



BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN KE KLINIK PANEL BUKAN PILIHAN / BUKAN PANEL

MAKLUMAT TUNTUTAN

Nama Staf	:	Jawatan	:
No. Pekerja	:	Jabatan	:
No. Telefon	:	Nama Pesakit	:
Hubungan Pesakit Dengan Staf	:	Jenis Penyakit	:
Nama Klinik	:	Jumlah Tuntutan	:

Sebab mendapatkan rawatan di Klinik Panel bukan pilihan / Klinik bukan Panel (sila tanda pada ruang yang berkaitan)

<input type="checkbox"/>	Bertugas di luar ibu pejabat
<input type="checkbox"/>	Bercuti di kampung halaman
<input type="checkbox"/>	Berada di luar lingkungan 25 km daripada kawasan rumah
<input type="checkbox"/>	Kecemasan
<input type="checkbox"/>	Klinik yang dipilih tidak beroperasi (tutup) atau tidak beroperasi 24 jam
<input type="checkbox"/>	Klinik yang dipilih tiada stok ubat yang diperlukan
<input type="checkbox"/>	Klinik panel yang dilantik berjauhan daripada kawasan rumah
<input type="checkbox"/>	Lain-lain (Nyatakan)

Saya mengakui bahawa semua kenyataan yang diberikan adalah benar. Bersama ini disertakan resit rawatan asal untuk tindakan pihak tuan selanjutnya.

Tandatangan :

Tarikh :

*** Sila sertakan resit rawatan asal (atas nama pesakit)**

*** Tuntutan hanya sah dalam tempoh tiga (3) bulan dari tarikh resit rawatan dikeluarkan.**

KELULUSAN KETUA JABATAN PEMOHON

Sokong

Tidak Disokong

Ulasan :

Tandatangan Ketua Jabatan :

Nama : Jawatan :

Tarikh : Cop Rasmi :