

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

11. Rawatan di Hospital/ Klinik Kerajaan

(i) Nama & Alamat Hospital / Klinik Kerajaan

(ii) Tarikh Rawatan

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

12. Pembekal Kemudahan Perubatan

(i) Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

(ii) Tarikh kemudahan perubatan diperolehi

--	--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

13. Kategori tuntutan

i.

ii.

iii.

iv.

14. Senarai tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

Bil.	Nama Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan	No.Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

15. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan / Pengajian Tinggi
	Dokumen Kewangan (contoh: resit,invoice,sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

BAHAGIAN III

16. Pengesahan Pegawai/Pesara

“ Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I, Bahagian II, dan Bahagian III** di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak sebanyak **RM** adalah ditanggung oleh Kerajaan”.

Tandatangan _____
(_____)
(Nama Penuh)

Tarikh : _____

BAHAGIAN IV

Perakuan dan Pengesahan oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

17. Nama Jenis Penyakit yang dihidapi oleh Pesakit

18. Nama atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan yang diperlukan oleh Pesakit

19. Maklumat Pembekal (sekiranya bayaran secara terus kepada pembekal)

(i) Nama Pembekal : _____

(ii) Alamat : _____

(iii) No. Telefon : _____

20. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan yang diperlukan oleh Pesakit Tanpa Dapat Dibekal/Disediakan oleh Hospital/Klinik Kerajaan

21. Perakuan dan Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan

“Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti **di Butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihadapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibeli/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **Butiran 17** di atas”

Tandatangan _____
(_____)
(Nama Penuh)

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

Jawatan : _____

Tarikh : _____

**potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Perubatan (*ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/hospital universiti sahaja*)

22. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/Pengarah Hospital Universiti

“Penggunaan ubatan yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/Hospital Universiti seperti di **butiran 16** di atas adalah ***DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN***”.

Tandatangan _____
(_____)
(Nama Penuh)

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

Jawatan : _____

Tarikh : _____

**potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI

23 Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak RM adalah

*DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.”

Tandatangan _____
(_____)
(*Nama Penuh*)

Jawatan : _____

Tarikh : _____

**potong mana yang tidak berkenaan*

Nama & Cop Rasmi

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

11. Rawatan di Hospital/ Klinik Kerajaan

12. Kategori Tuntutan

i.		
ii.		
iii.		

13. Senarai tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

Bil.	Nama Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan	No.Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

14. Tarikh / Masa Dimasukkan ke Hospital / Klinik Swasta

 /

15. Tarikh / Masa Keluar dari Hospital / Klinik Swasta

 /

16. Tarikh / Masa Pembedahan / Rawatan Kecemasan

 /

17. Tarikh Rawatan Pemulihan (rawatan di wad biasa)

 /

(tarikh mula)

(tarikh akhir)

18. Kelas Wad Semasa Menerima Rawatan di Hospital Swasta

--	--

BAHAGIAN III

Butiran Kejadian Kecemasan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

19. Tarikh / Masa Kejadian Kecemasan

 /

20. Tarikh / Alamat Semasa Berlaku Kecemasan

21. Jarak dengan Hospital/Klinik Kerajaan terhampir

--	--	--	--

 km

22. Jarak dengan Hospital/Klinik Swasta

--	--	--	--

 km

23. Kronologi Kes (*urutan peristiwa berlaku kecemasan sehingga pesakit keluar daripada hospital/klinik swasta*)

Tarikh/Masa	Tempat	Peristiwa

24. Justifikasi Permohonan

25. Dokumen sokongan yang disertakan

Laporan Klinik Hospital/Klinik Swasta

Dokumen kewangan (*contoh: resit, invois, sebutharga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)

Laporan Polis (*kes kemalangan/jenayah*)

Lain-lain dokumen (*sekiranya perlu*)

BAHAGIAN IV

26. Pengesahan Pegawai/Pesara

“ Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I, Bahagian II, dan Bahagian III** di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak sebanyak **RM** adalah ditanggung oleh Kerajaan”.

Tandatangan _____
(_____)
(Nama Penuh)

Tarikh : _____

BAHAGIAN V

27. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“ Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM** adalah *DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN”.

Tandatangan _____
(_____)
(Nama Penuh)

Nama & Cop Rasmi

Jawatan : _____

Tarikh : _____

**potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN IV

21. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“ Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM** _____ adalah
*DISOKONG/TIDAK DISOKONG.

Tandatangan _____
(_____)
(*Nama Penuh*)

Nama & Cop Rasmi

Jawatan : _____

Tarikh : _____

**potong mana yang tidak berkenaan*