

BORANG TUNTUTAN PERIBADI PERSONAL CLAIM FORM

- 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 perbelanjaan perubatan hendaklah dibuat dalam tempoh **90 hari dari tarikh rawatan diterima.**
Claims for medical expenses should be submitted within 90 days from the date of service.
- Tuntutan yang melibatkan perkara-perkara yang disenaraikan dalam senarai **PENGEQUALIAN** 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 pemrosesan 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.
- Sekiranya bil anda adalah **RM50.00 dan keatas**, sila sertakan bil terperinci termasuk ubat-ubatan yang diberikan.
If your bill is RM50.00 and above, please attach the itemized bill including details of medications prescribed to you.
- Resit asal, bil terperinci, surat rujukan doktor atau surat temujanji bagi kes rawatan pakar (jika ada) mesti dikepalkan bersama borang ini dan dihantar ke:
Original bills, itemized bills and referral letter or appointment letter for specialist visit (if any) for the claims expenses must be attached with this form and send to:

PMCARE SDN BHD
BAHAGIAN TUNTUTAN
No. 1, Jalan USJ 21/10, UEP Subang Jaya, 47630 Selangor Darul Ehsan.
Tel: 03 8026 6888 Fax: 03 8026 6838

MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION

Nama pekerja: <i>Name of employee</i>	No. keahlian PMCare (<i>PMCare membership no.</i>)
Nama majikan: <i>Name of employer</i>	No. KP baru (<i>New IC no.</i>)
Alamat pejabat: <i>Office address</i>	No. KP lama (<i>Old IC no.</i>)
Poskod <i>Post Code</i>	No. telefon pejabat <i>(Office telephone no.)</i>
Alamat e-mel: <i>E-mail address</i>	No. telefon bimbit <i>(Handphone no.)</i>

MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION

Nama pesakit: <i>Name of patient</i>	Tarikh lahir pesakit <i>Date of birth of patient</i>
Cuti sakit (<i>Medical leave</i>)	Hubungan dengan pekerja : Sendiri [] Suami / isteri [] Anak [] <i>Relation to employee: Self [] Spouse [] Child []</i>

MAKLUMAT RAWATAN / SERVICE INFORMATION

Tarikh rawatan <i>Date of consultation / service</i>	Masa rawatan <i>Time of consultation / service</i>
Jumlah tuntutan <i>Claim amount</i>	No. resit: <i>Receipt no.</i>

KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS

Jenis rawatan <i>Types of service</i> <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optical <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> Post HP <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Postnatal	Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel / tidak menggunakan Surat Jaminan Perubatan untuk kemasukan wad <i>Reason for seeking treatment at non-panel clinic / without GL for Inpatient treatment</i> Sila tanda [✓] / please mark [✓]
Jenis-jenis penyakit. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions. Please mark [✓]</i>	<input type="checkbox"/> Kecemasan (<i>emergency / urgent care</i>) <input type="checkbox"/> Tiada klinik panel yang berdekatan (<i>panel clinic not within the vicinity</i>) Sila nyatakan sebab (<i>please provide explanation</i>)
<input type="checkbox"/> Demam (<i>fever</i>) <input type="checkbox"/> Batuk / selsema / sakit tekak (<i>cough / cold / sore throat</i>) <input type="checkbox"/> Lelah (<i>asthma</i>) <input type="checkbox"/> Kencing manis (<i>diabetes</i>) <input type="checkbox"/> Masalah kehamilan (<i>obstetric problems / pregnancy</i>) <input type="checkbox"/> Jangkitan telinga (<i>ear infection</i>) <input type="checkbox"/> Jangkitan mata (<i>eye infection</i>) <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) <i>others (please specify)</i>	<input type="checkbox"/> Sakit belakang / sendi (<i>backache / joint pain</i>) <input type="checkbox"/> Cirit birit / sakit perut / muntah (<i>diarrhoea / colic / vomit</i>) <input type="checkbox"/> Sakit kepala / pening (<i>headache / dizziness</i>) <input type="checkbox"/> Gastrik / sakit perut (<i>gastritis / peptic ulcer</i>) <input type="checkbox"/> Kecederaan / luka (<i>bruises / scalds / cuts</i>) <input type="checkbox"/> Masalah sakit puan (<i>gynaecology problems</i>) <input type="checkbox"/> Darah tinggi (<i>hypertension</i>)
Untuk kegunaan PMCare sahaja (<i>for PMCare use only</i>) No. tuntutan (<i>Claim no.</i>): Catatan (<i>Remarks</i>):	

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 copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Tarikh (*date*)

Tandatangan pesakit / yang menuntut (*signature of patient / claimant*)