

SYARAT-SYARAT PERKHIDMATAN RAWATAN PESAKIT DALAM

1. TANGGUNGJAWAB PENUH KE ATAS BIL RAWATAN

ADALAH DIAKUI OLEH ANDA, pesakit atau waris pesakit, yang bertandatangan di bawah ini bertanggungjawab sepenuhnya untuk membayar semua jumlah bil hospital ini mengikut kadar yang telah ditetapkan oleh pihak hospital, termasuk yuran dan bayaran rawatan doktor pakar yang merawat anda.

2. DEPOSIT

Pada masa kemasukan ke hospital anda dikehendaki untuk membayar deposit yang jumlahnya bergantung kepada jenis rawatan atau pembedahan atau prosedur sebagaimana yang ditetapkan oleh hospital. Deposit boleh dibuat dalam bentuk tunai, bank draf atau kad kredit. **CEK PERIBADI DAN SYARIKAT TIDAK DITERIMA** sebagai bayaran deposit dan bil rawatan hospital ini.

Deposit tambahan adalah perlu apabila jumlah caj bil rawatan pesakit melebihi deposit permulaan yang telah dibayar.

2.1 PESAKIT TUNAI - Jumlah deposit yang perlu dibayar

a) Kes Bukan Pembedahan	-	RM2,000.00
b) Kes Pembedahan	-	50% daripada anggaran kos pembedahan
c) Kes Unit High Dependency	-	RM3,000.00
d) ICU	-	RM10,000.00
e) NICU	-	RM5,000.00
f) Bersalin -Normal	-	RM2,000.00
g) Bersalin -LSCS	-	RM5,000.00

2.2 PESAKIT PANEL/TPA/INSURAN

Jumlah deposit yang perlu dibayar **RM300.00** ATAU seperti yang ditulis dalam surat jaminan

3. SURAT JAMINAN

Surat jaminan yang dikeluarkan oleh syarikat-syarikat yang mempunyai kemudahan kredit (panel) dengan hospital ini boleh diterima. Surat jaminan mesti dikemukakan dalam masa 24 jam selepas kemasukan ke hospital, jika tidak diterima pesakit/waris adalah dikehendaki untuk menjelaskan bayaran deposit dan/atau bil melalui bayaran tunai, bank draf atau kad kredit. Selepas penerimaan surat jaminan segala deposit yang telah dibuat oleh anda akan dikembalikan.

4. DISCAJ

Masa discaj adalah sebelum pukul 12 tengahari dan pada hari discaj tiada makan tengahari disediakan. Tempoh masa 2 jam diperlukan bagi tujuan pemprosesan bil discaj. Jika pesakit keluar selepas pukul 4 petang, maka bayaran tambahan bilik untuk satu hari tersebut akan dikenakan ke atas bil tersebut.

5. BAYARAN TAMBAHAN SELEPAS WAKTU KERJA (9am – 5pm) (on call)

Bayaran tambahan akan dikenakan pada **hari Ahad, hari cuti am** dan **selepas waktu bekerja**.

- a) Makmal b) Radiologi c) Dewan Pembedahan d) Rundingan Pakar kes tertentu

6. BARANGAN PERIBADI & BERHARGA

Pesakit adalah diingatkan supaya tidak menyimpan wang tunai, barang-barang kemas ataupun berharga semasa tempoh mereka berada di hospital ini. Pihak hospital tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerosakan atau kehilangan.

7. PEMBAYARAN BALIK

Amaun deposit yang diterima jika melebihi jumlah bil pesakit akan dibayar balik ~~ia~~ dikembalikan. Bayaran balik adalah dalam bentuk cek, sila beri tempoh 14 hari untuk pembayaran balik cek yang akan diposkan melalui pos berdaftar. Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai cek bayaran balik sila hubungi kami di talian telefon : 03- 55151888 sambungan 833/830 (Jabatan Akaun)

8. KENAIKAN TARAF BILIK (JIKA ADA BILIK)

Pesakit boleh meminta untuk kenaikan taraf bilik pada bila-bila masa semasa pesakit berada dihospital ini. Jika pesakit adalah di bawah jaminan syarikat maka pesakit adalah bertanggungjawab untuk menyelesaikan segala perbezaan di antara kadar kenaikan dan kadar jaminan pada masa discaj dari hospital atau 20% daripada jumlah keseluruhan bil (ikut syarat surat jaminan).

9. KADAR PARKIR - RM ~~200~~ sehari (hanya satu kereta sahaja setiap pesakit)

RM 5

10. AKU JANJI PESAKIT/WARIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini mengesahkan bahawa saya telah membaca dan faham dengan syarat-syarat yang dinyatakan di atas dan dengan ini menjamin dan berakujanji untuk membayar AVISENA Holdings Sdn Bhd atas segala tuntutan dan apa sahaja bayaran untuk perkhidmatan yang diberi. Saya telah menerima satu salinan perjanjian dan dengan ini bersetuju untuk memenuhi dan terikat dengan syarat-syarat perjanjian tersebut.

{	AABID RAYYAN BIN HARITH RIDHZWAN	
	M00331839	0 yrs
		190421-10-1265
	W000016281	1265
	Male	21/04/2019

Nama pesakit / Waris :

No. K/P : No. Bilik :

MRN : Tarikh kemasukan :

Tandatangan : Tarikh :

Saksi

Diku

5693

Saya No. K/P : kakitangan AVISENA WOMEN'S & CHILDREN'S SPECIALIST HOSPITAL dengan ini mengesahkan bahawa syarat-syarat perkhidmatan yang tersebut telah dibaca dan diterangkan kepada pesakit/waris yang bernama di atas dan telah berpuas hati bahawa merekamemahami segala syarat-syarat tersebut dan telah menurunkan tandatangan mereka dalam kehadiran saya.

[Signature]

24/11/19

Tandatangan : Tarikh :