



Wisma MediExpress
People's Park 20 & 22, Jalan SS4D/14 47301 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan
Tel No. : 78032003 Fax No.:78032005

**BORANG TUNTUTAN UNTUK RAWATAN PERUBATAN
MEDICAL REIMBURSEMENT FORM**

NAMA SYARIKAT / Company Name :

Sila isi borang ini dengan **HURUF BESAR** / Please fill out this form in **CAPITAL LETTERS**

MAKLUMAT PEKERJA / EMPLOYEE INFORMATION

No.Kad Perubatan: _____
Membership No: _____
Nama Pekerja: _____ No. Kad Pengenalan : _____
Name of Employee: _____ Identity Card Number : _____
Talian /Contact : (HP no) _____ Office No : _____
(Email) _____
Alamat pejabat /
Office Address:
[Wajib/Compulsory] _____
No Akaun Bank : _____
Bank Account No: _____

PERINGATAN PENTING / IMPORTANT NOTE

- 1 Sila lampirkan resit ASAL untuk tuntutan pembayaran dan Bil Terperinci (Invois, Bill dan Kredit Kad slip BUKAN resit).
Please attach ORIGINAL itemised receipt. (Invoice, Bills and Credit Card Slips are NOT Receipts).
- 2 Sila nyatakan penyakit/diagnosis (DIWAJIBKAN) / Please specify the illness/ diagnosis (COMPULSORY).
- 3 Bil Terperinci, ringkasan discaj / penyakit wajib untuk tuntutan kemasukan hospital dan bersalin.
Itemised billing, discharge summary and Diagnosis are required for HP and Maternity claims.
- 4 Sila sertakan salinan surat rujukan / kad temu janji untuk tuntutan pakar / Attach referral letter of appointment card for specialist claim
- 5 Tuntutan dengan dokumen-dokumen yang tidak lengkap /tidak sah atau tidak diterima oleh Mediexpress/Health Connect lebih daripada 90 hari dari tarikh berlakunya akan dikembalikan / Claims received by Mediexpress more than 90 days from the date of incurrence or with incomplete / invalid documents will be returned.

Sila susun nombor resit tuntutan / Please Number & Arrange Your Receipts Accordingly

1 PENUNTUT / MAKLUMAT TUNTUTAN (CLAIMANT / PATIENT INFORMATION)

Jumlah / Receipt Amount (RM)

Nama Pesakit / Patient's Name _____ Tarikh Rawatan/Date of Visit: _____ RM _____
Petalian dengan Pekerja: Sendiri / Suami-Isteri / Anak /
Relationship to Employee Self Spouse Child
Diagnosis / Sakit: _____ # Receipt No / No Resit : _____
Diagnosis / Illness _____
 GP
 Specialist
 Hospital (Inpatient / Kemasukan Wad)
 Dental
 Maternity NORMAL / C-SECTION
(Sila bulatkan / Please Circle)

2 PENUNTUT / MAKLUMAT TUNTUTAN (CLAIMANT / PATIENT INFORMATION)

Jumlah / Receipt Amount (RM)

Nama Pesakit / Patient's Name _____ Tarikh Rawatan/Date of Visit: _____ RM _____
Petalian dengan Pekerja: Sendiri / Suami-Isteri / Anak /
Relationship to Employee Self Spouse Child
Diagnosis / Sakit: _____ # Receipt No / No Resit : _____
Diagnosis / Illness _____
 GP
 Specialist
 Hospital (Inpatient / Kemasukan Wad)
 Dental
 Maternity NORMAL / C-SECTION
(Sila bulatkan / Please Circle)

3 PENUNTUT / MAKLUMAT TUNTUTAN (CLAIMANT / PATIENT INFORMATION)

Jumlah / Receipt Amount (RM)

Nama Pesakit / Patient's Name _____ Tarikh Rawatan/Date of Visit: _____ RM _____
Petalian dengan Pekerja: Sendiri / Suami-Isteri / Anak /
Relationship to Employee Self Spouse Child
Diagnosis / Sakit: _____ # Receipt No / No Resit : _____
Diagnosis / Illness _____
 GP
 Specialist
 Hospital (Inpatient / Kemasukan Wad)
 Dental
 Maternity NORMAL / C-SECTION
(Sila bulatkan / Please Circle)

Sebab mendapat rawatan di bukan panel
Reason for seeking treatment at non-panel clinic

- Tiada klinik panel yang berdekatan / Panel clinic not within the vicinity
 Kecemasan / Emergency (Please explain the nature of emergency / Sila jelaskan keadaan kecemasan)
 Lain-lain sebab / Other reason

Jumlah
Tuntutan /
Total Claims

RM

KEBENARAN DARI YANG MEMBUAT TUNTUTAN ATAU PESAKIT / CLAIMANT'S OR PATIENT'S CONSENT

Saya bersetuju memberi segala maklumat yang diperlukan untuk memproses tuntutan ini. Salinan kebenaran ini dikira sah sepertimana salinan asal.
I hereby consent to the release of relevant information for the processing of this claim. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective the original.

Tandatangan Pekerja /Employee's Signature _____

Tarikh Tuntutan / Date of Claim Submission _____