

PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

PharmSelatan

(wholly owned by Pharmumm)

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-20695

Q DATE : 10-Jan-23 10:43:14 AM

REF NO :

SALESMAN

TERMS :

PAGE : 1 of 1

JUMLAH TERSEBUT ADALAH
ANGGARAN RAWATAN UNTUK 12 BULAN

MYR

NO ITEM	DESCRIPTION	QTY	PRICE	DISC	SUBTOTAL
1	I0031 IMATINIB 400MG TAB TREVIVE	360	65.00	0.00	23,400.00

NAMA PESAKIT : HARTINI BINTI OTHMAN

RN : 14032527

DOS : 400MG OD

BAYARAN MELALUI BANK DRAF ATAS NAMA
PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

E & O E

360

TOTAL MYR

23,400.00

MUHAMMAD ANNAS B. MOHAMED

Pendatang Akauntan

PharmUMMC

PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA



PUSAT PERUBATAN
UNIVERSITI
MALAYA

Kepada:

Officer-in-charge.

Tarikh:

05/01/2023.

Daripada:

DR LIONG CHEE CHIAT

No. Pendaftaran Penuh MPM 47044

No. Pendaftaran NSR 133657

Pakar Klinikal, Jabatan Perubatan

Pusat Perubatan Universiti Malaya

HARTINI BINTI OTHMAN

720225035868

25/02/1972 P



RN : 14032527

Dear Sir/Madam,

This is to inform that the lady mentioned above is diagnosed with Chronic Myeloid Leukaemia and will require PO ~~Ritux~~ Imatinib 400mg OD for treatment and survival.

Thank you.

Yours truly,

Leah

DR LIONG CHEE CHIAT

No. Pendaftaran Penuh MPM 47044

No. Pendaftaran NSR 133657

Pakar Klinikal, Jabatan Perubatan

Pusat Perubatan Universiti Malaya



PUSAT PERUBATAN
**UNIVERSITI
MALAYA**

Kepada:

Pharmacist
Pharm UMMC

Tarikh:

5/01/22 23

Daripada:

DR LIONG CHEE CHIAT
No. Pendaftaran Penuh MPM 47044
No. Pendaftaran NSR 133657
Pakar Klinikal, Jabatan Perubatan
Pusat Perubatan Universiti Malaya

HARTINI BINTI OTHMAN

720225035868

25/02/1972 P



RN : 14032527

Dear Sir/Madam,

Kindly provide quotation for Imatib 400mg
12 dose
CD for 6 months. Thank you.

Yours truly,

DR LIONG CHEE CHIAT

No. Pendaftaran Penuh MPM 47044

No. Pendaftaran NSR 133657

Pakar Klinikal, Jabatan Perubatan

Pusat Perubatan Universiti Malaya

**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*
-)

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

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

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

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*
-)

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

6. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ 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

- i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

PPum

- ii. Tarikh Rawatan

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

(hari) (bulan) (tahun)

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

PPum Pharma Selatan

- 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.	Imatinib 400mg Tab Trevive		36 0x 65.00
			Rm23,400.00

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, invoices, 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

BAHAGIAN IV

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

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Chronic myeloid leukaemia

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

PO Imatinib 400mg OD for 6 months. 12 months.
Leuk

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

Indicated as first line therapy - not available in 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

(*Liong Chee Chiat*)
(nama penuh)

Jawatan

PAKAR

Tarikh

05/01/2023

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

DR LIONG CHEE CHIAT
No. Pendaftaran Penuh MPM 47044
No. Pendaftaran NSR 133657
Pakar Klinikal, 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.**"

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