



Gedung Graha Irama, lantai Mezzanine, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X - 1 Kav. 1 - 2 Jakarta 12950
Telp. (021) 5261260 - 61 (hunting), Fax (021) 51400806, website brilife.co.id

PT. Asuransi BRI Life

SURAT KETERANGAN

Nomor :

_____ 20_____

Saya yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____
Nomor Peserta BPJS : _____

Yang bersangkutan diatas telah dirawat menggunakan jaminan BPJS Kesehatan

Tanggal Perawatan : _____
Diagnosa Perawatan : _____
ICD Code : _____
Nomor MR : _____
Lama Perawatan : _____ (Hari)

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

_____ (*)

_____ (**)
_____ (***)

Keterangan :

1. Dibuat menggunakan Kop RS/RSJA/Klinik
2. (*) Nama Rumah Sakit, Klinik, Apotek, Laboratorium, dll
3. (**) Nama Pejabat
4. (***) Jabatan