



**STATEMENT OF MEDICAL CLAIM
BORANG TUNTUTAN PERUBATAN**

INSTRUCTIONS/ARAHAN

- 1 THIS FORM MUST BE FULLY COMPLETED TO AVOID ANY DELAY IN THE SETTLEMENT OF CLAIM. ANY INCOMPLETE FORM SHALL BE RETURNED TO THE CLAIMANT
BORANG INI PERLU DIISI DENGAN JELAS DAN LENGKAP SUPAYA BAYARAN DAPAT DIBUAT DENGAN SEGERA. SEBARANG BORANG YANG TIDAK LENGKAP AKAN DIKEMBALIKAN
- 2 CLAIMS FOR MEDICAL EXPENSES SHOULD BE SUBMITTED WITHIN 90 DAYS FROM THE DATE OF TREATMENT
TUNTUTAN UNTUK PERBELANJAAN PERUBATAN HENDAKLAH DIBUAT DALAM TEMPOH 90 HARI DARI TARIKH RAWATAN YANG DITERIMA
- 3 CLAIMS FOR ITEMS AND CONDITIONS AS LISTED UNDER EXCLUSIONS IN YOUR MEDICAL PLAN SUMMARY ARE NOT PAYABLE
TUNTUTAN YANG MELIBATKAN PERKARA-PERKARA YANG DISENARAIKAN DALAM SENARAI PENGECEUALIAN DALAM PELAN KESIHATAN ANDA TIDAK AKAN DIBAYAR
- 4 CLAIMANTS ARE REQUESTED TO ATTACH THIS FORM WITH REFERRAL LETTER FOR SPECIALIST TREATMENT OR APPOINTMENT LETTER IS REQUIRED FOR FOLLOW UP VISIT
BORANG INI PERLU DIKEPILKAN BERSAMA SURAT RUJUKAN DOKTOR JIKA MENDAPAT RAWATAN PAKAR ATAU SURAT TEMUJANJI DIPERLUKAN BAGI RAWATAN SUSULAN
- 5 ITEMISED ORIGINAL BILLS ABOVE RM100.00 AND RECEIPTS COVERING HOSPITALISATION OR CLINIC AND SURGICAL EXPENCES FOR WHICH CLAIM IS MADE MUST BE ATTACHED
BIL TERPERINCI MELEBIHI RM100.00 DAN RESIT ASAL PEMBAYARAN DARI HOSPITAL ATAU KLINIK MESTI DILAMPIRKAN
- 6 THIS FORM IS TO BE USED FOR ONE RECEIPT OR ONE CLAIM ONLY
BORANG INI DIKHUSUSKAN UNTUK SATU RESIT ATAU SATU TUNTUTAN SAHAJA
- 7 THE REIMBURSEMENT/PAYMENT IS THROUGH SALARY ACCOUNT WITHIN 14 WORKING DAYS
BAYARAN BALIK AKAN DIBUAT MELALUI AKAUN PENDAPATAN ANDA DALAM TEMPOH 14 HARI BEKERJA

EMPLOYEE INFORMATION / MAKLUMAT PEKERJA

Staff Name <i>Nama kakitangan</i>		
Staff No. <i>No. kakitangan</i>	Department <i>Jabatan</i>	I/C No. / Passport No. <i>No. KP / Pasport no.</i>
Contact No. <i>No yang boleh dihubungi</i>	E-mail Address <i>Alamat e-mel</i>	

PATIENT INFORMATION / MAKLUMAT PESAKIT

Patient Name <i>Nama pesakit</i>		
Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	Relationship <i>Hubungan</i>	I/C No. / Passport No. <i>No. KP / Pasport no.</i>

SERVICE INFORMATION / MAKLUMAT RAWATAN

Name of hospital/clinic <i>Nama hospital/klินิก</i>	
Date admitted/treated <i>Tarikh masuk/rawatan</i>	Date of Discharged, if hospitalised <i>Tarikh keluar, jika masuk hospital</i>
Nature of illness <i>Jenis Tuntutan</i>	Claim Amount <i>Jumlah Tuntutan</i>
Bank Name <i>Nama Bank</i>	
Bank Account No. <i>Nombor Akaun Bank</i>	

Please tick (✓) where applicable:-
Sila tanda (✓) pada ruang yang berkenaan:-

Maternity/ bersalin :	
Pre natal check up, to specify month pregnancy <i>Pemeriksaan sebelum bersalin, sila nyatakan tempoh bersalin</i>	
Post natal check up <i>Pemeriksaan selepas bersalin</i>	

Emergency Treatment <i>Rawatan kecemasan</i>	
Accidental treatment <i>Rawatan kemalangan</i>	
Outpatient Treatment <i>Rawatan pesakit luar (Klinik)</i>	

Statement of Consent/ Perakuan bertulis

I hereby authorise any physician or any hospital/clinic who has attended to me to furnish or disclose all know facts concerning this disability to Medkad Sdn. Bhd. or its representative. A photostate copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Saya dengan ini memberi kuasa kepada hospital/klินิก yang berkenaan untuk memberi butiran perubatan kepada Medkad Sdn. Bhd. atau yang mewakilinya. Salinan kebenaran ini dianggap benar seperti yang asal.

Signature of Employee/ Dependent <i>Tandatangan kakitangan/manggunan</i>	DATE <i>Tarikh</i>
Reason for seeking treatment at non-panel clinic <i>Sebab mendapatkan rawatan di klinik bukan panel</i>	Original bills, receipts, and referral letter (if any) for the claim expenses must be attached with this form and send to:- <i>Resit asal, bill terperinci, surat rujukan doktor (jika ada) mesti dikepilkan bersama borang ini dan dihantar ke:-</i>
<p>Please tick (✓) where applicable:- <i>Sila tanda (✓) pada ruang yang berkenaan:-</i></p> <p><input type="checkbox"/> Emergency (Kecemasan)</p> <p><input type="checkbox"/> Panel Clinic not within the vicinity (Tiada klinik panel yang berdekatan)</p> <p><input type="checkbox"/> Please explain for other reasons (Sila nyatakan jika lain-lain sebab)</p>	<p>Medkad Sdn. Bhd. No.117 Block 3, No.7 Persiaran Sukan, Laman Seri Business Park, Seksyen 13, 40100 Shah Alam, Selangor</p>