



BORANG TUNTUTAN BAYARAN BALIK RAWATAN PERGIGIAN

PERHATIAN :

1. Sila lampirkan **Resit Pembayaran** untuk setiap permohonan.
2. Permohonan yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dikemaskini

A. MAKLUMAT STAF

Nama : _____

No. Staf : _____ PTj : _____ No. Tel : _____

Nama Pesakit :

a) _____

b) _____

c) _____

B. MAKLUMAT KLINIK PERGIGIAN

Nama Klinik : _____ Tarikh mendapatkan rawatan : _____

No. Resit : _____ Jumlah Tuntutan : _____

Baki Tuntutan semasa : _____

Tandatangan staf

Tarikh

C. KEGUNAAN PEJABAT PENDAFTAR

Tarikh diterima : _____

Permohonan ini diluluskan/ tidak diluluskan

Tandatangan

Nama :

Cop Rasmi Jawatan

D. MAKLUMAT PERMOHONAN

Nombor akaun : _____

Bank : _____