



BRI Life MyAccess







SCAN THE QRCODE





	0.44		
	9:41		
	÷	myaccess b	rilife
	🗸 This d	levice 👻	R
ľ	/IgAccess	BRI Life MyA BRI LIFE + Bus B≯ Installed	ccess iness
		~~	
	• [-		-
	runied at	BRI Life My I BRI LIFE + Hei 2.5 ★ 14 MB	Medica Ith & Fi L 5
	My Same	My Custome BRI LIFE + But 3.7★ 6.3 MB	er BRILi sinessi 1 🕀 1
		BRilife HC M BRI LIFE • Cor I≯ Installed	obile munici
	BRIQAN	BRILiaN Hea BRILIFE • Hei 3.4 ★ 15 MB	lth alth & Fi ⊡ S
		-	







Play Store



MyAccess

Step to access MyAcess







Aktivasi - A



harus melakukan Aktivasi terlebih dahulu

 $\bullet \bullet \bullet$

- 2. Masuk : untuk user yang **sudah memiliki akun**
- 3. Lewati : untuk user non-nasabah yang ingin melakukan surfing pada aplikasi MyAccess

Internal

Catatan:

Jika user baru pertama kali membuka aplikasi MyAccess lakukan tap button Daftar

1. Daftar : untuk user yang belum memiliki akun,

Aktivasi - B



User juga dapat mengakses page aktivasi dengan :1. Tap icon Profile2. Tap button Aktivasi

 $\bullet \bullet \bullet$

Aktivasi - C

÷				
Aktivasi Masukkan in [.] Anda	formasi dibav	vah untuk m	endaftarkan	akun
Produk Asurar	si BRI Life			
Masukkan Pi	roduk Asuran	si BRI Life		~
Nomor Identit	as			
Masukkan No	mor Identitas			
Nomor Polis				
Masukkan No	mor Polis			
Nomor Kartu				
Masukkan No	mor Kartu			
Nomor Handp	hone (62xxxx)			
Masukkan No	mor Handphone	e (62xxxxx)		
Saya s	udah menyetuji kan telah sesuai	ui bahwa semu dan sebenar-b	ia Data yang si penarnya	aya
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				******



 $\bullet \bullet \bullet$

- 1. Pilih produk

- 2. Mengisi data pada form yang tertera 3. Tap checkbox Agreement 4. Tap button Lanjut 5. No polis tidak perlu diisi

Polis tidak perlu di isi.

2. Jika user melakukan Aktivasi dengan memilih produk selain Asuransi **Professional Group Health**, maka form **Nomor Kartu** tidak perlu di isi



User diharuskan mengisi data yang diminta :

1. Jika user melakukan Aktivasi dengan memilih produk Asuransi Professional Group Health, maka form Nomor

Aktivasi - D



User diharuskan mengisi Kode OTP yang dikirimkan ke Nomor Handphone tujuan.

 $\bullet \bullet \bullet$

- 1. Mengisi Kode OTP
- 2. Tap button Lanjut

Jika Kode OTP belum diterima, user dapat



melakukan pengiriman Kode OTP ulang dengan tap button Kirim Ulang

Aktivasi - E

Buat Akur Masukkan inform) asi dibawah untuk me	embuat akun Ar	nda
Nama Lengkap			
Alamat			
Email			
User Name			
Password			0
Ulangi Password			
Password harus t	erdiri dari kombinas	i huruf besar,	•

User diharuskan mengisi data yang diminta: 1. Mengisi form Nama Lengkap, Alamat, Email, Username, Password,

Ulangi Password

 $\bullet \bullet \bullet$

- 2. Tap button lanjut
- perlu lengkap)

- 1. Email harus menggunakan Email yang valid
- 2. Password harus terdiri dari kombinasi huruf besar, huruf kecil, angka, symbol (!@#\$%^&*) dan minimal 8 karakter



3. Untuk pengisian alamat cukup singkat saja (Contoh: Bogor, tidak

Visit HealthCare - A





Berikut langkah untuk mengakses fitur HealthCare : 1. User melakukan Login 2. Tap button HealthCare

 $\bullet \bullet \bullet$

Internal

Visit HealthCare - B



 $\bullet \bullet \bullet$

User akan diarahkan pada dashboard HealthCare: Data peserta seperti anak,istri,suami ada di dalam data peserta

Fitur yang ada pada HealthCare, mengikuti fitur existing

Visit HealthCare - C



0	.ıı 🗢 🖃
	1
ie 😫 🗘	≡ ▼
🔓 Daftar Provider	
ama Fasilitas Kesehatan	
ota Fasilitas Kesehatan	
pe Provider	
Semua	~
Hidupkan Lokasi	
APOTEK KF 0034	
Alamat	
JL DIPONEGORO NO.125, DAUH PUI DENPASAR BARAT, DENPASA	RI KLOD, R
Kota	
Telepon	
0361-255914/0361-2255555/08113811	15341]-
Layanan	
RAWAT INAP	

BRILife	<mark>;</mark> ¢ ≡ ▼
	≔ Riwayat Klaim
Jeni	s Klaim SEMUA 🗸
	Klaim Keluarga
Tang	ggal Perawatan 2024-
No k	Jaim
QCa	ri 🔰 + Restitusi/Reimburse Baru
	i Referensi Status
	Message
	Data Tidak ditemukan







Internal

Internal







Klik menu 📺 Reimburse sesuai petunjuk gambar di sebelah kiri



Internal

Internal



(X) men ide	1	12
	Reimburse	
Nama Peserta *		
RUSHEL AG	RUSHEL AGUSTIAN TEKEN	
Benefit *		
RAWAT INA	p	~
Tunggal Manuk	2024-05-07	
Tonggal Keluar	* 2024-05-07	
Nome Fasilitas R	esehatan *	
Kota Fasilitas Ke	sehatan *	
No Kohana		
Turiggal Neitar	mi * 2024-05-07	
Diagnosa *		

रुर, मार	Rife		Q.		· =
1.0	kasi penyerahar	1 dokume	n hardco	ey *	
To	tal Kwitansi (Rp	a -			
				0	
0	bilari Tarrikahan				
	Dokumen Penduk	nuð læs 3	ink (odf. ja	wp.(eq. end)	
	Choose Files	pofile	s selecte	đ	
	10	Nerver Reis	ming		
				Name Inc.	
	BANK HARYA	I INDON	EDINA	Julias Pasirias	
		0			
04 80	mgan ini saya m alah benar secara k	ienyatakan Bulpin peg	thata yar	ndiam	
				6	T

- Selanjutnya akan muncul tampilan seperti gambar ponsel pada sebelah kiri
- Kolom no rekening tidak perlu di isi (automatis ke rekening gaji) -
- Menu upload dokumen dapat berupa pdf,jpeg,jpg,png max 3 mb.
- dilakukan
- Proses Pengajuan Klaim berhasil di lakukan, selanjutnya dapat melakukan monitoring pada Riwayat Klaim secara berkala
- Jika klaim sudah di bayarkan maka status klaim akan berubah menjadi 401 untuk proses
- klaim



Internal

Internal

K BRIlife

- Pastikan seluruh kolom terisi sesuai dengan berkas
- Untuk kolom lokasi penyerahan dokumen hardcopy di isi sesuai lokasi kantor bekerja (tidak perlu mengirimkan HardCopy)
- Klik Tombol Simpan (proses pengajuan klaim reimburse telah

- SLA Pembayaran klaim paling lambat 14 hari kerja
- Pastikan nama peserta disesuaikan dengan nama pada saat melakukan

PERSYARATAN/KETENTUAN **PENGAJUAN KLAIM ASKES**

Rawat Inap, Kontrol Kehamilan, Rawat Jalan, Rawat Gigi :

- 1. Kuitansi asli;
- 2. Diagnosa dari dokter yang merawat dengan disertai Cap/Stempel Klinik, Praktek Dokter, Rumah Sakit, Rumah Bersalin atau Rumah Sakit Ibu dan Anak (di kwitansi atau menggunakan Formulir Rawat Jalan yg telah disediakan);
- 3. Rincian Biaya.

Pemeriksaan laboratorium:

- 1. Kuitansi asli;
- Copy Formulir Rawat Jalan);
- 3. Rincian Biaya.

Pembelian obat di Apotik tanpa pemeriksaan Dokter (Pengulangan Resep atau Iter):

- 1. Kuitansi asli;
- 2. Copy Resep dokter disertai Indikasi Pembelian Obat-obatan/Diagnosa atau menyertakan Copy Formulir; Rawat Jalan terdahulu;
- 3. Rincian obat-obatan dan harga masing-masing obat.



2. Copy surat pengantar pemeriksaan laboratorium dari dokter yang merawat dengan disertai Cap/stempel Klinik, Praktek Dokter, Rumah Sakit, Rumah Bersalin atau Rumah Sakit Ibu dan Anak disertai indikasi pemeriksaan laboratorium/Diagnosa atau menyertakan



Terima Kasih! Thank You!



