



**BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN KE  
KLINIK PANEL BUKAN PILIHAN / BUKAN PANEL**

Timbalan Pendaftar  
Bahagian Pentadbiran  
Universiti Teknologi MARA Kelantan  
18500 Machang  
**KELANTAN**  
(UP : Unit Saran & Kemudahan)

Tarikh: \_\_\_\_\_

**TUNTUTAN BAYARAN BALIK RAWATAN PERUBATAN**

Nama Staf : \_\_\_\_\_ Jawatan : \_\_\_\_\_  
No. Pekerja : \_\_\_\_\_ Jabatan : \_\_\_\_\_  
No. Telefon : \_\_\_\_\_ Nama Pesakit : \_\_\_\_\_  
Hubungan Pesakit Dgn Staf : \_\_\_\_\_ Jenis Penyakit : \_\_\_\_\_  
Nama Klinik : \_\_\_\_\_ Jumlah Tuntutan : \_\_\_\_\_

Sebab mendapatkan rawatan di Klinik Panel bukan pilihan / Klinik bukan Panel (sila tanda  pada ruang yang berkaitan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bertugas di luar ibu pejabat                          | <input type="checkbox"/> Klinik yang dipilih tidak beroperasi (tutup) atau tidak beroperasi 24 jam |
| <input type="checkbox"/> Bercuti di kampung halaman                            | <input type="checkbox"/> Cabutan Gigi  |
| <input type="checkbox"/> Berada di luar lingkungan 25km daripada kawasan rumah | <input type="checkbox"/> Klinik Panel yang dilantik berjauhan daripada kawasan rumah               |
| <input type="checkbox"/> Kecemasan   | <input type="checkbox"/> Lain-lain(Nyatakan) _____   |

Saya mengakui bahawa semua kenyataan yang diberikan adalah benar. Bersama ini disertakan resit rawatan asal untuk tindakan pihak puan selanjutnya.

TANDATANGAN : \_\_\_\_\_

*\* Sila sertakan resit rawatan asal (atas nama pesakit).*

*\*Tuntutan hanya sah dalam tempoh tiga (3) bulan dari tarikh resit rawatan dikeluarkan.*

**KELULUSAN KETUA JABATAN PEMOHON**

Sokong  Tidak disokong

Ulasan \_\_\_\_\_

TANDATANGAN KETUA JABATAN \_\_\_\_\_

NAMA \_\_\_\_\_

JAWATAN \_\_\_\_\_ COP RASMI JABATAN

Tarikh \_\_\_\_\_