

BORANG TUNTUTAN PERIBADI / PERSONAL CLAIM FORM



- 1) 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.
- 2) Satu borang dikhususkan untuk satu Kod Kebenaran (AC) sahaja. Untuk mendapatkan AC, sila hubungi kami di talian Careline 1 300 88 6868.
One claim form should be submitted for one Authorisation Code (AC) only. The AC can be obtained by calling our Careline 1 300 88 6868.
- 3) Tuntutan untuk perbelanjaan perubatan hendaklah dibuat dalam tempoh **30 hari dari tarikh rawatan diterima**.
Claims for medical expenses should be submitted within 30 days from the date of service.
- 4) Tuntutan yang melibatkan perkara-perkara yang disenaraikan dalam senarai PENGECUALIAN dalam Pelan Kesihatan anda tidak akan dibayar.
Claims for items and conditions as listed under EXCLUSIONS in your Medical Plan Summary are not payable.
- 5) Borang ini perlu diisi dengan lengkap untuk memastikan pemrosesan yang cepat. Sebarang borang yang tidak lengkap akan dikembalikan.
To avoid any delays, claimants are requested to complete this form and any uncompleted forms shall be returned to the claimant.
- 6) Bil-bil, resit-resit asal dan juga surat rujukan doktor (jika ada) mesti dikepalkan bersama borang ini dan dihantar ke:
Original bills, receipts and referral letter (if any) for the claims expenses must be attached with this form and sent 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>)
	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'S 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>Amount claim</i>	Nama bank: <i>Bank name</i>
No. resit: <i>Receipt no.</i>	No. akaun bank <i>Bank account no.</i>

KETERANGAN TUNTUTAN RAWATAN / TREATMENT DETAILS

Kod Kebenaran <i>Authorisation Code</i>	Tarikh dikeluarkan <i>Date of issue</i>
Jenis rawatan <i>Types of service</i>	Sebab mendapat rawatan di klinik bukan panel / tidak menggunakan Surat Jaminan Perubatan untuk memasuki wad <i>Reason for seeking treatment at non-panel clinic / without GL for Inpatient treatment</i>
Jenis-jenis penyakit. Sila tanda [✓] <i>Types of medical conditions. Please mark [✓]</i>	
<input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> Demam (<i>fever</i>) <input type="checkbox"/> Sakit belakang / sendi (<i>backache / joint pain</i>) <input type="checkbox"/> Batuk / selsema / sakit tekak (<i>cough / cold / sore throat</i>) <input type="checkbox"/> Cirit birit / sakit perut / muntah (<i>diarrhoea / colic / vomit</i>) <input type="checkbox"/> Lelah (<i>asthma</i>) <input type="checkbox"/> Sakit kepala / pening (<i>headache / dizziness</i>) <input type="checkbox"/> Kencing manis (<i>diabetes</i>) <input type="checkbox"/> Gastrik / sakit perut (<i>gastritis / peptic ulcer</i>) <input type="checkbox"/> Masalah kehamilan (<i>obstetric problems / pregnancy</i>) <input type="checkbox"/> Kecederaan / luka (<i>bruises / scalds / cuts</i>) <input type="checkbox"/> Jangkitan telinga (<i>ear infection</i>) <input type="checkbox"/> Masalah sakit puan (<i>gynaecology problems</i>) <input type="checkbox"/> Jangkitan mata (<i>eye infection</i>) <input type="checkbox"/> Darah tinggi (<i>hypertension</i>) <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) <i>others (please specify)</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>) <input type="checkbox"/> Sila nyatakan jika lain-lain sebab (<i>explain for other reasons</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 photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Tarikh (*date*)

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