

SENARAI SEMAK

DOKUMEN BAGI MEMPROSES TUNTUTAN BAYARAN BALK PERUBATAN (HAEMODIALISIS, UBAT, KANTA MATA, ALAT PENDENGARAN, ALAT IMPLAN/ ORTOPEDIK)

1. Salinan Kad Pengenalan Veteran ATM
2. Salinan Kad Pesara ATM
3. Buku Rekod Perkhidmatan (Tidak Berpencen)
4. Salinan Kad Pengenalan Pesakit
5. Salinan Sijil Nikah (Tidak Berpencen)
6. Sijil Kematian Pesara/ Pesakit (jika berkenaan)
7. Memo Perubatan Pakar Hospital Kerajaan
8. Sebutharga (jika tuntutan peralatan tanggungan JHEV
3 sebutharga jika harga RM 5,000.00 ke atas
9. Sebutharga Bagi Countinous Ambulatory Peritoneal Dialisis-(CAPD)
10. Resit rasmi asal yang ditampal pada kertas A4
(jika tuntutan dibayar sendiri)
11. Salinan Buku Akaun (Tidak Berpencen)

Sila majukan dokumen-dokumen yang dinyatakan ke:

Jabatan Hal Ehwal Veteran ATM, Unit Perubatan
Bahagian Pencen, Tingkat 8, Menara TH Perdana
1001, Jln Sultan Ismail

50250 KUALA LUMPUR

03-20508075/8081/8122

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN
DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009**

UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN /RAWATAN

- Arahan: i. Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dengan menggunakan **huruf besar**.
ii: Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butir Diri Veteran ATM

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport*)

2. No. Kad Pengenalan /Pasport

3. No. Tentera 4. Status: 5. Kategori:

Berpencen ATM

Tidak Kerahan Sepenuh Masa

Berpencen Force 136

Tentera British

Sarawak Rangers

Butir Diri Pesakit (*sekiranya pesakit bukan Veteran ATM*)

6. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)

7. No. Kad Pengenalan /Pasport/Sijil Kelahiran

8. Hubungan Pesakit Dengan Veteran ATM

9. Maklumat Tambahan Bagi **Anak**

i. Umur

 tahun

 bulan

ii. Daif

 Ya

 Tidak

iii. Masih Bersekolah

 Ya

 Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

10. Rawatan Di Hospital/Klinik Kerajaan 11. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

ii. Tarikh Rawatan ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

(hari) (bulan) (tahun) (hari) (bulan) (tahun)

12. Kategori Tuntutan i.

 ii.

 iii.

 iv.

13. Senarai Tuntutan (*silakan gunakan lampiran sekiranya perlu*)

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

14. Dokumen Sokongan Yang Disertakan
- Surat Pengesahan Pegawai
 - Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia Malaysia
 - Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
 - Surat Pengesahan Institut Pendidikan /Pengajian Tinggi
 - Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)
(*Resit Rasmi Tuntutan Hanya Sah Diperakukan Dalam Tempoh 1 Tahun (12 Bulan) Dari Tarikh Resit Rasmi dikeluarkan*)
 - Resit Asal Yang Hilang Perlu Mendapat Salinan Pendua Yang Diperakukan Dengan "*Certified True Copy*"
Oleh Farmasi Yang Mengeluarkannya Bagi Tujuan Bayaran Balik

BAHAGIAN III

15. Pengesahan Veteran ATM
- "Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I** dan **Bahagian II** di atas adalah **benar** belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak **RM** _____ adalah tanggungan oleh Kerajaan."
- Tandatangan (_____) Tarikh _____
(*nama penuh veteran ATM*)

BAHAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan (*Sila guna lampiran sekiranya perlu*)

16. Nama/Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

17. Nama Atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

18. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/Klinik Kerajaan

19. Perakuan Dan Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan
- "Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di **Butiran 17** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal /disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **Butiran 18** di atas".
- Tandatangan (_____) Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan
(*nama penuh*)
- Jawatan _____
Tarikh _____

BAHAGIAN V

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

20. Kelulusan Penggunaan ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/Pengarah Hospital Universiti
- "Penggunaan ubat yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ Hospital Universiti seperti di **Butiran 17** di atas adalah ***DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.***"
- Tandatangan (_____) Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital Universiti
(*nama penuh*)
- Jawatan _____
Tarikh _____
- * *Potong mana yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN VI

21. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan veteran ATM 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 diperolehi sebanyak **RM** _____ adalah ***DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.***"

Tandatangan _____
(_____)
(nama pegawai)

Jawatan _____
Tarikh _____

Nama & Cop Rasmi



* Potong mana yang tidak berkenaan