



JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA



MAKLUMAT TAMBAHAN PEMOHON BAGI PERMOHONAN
UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN

Maklumat Pesara/Penerima Pencen

No. Kad Pengenalan: 7 2 1 1 1 0 1 2 5 4 7 0

Alamat : N O . 4 4 , J L N P U L A U
L U M U T U I O / 7 5 A ,
A L A M B U D I M A N
S E K S Y E N I O ,
4 0 1 7 0 , S H A H A L A M

No Telefon : 012-369 8614

Alamat e-mail
(jika ada) :

Maklumat Pembekal (sekiranya bayaran secara terus kepada pembekal):

Nama Pembekal : Vita Medik

Alamat : A-3-3, Block A, Pusat Komersial Parklane,
Jalan SS 7/26, 47301 Kelana Jaya,
Selangor D.E., Malaysia.
MOF No. 357-02177609
e-Perolehan No. 1008F01CE

No Telefon : 03-7887 7285

**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/ pasport*
-)

A	T	I		D	J	A	M		S	E	R	I		B	I	N	T	I				
M	O	N	T	O	I																	

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

7	2	1	1	1	0	1	2	5	4	7	0										
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Skim Perkhidmatan/ Gred

4. Pegawai Di Bawah SSB/ SSM

☐ Ya ☐ Tidak
Butiran Diri Pesakit (*sekitarnya pesakit bukan pegawai/ pesara*)

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ Sijil Kelahiran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

- i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

- ii. Tarikh Rawatan

(hari)	(bulan)	(tahun)							

11. Kategori Tuntutan

-
-

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

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)
1.	Dreamstation Auto CPAP w/ Humidifier	VM/R3/0723/1210	7,900.00

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

VITA MEDIK (2074757-M)
 A-3-3, Block A, Pusat Komersial Parklane,
 Jalan SS7/28, 47501 Kelana Jaya, Selangor, Malaysia.
 Phone: +603-7887 7286
 Fax: +603-7886 2289
 Email: enquiry@vitamedik.com
 Website: www.vitamedik.com
 Telok Panglima Peral, 2074757000

- ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

(hari)	(bulan)	(tahun)							

-
-

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 RM _____ adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan

()
(nama penuh)

Tarikh

4/7/2023

BAHAGIAN IV

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

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Ob/mael chp Apm (OIR)

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

CIAP (continous airway)

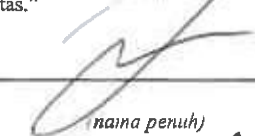
17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

Tidak boleh

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 dihidapi. 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

penyakit mulut
10/7/23

Tarikh

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

Dr. GOH LIANG CHYE, JULIUS
No. Pendaftaran Penuh MPM : 53976
No. Pendaftaran NSR : 138848
Pakar Klinikal
Jabatan Otorinolaringologi
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."

Tandatangan

(
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti



* 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

A rectangular box intended for an official stamp or seal, currently empty.