

SENARAI SEMAK

DOKUMEN BAGI MEMPROSES TUNTUTAN BAYARAN BALIK PERUBATAN (KECEMASAN)

1. BQ-BP-18 Borang Perubatan JHEV 2/09 Pindaan: 0
2. Salinan Kad Pengenalan Veteran ATM
3. Salinan Kad Pesara ATM
4. Buku Rekod Perkhidmatan
5. Salinan Kad Pengenalan Pesakit
6. Sijil Nikah (Tidak Berpencen)
7. Sijil Kematian Pesara/Pesakit (jika berkenaan)
8. Laporan Doktor Pakar dari Hospital Swasta & Laporan Klinikal
9. Resit-Resit Asal
10. Bil-bil terperinci (Itemised Billing) Mengikut Tarikh Harian Dari Kemasukan Wad Hingga Tarikh Keluar Wad
11. Surat Pengesahan Tanggungan dari Syarikat Insurans (Jika berkenaan)

Sila majukan dokumen-dokumen yang dinyatakan ke Jabatan Hal Ehwal Veteran ATM
Bahagian Pencen, Tingkat 8, Menara TH Perdana
1001, Jln Sultan Ismail
50250 KUALA LUMPUR
03-20508117/20508122

Dokumen Yang Perlu Disertakan Bagi Kes Kecemasan

√	Para F Borang Saraubat (BQ-BP-18 SARAUBAT JHEV (RKS) PINDAAN :0 Kronologi kes (bertaip) perlu diisi samada oleh pesakit atau doktor, ianya perlu disahkan oleh doktor yang merawat dari Hospital swasta bagi menentukan kesahihan kejadian pada tarikh kemasukan wad hingga
√	Laporan Pakar Perubatan (bertaip) diagnosis penyakit termasuk tindakan rawatan harian keatas pesakit mulai tarikh kemasukan wad hingga
√	Laporan Klinikal (bertaip) Hospital mulai tarikh kemasukan wad hingga
√	Bil-bil terperinci (Day by day billing) dari Hospital swasta mulai tarikh kemasukan wad hingga Jumlah bil-bil terperinci hendaklah sama dengan jumlah bil utama
√	Resit rasmi mulai tarikh kemasukan wad hingga
√	Rawatan Susulan tidak boleh dituntut termasuk kos Laporan Perubatan

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

RAWATAN KECEMASAN DI HOSPITAL/KLINIK SWASTA

- 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 <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						ATM Kerahan Sepenuh Masa Force 136 Tentera British Sarawak Rangers
	Tidak Berpencen <input type="checkbox"/>							

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

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	

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. Kategori Tuntutan

- i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan

- i.
- ii.
- iii.

12. Senarai Tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

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

13. Tarikh/ Masa Dimasukkan Ke Hospital/Klinik Swasta

 /

14. Tarikh/ Masa keluar dari Hospital/Klinik Swasta

 /

15. Tarikh/ Masa Pembedahan / Rawatan Kecemasan

 /

16. Tarikh Rawatan Pemulihan (*rawatan di wad biasa*)

hingga

(*tarikh mula*) (*tarikh akhir*)

17. Kelas Wad Semasa Menerima Rawatan Di Hospital Swasta

BAHAGIAN III

Butiran Kejadian Kecemasan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

18. Tarikh/ Masa Kejadian Kecemasan _____ / _____
19. Tempat/ Alamat Semasa Berlaku Kecemasan _____

20. Jarak Dengan Hospital/ Klinik Kerajaan Terhampir
_____ km
21. Jarak Dengan Hospital/ Klinik Swasta
_____ km

22. Kronologi Kes (Urutan peristiwa berlaku kecemasan sehingga pesakit keluar daripada hospital/ klinik swasta)

Tarikh/ Masa	Tempat	Peristiwa

23. Justifikasi Permohonan

24. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- Laporan Klinikal Hospital/ Klinik Swasta
- Laporan Polis (kes kemalangan/ jenayah)
- 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
- Lain-lain Dokumen (sekiranya perlu)

BAHAGIAN IV

25. Pengesahan Veteran ATM

"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 kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak **RM** _____ adalah tanggungan oleh Kerajaan."

Tandatangan (_____) Tarikh _____
(nama penuh veteran ATM)

BAHAGIAN V

26. 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 & Cop Rasmi
(nama pegawai)

Jawatan _____

Tarikh _____

* Potong mana yang tidak berkenaan