

# **Claim Proses Rawat Jalan Dari Aplikasi Konsultasi Kesehatan Online**

# FLOW PROCESS CLAIM REIMBURSE DARI APLIKASI KONSULTASI KESEHATAN ONLINE

Peserta Berobat dari **aplikasi konsultasi kesehatan online**



Peserta mendapatkan layanan **konsultasi kesehatan & Resep Obat**



Peserta membayarkan terlebih dahulu **seluruh biaya**



Peserta **men-submit (foto)** seluruh kelengkapan dokumen dari  
Aplikasi konsultasi kesehatan online  
Via aplikasi **Medcare**

## **Dokumen yg di butuhkan:**

**Resep Medis\*** -> Tagihan Fee Dokter & Biaya Obat

**Diagnosis\*** -> Diagnosa dari Dokter (Catatan dari dokter)

\*mohon di pastikan dokumen terfoto dengan baik



Pembayaran Claim ke **rekening Peserta**

# **Flow Process Upload Dokumen Claim Via Medcare**

# Upload Claim Document

1

**Garda Medika**

KORPORASI  
0001001000150348  
K/00092235  
Kavler  
TANJUNGPINANG (JAWA BARAT)  
02/12/1990 (Pria)  
Asuransi Astra Buana | 2929

**Benefit** **Claim** **FAQ**

Reference Book

Pin

Set security code to protect your benefit and claim info

Klik di sini untuk memulai

2

**Claim**

DATE	TYPE	PROVIDER	
31 Jan 2020	300,000		CLAIM SUBMITTED
31 Jan 2020	100,000		CLAIM SUBMITTED
31 Jan 2020	400,000		CLAIM SUBMITTED

Klik tombol "+"  
di kanan atas

3

**Reimbursement**

Member: **XAVIER**  
[Member not yet registered?](#)

Treatment Place:

Amount Billed: **Rp0**

Treatment From: **03/02/2020** Treatment To: **03/02/2020**

Treatment Type:

Dental Glasses Immunization Outpatient

Pilih nama peserta

Pilih nama rumah sakit tempat dirawat

Isi total tagihan

Isi tanggal mulai dan akhir perawatan

# Upload Claim Document





**4** ← Reimbursement



Rp0

Treatment From: 03/02/2020      Treatment To: 03/02/2020

Treatment Type

Pilih jenis perawatan

 Dental
  Glasses
  Immunization
  Outpatient

 Pre / Post Hospitalization
  Pre / Post Maternity

Treatment Detail: Wisdom Teeth

NEXT

Pilih detail dari perawatan

Klik "Next" untuk lanjut

**5** ← Reimbursement

Preview Sample Documents

Medical Receipt \*

+

Diagnosis

+

NEXT

Klik di sini untuk lihat contoh dokumen

Klik di sini untuk upload kwitansi pembayaran

Klik di sini untuk upload resume medis

**6** ← Reimbursement

Member	: XAVIER
Treatment Place	: BAITURRAHIM GENERAL HOSPITAL JAMBI
Amount Billed	: Rp1.500.000
Treatment Date	: 05/02/2020
Treatment Type	: Dental

Cek sekali lagi informasi yang diinput

**BANK ACCOUNT CONFIRMATION**

Your claim amount will be transferred to this account:

Bank	: BANK PERMATA
Account Number	: BNX00202323
Account Holder's Name	: XAVIER

☒ I have read and agree to the [Terms & Condition](#)

Centang jika anda setuju

SUBMIT

Akhiri dengan klik tombol "submit"

# CONTOH DOKUMEN YANG DI BUTUHKAN



## RESEP MEDIS / MEDICAL RECEIPT

## DIAGNOSIS

### Fee Dokter

**halodoc**  
simplifying healthcare

RECEIPT

Terima kasih sudah menggunakan layanan Chat Dokter di Halodoc.

**Aditya Aisar**  
28 tahun

INV/1842020/MMXX/IV/KY012X-6424-01

Consultation ID	KY012X-6424
Tanggal	18 April 2020
Waktu	15:07
Metode Pembayaran	Halodoc Wallet

**Deskripsi Transaksi**

DETAIL TRANSAKSI	TOTAL
Biaya transaksi	
Dr. Inovan Hasan Indryan, Spesialis Dokter Umum	25,000.00
SIP. 446.1/2546/059-Dinkes/2019	
<b>Sub-Total</b>	25,000.00
Diskon Kupon	-15,000.00
<b>TOTAL</b>	<b>Rp 10,000.00</b>

Dokumen ini dicetak secara digital pada tanggal 18/4/2020 pukul 15:07

Butuh bantuan? Hubungi kami di [help@halodoc.com](mailto:help@halodoc.com)

\*File berisikan Fee Dokter

### Biaya Obat

**halodoc**  
simplifying healthcare

RECEIPT

Nama Apotek / Toko:

**APOTIK PROVITA (F)**  
SIA. 445.5/0230/APT/RBK/2016  
Jl. Ir. H. Juanda No.125, Ciputat, Tangerang Selatan  
082125474168

INV/1842020/MMXX/IV/SNUJ05-1328-01

Nomor Pesanan	SNUJ05-1328
Tanggal Pesanan	18 April 2020
Metode Pembayaran	Gopay

Terima kasih telah bertransaksi di Halodoc.

**Aditya Aisar**  
Pangkajene Jati, Cinere, Depok City, West Java 16513, Indonesia

Konsultasi dari dokter :  
**Inovan Hasan Indryan**  
General Practitioner  
Consultation ID : KY012X-6424

**Deskripsi Pemesanan**

DETAIL PRODUK	QTY	HARGA SATUAN	TOTAL
BETASONN CREAM 5 G	2	20,000.00	40,000.00
PREDNICORT 4 MG 10 TABLET	2	50,000.00	100,000.00
<b>Sub-Total</b>			140,000.00
Biaya layanan			18,000.00
<b>Total</b>			<b>Rp 158,000.00</b>

Dokumen ini dicetak secara digital pada tanggal 18/4/2020 pukul 15:50

Butuh bantuan? Hubungi kami di [help@halodoc.com](mailto:help@halodoc.com)

\*File berisikan detail obat

### Catatan Dokter Berisi Diagnosa\*

Search 12.03 98%

Notes

Notes From Doctor

Symptoms :  
kulit merah terasa panas sehabis digigit tomcat

Possible Diagnosis :  
dermatitis alergi

Advice :  
rutin oleskan salep

\*mohon di infokan ke dokternya agar  
di lampirkan diagnosanya di catatan dokter



# Catatan Penting

- ✓ Hanya Berlaku untuk **Rawat Jalan** (Tidak Berlaku untuk Pre & Post Rawat Inap)
- ✓ Pastikan Dokumen **terfoto dengan baik** (tidak buram)
- ✓ Hanya berlaku dalam masa **pandemic COVID19\***
- ✓ Untuk Soft Copy **dokumen dapat di screen capture** dan di kirimkan ke HP lain untuk di foto oleh HP yg memiliki aplikasi **medcare**
- ✓ **Obat yg di resepkan di luar** / tidak via aplikasi tdk dapat di claim
- ✓ Obat yg di tanggung adalah obat yg di **resepkan oleh dokter** dan bukan obat MLM, obat herbal dan sejenisnya
- ✓ **Untuk Claim >Rp.1.000.000** peserta wajib mengirimkan dokumen asli ke Garda Medika

## Ketentuan E-Claim Reimbursement

Nilai Klaim	< Rp 1.000.000	Rp 1.000.001 - Rp 20.000.000	> Rp 20.000.000
Ketentuan Dokumen	Dokumen <i>Softcopy</i>	Dokumen <i>Softcopy</i> + <i>Hardcopy</i>	Dokumen <i>Hardcopy</i>
Dokumen <i>Hardcopy</i> yang dikirim	Tidak Ada	Hanya Kwitansi asli	Seluruh Dokumen Klaim



### Keterangan :

- Softcopy documents adalah klaim diupload melalui Garda Mobile Medcare
- Batasan nilai klaim berlaku per transaksi
- Ketentuan diatas berlaku mulai tanggal 1 April 2020
- Penggantian biaya pembelian obat peserta sesuai dengan resep dokter pemeriksa dan ketentuan yang berlaku
- Dokumen Klaim Hardcopy dapat diserahkan ke PIC/Health@ atau dapat dikirimkan ke alamat berikut:

\*PT Asuransi Astra Buana  
 Grha Asuransi Astra Lantai 3  
 TB Simatupang kav 15  
 Jakarta 12440  
 UP. Claim Reimbursement Garda Medika