

**JABATAN PENGURUSAN FASILITI BERSEPADU  
HOSPITAL CANCELOS TUANKU MUHRIZ**

**BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN PERUBATAN**

**A. MAKLUMAT PEMOHON**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. Nama               |  |
| 2. UKM (PER)          |  |
| 3. Jawatan            |  |
| 4. Jabatan / Bahagian |  |

**B. MAKLUMAT TANGGUNGAN (Jika berkaitan)**

|             |  |
|-------------|--|
| 1. Nama     |  |
| 2. Hubungan |  |

**C. MAKLUMAT TUNTUTAN (Sila isi pada ruangan yang berkenaan)**

|    | Jenis Tuntutan                                                                                                                                                                                                                                            | No.Resit | Jumlah Tuntutan (RM) | Kadar Maksimum             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|----------------------------|
| a. | Rawatan bukan dari Klinik Panel/ di luar Kawasan<br><i>Sila Nyatakan Sebab Mendapatkan Rawatan:</i><br>_____                                                                                                                                              |          |                      | RM 60.00 (bagi satu resit) |
| b. | Pemeriksaan Kesihatan bukan dari Klinik Panel<br>(Lapor Diri / Cuti Belajar Kakitangan)                                                                                                                                                                   |          |                      | RM 60.00                   |
| c. | Kos bagi Vaksin Imunisasi HIB dan MMR bukan dari Klinik Panel (bagi bayi berumur 0-2 tahun sahaja)                                                                                                                                                        |          |                      | RM 60.00                   |
| d. | Pergigian (Sila tandakan jenis rawatan):<br><input type="checkbox"/> Tampalan <input type="checkbox"/> Cabut Gigi<br><input type="checkbox"/> Scaling <input type="checkbox"/> Rawatan Akar<br><input type="checkbox"/> Lain-lain<br>Sila Nyatakan: _____ |          |                      | RM 250.00 (tahunan)        |

**D. PENGESAHAN PEMOHON**

- Saya mengesahkan semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah benar
- Saya memahami sekiranya saya membuat sebarang kenyataan yang tidak benar atau mengemukakan atau memberikan apa-apa dokumen palsu, ia merupakan suatu kesalahan dan boleh menyebabkan saya didenda atau diambil tindakan tatatertib

Tandatangan : .....

Tarikh Permohonan : .....

**E. KELULUSAN FAKULTI/ JABATAN/ INSTITUT/ PUSAT**

Permohonan ini diluluskan / tidak diluluskan kerana:

- ☐ Rawatan tidak ditanggung oleh HCTM
- ☐ Tiada penjelasan / permohonan tidak lengkap

Nama : .....

Tarikh Permohonan : .....

**Untuk Tuntutan Pergigian Sahaja**

Jumlah yang diluluskan: RM .....

Baki tahun semasa: RM .....

**Tandatangan & Cop Pegawai**

|  |
|--|
|  |
|--|

## RESIT TUNTUTAN

*-Sila tampal resit disini.*

## **PANDUAN AM**

1. Sebarang tuntutan yang dibuat hendaklah disertakan dengan resit asal
2. Hanya tuntutan tahun semasa dan tidak melebihi tempoh tiga (3) bulan dari tarikh resit sahaja akan dipertimbangkan untuk kelulusan. Walaubagaimanapun bagi tuntutan yang dibuat pada akhir tahun Disember boleh diperakukan untuk kelulusan sehingga bulan Januari tahun berikutnya.

### **Rawatan Bukan Klinik Panel**

1. Kakitangan berada di luar kawasan (jarak 25km daripada tempat tinggal)
2. Hanya rawatan pesakit luar sahaja yang ditanggung
3. Klinik panel pilihan tutup / di luar waktu operasi
4. Kadar rawatan yang ditanggung ialah RM 60.00 (maksimum). Sebarang lebihan bayaran perlu ditanggung oleh kakitangan

### **Rawatan Pergigian**

1. Rawatan membuat *crowning*, gigi palsu dan berbentuk kosmetik adalah tidak ditanggung oleh Hospital Canselor Tuanku Muhriz
2. Kadar rawatan pergigian dalam tempoh setahun bagi kakitangan termasuk tanggungan yang layak adalah RM250.00. Bagi pasangan yang sama berkhidmat di HCTM, setiap individu layak mendapat kadar yang ditetapkan.