

**BORANG TUNTUTAN PERIBADI
PERSONAL CLAIM FORM - OUTPATIENT**



- Borang ini hendaklah diisi oleh pesakit atau orang membuat tuntutan / ibu bapa sekiranya pesakit adalah di bawah umur.
This form is to be completed by the patient or by the claimant / parent if the patient is a minor.
- Tuntutan untuk perbelanjaan perubatan hendaklah dibuat dalam tempoh **30 hari dari tarikh rawatan diterima.**
Claims for medical expenses should be submitted within 30 days from the date of service.
- Tuntutan yang melibatkan perkara-perkara yang disenaraikan dalam senarai **PENGECUALIAN** dalam Pelan Kesihatan anda tidak akan dibayar.
Claims for items and conditions as listed under EXCLUSIONS in your Medical Plan Summary are not payable.
- Borang ini perlu diisi dengan lengkap untuk memastikan pemrosesan yang cepat. Sebarang borang yang tidak lengkap akan dikembalikan.
Claimants are requested to complete this form to expedite the process. Any incomplete forms shall be returned to the claimant.
- Borang ini perlu dikepilkkan bersama surat rujukan doktor jika mendapatkan rawatan pakar atau surat temujanji diperlukan bagi rawatan susulan.
Claimants are requested to attach this form with referral letter for specialist treatment or appointment letter is required for follow up visit.
- Borang ini dikhususkan untuk SATU RESIT / SATU TUNTUTAN sahaja.
This form is to be used for ONE RECEIPT / ONE CLAIM only.
- Ubat - ubatan yang dibeli daripada farmasi hendaklah disertakan dengan preskripsi doktor.
Medication purchased directly from a pharmacy must attach with Doctor's description.
- Sekiranya bil anda adalah **RM100.00 dan keatas**, sila sertakan bil terperinci termasuk ubat-ubatan yang diberikan.
If your bill is RM100.00 and above, please attach the itemized bill including details of medications prescribed to you.
- Resit asal, bil terperinci, surat rujukan doktor atau surat temujanji (jika ada) mesti dikepilkkan bersama borang ini dan dihantar ke:
Original bills, receipts and referral letter (if any) for the claims expenses must be attached with this form and send to:

**PM CARE SDN BHD
BAHAGIAN TUNTUTAN
No. 1, Jalan USJ 21/10, UEP Subang Jaya, 47630 Selangor Darul Ehsan.
Tel: 03 8026 7788 Fax: 03 8023 9135**

MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION

Nama pekerja: <i>Name of employee</i>	No. keahlian PMCare (PMCare membership no.)
Nama majikan: <i>Name of employer</i>	No. MyKad (MyKad No.)
Alamat pejabat: <i>Office address</i>	No. yang boleh dihubungi : <i>Contact No.:</i>
	Alamat e-mel: <i>E-mail address</i>

MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION

Nama pesakit: <i>Name of patient</i>	Tarikh lahir pesakit <i>Date of birth of patient</i>
Hubungan dengan pekerja : Sendiri [] Suami / isteri [] Anak [] <i>Relation to employee: Self [] Spouse [] Child []</i>	H H B B T T T T

MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION

Tarikh rawatan <i>Date of consultation / service</i>	Masa rawatan <i>Time of consultation / service</i>
Jumlah tuntutan <i>Claim amount</i>	Nama bank: <i>Bank name</i>
No. resit: <i>Receipt no.</i>	No. akaun bank <i>Bank account no.</i>

KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS

Jenis rawatan <i>Types of service</i> <input type="checkbox"/> Panel GP <input type="checkbox"/> Bukan / Non Panel GP <input type="checkbox"/> Bersalin Delivery <input type="checkbox"/> Pakar Kanak-kanak Paediatrician <input type="checkbox"/> Pergigian Dental <input type="checkbox"/> Pakar Specialist <input type="checkbox"/> Optik Optic	Rawatan Alternatif / Alternative Treatment <input type="checkbox"/> (Homeopathy) <input type="checkbox"/> (Chiropractor) <input type="checkbox"/> (Acupuncture)
Jenis-jenis penyakit/rawatan. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions/treatment. Please mark [✓]</i> <input type="checkbox"/> Demam (fever) <input type="checkbox"/> Sakit belakang / sendi (backache / joint pain) <input type="checkbox"/> Batuk / selsema / sakit tekak (cough / cold / sore throat) <input type="checkbox"/> Cirit birit / sakit perut / muntah (diarrhea / colic / vomit) <input type="checkbox"/> Lelah (asthma) <input type="checkbox"/> Sakit kepala / pening (headache / dizziness) <input type="checkbox"/> Kencing manis (diabetes) <input type="checkbox"/> Gastrik / sakit perut (gastritis / peptic ulcer) <input type="checkbox"/> Jangkitan telinga (ear infection) <input type="checkbox"/> Kecederaan / luka (bruises / scalds / cuts) <input type="checkbox"/> Jangkitan mata (eye infection) <input type="checkbox"/> Darah tinggi (hypertension) <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) others (please specify)	Immunisasi / Immunisation Sila nyatakan jenis dan jumlah bayaran:- <i>Please provide type(s) & cost:-</i> 1. _____ RM _____ 2. _____ RM _____ Nota: Sila sertakan salinan jadual immunisasi. <i>Please provide a copy of immunisation schedule.</i>
Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel / tidak menggunakan Surat Jaminan Perubatan untuk kemasukan wad. <i>Reason for seeking treatment at non-panel clinic / without GL for Inpatient treatment</i> Sila tanda [✓] / please mark [✓]	Rawatan Pakar / Specialist Treatment Adakah ini rawatan susulan? <i>Is this a follow up case?</i> <input type="checkbox"/> Ya (yes) <input type="checkbox"/> Tidak (no)
<input type="checkbox"/> Kecemasan (emergency / urgent care) <input type="checkbox"/> Tiada klinik panel berdekatan (panel clinic not within the vicinity) <input type="checkbox"/> Sila nyatakan jika lain-lain sebab (Please explain for other reasons)	Jika anda membuat rawatan susulan, sila tandakan [✓] <i>If this apply for follow up visit, please tick [✓]</i> <input type="checkbox"/> Pakar (specialist) <input type="checkbox"/> Kemasukan wad (hospitalisation)
	Tarikh mendapatkan rawatan / kemasukan wad <i>Date of last visit / admission</i> H H B B T T T T

KEBENARAN DARI YANG MEMBUAT TUNTUTAN ATAU PESAKIT / CLAIMANT'S OR PATIENT'S CONSENT

Saya bersetuju memberi segala maklumat yang diperlukan kepada PMCare Sdn Bhd dan/atau Majikan untuk memproses, membayar tuntutan, serta menghasilkan laporan. Salinan kebenaran ini dikira sah sepertimana salinan asal.
I hereby consent to the release of relevant information to PMCare Sdn Bhd and/or my Employer to process, reimburse claim, and to produce report. A copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Tarikh (date)

Tandatangan pesakit / yang menuntut (signature of patient / claimant)