



# TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN PERUBATAN

## A. MAKLUMAT PEMOHON

1. Nama
2. UKM (PER)  3. Jawatan
4. Bahagian / Jabatan

## B. MAKLUMAT TUNTUTAN

Sila isi pada ruangan yang berkenaan

	Jenis Tuntutan	No. Resit	Jumlah Tuntutan (RM)	Kadar Maksimum
a.	Rawatan bukan dari Klinik Panel/di luar kawasan			RM 45.00 (bagi satu resit)
b.	Pemeriksaan Kesihatan bukan dari Klinik Panel (Lapor Diri/Cuti Belajar Kakitangan)			RM 60.00
c.	Kos bagi Vaksin Imunisasi HIB dan MMR bukan dari Klinik Panel (bagi bayi berumur 0-2 tahun sahaja)			RM 60.00
d.	Pergigian (Sila tandakan jenis rawatan): <input type="checkbox"/> Tampalan <input type="checkbox"/> Cabut Gigi <input type="checkbox"/> Scaling <input type="checkbox"/> Rawatan Akar <input type="checkbox"/> Lain-lain Sila nyatakan: _____			RM 250.00 (tahunan)

## C. PENGESAHAN PEMOHON

- Saya mengesahkan semua maklumat dan dokumen yang diberikan bagi permohonan ini adalah benar.
- Saya memahami sekiranya saya membuat sebarang kenyataan yang tidak benar atau mengemukakan atau memberikan apa-apa dokumen palsu, ia merupakan suatu kesalahan dan boleh menyebabkan saya didenda atau diambil tindakan tatatertib.

Tandatangan: ..... Tarikh Permohonan: .....

## D. KELULUSAN/FAKULTI/JABATAN/INSTITUT/PUSAT

Permohonan ini diluluskan / tidak diluluskan kerana :

- Rawatan tidak ditanggung oleh Universiti
- Tiada penjelasan / permohonan tidak lengkap

Untuk Tuntutan Pergigian Sahaja

Jumlah yang diluluskan : RM \_\_\_\_\_

Baki tahun semasa : RM \_\_\_\_\_

Tandatangan &  
Cop Pegawai

Nama : .....

Tarikh : .....