

**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/ passport)

N U R F A T I M A H B I N T I
M O H D Z A K I

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

8 7 0 4 0 3 0 5 5 7 6 6

3. Skim Perkhidmatan/ Gred

E41

4. Pegawai Di Bawah SSB/ SSM

☐ Ya ☐ Tidak

Butiran Diri Pesakit (sekiranya pesakit bukan pegawai/ pesara)

5. Nama Penuh (seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran)

A L A S A W A T I B I N T I H J
S H U I B

6. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ Sijil Kelahiran

6 2 0 1 1 0 0 8 5 8 3 0

7. Hubungan Pesakit Dengan Pegawai/ Pesara

8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

i. Umur tahun bulan
ii. Daif ☐ Ya ☐ Tidak
iii. 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
DEMBANG PANTAI
59100 KUALA LUMPUR

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

- ii. Tarikh Rawatan

(hari) (bulan) (tahun)

- 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)

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengerah 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/ Pcsara

"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

(Nbr. FATIMAH MOHD ZAKI)
(nama penuh)

Tarikh 18/4/2023

BABAGIAN IV

BAGIAN IV
Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Keraaan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihadapi Oleh Pesakit

STRAW

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

MR1 / MRA brain

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

TIDAK DIBEWAJUKAN

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

(nm)
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

PAKAR PERUBATAN KLINIKAL

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

DR. NOORASYIKIN BINTI MOHAMED ARIFIN
MBBS, MMED INT. MED (UKM)
MMC: 48289, NSR: 137490
PAKAR PERUBATAN
JABATAN PERUBATAN
PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

BAFLAGEAN-V

RAFAELIAN V
Kehulusan Penggunaan Ubat (ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital universiti sahaja)
Jabatan Farmasi, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

"Penggunaan ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia di hospital universiti seperti di butiran 16 di atas adalah ***DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.***"

Tandatangan

(nama penuh)

Jawapan

Tarikh

* potong mana yang tidak berkenaan

BAGIAN 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 600 adalah *DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN."

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

(_____)

(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

* potong mana yang tidak berkenaan