

**SENARAI SEMAK****PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN
[MyPPSM Ceraian SR.2.1.1]****Disokong Oleh: KKM****Kuasa Melulus: KAN****Dokumen/Maklumat yang diperlukan:**

DOKUMEN/ MAKLUMAT	TANDAKAN (✓)
Borang Perubatan 1/09 (JAN-BPSM/K02)	
Salinan Kad Pengenalan Pegawai (diakui sah) (Dipalang/JAN)	
Salinan Kad Pengenalan *Suami / Isteri / Ibu / Bapa / Anak (diakui sah) (Dipalang/JAN)	
Salinan Sijil Kelahiran *Pegawai / Ibu / Bapa / Anak (diakui sah) (jika berkenaan)	
Salinan Sijil / Kad/ Surat Nikah - pesakit adalah pasangan (diakui sah)	
Surat Perakuan dari Pegawai Perubatan Hospital / Klinik Kerajaan (Kenyataan penyakit & ubat/alat/rawatan yang diperlukan)	
Sebutharga sekurang-kurangnya 3 syarikat (jika berkenaan)	
Salinan resit/ Invois (jika berkenaan)	
Salinan surat sokongan KKM (jika berkenaan)	
Salinan kelulusan KAN (jika berkenaan)	

**Catatan: Semua salinan hendaklah diakui sah*



**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN
DI BAWAH PEKELILING PENGURUSAN SUMBER MANUSIA
[MyPPSM Ceraian SR.2.1.1]**

UBAT / ALAT / PERKHIDMATAN PERUBATAN / RAWATAN

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/Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam Kad Pengenalan/Pasport*)

2. No. Kad Pengenalan/ No. Pasport

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

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/Pasport/Sijil Kelahiran*)

6. No. Kad Pengenalan/ No. Pasport/No. Sijil Kelahiran

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

7. Hubungan Pesakit Dengan Pegawai/Pesara : _____

8. Maklumat Tambahan Bagi **Anak**

i. Umur : Tahun Bulan

ii. Daif : ☐ Ya ☐ Tidak

iii. Masih Bersekolah : ☐ Ya ☐ Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan Di Hospital/Klinik Kerajaan

i. Nama & Alamat Hospital/Klinik Kerajaan

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/Agensi Swasta

ii. Tarikh Rawatan

		/			/				
(hari)			(bulan)			(tahun)			

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	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)
a.			
b.			
c.			
d.			
JUMLAH			

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan:

☐	Surat Pengesahan Pegawai/Pakar Perubatan
☐	Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
☐	Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
☐	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi
☐	Dokumen Kewangan (contoh: resit, invoices, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai

“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 Pemohon)
Cop Rasmi Jawatan

Tarikh :

BAHAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/Pakar Perubatan Kerajaan

(sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

15. Nama/Jenis Penyakit Yang Dihadapi Oleh Pesakit

16. Nama Atau Jenis Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

17. Sebab-sebab Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak 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 dihadapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/disediakan oleh pihak hospital/klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam **Butiran 17** di atas.”

Nama & Cop Rasmi Pegawai/Pakar Perubatan

.....
(Tandatangan Pegawai/Pakar Perubatan)

Jawatan :
Tarikh :

BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Ubat

(ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/Hospital Universiti sahaja)

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

“Penggunaan ubat yang **tidak disenaraikan** dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/Hospital Universiti seperti di **Butiran 16** di atas adalah **DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN** *.”

Nama & Cop Rasmi KKM/Pengarah Hospital
Universiti

.....

(Tandatangan Pegawai KKM/Pengarah Hospital
Universiti)

Jawatan :

Tarikh :

** Potong yang mana tidak berkenaan.*

BAHAGIAN VI

20. Kelulusan Ketua Audit Negara

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan _____
_____ mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan
sebagaimana yang ditetapkan dalam Pekeliling Pengurusan Sumber Manusia (MyPPSM
Ceraian SR.2.1.1). Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan
perubatan yang diperolehi sebanyak **RM**_____ adalah
DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.*"

Ulasan: _____

.....
(Tandatangan)
Cop Rasmi Jawatan

Tarikh :

** Potong yang mana tidak berkenaan.*