

**No. SEP : R**

**Tgl. SEP : R**

**No. Kartu : R MR: R**

**Peserta : R**

**Nama Peserta : R**

**Tgl. Lahir : R**

**COB :**

**Jenis Kelamin : R**

**Jenis Rawat : R**

**Poli Tujuan : R**

**Kelas Rawat : R**

**Asal Faskes : R**

**Diagnosa Awal : R**

**Catatan : R**

*\*Saya Menyetujui BPJS Kesehatan menggunakan informasi Medis Pasien jika diperlukan.*

*\*SEP bukan sebagai bukti penjaminan peserta*

**Cetakan Ke R : 11-08-2017 21:45:58**

**Pasien / Keluarga Pasien**

**Petugas RS**

**Petugas BPJS Kesehatan**

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)