Wisma MediExpress
F-G-6, Block Block F, Parklane Commercial Hub, No 21 Jalan SS7/26, 47301 Kelana Jaya
Tel No. : 03-78841919 Fax No.:03-78099333

BORANG TUNTUTAN UNTUK RAWATAN PERUBATAN
MEDICAL REIMBURSEMENT FORM

NAMA SYARIKAT / *Company Name* : _____

Sila isi borang ini dengan HURUF BESAR / *Please fill out this form in CAPITAL LETTERS*

MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION

No.Kad Perubatan: _____
Membership No:

Nama Pekerja: _____ No. Kad Pengenalan : _____
Name of Employee: *Identity Card Number :*

Talian /*Contact* : *(HP no)* _____ *Office No :* _____

(Email) _____

Alamat pejabat / *Office Address:* _____

No Akaun Bank :
Bank Account No: _____

PERINGATAN PENTING / IMPORTANT NOTE

1 **Sila lampirkan resit ASAL untuk tuntutan pembayaran dan Bil Terperinci (Invois, Bill dan Kredit Kad slip BUKAN resit).**
Please attach ORIGINAL itemised receipt. (invoice, Bills and Credit Card Slips are NOT Receipts).
2 **Sila nyatakan penyakit/diagnosis (DIWAJIBKAN) / Please specify the illness/ diagnosis (COMPULSORY).**
3 **Bil Terperinci, ringkasan discaj / penyakit wajib untuk tuntutan kemasukan hospital dan bersalin.**
Itemised billing, discharge summary and Diagnosis are required for HP and Maternity claims.

Sila susun nombor resit tuntutan / *Please Number & Arrange Your Receipts Accordingly*

1 PENUNTUT / MAKLUMAT TUNTUTAN (CLAIMANT / PATIENT INFORMATION)

Jumlah / Receipt Amount (RM)

Nama Pesakit / Patient's Name: _____ Tarikh Rawatan/Date of Visit: _____ RM _____

Petalian dengan Pekerja: *Relationship to Employee* ☐ Sendiri / Self ☐ Suami-Isteri / *Spouse* ☐ Anak / Child

Diagnosis / Sakit:
Diagnosis / Illness _____

☐ GP
☐ Specialist
☐ Optical
☐ Dental
☐ Maternity NORMAL / C-SECTION
(Sila bulatkan / Please Circle)

2 PENUNTUT / MAKLUMAT TUNTUTAN (CLAIMANT / PATIENT INFORMATION)

Jumlah / Receipt Amount (RM)

Nama Pesakit / Patient's Name: _____ Tarikh Rawatan/Date of Visit: _____ RM _____

Petalian dengan Pekerja: *Relationship to Employee* ☐ Sendiri / Self ☐ Suami-Isteri / *Spouse* ☐ Anak / Child

Diagnosis / Sakit:
Diagnosis / Illness _____

☐ GP
☐ Specialist
☐ Optical
☐ Dental
☐ Maternity NORMAL / C-SECTION
(Sila bulatkan / Please Circle)

3 PENUNTUT / MAKLUMAT TUNTUTAN (CLAIMANT / PATIENT INFORMATION)

Jumlah / Receipt Amount (RM)

Nama Pesakit / Patient's Name: _____ Tarikh Rawatan/Date of Visit: _____ RM _____

Petalian dengan Pekerja: *Relationship to Employee* ☐ Sendiri / Self ☐ Suami-Isteri / *Spouse* ☐ Anak / Child

Diagnosis / Sakit:
Diagnosis / Illness _____

☐ GP
☐ Specialist
☐ Optical
☐ Dental
☐ Maternity NORMAL / C-SECTION
(Sila bulatkan / Please Circle)

Sebab mendapat rawatan di bukan panel
Reason for seeking treatment at non-panel clinic

☐ Tiada klinik panel yang berdekatan / *Panel clinic not within the vicinity*
☐ Kecemasan / Emergency (Please explain the nature of emergency)
☐ Lain-lain sebab / *Other reason*

_____
_____

Jumlah Tuntutan / Total Claims RM _____

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

Saya bersetuju memberi segala maklumat yang diperlukan untuk memproses tuntutan ini. Salinan kebenaran ini dikira sah sepertimana salinan asal.
I hereby consent to the release of relevant information for the processing of this claim. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and the original.

Tandatangan Pekerja /Employee's Signature

Tarikh Tuntutan / Date of Claim Submission