

SURAT ELEGIBILITAS PESERTA

No. SEP :

Tgl. SEP :

No.Kartu :

Nama Peserta :

Tgl.Lahir :

Jns.Kelamin :

Poli Tujuan :

Asal Faskes Tk. I :

Diagnosa Awal :

Catatan :

Peserta :

COB :

Jns.Rawat :

Kls.Rawat :

Pasien/
Keluarga Pasien

Petugas
BPJS Kesehatan

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

**SEP bukan sebagai bukti penjaminan peserta*
