



CMY1HOSPCD

Policy Number

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Please put extra Policy Numbers here, if needed
Sila letakkan Nombor Polisi tambahan di sini, jika ada:

--

Medical Claim Form (by doctor) Borang Tuntutan Perubatan (oleh doktor)

Important Note / Nota Penting:

Your patient is insured with us against the happening of certain contingent events associated with his or her health. To enable us to assess the claim, please complete this report with as much details as you can possibly provide. Your kind assistance will help expedite the claim settlement

Pesakit anda diinsuranskan dengan kami untuk perlindungan daripada berlakunya kejadian luar jangka tertentu yang dikaitkan dengan kesihatannya. Bagi membolehkan kami menilai tuntutan, sila lengkapkan laporan ini dengan sebanyak mungkin butiran yang boleh anda berikan. Bantuan anda akan membolehkan penyelesaian tuntutan dipercepatkan.

1. Patient's details / Butiran pesakit

Full name of Patient
Nama penuh Pesakit

--

Patient's Identity / Passport No.
No. Pengenalan/Pasport Pesakit

--

Date of birth (dd/mm/yyyy)
Tarikh Lahir (hh/bb/tttt)

--

**FOR OFFICE USE ONLY
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

Received date
Tarikh diterima:

Adviser's code
Kod penasihat :

Adviser's name
Nama penasihat :

Adviser's mobile number
Nombor telefon bimbit penasihat :

2. Known history with patient or agent Sejarah pesakit atau ejen yang diketahui

Please state the number of years or months you have known
Sila nyatakan bilangan tahun atau bulan anda mengenali

patient
pesakit _____

agent
ejen _____

Any sibling relationship with (please specify details)
Hubungan persaudaraan antara anda dengan (sila berikan butiran)

patient
pesakit _____

agent
ejen _____

Date the patient first consulted you (dd/mm/yy)
Tarikh pesakit pertama kali berjumpa anda

--

Name of doctor who has referred this patient to you
Nama rujukan, jika ada

--

3. About the hospitalization / Tentang kemasukan ke hospital

Name of hospital / Nama hospital

Date of admission (dd/mm/yyyy)
Tarikh masuk (hh/bb/tttt)

Date of discharge (dd/mm/yyyy)
Tarikh keluar (hh/bb/tttt)

Date of admission to ICU/CCU (dd/mm/yyyy)
Tarikh dimasukkan to ICU/CCU (hh/bb/tttt)

Date of discharge (dd/mm/yyyy)
Tarikh keluar (hh/bb/tttt)

Date of operation
Tarikh pembedahan

Type of surgical procedures
Jenis prosedur pembedahan

Diagnosis
Diagnosis

Nature and results of the operation
Jenis dan keputusan pembedahan

Chief complaint of the patient relating to this hospitalization or surgery
Aduan utama pesakit berhubung dengan kemasukan ke hospital atau pembedahan ini

Brief discharge summary (including treatment, investigation procedures, results, and/or any complications and follow up plans)
Rumusan keluar hospital secara ringkas
(termasuk rawatan, prosedur penyiasatan, keputusan dan/atau apa-apa komplikasi dan rancangan susulan)

4. About the disability / Tentang hilang upaya

Please state cause of disability
Sila nyatakan sebab hilang upaya

Due to an illness
Kerana penyakit

Diagnosis Diagnosis	Date of Diagnosis Tarikh Diagnosis	Date first informed the patient of the diagnosis Gejala yang ada semasa rundingan pertama	Date of 1st Consultation Tarikh rawatan kali pertama	Symptoms presented during the 1st consultation Simptom yang dikemukakan pada rawatan pertama	Duration of symptoms Tempoh simptom berlaku

Due to an accident
Kerana kemalangan

Date and time of incident Tarikh dan masa kejadian	The circumstances leading to the accident Kejadian yang mengakibatkan kemalangan	Place of accident occurred Tempat kemalangan berlaku	Date of 1st Consultation Tarikh rawatan kali pertama	Signs of bodily injury e.g. visible bruise or wound Tanda kecederaan pada badan, contohnya, lebam atau luka yang dapat dilihat

Was illness / injury related to the following condition?

Adakah penyakit/kecederaan berkaitan dengan keadaan yang berikut?

1. Congenital anomaly <i>Anomali kongenital</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	If "yes", please indicate details <i>Jika jawabannya "Ya", sila berikan butiran</i>
2. Self Inflicted <i>Kecederaan yang disengajakan</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	
3. Psychiatric condition <i>Keadaan psikiatri</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	
4. Influence of alcohol, drug or intoxicant <i>Di bawah pengaruh alkohol, dadah atau intoksikan</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	
5. Obesity, weight reduction or weight improvement <i>Obesiti, penurunan atau kenaikan berat badan</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	
6. Pregnancy, childbirth caesarian section, abortion or miscarriage <i>Kehamilan, bersalin melalui pembedahan Caesarean, pengguguran atau keguguran</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>	

5. Progress of recovery / Perkembangan pemulihan

Date of last consultation <i>Tarikh rundingan terakhir</i>	Physical findings <i>Dapatan fizikal</i>	Treatments <i>Rawatan</i>	Indication for Follow up <i>Indikasi untuk Susulan</i>

Current physical or mental impairment <i>Keadaan fizikal atau mental semasa</i>	Factors there may have contributed or lengthened the period of disability <i>Faktor yang mungkin menyebabkan atau memanjangkan tempoh hilang upaya</i>

If the patient is still unable to return to regular occupation, what is the future treatment / rehabilitation plan?

And what is the expected date he / she may engage in any other occupation?

Jika pesakit masih tidak berupaya untuk kembali meneruskan semula pekerjaan biasanya, apakah rawatan lanjut/rancangan pemulihan?

Apakah tarikh yang dijangkakan dia boleh terlibat dalam apa-apa pekerjaan lain?

Has the Patient previously been treated or hospitalized in this or any other hospital or clinic for this or any other illness? If Yes, please state.

Pernahkah sebelum ini Pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain atau klinik-klinik untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.

Date / Tarikh	Illness / Penyakit	Hospital/Clinic/Hospital/Klinik

Declarations and authorization

Perakuan dan persetujuan

I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and treated the Patient in connection to the above condition and that the facts as given above present my opinion of his/her condition. I declare and agree to make the declaration on this claim form.

Saya DENGAN INI MENGESAHKAN bahawa saya sendiri yang memeriksa dan merawat Pesakit berhubung dengan penyakit di atas dan fakta yang diberikan di atas menggambarkan pendapat saya tentang keadaan Pesakit. Saya mengaku dan bersetuju untuk membuat perakuan ke atas borang tuntutan ini.

Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Signature of doctor <i>Tandatangan doktor</i>	Date <i>Tarikh</i>	Speciality <i>Pengkhususan</i>

Qualification <i>Kelayakan</i>	Contact tel no.& mailing address <i>No. telefon & alamat surat-menyurat</i>

Official Clinic/ Hospital Stamp
Cop Rasmi Syarikat atau Klinik