

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

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Arahan:**
- Maklumat hendaklah ditengkapkan 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 U L A I F A H B I N T I O M A R

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

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

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/ 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

APUPM

- ii. Tarikh Rawatan

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan i. ii.

12. Senarai Tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)
1	Synolis VA-T 120mg (HA 120mg + Sorbitol 240mg)		2,900.00

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 RM _____ adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan

(Zulaifah Omar)
(nama penuh)

Tarikh

16/01/2023

BAHAGIAN IV

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

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Bilateral knee OA - Osteoarthritis

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

Bilateral knee Hyaluronic acid injection

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

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

(_____)
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

DR SITI MUNIRA SERI MASRAH
MD (UPM), Doc. Ortho & Traumatology (JKM)
Pakar Ortopedik
Hospital Pengajar UPM
No MMC 51898

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



HOSPITAL PENGAJAR UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA TEACHING HOSPITAL

Kepada: Pegawai Kesihatan Daerah (Unit Kewangan)

Tuan/Puan,

16/1/2023

Nama Pesakit : ZULAIFAH BINTI OMAR

No. Kad Pengenalan : 631016015006

Pesakit ini sedang menjalani rawatan di Klinik Ortopedik Hospital Pengajar UPM bagi **'BILATERAL KNEE OSTEOARTHRITIS'** dan disarankan untuk menjalani rawatan **"BILATERAL KNEE HA INJECTION"**.

2. Rawatan ini dapat mengurangkan kesakitan serta menambahbaik kualiti hidup pesakit untuk jangka masa yang lama.
3. Kos peralatan perubatan ini tidak ditanggung oleh pihak hospital. Memandangkan pesakit adalah kakitangan kerajaan, adalah amat dihargai jika pihak tuan / puan dapat membantu dalam membiayai kos alatan perubatan yang akan digunakan untuk prosedur ini.
3. Bersama ini kami lampirkan kos alatan perubatan tersebut.

Kerjasama dari pihak tuan / puan amat dihargai.

"BERILMU BERBAKTI" / "WITH KNOWLEDGE WE SERVE"

Sekian, terima kasih

DR SITI MUNIRA SERI MASRAN
MD (UPM), Doc. Ortho & Traumatology (UKM)
Pakar Ortopedik
Hospital Pengajar UPM
No MMC 51898

Pakar Bedah Ortopedik

Jabatan Ortopedik

HPUPM

SEBUT HARGA



Ketua Pengarah /
Ketua Jabatan
Klinik Pakar Orthopaedik

Date: 16/01/2023

Ref No.: MW/GH/21/VA06

Bank Acct: CIMB Bank Berhad

Acct No. : 800-7051-229

No	Particular & Description	Manufacturer	QTY	Unit Price (nett)	Total (RM)
1	Synolis VA-T 120mg	Aptissen S.A	2	RM1,450.00	2900.00
Sub Total :					2900.00

ZULAIFAH BINTI OMAR

Patient Name : 631016015006/59Y 3M 0D/F
UPM000043650
I/C Number : 
Name of Doctor :
Designation :
Chop & Signature of Doctor :

MEDICWAVE (M) SDN BHD

Ms. ChloV Lim
Admin Executive



*Please contact sales representative
Vanessa Tan 012-902 4967

DR SITI MUNIRA SERI MASRAN
MD (UPM), Dip. Ortho & Traumatology (UKM)
Pakar Ortopedik
Hospital Pengajar UPM
No MMC 51898

Medicwave (M) Sdn. Bhd. 200801032805 (834142-H)

No.59-1, Block E, Zenith Corporate Park, Jalan SS7/26 Kelana Jaya, 47301 Petaling Jaya, Selangor, Malaysia.

Tel: 6012-317 5221, 603 7887 8854 Fax: 603-7887 8221 Email: sales@medicwave.com.my www.medicwave.com.my

Pharma Line Marketing Sdn Bhd (678291-D)

46,Jln Putra Permai 1B, Tmn Equine 43300 Seri Kembangan,Selangor

Phone: 03-89454113 Fax: 03-89454113 GST No: 001643974656

Quotation

NO	Item Code	Description	Qty	Price	Disc	Amount
1	8717677650200	Synolis VA-T 120mg	1	1,550.00	0.00	1,550.00

Ringgit ONE THOUSAND FIVE HUNDRED FIFTY ONLY

TOTAL 1,550.00

Remarks: FOR HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN



PHARMA LINE MARKETING SDN BHD
AUTHORIZED SIGNATURE

Date :

Ketua Pengarah /
Ketua Jabatan
Klinik Pakar Orthopaedik

U/P:

Dear Sir/Madam ,

RE : QUOTATION

We thank you for your esteemed enquiry on our product range and it is our pleasure to furnish herewith the following quotation for your perusal:-

Bil	Description	Quantity	Price (RM)	Total Price (RM)
1.	SYNOLIS VA-T 120MG (Hyaluronic Acid 40mg/ml, Sorbitol 80mg/ml (3 x 2ml) Manufacturer: MEDICWAVE		1,998.75	
			Sub Total	

Patient Name: _____
I/C No: _____
Name Of Doctor: _____
Designation : _____
Chop & Signature of Doctor: _____

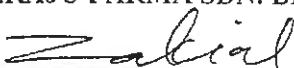
TERM AND CONDITION:

Delivery : Ex- stock upon availability
Validity of Quotation :
Term of Payment : 30 Days

We sincerely looking forward to your kind support. It is an honour to be at your service.

Thank you.

Yours sincerely,
TERAJU FARMA SDN. BHD.


Zakiah Abdul Rahman
Asst. Business Unit Officer