

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	Pengesahan PSM PTJ Ada / Tidak (√)	Pengesahan BPO Ada / Tidak (√)
1	Borang Pengesahan Rawatan Pergigian Staf/Tanggung		
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 : Surat Pekeliling Bendahari Bil. 1 Tahun 2022 – Panduan Perakuan Pembayaran)</i>		

Untuk tindakan Bahagian Pengurusan Organisasi, Jabatan Pendaftar

☐

Lengkap

☐

Tidak Lengkap

Nama Penerima :

Tarikh Terima :

Status :

 UTM UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA	JABATAN PENDAFTAR	JP/BPO/F02 Edisi : 4 Pindaan : 0 Tarikh Kuatkuasa : 01.09.2026
	BORANG PENGESAHAN RAWATAN PERGIGIAN STAF/TANGGUNGAN	

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):**

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

Nama & Cop Rasmi Klinik/Pegawai Pergigian

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

RESIT RAWATAN

(Sila tampalkan resit asal di bahagian ini) kedai