DIS	OHARGE UMRY 2020	
10. FINAL DIAGNOSIS  R Will ACL 700	ir and	Memsu	s Jear.	
FILLINGTES FOR FOLLOW-UP, IF ANY	feedle (	Clinic on	Monday 2	3/20

12.

Signature

Name of Medical Officer

Official Stamp

Date

DR. TAY CHEN WEE

Maria (America Cara) (America) Maria (America) 
rojate, dolav suchasir

21/2/2020

\*RN: Encounter Number

MRN: Medical Record Number

Sila bawa bersama 'D'scharge Note' Semasa susulan rawatan Nota ini bukan untuk kegunaan Mahkamah