

FORMULIR KETERANGAN RAWAT INAP (JAMINAN BPJS KESEHATAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
 Jabatan :
 No telepon / seluler :

Menerangkan bahwa :

Nama :
 Umur : tahun
 No Rekam medik :
 Alamat :

Adalah pasien yang dirawat oleh dr..... di RS. mulai tanggal s/d..... dan jumlah lama hari rawat..... hari dengan :

Total biaya perawatan di Rumah Sakit sebesar : Rp.....
 Ditanggung oleh BPJS Kesehatan sebesar : Rp..... (-)
 Tanggungan / ekses klaim pasien di RS sebesar : Rp.....

Demikian keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Tempat/ Place

Tanggal/ Date / / tgl/bln/thn

Nama Jelas dan Tanda tangan Petugas