



Pejabat Rektor UiTM  
Selangor

**BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN KE  
KLINIK PANEL BUKAN PILIHAN / BUKAN PANEL**

Timbalan Pendaftar Kanan  
Pejabat Rektor  
Aras 4, Bangunan FF1  
UiTM Selangor  
42300 Bandar Puncak Alam

Tarikh: \_\_\_\_\_

**MAKLUMAT TUNTUTAN**

Nama Staf : \_\_\_\_\_ Jawatan : \_\_\_\_\_  
 No. Pekerja : \_\_\_\_\_ Jabatan : \_\_\_\_\_  
 No. Telefon : \_\_\_\_\_ Nama Pesakit : \_\_\_\_\_  
 Hubungan Pesakit Dgn Staf : \_\_\_\_\_ Jenis Penyakit : \_\_\_\_\_  
 Nama Klinik : \_\_\_\_\_ Jumlah Tuntutan : \_\_\_\_\_

Sebab mendapatkan rawatan di Klinik Panel bukan pilihan / Klinik bukan Panel (sila tanda  pada ruang yang berkaitan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bertugas di luar ibu pejabat                          | <input type="checkbox"/> Klinik yang dipilih tidak beroperasi (tutup) atau tidak beroperasi 24 jam |
| <input type="checkbox"/> Bercuti di kampung halaman                            | <input type="checkbox"/> Klinik yang dipilih tiada stok ubat yang diperlukan                       |
| <input type="checkbox"/> Berada di luar lingkungan 25km daripada kawasan rumah | <input type="checkbox"/> Klinik Panel yang dlintik berjauhan daripada kawasan rumah                |
| <input type="checkbox"/> Kecemasan   | <input type="checkbox"/> Lain-lain(Nyatakan) _____   |

Saya mengakui bahawa semua kenyataan yang diberikan adalah benar. Bersama ini disertakan resit rawatan asal untuk tindakan pihak puan selanjutnya.

TANDATANGAN : \_\_\_\_\_ \* Sila sertakan resit rawatan asal (atas nama pesakit).  
 \*Tuntutan hanya sah dalam tempoh tiga (3) bulan dari tarikh resit rawatan dikeluarkan.

**KELULUSAN KETUA JABATAN PEMOHON**

Sokong  Tidak disokong

Ulasan \_\_\_\_\_

TANDATANGAN KETUA JABATAN : \_\_\_\_\_

NAMA : \_\_\_\_\_

JAWATAN : \_\_\_\_\_ COP RASMI JABATAN : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_