

# PROGRAM INSENTIF RAWATAN TIBI NEGERI SELANGOR



## KRITERIA PEMOHON

1. Warganegara Malaysia yang bermastautin di Negeri Selangor;
2. Pesakit mendapat rawatan di hospital kerajaan/klinik kesihatan/pusat perubatan swasta di Negeri Selangor atau Institut Perubatan Respiratori
3. Sedang menerima rawatan tibi secara aktif.

## SENARAI SEMAK PERMOHONAN

Sila kemukakan dokumen sokongan dibawah bersama borang permohonan bagi mengelakkan kelulusan ini **dibatalkan**:-

1. Memo / Surat Pengesahan Doktor bahawa pemohon menghidap penyakit Tibi;
2. Salinan buku log perubatan Penyakit Tibi (TBIS 10E);
3. Salinan Kad Pengenalan pemohon; dan
4. Penyata bank pemohon yang mempunyai nama pemohon dan maklumat akaun bank.
5. Salinan dokumen pengesahan pemastautin di Selangor (contoh: Bil air, bil elektrik, atau lain-lain dokumen berkaitan).

Permohonan yang telah lengkap perlu dihantar ke Selcare Management Sdn Bhd melalui email di [gl@selcare.my](mailto:gl@selcare.my). Sila hubungi 1-800-22-6600 untuk pertanyaan lanjut.

## MAKLUMAT PESAKIT

Sila isikan maklumat berikut dengan lengkap.

Nama Pesakit	
No. Kad Pengenalan	
No. Telefon Bimbit	
Alamat Rumah	
Nama Bank	
No. Akaun Bank	

Saya mengesahkan bahawa semua maklumat di atas adalah benar dan sah. Saya dengan ini memberi kuasa dan mengizinkan mana-mana klinik serta hospital untuk memberikan sebarang maklumat kesihatan termasuk sejarah perubatan saya & butiran bank untuk memudahkan urusan pembayaran oleh pihak Selcare Management Sdn. Bhd. Saya bersetuju untuk membayar kembali kos yang ditanggung oleh Selcare Management Sdn. Bhd. sekiranya didapati terdapat maklumat yang tidak benar diberikan dalam permohonan ini.

Tandatangan Pemohon

Tarikh

## UNTUK DIISI OLEH PEGAWAI PERUBATAN

Diagnosa Penuh	<input type="checkbox"/> PTB Smear Positif	<input type="checkbox"/> PTB Smear Negatif
	<input type="checkbox"/> Drug Resistant TB (MXR, XDR, RR, IHR, Monoresistance, Polyresistance)	
	<input type="checkbox"/> Extra PTB: _____ (Sila nyatakan jenis Extra PTB)	
Tarikh Diagnosa		

Fasa Rawatan	<b>Fasa Rawatan</b>	<b>Tarikh Rawatan</b>	<b>Pengesahan oleh Pegawai Perubatan</b>	
	<b>Pendaftaran</b> (Tarikh Pendaftaran Program Ini atau Tarikh Pertama Kali Di Diagnosis Positif TIBI)		Tandatangan:	
			Nama Pegawai Perubatan:	
			Cop Jawatan:	
	<b>Mula Rawatan (Intensif)</b> (Menamatkan Fasa Rawatan Selepas 2 Bulan Dari Tarikh Pendaftaran / Tarikh Di Diagnosis Positif TIBI dan Hendaklah Melengkapkan Rawatan Tanpa Gagal)		Tandatangan:	
			Nama Pegawai Perubatan:	
			Cop Jawatan:	
	<b>Fasa Maintenance Hingga Tamat Rawatan</b> (Hendaklah Diisi Dan Dituntut Selepas Tamat Rawatan dan Hendaklah Melengkapkan Rawatan Tanpa Gagal)		Tandatangan:	
			Nama Pegawai Perubatan:	
			Cop Jawatan:	
	Nama Pusat Perubatan			
	No. Telefon Pusat Perubatan			
<b>UNTUK KEGUNAAN PEJABAT</b>				
Diterima oleh:	Senarai Semak Dokumen : <input type="checkbox"/> Memo / Surat Pengesahan Doktor bahawa pemohon menghidap penyakit Tibi <input type="checkbox"/> Salinan Buku Log Perubatan Penyakit Tibi (TBIS 10E) <input type="checkbox"/> Salinan kad pengenalan pemohon <input type="checkbox"/> Penyata bank pemohon yang mempunyai nama pemohon dan maklumat akaun bank <input type="checkbox"/> Salinan dokumen pengesahan pemastautin di Selangor.			
Tarikh:	Ulasan:			