



JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA



**MAKLUMAT TAMBAHAN PEMOHON BAGI PERMOHONAN
UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN PERUBATAN/RAWATAN**

Maklumat Pesara/Penerima Pencen

No. Kad Pengenalan:

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

Alamat :

No Telefon :

--

Alamat e-mail (jika ada) :

--

Maklumat Pembekal (sekiranya bayaran secara terus kepada pembekal):

Nama Pembekal :

Neolee Rehab Supply Sdn Bhd

Alamat :

5	0	,	J	a	l	a	n		2	/	1	5	4	D
T	a	m	a	n		D	e	s	a	-				
C	h	e	r	a	s	,	C	h	e	r	a	s		
5	6	0	0	0										
K	u	a	l	a		L	u	m	p	u	r			

No Telefon :

03-9100 2144, 03-9100 2812

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

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Arahan:**
- i. Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.
 - ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/ Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/ pasport*)

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

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

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

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

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*)

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

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

6. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ Sijil Kelahiran

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

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 10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

ii. Tarikh Rawatan ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

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

(hari) (bulan) (tahun)

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

(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)

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

(_____)
(*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

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

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

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

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

**PANDUAN AM
BORANG PERUBATAN 1/09**

BAHAGIAN I

Butiran 1:

- (i) Nyatakan nama penuh **pegawai/ pesara** yang mengemukakan permohonan pembiayaan perbelanjaan kemudahan perubatan mengikut ejaan seperti dalam kad pengenalan/ pasport.

Butiran 2:

- (i) Nyatakan nombor kad pengenalan/ pasport bagi **pegawai/ pesara**.

Butiran 3:

- (i) Nyatakan skim perkhidmatan dan gred pegawai. Sebagai contoh, bagi Pegawai Perkhidmatan Pendidikan Siswazah Gred DG41 hendaklah dinyatakan sebagai “**DG41**”.
- (ii) Bagi pesara, hendaklah dinyatakan sebagai “**PESARA**”.

Butiran 4:

- (i) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai status pegawai sama ada tertakluk kepada Sistem Saraan Baru (SSB)/ Sistem Saraan Malaysia (SSM) atau tidak.

Butiran 5:

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah suami/ isteri/ anak/ ibu bapa yang sah kepada pegawai atau suami/ isteri/ anak kepada pesara.
- (ii) Nyatakan nama penuh **pesakit** mengikut ejaan seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran.

Butiran 6:

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah suami/ isteri/ anak/ ibu bapa yang sah kepada pegawai atau suami/ isteri/ anak kepada pesara.
- (ii) Nyatakan nombor kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran pesakit.

Butiran 7:

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah suami/ isteri/ anak/ ibu bapa yang sah kepada pegawai atau suami/ isteri/ anak kepada pesara.
- (ii) Nyatakan kategori hubungan di antara pesakit dengan pegawai/ pesara menggunakan kod seperti berikut:

Bil.	Kategori	Kod
1.	Suami	01
2.	Isteri	02
3.	Anak Kandung	03
4.	Anak Tiri	04
5.	Anak Angkat	05
6.	Ibu Kandung	06
7.	Ibu Tiri	07
8.	Ibu Angkat	08
9.	Bapa Kandung	09
10.	Bapa Tiri	10
11.	Bapa Angkat	11

Butiran 8:

- (i) Ruangan ini hanya perlu dilengkapkan sekiranya **pesakit** adalah **anak** kepada pegawai/ pesara.
- (ii) Nyatakan umur pesakit dalam bentuk tahun dan bulan.
- (iii) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai sama ada pesakit dikategorikan sebagai daif seperti mengikut peruntukan Perintah Am 1 (iii) Bab F Tahun 1974 atau tidak.
- (iv) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai status pesakit sama ada masih bersekolah atau tidak. Bagi pesakit yang telah berumur **melebihi daripada 18 tahun tetapi tidak melebihi 21 tahun** dan masih bersekolah, **surat pengesahan** daripada institusi pendidikan/ pengajian tinggi mengenai status pesakit sebagai penuntut hendaklah dikemukakan bersama-sama borang permohonan.

BAHAGIAN II

Butiran 9:

- (i) Nyatakan nama dan alamat penuh hospital/ klinik Kerajaan tempat kemudahan perubatan diperolehi oleh pesakit.
- (ii) Nyatakan tarikh pesakit memperolehi kemudahan perubatan di hospital/ klinik Kerajaan dalam bentuk hari, bulan dan tahun.

Butiran 10:

- (i) Nyatakan nama dan alamat penuh **hospital/ agensi swasta** yang membekal/ menyediakan kemudahan perubatan kepada pesakit.
- (ii) Nyatakan tarikh pesakit memperolehi kemudahan perubatan di hospital/ agensi swasta dalam bentuk hari, bulan dan tahun.

Butiran 11:

- (i) Nyatakan kategori tuntutan perbelanjaan yang dipohon menggunakan kod seperti berikut:

Bil.	Kategori	Kod
1.	Ubat	01
2.	Alat Ortopedik	02
3.	Anggota Palsu	03
4.	Kerusi Roda	04
5.	Alat Bantu Pendengaran	05
6.	Alat Rawatan Jantung/ Alat Bantu Pernafasan/ Koklea Implan/ <i>Colostomy Bag/ Urine Bag/ Intraocular Lens</i>	06
7.	Alat-alat Lain	07
8.	Perkhidmatan Perubatan	08
9.	Rawatan Penyakit Buah Pinggang	09
10.	Rawatan Kemandulan	10
11.	Rawatan Kepakaran	11
12.	Rawatan Di Institut Jantung Negara Sdn. Bhd.	12

Butiran 12:

- (i) Nyatakan butiran tuntutan perbelanjaan yang dipohon.

Butiran 13:

- (i) Tandakan (√) dalam mana-mana kotak yang berkaitan mengenai dokumen sokongan yang disertakan bersama-sama borang permohonan.
- (ii) Panduan bagi dokumen sokongan yang perlu disertakan adalah seperti berikut:

Bil.	Jenis Permohonan Perbelanjaan	Dokumen Sokongan Yang Diperlukan				
		* Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan	** Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia	Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia	*** Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi	Dokumen Kewangan
1.	Pembekalan Ubat	√	√		√	√
2.	Pembekalan Alat Ortopedik	√	√		√	√
3.	Pembekalan Anggota Palsu	√	√		√	√
4.	Pembekalan Kerusi Roda	√	√		√	√
5.	Pembekalan Alat Bantu Pendengaran	√	√		√	√
6.	Pembekalan Alat Rawatan Jantung/ Alat Bantu Pernafasan/ Koklea Implan/ <i>Colostomy Bag/ Urine Bag/ Intraocular Lens</i>	√	√		√	√
7.	Pembekalan Alat-alat Lain	√	√		√	√
8.	Perkhidmatan Perubatan	√	√		√	√
9.	Rawatan Penyakit Buah Pinggang	√			√	√
10.	Rawatan Kemandulan	√			√	√
11.	Rawatan Kepakaran	√		√	√	√
12.	Rawatan Di Institut Jantung Negara Sdn. Bhd.	√			√	√

Nota:

* Sekiranya perlu sahaja.

** Sila rujuk Panduan Pelaksanaan Peraturan Permohonan Perbelanjaan Kemudahan Perubatan seperti di **Lampiran B** untuk mengenal pasti keperluan dokumen sokongan.

*** Dokumen sokongan bagi permohonan perbelanjaan kemudahan perubatan untuk anak yang berumur melebihi daripada 18 tahun tetapi tidak melebihi 21 tahun sahaja.

- (iii) Butir perbelanjaan hendaklah disokong dengan dokumen kewangan seperti resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan.

BAHAGIAN III

Butiran 14:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapi oleh **pegawai/ pesara** yang mengemukakan permohonan.

BAHAGIAN IV

Butiran 15:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapi oleh **Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan**.
- (ii) Nyatakan nama/ jenis penyakit yang dihadapi oleh pesakit.

Butiran 16:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapi oleh **Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan**.
- (ii) Nyatakan nama atau jenis ubat/ alat/ perkhidmatan perubatan/ rawatan yang tidak dapat dibekal/ disediakan oleh hospital/ klinik Kerajaan yang diperlukan dan diperakukan kepada pesakit.

Butiran 17:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapi oleh **Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan**.
- (ii) Nyatakan sebab-sebab ubat/ alat/ perkhidmatan perubatan/ rawatan yang diperlukan oleh pesakit tidak dapat dibekal/ disediakan oleh hospital/ klinik Kerajaan.

Butiran 18:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapkan oleh **Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan**.

BAHAGIAN V

Butiran 19:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapkan bagi permohonan pembiayaan perbelanjaan pembekalan **ubat** yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)/ hospital universiti sahaja.
- (ii) Ruangan ini hendaklah dilengkapkan oleh pihak **KKM/ Pengarah hospital universiti**, mengikut mana yang berkaitan.

BAHAGIAN VI

Butiran 20:

- (i) Ruangan ini hendaklah dilengkapkan oleh **Ketua Jabatan** kepada pegawai/ pesara.
- (ii) Ketua Jabatan bertanggungjawab untuk menyemak dan memastikan bahawa permohonan yang dipertimbangkan mematuhi **semua** syarat dan peraturan yang ditetapkan.
- (iii) Ketua Jabatan bertanggungjawab untuk menyemak dan memastikan bahawa permohonan pembiayaan perbelanjaan kemudahan perubatan bagi ibu bapa yang sah adalah **dibenarkan** kepada pegawai yang telah **memilih dan bersetuju menerima opsyen SSB/ SSM sahaja**.