**RS Musi Medika Cendikia** Jl. Demang Lebar Daun No. 62 Palembang Palembang (0711) 446272

## SURAT JAMINAN PELAYANAN (SJP) SJP-RJT No. RJ19014432

1. Tanggal Berobat : 2019-08-26 Nomor Register 2. Nomor Rujukan : Nomor Medrec 3. Tanggal Rujukan : Nama Pasien 4. Asal Rujukan / Kode PPK : / Jenis Kelamin 5. Diagnosa Asal Rujukan : Tanggal Lahir 6. Tujuan Rujukan : POLI BEDAH Nomor Kartu PENJAMIN 7. Penunjang : 1)_LAB 2)_USG 3)_EKG Kepesertaan 4)_FISIOTHERAPI 8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).	: RJ19014432 : <b>014574</b> : M. YURDINAT : LAKI-LAKI : 04-03-1962 :	ΓΑ BIN ABU HASAN
3. Tanggal Rujukan : Nama Pasien 4. Asal Rujukan / Kode PPK : / Jenis Kelamin 5. Diagnosa Asal Rujukan : Tanggal Lahir 6. Tujuan Rujukan : POLI BEDAH Nomor Kartu PENJAMIN 7. Penunjang : 1)_LAB 2)_USG 3)_EKG Kepesertaan 4)_FISIOTHERAPI 8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).	: M. YURDINAT : LAKI-LAKI : 04-03-1962 :	ΓΑ BIN ABU HASAN
4. Asal Rujukan / Kode PPK : / Jenis Kelamin  5. Diagnosa Asal Rujukan : Tanggal Lahir  6. Tujuan Rujukan : POLI BEDAH Nomor Kartu PENJAMIN  7. Penunjang : 1)_LAB 2)_USG 3)_EKG Kepesertaan 4)_FISIOTHERAPI  8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).	: LAKI-LAKI : 04-03-1962 :	TA BIN ABU HASAN
5. Diagnosa Asal Rujukan : Tanggal Lahir 6. Tujuan Rujukan : POLI BEDAH Nomor Kartu PENJAMIN 7. Penunjang : 1)_LAB 2)_USG 3)_EKG Kepesertaan 4)_FISIOTHERAPI 8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).	: 04-03-1962 :	
6. Tujuan Rujukan : POLI BEDAH Nomor Kartu PENJAMIN  7. Penunjang : 1)_LAB 2)_USG 3)_EKG Kepesertaan 4)_FISIOTHERAPI  8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).	:	
PENJAMIN  7. Penunjang : 1)_LAB 2)_USG 3)_EKG Kepesertaan 4)_FISIOTHERAPI  8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).	:	
4)FISIOTHERAPI  8. Rujukan Intern Ke : 1). 2).  Kode Diagnosa / ICD 10	: Paraf Dokter	
2).  Kode Diagnosa / ICD 10	Paraf Dokter	
	Paraf Dokter	
1)		
2)		
	Paraf Dokter	
2)		
3)		
		Dokter Yang Melayani
BERKAS INI TIDAK DIBAWA PULANG		
No. SJP : RJ19014432 Nomor Resep	:	
Nomor Kartu Askes : Nomor Medrec	: 014574	
Status : Nama Pasien	: M. YURDINATA BIN ABU HASAN	
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI		
R \ Nama Obat : Hari	Signa Jumlah	ı Biaya
R_/		_
	X	Rp
R_/	.,	Rp Rp

R\_/.....

R\_/.....

R\_/.....

...... Tanggal, 2019-08-26

......

.....

Tanda Tangan Pasien

Rp. .....

Rp. .....

Rp. .....

......

.....

......

Χ

Χ

Χ