

- 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 **PENGECAUALIAN** 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.
- 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:

PMCare SDN BHD
BAHAGIAN TUNTUTAN
Level 12 Menara Insignia, Persiaran Kewajipan USJ 1, 47600 Subang Jaya, Selangor.

MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION

Nama pekerja: <i>Name of employee</i>	No. keahlian PMCare (PMCare membership no.)
No. pekerja: <i>Staff No.</i>	
Gred: <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>
	Hubungan dengan pekerja: <i>Relation to employee</i>

MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION

Tarikh rawatan: <i>Date of consultation / service</i>	Jumlah tuntutan: <i>Claim amount</i>
Masa rawatan: <i>Time of consultation / service</i>	No. resit: <i>Receipt no.</i>

KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS

Jenis rawatan <i>Types of service</i>	Panel GP	Bukan/ Non Panel GP	Kemasukan Wad <i>Hospitalisation</i>	Pergigian <i>Dental</i>	Pakar <i>Specialist</i>	Bersalin <i>Delivery</i>	Pakar Kanak-Kanak <i>Paediatrician</i>	Optik <i>Optical</i>
Jenis-jenis penyakit. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions. 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) ☐ Kecelakaan / luka (bruises / scalds / cuts) ☐ Darah tinggi (hypertension)							
Penjagaan Gigi (Dental Care) ☐ Cabutan gigi (extraction) Amount RM ☐ Tampalan gigi (filling) Amount RM ☐ Cucian karang gigi (scaling & polishing) Amount RM ☐ 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)						
Immunisasi (Immunisation) Sila nyatakan jenis dan jumlah bayaran:- Please provide type(s) & cost:- 1. RM 2. RM		Optik (Optical) ☐ Pertama kali memakai cermin mata (first time wearing spectacles) ☐ Kali kedua dan seterusnya (subsequently)						

Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel. Sila tandakan [✓] dan nyatakan sebab.
Reason for seeking treatment at non-panel clinic. Please mark [✓] and provide explanation.

- ☐ Bukan Panel GP (non panel GP)
☐ Klinik Panel (panel GP)
☐ Kecemasan (emergency)

Adakah ini rawatan susulan?
Is this a follow up case?

- ☐ Ya (yes)
☐ Tidak (no)

Jika anda membuat rawatan susulan, sila tandakan [✓]
If this apply for follow up visit, please tick [✓]

- ☐ Pakar (specialist)
☐ Kemasukan wad (hospitalisation)

Tarikh mendapatkan rawatan/
kemasukan wad
Date of last visit/ admission

H	H	B	B	T	T	T	T

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 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)

PENGESAHAN KETUA / SUPERIOR VERIFICATION

Disahkan oleh (Verified by):

Nama (Name):

Jawatan (Designation):

Tarikh (Date):