

SENARAI SEMAK

DOKUMEN BAGI MEMPROSES TUNTUTAN BAYARAN BALIK PERUBATAN (RAWATAN DI LUAR NEGERI)

1. BQ-BP-19 Borang Perubatan JHEV 3/09 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 Lembaga Perubatan
9. Surat Perakuan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
10. Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan
11. Dokumen Kewangan (Contoh: Resit, Invois, Sebut Harga atau Dokumen Kewangan Lain Yang Berkaitan)

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

17. Anggaran Kos Rawatan : RM _____
18. Tambang Kapal Terbang Kelas Ekonomi (*perjalanan pergi dan pulang*)
- i. Pesakit : RM _____
- ii. Pengiring : RM _____
19. Dokumen Sokongan Yang Disertakan
- Laporan Lembaga Perubatan
- Surat Perakuan Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
- Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan
- Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)
(*Resit Rasmi Tuntutan Hanya Sah Diperakunkan Dalam Tempoh 1 Tahun (12 Bulan) Dari Tarikh Resit Rasmi dikeluarkan*)
- Resit Asal Yang Hilang Perlu Mendapat Salinan Pendua Yang Diperakunkan Dengan "*Certified True Copy*"
Oleh Farmasi Yang Mengeluarkannya Bagi Tujuan Bayaran Balik
- Lain-lain Dokumen (*sekiranya perlu*)

BAHAGIAN III

20. 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

21. Pengesahan Dan Sokongan 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