



Memo

LEMBAGA GETAH MALAYSIA
MALAYSIAN RUBBER BOARD

Kepada : Semua Warga LGM
Daripada : Ketua Unit Pembangunan Sumber Manusia
Rujukan : LGM/KP/KUPSM/027
Tarikh : 11 April 2019

**KENYATAAN UNIT PEMBANGUNAN SUMBER MANUSIA
BILANGAN 11 TAHUN 2019**

**KEMUDAHAN PERUBATAN ANGGOTA LGM DAN TANGGUNGAN
(RAWATAN PESAKIT LUAR)**

Dengan hormatnya Kenyataan Unit Pembangunan Sumber Manusia Bilangan 10 Tahun 2019 mengenai Kemudahan Perubatan Anggota LGM dan tanggungan adalah dirujuk.

2. Pelaksanaan kemudahan perubatan yang berkuatkuasa mulai **1 April 2019** bagi kemudahan rawatan pesakit luar (*out-patient*) adalah seperti berikut:

| Kategori Perkhidmatan Rawatan | |
|--|--|
| Kemudahan Perubatan (Klinik Panel Rawatan) | Kemudahan Perubatan (Klinik Panel Gigi) |
| Had Setahun Anggota : RM1,000.00 Pasangan : RM1,000.00 Anak-anak di bawah tanggungan: RM500.00 setiap seorang | Had Setahun Anggota : RM500.00 |

3. Dimaklumkan anggota juga boleh membuat tuntutan bayaran balik rawatan kepada pihak Mediexpress (*Health Connect*) sekiranya mendapatkan rawatan di Klinik bukan panel *Health Connect* melalui borang yang disertakan. Borang tuntutan yang lengkap diisi, resit asal serta bil terperinci (*itemized bill*) hendaklah dikemukakan ke **Unit Pembangunan Sumber Manusia, Lembaga Getah Malaysia, Tingkat 3, Bangunan Getah Asli (Menara), 148 Jalan Ampang, 50450 Kuala Lumpur** dalam tempoh **20 hari** dari tarikh bil dikeluarkan.

4. Anggota dan tanggungan boleh menggunakan kad pengenalan/MyKid bagi mendapatkan rawatan di klinik panel sehingga kad MediXpress/Health Connect diedarkan.

Sekian, terima kasih.

**“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”
“KREATIF, INOVATIF, PROGRESIF”**

(EMILIA BINTI KASSIM)

s.k: Ketua Pengarah
Timbalan Ketua Pengarah (Penyelidikan & Inovasi)
Timbalan Ketua Pengarah (Dasar & Operasi)
Pengarah-Pengarah Bahagian



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: Sendiri / Self Suami-Isteri / Spouse Anak / Child
Relationship to Employee
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: Sendiri / Self Suami-Isteri / Spouse Anak / Child
Relationship to Employee
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: Sendiri / Self Suami-Isteri / Spouse Anak / Child
Relationship to Employee
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