



JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA



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

Maklumat Pesara/Penerima Pencen

No. Kad Pengenalan:

4	8	0	4	0	9	0	6	5	0	4	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Alamat

A	-	1	8	-	1	3		D	'	P	I	N	E	S
C	O	N	D	O	M	I	N	I	U	M	,	J	L	N
C	E	M	P	A	K	A		6	,		T	M	N	
N	I	R	W	A	N	A	,	6	8	0	0	0		
A	M	P	A	N	G	,	S	E	L	A	N	G	O	R

No Telefon

0193800188

Alamat e-mail
(jika ada)

khairulmatdin@yahoo.com

Maklumat Pembekal (sekiranya bayaran secara terus kepada pembekal):

Nama Pembekal

--

Alamat

[illegible]

No Telefon

**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*)

K	H	A	L	I	D		B	I	N		M	A	T		D	I	N			
---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	--	--	--

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

4	8	0	4	0	9	-	0	6	-	5	0	4	1						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

3. Skim Perkhidmatan/ Gred

4. Pegawai Di Bawah SSB/ SSM

☐ Ya ☐ Tidak

Butiran Diri Pesakit (*sekiranya 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

INSTITUT PERUBATAN RESPIRATORI
JALAN PAHANG
50590 KUALA LUMPUR

- ii. Tarikh Rawatan

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

(hari) (bulan) (tahun)

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

- ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

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

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan i.

--	--

- ii.

--	--

- iii.

--	--

- iv.

--	--

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

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)
1.	NUNTEDANIB 150MG (OFEV)		
	CAPSULE		

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

([Signature])
(nama penuh)

Tarikh

18/2/2022

BAHAGIAN IV

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

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Idiopatik pulmonari fibrosis

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

Mintedanb 150mg (CFFV) Capsule

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

Tiada peruntukan hospital.

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

([Signature])
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

18/2/2022

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

DR SYAZATUL SYAKIRIN SIROL AFLAH
PAKAR PERUBATAN RESPIRATORI
MD(UKM) MRCP(UK)
Fellowship of Respiratory Medicine (Mal)
Institut Perubatan Respiratori
MMC No: 40857 NSR No: 135041

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

([Signature])
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

21/2/22

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

DR NURHAYATI MOHD MARZUKI
(4PM: 36220, NSR: 131089)
Pengarah
Perunding Pulmonologi
Institut Perubatan Respiratori
MMC No: 40857 NSR No: 135041

* 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

**KAD PENGENALAN
MALAYSIA
IDENTITY CARD**

480409-06-5041

KHALID BIN MAT DIN

NO 11
LEBOH JERANGOR
TAMAN CHI LUNG
#1300 KLANG
SELANGOR

MyKad

**WARGANEGARA
ISLAM LELAKI**



[Signature]
KETUA PERGARAN
PENDAFTARAN NEGARA
480409-06-5041-03-01
(0251220)

**Touch
nGO**



SN 000007970



**KAD PESARA
KERAJAAN MALAYSIA**

AB

NAMA : KHALID BIN MAT DIN

NO. K/P : 480409-06-6041

NO. AKAUN : 00000005VE

ISTERI/SUAMI : ATAKIYAH @ ATA'AIYAH BINTI HARUN

KELAYAKAN
WAD
1B

481118-08-5952

- (i) Kad ini hendaklah diserahkan kepada Bahagian Pasca Perkhidmatan (Pencen), Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia apabila pemiliknya telah hilang kelayakan untuk menerima pencen.
- (ii) Sesiapa yang menjumpai kad ini hendaklah mengembalikannya kepada Bahagian Pasca Perkhidmatan (Pencen), Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia.

1MOCC Hotline : 03-8000 8000

Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia
www.jpapencen.gov.my

