

**BORANG TUNTUTAN PERIBADI  
PERSONAL CLAIM FORM - OUTPATIENT**



- 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.*
- Tuntutan untuk perbelanjaan perubatan hendaklah dibuat dalam tempoh **30 hari dari tarikh rawatan diterima**.  
*Claims for medical expenses should be submitted within 30 days from the date of service.*
- 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.*
- Borang ini perlu diisi dengan lengkap untuk memastikan pemprosesan 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.*
- Borang ini perlu dikepilkkan bersama surat rujukan doktor jika mendapatkan rawatan pakar atau surat temujanji diperlukan bagi rawatan susulan.  
*Claimants are requested to attach this form with referral letter for specialist treatment or appointment letter is required for follow up visit.*
- Borang ini dikhususkan untuk SATU RESIT / SATU TUNTUTAN sahaja.  
*This form is to be used for ONE RECEIPT / ONE CLAIM only.*
- Ubat - ubatan yang dibeli daripada farmasi hendaklah disertakan dengan preskripsi doktor.  
*Medication purchased directly from a pharmacy must attach with Doctor's description.*
- 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.*
- Resit asal, bil terperinci, surat rujukan doktor atau surat temujanji (jika ada) mesti dikepilkkan 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.**

**MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION**

Nama pekerja: <i>Name of employee</i>	No. keahlian PMCare (PMCare membership no.)
Nama majikan: <i>Name of employer</i>	No. MyKad (MyKad No.)
Alamat pejabat: <i>Office address</i>	No. yang boleh dihubungi : <i>Contact No.:</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>																				
Hubungan dengan pekerja : Sendiri [ ] <i>Relation to employee: Self [ ]</i>	<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> <tr> <td align="center">H</td><td align="center">H</td><td align="center">B</td><td align="center">B</td><td align="center">T</td><td align="center">T</td><td align="center">T</td><td align="center">T</td><td></td><td></td> </tr> </table>											H	H	B	B	T	T	T	T		
H	H	B	B	T	T	T	T														
	Suami / isteri [ ] <i>Spouse [ ]</i>																				
	Anak [ ] <i>Child [ ]</i>																				

**MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION**

Tarikh rawatan <i>Date of consultation / service</i>	Masa rawatan <i>Time of consultation / service</i>
Jumlah tuntutan <i>Claim amount</i>	Nama bank: <i>Bank name</i>
No. resit: <i>Receipt no.</i>	No. akaun bank <i>Bank account no.</i>

**KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS**

Jenis rawatan <i>Types of service</i>	Panel GP <input type="checkbox"/>	Bukan / Non Panel GP <input type="checkbox"/>	Bersalin <input type="checkbox"/>	Pakar Kanak-kanak <input type="checkbox"/>	Rawatan Alternatif / <i>Alternative Treatment</i>
	Pergigian <input type="checkbox"/>	Pakar <input type="checkbox"/>	Optik <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> (Homeopathy)
Jenis-jenis penyakit/rawatan. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions/treatment. Please mark [✓]</i>					<input type="checkbox"/> (Chiropractor)
<input type="checkbox"/> Demam (fever)	<input type="checkbox"/> Sakit belakang / sendi (backache / joint pain)				<input type="checkbox"/> (Acupuncture)
<input type="checkbox"/> Batuk / selsema / sakit tekak (cough / cold / sore throat)	<input type="checkbox"/> Cirit birit / sakit perut / muntah (diarrhea / colic / vomit)				<input type="checkbox"/> Pemeriksaan sebelum bersalin (pre natal check up. to specify month of pregnancy _____)
<input type="checkbox"/> Lelah (asthma)	<input type="checkbox"/> Sakit kepala / pening (headache / dizziness)				<input type="checkbox"/> Pemeriksaan selepas bersalin (post natal check up)
<input type="checkbox"/> Kencing manis (diabetes)	<input type="checkbox"/> Gastrik / sakit perut (gastritis / peptic ulcer)				<input type="checkbox"/> Bersalin biasa (normal delivery)
<input type="checkbox"/> Jangkitan telinga (ear infection)	<input type="checkbox"/> Kecederaan / luka (bruises / scalds / cuts)				<input type="checkbox"/> Bersalin secara pembedahan (caesarean delivery)
<input type="checkbox"/> Jangkitan mata (eye infection)	<input type="checkbox"/> Darah tinggi (hypertension)				<input type="checkbox"/> (assisted delivery)
<input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) others (please specify) _____					

Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel / tidak menggunakan Surat Jaminan Perubatan untuk kemasukan wad.  
*Reason for seeking treatment at non-panel clinic / without GL for Inpatient treatment*  
Sila tanda [✓] / please mark [✓]

<input type="checkbox"/> Kecemasan (emergency / urgent care)	
<input type="checkbox"/> Tiada klinik panel berdekatan (panel clinic not within the vicinity)	
<input type="checkbox"/> Sila nyatakan jika lain-lain sebab (Please explain for other reasons)	

<b>Rawatan Pakar / Specialist Treatment</b>	<b>Rawatan Alternatif / Alternative Treatment</b>
Adakah ini rawatan susulan? <i>Is this a follow up case?</i>	Jika anda membuat rawatan susulan, sila tandakan [✓] <i>If this apply for follow up visit, please tick [✓]</i>
<input type="checkbox"/> Ya (yes)	<input type="checkbox"/> Pakar (specialist)
<input type="checkbox"/> Tidak (no)	<input type="checkbox"/> Kemasukan wad (hospitalisation)
Tarikh mendapatkan rawatan / kemasukan wad <i>Date of last visit / admission</i>	

**KEBENARAN DARI YANG MEMBUAT TUNTUTAN 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 sepertimana 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)