

**SURAT KETERANGAN PERAWATAN  
(HOSPITAL CASH PLAN)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, dokter Rumah Sakit ....., menerangkan bahwa pasien:

Nama : .....

Tanggal Lahir : .....

Umur : .....

Jenis Asuransi :  BPJS No. BPJS .....  
 Asuransi lain No. Peserta ..... Nama Asuransi .....  
: .....

Tanggal Perawatan : ..... s/d .....

Lama Perawatan : .....hari

Menempati Kamar : Kelas ..... Ruang .....

Diagnosis : .....

Terapi : .....

Apakah ada Tindakan Pembedahan:  Ya  Tidak

Jika Iya, maka mohon informasi nama tindakan pembedahan: .....

Apakah pengajuan klaim santunan persalinan:  Ya  Tidak

Jika Iya, maka mohon informasinya apakah jenis persalinan yang dilakukan:

Normal  *Sectio Caesaria*, indikasi medis: .....

Keguguran, indikasi medis: .....

Bahwa peserta diatas adalah benar melakukan perawatan rawat inap/bersalin di Rumah Sakit kami.

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.

....., .....20.....

**(Nama Dokter dan Stempel RS)**