

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 belanjawan 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 **PENGECAUAN** 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 pemprosesan 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 dikepalkan 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 dikepalkan 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:



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

MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION

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

MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION

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

KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS

Jenis rawatan Types of service <input type="checkbox"/> Panel GP <input type="checkbox"/> Pergigian Dental <input type="checkbox"/> Bukan / Non Panel GP Pakar Specialist <input type="checkbox"/> Bersalin Delivery <input type="checkbox"/> Pakar Kanak-kanak Paediatrician <input type="checkbox"/> Optik Rawatan Alternatif / Alternative Treatment <input checked="" type="checkbox"/> (Homeopathy) <input checked="" type="checkbox"/> (Chiropractor) <input checked="" type="checkbox"/> (Acupuncture) <input type="checkbox"/> Bersalin/ Maternity Pemeriksaan selepas bersalin. Sila Nyatakan tempoh kandungan. (pre natal check up, to specify month of pregnancy) <input type="checkbox"/> Pemeriksaan selepas bersalin (post natal check up) <input type="checkbox"/> Bersalin biasa (normal delivery) <input type="checkbox"/> Bersalin secara pembedahan (caesarean delivery) <input type="checkbox"/> (assisted delivery)	Imunisasi / Immunisation Sila nyatakan jenis dan jumlah bayaran- Please provide type(s) & cost:- 1. _____ RM 2. _____ RM Nota: Sila sertakan salinan jadual Imunisasi. Please provide a copy of immunisation schedule.
Jenis-jenis penyakit/ rawatan. Sila tandai [✓] Types of medical conditions/treatment. Please mark [✓] <input type="checkbox"/> Demam (fever) <input type="checkbox"/> Batuk / selsema / sakit tekak (cough / cold / sore throat) <input type="checkbox"/> Lelah (asthma) <input type="checkbox"/> Kencing manis (diabetes) <input type="checkbox"/> Jangkitan telinga (ear infection) <input type="checkbox"/> Jangkitan mata (eye infection) <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) others (please specify)	<input type="checkbox"/> Sakit belakang / sendi (backache / joint pain) <input type="checkbox"/> Cirit berik / sakit perut / muntah (diarrhea / colic / vomit) <input type="checkbox"/> Sakit kepala / pening (headache / dizziness) <input type="checkbox"/> Gastrik / sakit perut (gastritis / peptic ulcer) <input type="checkbox"/> Kecederaan / luka (bruises / scalds / cuts) <input type="checkbox"/> Darah tinggi (hypertension)
Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel / tidak menggunakan Surat Jaminan Perubatan untuk kemasukan wad. Reason for seeking treatment at non-panel clinic / without GL for Inpatient treatment Sila tandai [✓] / please mark [✓] <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)	Rawatan Pakar / Specialist Treatment Adakah ini rawatan susulan? Jika anda membuat rawatan susulan, sila tandakan [✓] Is this a follow up case? If this apply for follow up visit, please tick [✓] <input type="checkbox"/> Ya (yes) <input type="checkbox"/> Pakar (specialist) <input type="checkbox"/> Tidak (no) <input type="checkbox"/> Kemasukan wad (hospitalisation) Tarikh mendapatkan rawatan / kemasukan wad Date of last visit / admission 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) _____