

BUKTI PELAYANAN TINDAKAN OPERASI

BAGI PESERTA BPJS KESEHATAN

Nama Peserta :

Nomor Kartu Peserta :

Nomor SEP :

Nama Dokter yang Melakukan Operasi :

Spesialis :

Tindakan :

Jenis Operasi : Kecil / Sedang / Besar / Khusus *)

Jenis Anestesi : Lokal / Umum / Regional *)

Dokter Yang Melaksanakan Operasi

Pangkalan Bun,Jam :.....
Pasien / Keluarga Pasien

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas

(.....)
Tanda Tangan & Nama Jelas

*) Lingkari yang sesuai