

UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA
Bahagian Pengurusan Organisasi, Jabatan Pendaftar

SENARAI SEMAK PERMOHONAN TUNTUTAN RAWATAN PERGIGIAN STAF UTM

Nama Pemohon :

No. Pekerja / No. K/P :

Fakulti / PTJ :

| Bil | Perkara | Ada / Tidak (√) | Pengesahan BPO Ada / Tidak (√) |
|-----|--|--------------------|---|
| 1 | Borang Pengesahan Rawatan Pergigian Staf/Tanggunggan | | |
| 2 | Permohonan tuntutan telah diisi dan dihantar dalam UTM HR | | |
| 3 | Menggunakan 1 borang tuntutan bagi setiap 1 resit rawatan | | |
| 4 | Surat Permohonan Melalui PSM PTJ | | |
| 5 | Sokongan permohonan dari Pegawai PSM PTJ <i>(Staf perlu menghantar borang tuntutan beserta resit rawatan asal kepada Pegawai PSM PTJ dan Pegawai PSM PTJ perlu menyokong setiap permohonan rawatan pergigian staf dalam sistem UTM HR sebelum dihantar ke BPO)</i> | | |
| 6 | Dokumen Kewangan : Resit Rawatan ASAL <i>*Semua tuntutan pembayaran hendaklah dikemukakan tidak lewat dari 3 (tiga) bulan dari tarikh akhir aktiviti berkenaan.</i> <i>*Tuntutan pembayaran yang dikemukakan selepas tempoh tersebut tidak akan dipertimbangkan untuk bayaran.</i> <i>(Sumber : Pekeliling Pejabat Bendahari Bil. 8 Tahun 2010 – Panduan Pentadbiran Kewangan)</i> | | |


Nama Penerima :

Tarikh Terima :

Status :
(Lengkap / Tidak Lengkap)

- **Nurnasuha binti Alwi**
Penolong Pendaftar Kanan (Perubatan & Kebajikan Staf)
No. Tel : 07-5530412 / Email : nurnasuha@utm.my

- **Maszila binti Mohd Razali**
Pembantu Tadbir (Perubatan & Kebajikan Staf)
No. Tel : 07-5530130/ Email : maszila@utm.my

| | | |
|--|--|--|
|  UTM <small>UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA</small> | JABATAN PENDAFTAR | JP-F56 |
| | BORANG PENGESAHAN RAWATAN PERGIGIAN STAF/TANGGUNGAN | Tarikh Kuatkuasa : 01.09.2023 Edisi : 5 Pindan : 0 Muka : 1/1 |

NAMA STAF : **NO. PEKERJA :**

NAMA PESAKIT : **HUBUNGAN :**

NO. RUJUKAN TUNTUTAN :

(Sila masukkan nombor rujukan permohonan tuntutan yang telah didaftarkan dalam sistem UTMHR)

Pengesahan oleh Pegawai Pergigian

Saya dari klinik
 mengesahkan bahawa rawatan berikut telah diberikan ke atas
 pada tarikh **(sila tanda ✓ pada kotak yang berkenaan):**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan dan Diagnosa | <input type="checkbox"/> Ubat-Ubatan |
| <input type="checkbox"/> Rawatan Abses (Bengkak Gusi) | <input type="checkbox"/> Cabutan Gigi |
| <input type="checkbox"/> Endodontik (Mematikan Saraf Gigi) | <input type="checkbox"/> Tampalan Gigi |
| <input type="checkbox"/> Pembedahan Kecil Mulut (Minor Oral Surgery) | <input type="checkbox"/> Penskaleran (Cuci Gigi) |
| <input type="checkbox"/> X-ray | |

Nama & Cop Rasmi Klinik/Pegawai Pergigian

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

RESIT RAWATAN

(Sila tampalkan resit asal di bahagian ini)