

- 1) Borang ini hendaklah diisi oleh pesakit atau orang membuat tuntutan / ibu bapa sekiranya pesakit adalah di bawah umur.  
*This form is to be completed by the patient or by the claimant / parent if the patient is a minor.*
- 2) Tuntutan untuk perbelanjaan perubatan hendaklah dibuat tempoh **90 hari dari tarikh rawatan diterima**.  
*Claims for medical expenses should be submitted within 90 days from the date of service.*
- 3) Tuntutan yang melibatkan perkara-perkara yang disenaraikan dalam senarai **PENGECUALIAN** dalam Pelan Kesihatan anda tidak akan dibayar.  
*Claims for items and conditions as listed under EXCLUSIONS in your Medical Plan Summary are not payable.*
- 4) Borang ini perlu diisi dengan lengkap untuk memastikan pemrosesan yang cepat. Sebarang borang yang tidak lengkap akan dikembalikan.  
*Claimants are requested to complete this form to expedite the process. Any incomplete forms shall be returned to the claimant.*
- 5) Sekiranya bil anda adalah **RM100.00 dan keatas**, sila sertakan bil terperinci termasuk ubat-ubatan yang diberikan.  
*If your bill is RM100.00 and above, please attach the itemized bill including details of medications prescribed to you.*
- 6) Resit asal, bil terperinci, surat rujukan doktor atau surat temujanji (jika ada) mesti dikepalkan bersama borang ini dan dihantar ke:  
*Original bills, receipts and referral letter (if any) for the claims expenses must be attached with this form and send to:*

**PM CARE SDN BHD  
BAHAGIAN TUNTUTAN  
No. 1, Jalan USJ 21/10, UEP Subang Jaya, 47630 Selangor Darul Ehsan.  
Tel: 03 8026 7788 Fax: 03 8023 9135**

**MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION**

Nama pekerja: <i>Name of employee</i>	No. keahlian PMCare (PMCare membership no.)
No. pekerja: <i>Staff No.</i>	
Grad: <i>Grade</i>	No. MyKad (MyKad No.)
Jawatan: <i>Designation</i>	No. untuk dihubungi: <i>Contact no.</i>
Alamat pejabat: <i>Office address</i>	Alamat e-mel: <i>E-mail address</i>

**MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION**

Nama pesakit: <i>Name of patient</i>	Tarikh lahir pesakit: <i>Date of birth of patient</i>							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>H</td><td>B</td><td>B</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td> </tr> </table>	H	H	B	B	T	T	T
H	H	B	B	T	T	T	T	
Hubungan dengan pekerja: <i>Relation to employee</i>	Sendiri [ ] <i>Self</i> [ ]							
	Suami / isteri [ ] <i>Spouse</i> [ ]							
	Anak [ ] <i>Child</i> [ ]							

**MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION**

Tarikh rawatan: <i>Date of consultation / service</i>	<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>H</td><td>B</td><td>B</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td> </tr> </table>	H	H	B	B	T	T	T	T	Jumlah tuntutan: <i>Claim amount</i>	RM	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
H	H	B	B	T	T	T	T															
Masa rawatan: <i>Time of consultation / service</i>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> am / pm							No. resit: <i>Receipt no.</i>														

**KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS**

Jenis rawatan <i>Types of service</i>	<input type="checkbox"/> Panel GP	<input type="checkbox"/> Bukan/ Non Panel GP	<input type="checkbox"/> Kemasukan Wad <i>Hospitalisation</i>	<input type="checkbox"/> Pergigian <i>Dental</i>	<input type="checkbox"/> Pakar <i>Specialist</i>	<input type="checkbox"/> Bersalin <i>Delivery</i>	<input type="checkbox"/> Pakar Kanak-Kanak <i>Paediatrician</i>	<input type="checkbox"/> Optik <i>Optical</i>	
Jenis-jenis penyakit. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions. Please mark [✓]</i>	<input type="checkbox"/> Demam ( <i>fever</i> )	<input type="checkbox"/> Sakit belakang / sendi <i>(backache / joint pain)</i>	<input type="checkbox"/> Cirit birit / sakit perut / muntah <i>(diarrhea / colic / vomit)</i>	<input type="checkbox"/> Sakit kepala / pening <i>(headache / dizziness)</i>	<input type="checkbox"/> Gastrik / sakit perut <i>(gastritis / peptic ulcer)</i>	<input type="checkbox"/> Kecederaan / luka <i>(bruises / scalds / cuts)</i>	<input type="checkbox"/> Darah tinggi <i>(hypertension)</i>	<b>Pengjagaan Gigi (Dental Care)</b> <input type="checkbox"/> Cabutan gigi ( <i>extraction</i> ) Amount RM _____ <input type="checkbox"/> Tampalan gigi ( <i>filling</i> ) Amount RM _____ <input type="checkbox"/> Cucian karang gigi ( <i>scaling &amp; polishing</i> ) Amount RM _____ <input type="checkbox"/> Lain-lain. Sila nyatakan _____ <i>(others, please specify)</i> _____	<b>Bersalin (Maternity)</b> <input type="checkbox"/> Pemeriksaan sebelum bersalin Sila nyatakan tempoh kandungan <i>(pre natal check up, to specify month of pregnancy)</i> _____ <input type="checkbox"/> Pemeriksaan selepas bersalin <i>(post natal check up)</i> _____ <input type="checkbox"/> Bersalin Biasa ( <i>Normal delivery</i> ) <input type="checkbox"/> Bersalin secara pembedahan ( <i>Caesarean</i> )
Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel. Sila tandakan [✓] dan nyatakan sebab. <i>Reason for seeking treatment at non-panel clinic. Please mark [✓] and provide explanation.</i>	<input type="checkbox"/> Bukan Panel GP ( <i>non panel GP</i> ) <input type="checkbox"/> Klinik Panel ( <i>panel GP</i> ) <input type="checkbox"/> Kecemasan ( <i>emergency</i> )		<b>Immunisasi (Immunisation)</b> Sila nyatakan jenis dan jumlah bayaran- <i>Please provide type(s) &amp; cost:-</i> 1. _____ RM _____ 2. _____ RM _____		<b>Pengjagaan Pakar (Specialist Care)</b> Adakah ini rawatan susulan? <i>Is this a follow up case?</i> <input type="checkbox"/> Ya ( <i>yes</i> ) <input type="checkbox"/> Tidak ( <i>no</i> )				

**KEBENARAN YANG MENUNTUT ATAU PESAKIT / CLAIMANT'S OR PATIENT'S CONSENT**

Saya bersetuju memberi segala maklumat yang diperlukan kepada PMCare Sdn Bhd dan/atau Majikan untuk memproses, membayar tuntutan, serta menghasilkan laporan. Salinan kebenaran ini dikira sah sebagaimana salinan asal.  
*I hereby consent to the release of relevant information to PMCare Sdn Bhd and/or my Employer to process, reimburse claim, and to produce report. A copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.*

Tarikh (*date*) \_\_\_\_\_ Tandatangan pesakit / yang menuntut (*signature of patient / claimant*) \_\_\_\_\_

**PENGESAHAN KETUA / SUPERIOR VERIFICATION**

Disahkan oleh (*Verified by*): \_\_\_\_\_

Nama (*Name*): \_\_\_\_\_

Jawatan (*Designation*): \_\_\_\_\_

Tarikh (*Date*): \_\_\_\_\_