

PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN
DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Arahan:**
- Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan jelas dan menggunakan huruf besar.
 - Sila rujuk panduan yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/ Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/ passport*)

Z	A	F	F	R	U	L	L	A		B	I	N		H	U	S	S	E	I	N
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---

2. No. Kad Pengenalan/ Passport

6	9	1	0	0	3	-	0	3	-	5	3	9	5							
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

3. Skim Perkhidmatan/ Gred

E54

4. Pegawai Di Bawah SSB/ SSM

☐ Ya ☐ Tidak

Butiran Diri Pesakit (*sekiranya pesakit bukan pegawai/ pesara*)

5. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran*)

H	A	R	T	I	N	I		B	I	N	T	I		O	T	H	M	A	N	
---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	--

6. No. Kad Pengenalan/ Passport/ Sijil Kelahiran

7	2	0	2	2	5	-	0	3	-	5	8	6	8							
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

7. Hubungan Pesakit Dengan Pegawai/ Pesara

--	--

8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

- Umur

--	--

 tahun

--	--

 bulan
- Daif

--	--

 Ya

--	--

 Tidak
- Masih Bersekolah

--	--

 Ya

--	--

 Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan Di Hospital/ Klinik Kerajaan

- Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

Pusat Perubatan Universiti Malaya

Lembah Pantai, 59100

Kuala Lumpur

- Tarikh Rawatan

1	3	1	0	2	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---

(hari)

(bulan)

(tahun)

11. Kategori Tuntutan

--	--	--

--	--

12. Senarai Tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

PharmUMMC

Tingkat Bawah Menara Utama

Pusat Perubatan Universiti Malaya

59100, Kuala Lumpur

- Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

1	3	1	0	2	0	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---

(hari)

(bulan)

(tahun)

--	--

--	--	--

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)
1	IMATINIB 400MG TAB TREVIVE	BILL NO: 505586646 LOC: PUM2	RM 1950.00
	"	00-19760	RM 3900.00

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- ☐ Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
☐ Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
☐ Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
☐ Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
☒ Dokumen Kewangan (*contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan*)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

"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 RM1950.00 adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan


 (ZAFFRULLA BIN HUSSEIN)
 (nama penuh)

Tarikh

4/11/2022

BAHAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Malinib → for Chronic myeloid leukaemia

16. Nama Atau Jenis Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

Malinib 400mg qd

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

not available

18. Perakuan Dan Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

"Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di butiran 16 di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam butiran 17 di atas."

Tandatangan

(_____)
 (nama penuh)

Jawatan

Tarikh

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan


 DR MOHD YAZID BIN ZAMRI
 MPM 53615
 PAKAR KLINIKAL HEMATOLOGI
 JABATAN PERUBATAN
 PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Ubat (*ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital universiti sahaja*)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

"Penggunaan ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ hospital universiti seperti di butiran 16 di atas adalah *DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN."

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

Tandatangan

(_____)
 (nama penuh)

Jawatan

Tarikh

* potong mana yang tidak berkenaan

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ pesara 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.”

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

(_____)
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

* potong mana yang tidak berkenaan

PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

PharmSelatan

(wholly owned by Pharmummco)

Tingkat 1, Menara Selatan, 59100 Kuala Lumpur.

Tel: 03-7949 2140 Fax: 03-7949 4649

QUOTATION

TO: YANG BERKENAAN

GST NO:

ADD:

TEL:

FAX:

ATT:

Q No: QO-19760

Q DATE: 31/10/2022 3:52:18 PM

REF NO:

SALESMAN

TERMS: NAME

PAGE: 1 of 1

JUMLAH TERSEBUT MERUPAKAN ANGGARAN RAWATAN UNTUK 2 BULAN (NOVEMBER AND DISEMBER).

MYR

NO ITEM	DESCRIPTION	QTY	PRICE	DISC	SUBTOTAL
1 I0031	IMATINIB 400MG TAB TREVIVE	60	65.00	0.00	3,900.00

NAME HARTINI BINTI OTHMAN

RN 14032527

DOSE 400MG OD

BAYARAN MELALUI BANK DRAF ATAS NAMA
PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

E & O E

60

TOTAL MYR

3,900.00

LOCK WENG KEAT

RPH 16789

PEGAWAI FARMASI

PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA