

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 **90 hari dari tarikh rawatan diterima**.
Claims for medical expenses should be submitted within 90 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 dikepikan 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.

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 [] Suami / isteri [] Anak [] <i>Relation to employee: Self [] Spouse [] Child []</i>	

MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION

Tarikh rawatan <i>Date of consultation / service</i> 	Masa rawatan <i>Time of consultation / service</i> am / pm
Jumlah tuntutan <i>Claim amount</i> RM	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 ☐ Bukan / Non Panel GP ☐ Bersalin Delivery ☐ Pakar Kanak-kanak Paediatrician ☐ Pergigian Dental ☐ Pakar Specialist ☐ Optik Optic	Immunisasi / Immunisation Sila nyatakan jenis dan jumlah bayaran:- <i>Please provide type(s) & cost:-</i> 1. _____ RM _____ 2. _____ RM _____ Nota: Sila sertakan salinan jadual imunisasi. <i>Please provide a copy of immunisation schedule.</i>	Rawatan Alternatif / Alternative Treatment ☐ (Homeopathy) ☐ (Chiropractor) ☐ (Acupuncture)
Jenis-jenis penyakit/rawatan. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions/treatment. Please mark [✓]</i> ☐ Demam (fever) ☐ Batuk / selsema / sakit tekak (cough / cold / sore throat) ☐ Lelah (asthma) ☐ Kencing manis (diabetes) ☐ Jangkitan telinga (ear infection) ☐ Jangkitan mata (eye infection) ☐ Lain-lain (nyatakan) others (please specify) _____ ☐ Sakit belakang / sendi (backache / joint pain) ☐ Cirit birit / sakit perut / muntah (diarrhea / colic / vomit) ☐ Sakit kepala / pening (headache / dizziness) ☐ Gastrik / sakit perut (gastritis / peptic ulcer) ☐ Kecederaan / luka (bruises / scalds / cuts) ☐ Darah tinggi (hypertension)	Penjagaan gigi / Dental Care ☐ Cabutan gigi (extraction) ☐ Tampalan gigi (filling) ☐ Cucian karang gigi (scaling & polishing) ☐ Lain-lain. Sila nyatakan _____ (others. please specify) _____	Bersalin / Maternity ☐ Pemeriksaan sebelum bersalin. Sila Nyatakan tempoh kandungan. (pre natal check up. to specify month of pregnancy) _____ ☐ Pemeriksaan selepas bersalin (post natal check up) _____ ☐ Bersalin biasa (normal delivery) ☐ Bersalin secara pembedahan (caesarean delivery) ☐ (assisted delivery)
Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel / tidak menggunakan Surat Jaminan Perubatan untuk kemasukan wad. <i>Reason for seeking treatment at non-panel clinic / without GL for Inpatient treatment</i> Sila tanda [✓] / please mark [✓] ☐ Kecemasan (emergency / urgent care) ☐ Tiada klinik panel berdekatan (panel clinic not within the vicinity) ☐ Sila nyatakan jika lain-lain sebab (Please explain for other reasons) _____	Rawatan Pakar / Specialist Treatment Adakah ini rawatan susulan? <i>Is this a follow up case?</i> ☐ Ya (yes) ☐ Tidak (no)	Jika anda membuat rawatan susulan, sila tandakan [✓] <i>If this apply for follow up visit, please tick [✓]</i> ☐ Pakar (specialist) ☐ 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

PENGESAHAN SUMBER MANUSIA / HUMAN RESOURCES VERIFICATION

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) _____

Disahkan oleh (Verified by): _____

Nama (Name): _____

Jawatan (Designation): _____

Tarikh (Date): _____