

**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 <b>ASAL</b>  <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 (Perubatan & Kemudahan)**  
**No. Tel : 07-5530412 / Email : [nurnasuha@utm.my](mailto:nurnasuha@utm.my)**
  
- **Noor Amalina binti Abu Bakar**  
**Pembantu Tadbir (Perubatan & Kemudahan)**  
**No. Tel : 07-5530130/ Email : [nooramalina-ab@utm.my](mailto:nooramalina-ab@utm.my)**

**JABATAN PENDAFTAR****BORANG PENGESAHAN RAWATAN  
PERGIGIAN STAF/TANGGUNGAN****JP-F56**

Edisi : 4

Pindaan : 0

Tarikh Kkuatkuasa : 01.07.2019

**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 &amp; Cop Rasmi Klinik/Pegawai Pergigian

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

**RESIT RAWATAN***(Sila tampalkan resit asal di bahagian ini)*