



Majlis Perbandaran Dungun

BORANG TUNTUTAN BAYARAN RAWATAN PERUBATAN KLINIK SWASTA

1. Borang ini hendaklah dihantar ke Jab. Perbendaharaan MPD berserta dengan resit rawatan yang asal.
2. Tuntutan bayaran hendaklah dibuat dalam tempoh 10 hari dari tarikh rawatan.

Bahagian A : Maklumat Pemohon/Pesakit

Nama Kakitangan : _____
No. Kad Pengenalan : _____
Jawatan : _____
No. Gaji : _____
Bahagian/Unit : _____
Nama Pesakit : _____
No. KP/SB : _____
Hubungan : _____

Bahagian B : Pengesahan Doktor

Nama Klinik : _____

Jumlah Bil Rawatan : RM ____ No. Pendaftaran Pesakit : _____

Saya mengesahkan bahawa pesakit ini telah menerima rawatan daripada saya.

(Nama Doktor: _____) ----- -----
Cop Doktor Tarikh

Pengakuan Pemohon	Catitan
Saya mengaku bahawa tuntutan ini adalah benar. ----- Tandangan Pemohon ----- Tarikh	1. Bayaran balik tuntutan tidak akan dibuat bagi pembelian ubat di : i. Kaunter Klinik. ii. Farmasi atau mana-mana kedai ubat. 2. Bayaran balik rawatan hanya dibuat bagi yang telah mendapat rawatan doktor saja.