

TUNTUTAN BALIK BAYARAN RAWATAN



SILA PERUBATAN SENDIRI TANGGUNGAN PERGIGIAN SENDIRI TANGGUNGAN

PASTIKAN ANDA MELEKATKAN RESIT BAYARAN RAWATAN DI SEBELAH; dan LAMPIRKAN APA-APA DOKUMEN SOKONGAN YANG PERLU UNTUK MEMUDAHKAN PERTIMBANGAN (HANYA TERPAKAI BAGI RAWATAN PERUBATAN SAHAJA)

NAMA						No. Pekerja			
JABATAN	NAMA	<input type="checkbox"/> SUAMI	<input type="checkbox"/> ISTERI	<input type="checkbox"/> ANAK	NAMA	<input type="checkbox"/> ISTERI	<input type="checkbox"/> ANAK		
MAKLUMAT TEMPAT RAWATAN									
NAMA									
Alamat									
Poskod		Bandar			Negeri		NEGARA		
No. Resit		Matawang			<input checked="" type="checkbox"/> Kadar=RM1.00		R		M
Saya telah mendapat rawatan perubatan daripada klinik bukan panel universiti dengan ALASAN berikut: (Sila lampirkan dokumen sokongan)									
PENGAKUAN PEMOHON									
Saya mengakui bahawa maklumat dan resit yang dikemukakan bersama dengan permohonan ini adalah benar & betul dan UMS berhak melulus atau menolak sebahagian atau sepenuhnya tuntutan saya ini.									
Tandatangan Pemohon					Tarikh:				
BAHAGIAN SUMBER MANUSIA									
TERIMA OLEH		PROSES OLEH		Bayaran Rawatan Gigi Terakhir		RM			
PADA		PADA		Tarikh Dibayar					
KEPUTUSAN		<input type="checkbox"/> TOLAK	<input type="checkbox"/> LULUS SEBAHAGIAN	<input type="checkbox"/> LULUS PENUH	JUMLAH		R		M
PENGESAHAN & ARAHAN PENDAFTAR (sila buat TIGA salinan)					KEGUNAAN BENDAHARI: SEKSYEN BAYARAN (sila kembalikan satu salinan)				
Bendahari					DITERIMA OLEH: PADA:				
Tuan, Sila bayar kepada penama di atas bayaran balik rawatan perubatan / pergigian bersamaan dengan jumlah tercatat di atas.					PEMBAYARAN:- No. Baucer: Tarikh: No. Cek: Tarikh: Bank:				
Yang benar, Tandatangan dan Cop Rasmi Pelulus b.p. PENDAFTAR ASAL – BENDAHARI ; SALINAN: 1-FAIL TUNTUTAN ; 2- FAIL UMS (PER) ; 3- PEMOHON									
					Tandatangan dan Cop Rasmi Pembayar b.p. BENDAHARI Tarikh:				

KEGUNAAN BAHAGIAN PENTADBIRAN			
DIREKODKAN OLEH		PADA	

TUNTUTAN BALIK BAYARAN RAWATAN

dilampirkan dokumen sokongan



Sila lekatkan resit rawatan di sini