



JABATAN PERDANA MENTERI  
JABATAN AUDIT NEGARA

## SENARAI SEMAK

### PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN [ MyPPSM Ceraian SR.2.1.1]

**Disokong oleh:** Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)

#### Kelulusan:

- (a) Ubat / Alat / Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan: Ketua Audit Negara
- (b) Rawatan Penyakit Buah Pinggang:
- Kelulusan Tahunan : Ketua Audit Negara
  - Kelulusan dalam tempoh kelulusan tahunan : Pengarah / Pengarah Audit Negeri / Timbalan Pengarah (Sektor Pengurusan)

#### Nota:

- Had perbelanjaan bagi pembekalan **ubat** terhadap kepada keperluan penggunaan untuk tempoh **tiga (3) bulan** sahaja bagi **setiap permohonan** bagi keperluan penggunaan ubat untuk tempoh yang berpanjangan. [Perenggan 2(iii), MyPPSM Lampiran SR.2.1.1(A)]
- Permohonan perbelanjaan bagi pembekalan makanan / makanan tambahan (*food supplement*) atau perubatan alternatif adalah **TIDAK DIBENARKAN** walaupun penggunaan bahan tersebut disokong/ diperakukan oleh Pegawai Perubatan Kerajaan. [Perenggan 2(i), MyPPSM Lampiran SR.2.1.1(B)]
- Permohonan perbelanjaan bagi pembekalan **semua jenis/kategori alat** untuk **ibu bapa yang sah** adalah **TIDAK DIBENARKAN**. [Perenggan 2(i), MyPPSM Lampiran SR.2.1.1(B)]

*\*Lain-lain syarat, peraturan dan tatacara permohonan perbelanjaan hendaklah merujuk kepada MyPPSM Ceraian SR2.1.1*

#### Dokumen / Maklumat Diperlukan:

DOKUMEN / MAKLUMAT	TANDAKAN (✓)
Borang Perubatan 1/09	
*Salinan kad pengenalan pegawai	
*Salinan kad pengenalan pesakit - suami / isteri / ibu / bapa / anak (jika berkenaan)	
*Salinan Sijil Kelahiran / Surat Beranak pegawai / anak (jika pesakit adalah ibu / bapa / anak)	
*Salinan Sijil / Kad / Surat Nikah / Perkahwinan (jika pesakit adalah pasangan)	

DOKUMEN / MAKLUMAT	TANDAKAN (✓)
*Salinan Sijil Pengangkatan anak / ibu / bapa angkat (jika berkenaan)	
Surat pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Hospital / Klinik Kerajaan yang mengesahkan penyakit dan ubat/ alat/ rawatan yang diperlukan	
Surat perakuan dan pengesahan Pakar Nefrologi Kerajaan (bagi permohonan perbelanjaan rawatan penyakit buah pinggang kali pertama / perubahan dos ubat rawatan penyakit buah pinggang)	
Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi (bagi anak berumur lebih 18 tahun dan masih mendapat pendidikan tidak melebihi peringkat Ijazah Pertama dan tidak melebihi 26 tahun)	
Dokumen kewangan: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Resit / Invois (akuan perbelanjaan atas urusan rasmi oleh pegawai); ATAU</li> <li>ii. Sebut harga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekurang-kurangnya daripada 3 syarikat pembekal; atau</li> <li>• Sekiranya hanya 1 sebut harga, perlu dikemukakan bersekali dengan pengesahan perolehan ubat/ peralatan perubatan daripada syarikat tunggal / mempunyai ciri khusus atau <i>customization</i> kepada pesakit.</li> </ul> </li> </ul>	
*Salinan kad/ buku janji temu rawatan	
*Salinan surat sokongan KKM (jika berkenaan)	
*Salinan kelulusan / kelulusan tahunan KAN (jika berkenaan)	

\*semua salinan hendaklah diakui sah

**Borang Perubatan 1/09**

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH  
PEKELILING PERKHIDMATAN SUMBER MANUSIA CERAIAN SR.2**

**UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN/  
PEMERIKSAAN KESIHATAN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN/  
VAKSIN ATAS ASAS KEPERLUAN PERKHIDMATAN**

- Arahan:** i. Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **HURUF BESAR**.  
ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

**BAHAGIAN I**

**Butiran Diri Pegawai**

1. Nama Penuh (seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran)


2. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ Sijil Kelahiran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Skim Perkhidmatan/ Gred

\_\_\_\_\_

4. Pegawai di bawah SSB / SSM

Ya  Tidak

**Butiran Diri Pesakit (sekiranya pesakit bukan pegawai/ pesara)**

5. Nama Penuh (seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran)


6. No. Kad Pengenalan/ Pasport/ Sijil Kelahiran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Hubungan Pesakit dengan Pegawai

--	--

8. Maklumat Tambahan Bagi **Anak**

i. Umur

--	--

Tahun

--	--

Bulan

ii. Daif

--

Ya

--

Tidak

iii. Masih Bersekolah

--

Ya

--

Tidak

iv. Status Perkahwinan

--

Berkahwin

--

Tidak Berkahwin

## BAHAGIAN II

### Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan di Hospital/ Klinik Kerajaan

i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ii. Tarikh Rawatan

--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

--	--	--	--	--	--	--

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan i. 

--	--

 ii. 

--	--

 iii. 

--	--

 iv. 

--	--

12. Senarai Tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan/ Pemeriksaan Kesihatan/ Vaksin	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan yang Disertakan

	Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Ketua Pengarah Kementerian Kesihatan Malaysia
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
	Surat Arahan Ketua Jabatan (bagi keperluan menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengambil vaksin)
	Dokumen Kewangan (contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

## BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I** dan **Bahagian II** di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak **RM** \_\_\_\_\_ adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
(nama penuh)

Tarikh \_\_\_\_\_

#### BAHAGIAN IV

##### Perakuan dan Pengesahan oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan *(gunakan lampiran sekiranya perlu)*

15. Nama Jenis Penyakit yang Dihidapi oleh Pesakit

---

---

16. Nama atau Jenis Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Pemeriksaan Kesihatan/ Vaksin yang diperlukan Pesakit

---

---

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Pemeriksaan Kesihatan/ Vaksin yang diperlukan Pesakit Tanpa Dapat Dibekal/ Disediakan oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

---

---

18. Perakuan dan Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

“Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di **butiran 16** di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga **mengesahkan bahawa kemudahan perubatan** berkenaan **tidak dapat dibeli/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik** atas **sebab-sebab** seperti yang dinyatakan dalam **butiran 17** di atas.”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
(nama penuh)

Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

#### BAHAGIAN V

##### Kelulusan Penggunaan Perubatan *(ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital universiti sahaja)*

19. Kelulusan Penggunaan Ubat oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

“Penggunaan ubatan yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ hospital universiti seperti di **butiran 16** di atas adalah **\*DILULUSKAN/ TIDAK DILULUSKAN.**”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
(nama penuh)

Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

*\*potong mana yang tidak berkenaan*

## BAHAGIAN VI

### 20. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Sumber Manusia, Ceraian SR.2. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak **RM** \_\_\_\_\_ adalah **\*DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.\***”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
(nama penuh)

Jawatan \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_

Nama & Cop Rasmi

*\*potong mana yang tidak berkenaan*