

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

URAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Arshah:**
- 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 D 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)

M U H A M M A D F I R D A U S B I N
N O R Z A I M I 1 2 4 A M

6. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ Sijil Kelahiran

1 0 0 2 2 7 - 1 0 - 1 6 5 7

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

PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI
MALAYA (PPUM)
ENT CLINIC

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

WI MEDIK SDN. BHD

- ii. Tarikh Rawatan

0 8 0 7 2 0 2 2
(hari) (bulan) (tahun)

- ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

0 8 0 7 2 0 2 2
(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.	Mask, Filter, tubing for CPAP Machine	2194	2980.00

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, invois, 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 2980.00 adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan

(Signature)
(ATI DEAN SRI KANTI MONTOL)

Tarikh

08/07/2022

BAHAGIAN IV

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

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Obstructive sleep apnea

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

Continuous positive airway pressure (CPAP) accessories

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

Not provided by PAM

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)
8/7/2022

Jawatan

Tarikh

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

DR Jasinth Vani Raja Sekaran

MMC : 61926

MBBS (Malaya), DOHNS, MRCS (ENT), MS ORL-HNS (UM)
Specialist,

Department of Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery
University Malaya Medical Centre

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

KAD PENGENALAN
MALAYSIA
IDENTITY CARD

721110-12-5470



ATIDJAH SERI BINTI
MONTOL

NO 1
JALAN SETANA
81000 BANGKAWAN
BAHAW

WARGANEGARA
ISLAM PEREMPUN



SETIA NEGARA
PENANTUTAN NEGARA

721110-12-5470-02-01
(HOB12894)

Touch
NID

WIMEDIK



© 2000-2010

