

**BORANG TUNTUTAN BAYARAN BALIK RAWATAN PERUBATAN
KLINIK PANEL UTeM**

PERHATIAN :

1. Setiap permohonan tuntutan mestilah diperakukan oleh Ketua PTJ bagi tujuan pembayaran
2. Sila lampirkan resit pembayaran asal untuk setiap permohonan
3. Permohonan yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dikemaskini

A. MAKLUMAT STAF

Nama : _____

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

Nama Pesakit :

a) _____

b) _____

c) _____

JUSTIFIKASI : _____

A. MAKLUMAT KLINIK

Nama Klinik : _____ Tarikh mendapatkan rawatan : _____

No. Resit : _____ Jumlah Tuntutan (RM) : _____

Tandatangan staf / Pesara

Tarikh

C. SOKONGAN KETUA PTJ

Permohonan ini diluluskan/tidak diluluskan

Tandatangan

Nama :

Cop Rasmi Jawatan

D. KEGUNAAN PEJABAT PENDAFTAR

Tarikh diterima : _____

Permohonan ini diluluskan/tidak diluluskan

Tandatangan

Nama :

Cop Rasmi Jawatan :