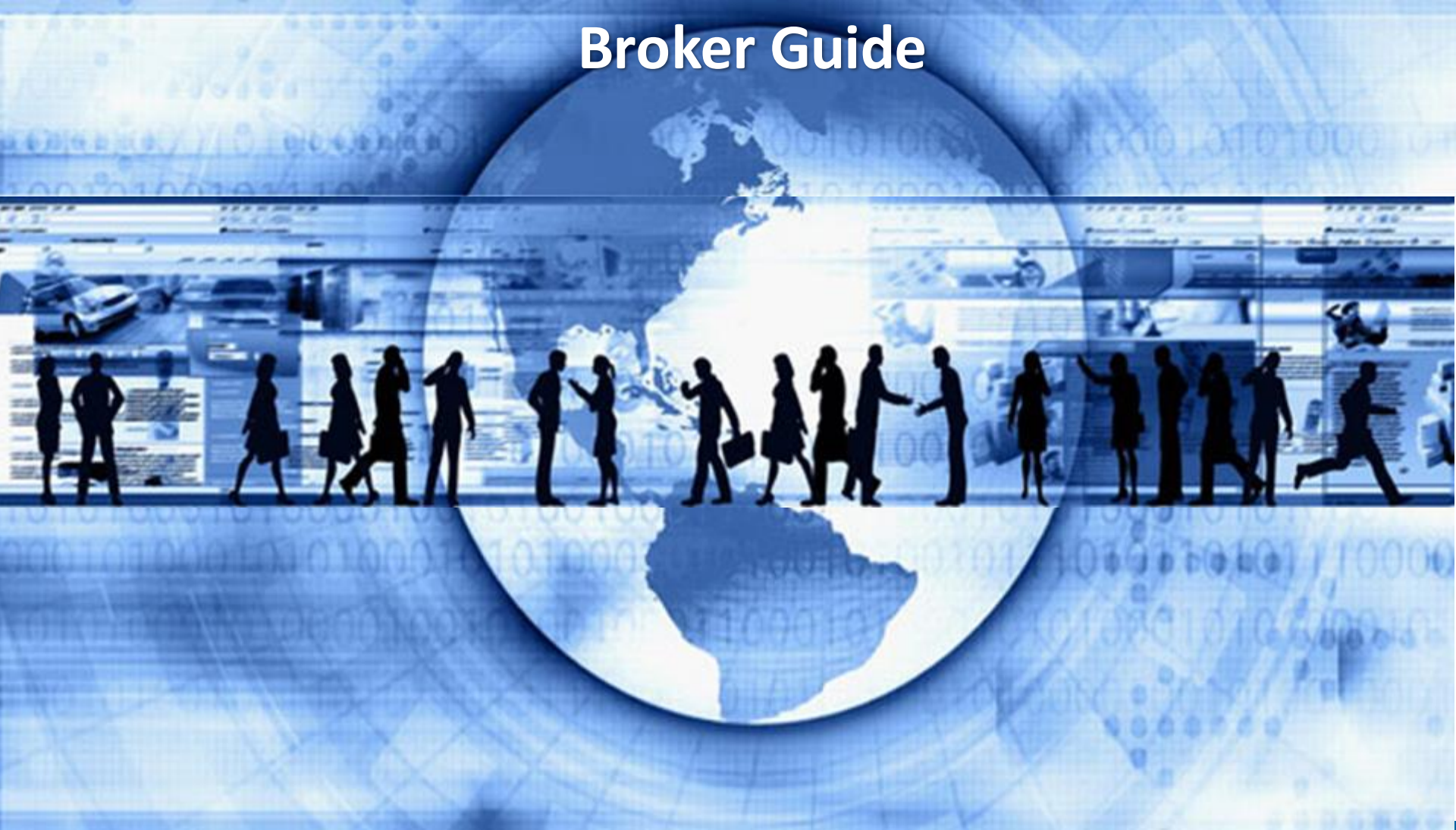


Broker Guide





Contents

متطلبات التسعير للشركات

البيانات الرئيسية لطلب إصدار الوثيقة

الاوراق الرسمية المطلوبة للتعاقد

بيانات الموظفين EDI

دورة إدارة العمليات

تطبيق الهاتف

1- متطلبات تسعير للشركات:

بيانات الموظفين (تواريخ الميلاد – النوع – الوظيفة – الفئة) (Excel Format) لا يقل عدد الموظفين عن 50 موظف	1
طبيعة عمل الشركة	2
الموقع الرسمي للشركة	3
جدول الخدمات المطلوب	4
صوره من جدول الخدمات الحالي (مطلب اساسى للشركات فوق 250 موظف)	5
اسم مقدم الخدمة الطبية الحالية وعدد السنين التي تم التعامل معه (مطلب اساسى للشركات فوق 250 موظف)	6
إستهلاكات التأمين الطبي خلال السنة السابقة «عن مدة لا تقل عن 9 شهور وتكون موضحة فى الملف» (مطلب اساسى للشركات فوق 250 موظف)	7
البيانات التاريخية لحالات الوفاة والعجز كما هو مذكور أدناه (مطلب اساسى للشركات فوق 250 موظف) - يتطلب على ورق الشركة عليها أمضاء الشخص المسئول و ختم الشركة فى حالة الشركات التى يصل اجمالى اللعدد فوف 500 موظف	8

Year	Number of employees	Number of death claims	Claims amount	Number of Disability Claims	Claims amount
2015					
2014					
2013					
2012					
2011					

البيانات المطلوبة لتسعير شركات البترول و الخدمات البترولية

- 1- عدد واماكن المواقع التي يعملون فيها.
- 2- عدد الموظفين الذين يعملون فى المواقع.
- 3- نوع وسيلة المواصلات من وإلى مواقع العمل.
- 4- اجمالي عدد الموظفين الذين يعملون فى كل دورة عمل فى الموقع.
- 5- هل يوجد موظفين يعملون على ارتفاعات؟ لو نعم كم عدد الموظفين واماكن المواقع الذين يعملون بها.
- 6- هل يوجد موظفين يعملون على مواقع تحت عمق؟ لو نعم كم عدد الموظفين واماكن الموقع الذين يعملون بها.
- 7- كم عدد المواقع المائية.
- 8- اجمالي عدد الموظفين الذين يعملون فى المواقع المائية فى كل دورة.
- 9- كم عدد مرات السفر الى المواقع التي تكون عبر طائرة.
- 10- كم عدد المواصلات للموظفين والوقت فى كل رحلة عبر الطائرة.

-2- البيانات الرئيسية لأصدار الوثيقة:

يرجاء التأكد من استيفاء كافة البيانات المطلوبة من العميل كما هو موضح أدناه:

1	Client Name	XXXXXXXXXX Governmental <input type="checkbox"/> Non-Governmental <input type="checkbox"/> Global Multinational <input type="checkbox"/> Regional Multinational <input type="checkbox"/> Local BY SALES (verified by UND)
2	Client Name (Arabic)	
3	Address (English) (Arabic)	XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX
4	Contact person name	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
5	Contact Person Title	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
6	Tel. No.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
7	Fax No.	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8	Email Address	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
9	Industry Type	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
10	Effective Date of Coverage	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11	Billing Mode	XXXXXX
12	Type of Coverage	CMM, GTL, PPD, PTDetc
13	Number of Lives (verified by UND)	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

3- الاوراق الرسمية المطلوبة

السجل التجارى و البطاقة الضريبية:-

- لابد من مراعاة تاريخ سريان الاوراق الرسمية و ان تكون مختومه بختم الشركة و موقع عليها انها طبق الاصل.
- و اذا كانت منشأ فردية (اسم صاحب الشركة هو الموجود في السجل التجارى) في هذه الحالة فلا بد من احضار صورة بطاقته الشخصية السارية.

خطاب مزاوله المهنة

وذلك لمكاتب المحاماه و بعض الكيانات الاخرى
(برجاء الرجوع للشخص المسؤل للتأكد من صلاحية
هذه الاوراق قبل تقديم اوراق الشركة)



4- EDI Sheet

- رجاء التأكد من استيفاء كافة البيانات المطلوبة من العميل و ان تكون باللغة الانجليزية و مسماة باسم الشركة.
- احضار صور المؤمن عليهم علي نظام الJPG ويكون عليها الاسم و الرقم الوظيفي أو المسلسل كما هو رقم المؤمن عليه بالكشف.

ADDITIONS LIST

COMPANY NAME :	
POLICY NO. :	

** you are requested to mention the employee number & if there is no employee number please mention serial number per each family (if any)
**

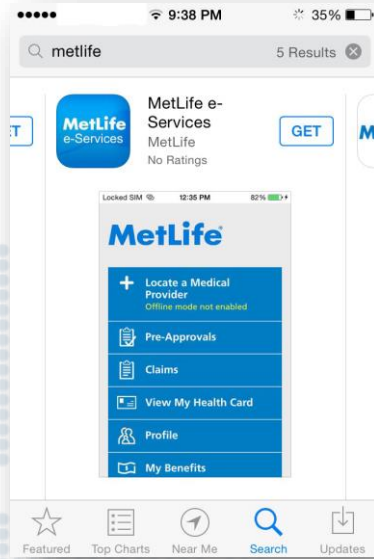
Dep. Type (M/S/C)	Cert No. / Emp No.	Full Name			Suboffice / Class	DOB	Sex (M/F)	Marital Status (M/S)	Basic Salary Monthly	Curr.	Coverage Effective date (dd/mm/yyyy)	Nationality	Mobile Number	Email Addresses	*PAYE NAME	*BANK ACCOUNT	*Bank Name	*Branch Name	Branch Address	*Swift Code	Bank Currency
		First Name	Second Name	Third Name																	

5- دورة إدارة العمليات:

بيان	يوم
إصدار لأول مره	10 ايام عمل
تجديد سنوى	7 ايام عمل
اضافة موظفين جدد	5 ايام عمل
تعديل تصحيح	3 ايام عمل
إلغاء	3 ايام عمل
بديل فاقد او تالف	3 ايام عمل
إصدار شهادة	2 ايام عمل
إستعلام	3 ايام عمل

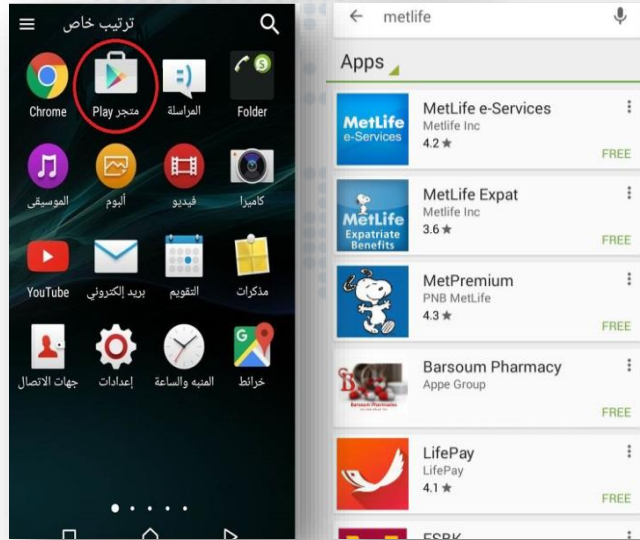
يرجى إرسال طلبك على البريد الإلكتروني Agysup.egy@metlife.com وسوف يتم ارسال إخطار ورقم بإستلام طلبكم	<u>مستوى اول</u>
إذا لم يتم عمل طلبكم فى خلال الفترة المبينه اعلاه يرجى إرسال الرقم المبين فى الاخطار الذى تم استلامه الى Portfolio Management team	<u>مستوى تاتى</u>
إذا لم يتم تنفيذ طلبكم واستلام اى اخطار فى خلال يوم عمل بشأن طلبكم يرجى ارسال الى Fatma.Awad@metlife.com taghreed.h.abdelfattah@metlife.com	<u>مستوى ثالث</u>
إذا لم يتم تنفيذ طلبكم واستلام اى اخطار فى خلال يوم عمل بشأن طلبكم يرجى ارسال الى Mahmoud.Gawad@metlife.com	<u>مستوى رابع</u>

6- تطبيق الهاتف



1- للهواتف التي تعمل من ال ios App Store (أبل) بنظام

- ابحث في ال App store عن MetLife.
- قم باختيار MetLife e-Services.
- اضغط GET لتحميل التطبيق.



2- للهواتف التي تعمل بنظام الأندرويد (Android)

- اضغط على متجر Play الخاص بك.
- ابحث عن MetLife.
- قم باختيار MetLife e-Services.
- قم بتحميل التطبيق.

تسجيل الدخول للمرة الأولى (اضغط تسجيل الدخول)

2

املاً البيانات أدناه ثم اضغط
التحقق من الصحة

3

اضغط التسجيل الآن

4

- تحديد موقع مقدم خدمات طبية +
- الموافقات المسبقة
- المطالبات
- عرض بطاقتي الطبية
- الملف التعريفي
- المزايا الخاصة بي
- الخدمات
- التواصل مع ميتلايف
- الاسئلة و المقترحات

Change Language تغيير اللغة

شروط الاستخدام سياسة الخصوصية

تسجيل الدخول ملاحظات

التسجيل الآن

للتسجيل كعضو جديد، يُرجى التحقق من صحة المعلومات أدناه

رقم الوثيقة

رقم الشهادة الفردية

تاريخ الميلاد

البريد الإلكتروني

التحقق من الصحة

تسجيل الدخول

أدخل بيانات الاعتماد الخاصة بك

**البيانات المطلوبة

اسم المستخدم*

كلمة المرور*

تذكر اسم المستخدم الخاص بي

تسجيل الدخول

التسجيل الآن

نسيت اسم المستخدم/ كلمة المرور

تستطيع تحديد مقدم الخدمات الطبية عن طريق البحث عبر الإنترنت أو دون الإتصال بالإنترنت.

مقدم الخدمات الطبية
>

البحث عبر الإنترنت

البحث دون اتصال

ربما تكون نتائج البحث دون اتصال بالإنترنت غير محدثة. تم تحديث قائمة مقدمي الخدمات للشبكة دون الاتصال بالإنترنت آخر مرة في 18 Nov 2015

نوع البطاقة : GOLD

الدولة*
▼

المدينة*
▼

اسم مقدم الخدمات الطبية
▼

الفئة
▼

التخصص
▼

البحث

مقدم الخدمات الطبية
>

البحث عبر الإنترنت

البحث دون اتصال

نوع البطاقة : GOLD
🔍 "و / أو دولة"

+
×
اسم مقدم الخدمات الطبية

▼
الفئة

▼
التخصص

100

50

20

10

5


1

20

مىلأ

كم

البحث عبر الإنترنت



12

الموافقات المسبقة

يمكنك التأكد من حالة الموافقات الميدنية الخاصة بك أو تقديم طلب جديد للحصول على موافقة مسبقة

طلب موافقة مسبقة جديد

حالة الموافقة المسبقة

الموافقات المسبقة

حالة الموافقة المسبقة

جميع الأعضاء المؤتمن عليهم

البحث 25-11-2015 25-08-2015

قائمة بالموافقات المسبقة بناء على طلبك

التاريخ المرسل
15:43:42.343 2015-11-23
NEW

التاريخ المرسل
12:17:55.133 2015-11-19
APPROVED

المطالبات

يمكنك التأكد من حالة مطالباتك أو إرسال طلب لمطالبة جديدة

إرسال مطالبة جديدة

فحص حالة المطالبة

إضافة مستندات

إرسال مطالبة

يُرجى استكمال جميع الأقسام أدناه لإرسال مطالبتك

الخطوة الأولى - تفاصيل حول الوثيقة وبيانات الاتصال

الخطوة الثانية - تفاصيل المطالبة

الخطوة الثالثة - طريقة السداد

الخطوة الرابعة - إرفاق مستندات

معاينة المطالبة

التأكيد وإرسال المطالبة

سوف يفعل زر إرسال المطالبة عند تعبئة جميع البنود

تستطيع تقديم طلب الموافقة المسبقة الخاصة بك والتأكد من حالة الطلبات السابقة للموافقات المسبقة

6

أرسل طلب لمطالبة جديدة عبر إكمال البيانات المذكورة على اليمين ومن ثم تستطيع فحص حالة المطالبة الخاصة بك وإضافة مستندات إضافية إذا دعت الحاجة مع ضرورة إرسال المستندات الأصلية لاستكمال عملية الدفع

7

تستطيع عرض بطاقتك الطبية وبطاقات المعالين كما هو موضح أدناه

عرض بطاقتي الطبية

MetLife®

رقم الوثيقة
رقم الشهادة الفردية
تاريخ انتهاء الصلاحية
اسم العميل
المؤمن عليه الأول
رمز المعال
صلة القرابة
السداد المشترك
نسبة التحمل
الإقامة في العيادات الداخلية

يُرجى قبول هذه البطاقة
إضافة إلى بطاقة سارية
تحتوي على صورة شخصية.

30-06-2016

1
Self
0 EGP
0%
GO - 1BED

Disclaimer: This illustration may not reflect all details, please refer to your physical card.

يرجى العلم بأن نسبة التحمل المذكورة تمثل نسبة التحمل الخاصة بالخدمات داخل الشبكة الطبية وليست خاصة بالأدوية

الملف التعريفي >

ملفي التعريفي المعالون المستفيد

عرض معلومات الملف التعريفي الخاصة بك. كما يمكنك تحديث معلوماتك

< البيانات الشخصية

< معلومات حول الوثيقة

< معلومات التوظيف

< بيانات الاتصال

< تفاصيل المصرف

تستطيع عرض الملف التعريفي الخاص بك وبالمعالين، كما يمكنك تحديث معلوماتك بسهولة

9

المزايا الخاصة بي >

المزايا -

< AD&D

< COMPREHENSIVE MAJOR MEDICAL

< LIFE (DUE TO ANY CAUSE)

< PERMANENT TOTAL DISABILITY

تستطيع عرض المزايا الخاصة بك كما هو موضح أدناه

10



Thank you