



BORANG TUNTUTAN PERUBATAN PESARA

- Borang ini hendaklah diisi oleh pesakit atau orang yang membuat tuntutan/ibubapa sekiranya pesakit adalah dibawah umur. Perlu diberi perhatian, satu borang adalah untuk satu tuntutan.
- Tuntutan untuk perbelanjaan pesakit luar hendaklah dibuat dalam tempoh 60 hari dari tarikh rawatan diterima. Tuntutan yang melebihi tempoh tersebut iaitu 60 hari, akan ditolak.
- Borang ini hendaklah diisi dengan lengkap untuk memastikan pemprosesan yang cepat dan teratur. Sebarang borang yang tidak lengkap akan dikembalikan.
- Berikut adalah dokumen-dokumen yang diperlukan mengikut jenis rawatan yang diterima. Sila lampirkan dokumen-dokumen berikut seperti di bawah:-
 - Hospital /Rawatan Pakar** - Resit asal, Inbois Asal/Bil Terperinci, (Surat Rujukan, Borang Pengesahan Rujukan (BPR), Kad Temujanji Rawatan Susulan & Salinan Surat Jaminan)
 - Klinik panel/Pergigian/Homeopati/Akupunktur** – Resit asal, Inbois Asal/Bil Terperinci
 - Bagi Tujuan Pengambilan Ubat** – Surat Preskripsi Ubat dari Doktor, Resit asal, Inbois Asal/ Bil Terperinci
- Kesemua dokumen yang diperlukan mesti dikepalkan bersama borang ini dan dihantar ke :

PMCARE SDN BHD
BAHAGIAN TUNTUTAN
 No 1 , Jalan USJ 21/10, UEP Subang Jaya
 47630, Selangor Darul Ehsan.
 Tel: 03-8026 6888 Fax: 03-8026 6999

**Checklist' Dokumen -
Sila Tanda (X) Dalam Kotak Yang Disediakan**

- | | |
|--|-----|
| 1. Borang Tuntutan Perubatan | () |
| 2. Resit asal | () |
| 3. Bil Terperinci / Inbois asal | () |
| 4. Surat Rujukan Panel | () |
| 5. Borang Pengesahan Rujukan dari klinik panel (BPR) | () |
| 6. Surat Jaminan | () |
| 7. Kad Temujanji Rawatan Susulan | () |
| 8. Surat Pengesahan Kecemasan | () |
| 9. Surat Preskripsi Ubat dari Doktor | () |

Untuk Kegunaan PMCare sahaja

No Tuntutan :

MAKLUMAT PESARA

Nama pekerja/pesara		No Kad Pengenalan Baru																		
No Pekerja		No Telefon																		
Alamat Surat-Menyurat																				

MAKLUMAT PESAKIT

Nama pesakit		No KP Pesakit																		
Hubungan dengan Pekerja	() Sendiri () Isteri () Anak () Suami/Ibubapa (<i>hospital kerajaan sahaja</i>)																			

MAKLUMAT BAYARAN

Bayaran Kepada																				
Nama Akaun Bank Penerima Bayaran		No Akaun Bank																		

KETERANGAN RAWATAN

Tarikh Rawatan		No Resit		Jumlah Tuntutan	RM															
Jenis Rawatan	() Pakar () Hospital () Klinik Panel () Bersalin () Homeopati/Akupunktur () Pergigian () Chiropractor																			
Jenis Penyakit	() Demam () Batuk/Selsema/Sakit Tekak () Lelah () Gastrik			() Kencing Manis () Jangkitan mata () Jangkitan Telinga			() Darah Tinggi () Ibu Mengandung () Sakit Belakang/Sendi () Sakit Perut			() Cedera/Luka () Sakit Puan () Lain-lain _____ (nyatakan)										
Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel	_____ (nyatakan)																			

KEBENARAN DARI YANG MEMBUAT TUNTUTAN ATAU PESAKIT

Saya bersetuju memberi segala maklumat yang diperlukan untuk pemprosesan tuntutan ini. Salinan kebenaran ini dikira sah sepertimana salinan asal.

Tarikh

Tandatangan pesakit/ yang menuntut