

اهلاً بك في متلايف

مطالبات الاسترداد النقدي



يجب اتباع التعليمات التالية:

- يجب تقديم المطالبة بواسطة المتعاقد, يمكنك الحصول على رقم الوثيقة و رقم شهادة التأمين الفردى الخاصة بك من المتعاقد.
- يجب الاجابة على جميع الاسئلة الواردة بالاستمارة لا تترك اى فراغ اكتب بخط واضح.
- يجب تقديم المرفقات باللغة العربية او الانجليزية فقط, يجب ترجمة اللغات الاخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها.
- يجب تقديم جميع المرفقات المطلوبة فى خلال مدة ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة, لن تصرف أى مطالبات بعد تسعين يوماً.
- يجب إرفاق النسخ الأصلية من أى ايصالات أو فواتير أو تقارير طبية .

يرجى العلم بأنه لن يتم اتخاذ إجراء دون ملئ البيانات الخاصة برقم الهاتف و البريد الإلكتروني

Please be aware that we will not be taking any action without filling your phone number and e-mail data

Employee Name : : إسم الموظف : Date of birth : تاريخ الميلاد
 Patient Name : : إسم المريض : Date of birth : تاريخ الميلاد
 Patient Effective Date Of Coverage : : تاريخ بدأ تأمين المريض :
 Employee Mobile / Contact No. : : رقم هاتف الموظف :
 Employee E-mail Address : : البريد الإلكتروني للموظف :
 PoliCy Number : [] : رقم الشهادة الفردية : CRT Number : [] : رقم الوثيقة :
 Diagnosis : : التشخيص :
 Total Claimed Amount : : العملة : Currency : : القيمة الإجمالية للمطالبة : Country : : الدولة :

كيفية ملئ نموذج مطالبة طبية



برجاء كتابة البيانات المطلوبة :

Claim submission requirements	طريقة تقديم المطالبات :
<p>*All question in the form are answered .Don't leave any blanks Use block letters . *All claims documents should be submitted either in English or Arabic, documents in other language must be translated by an official public translator prior to submission . *All necessary claims documents are to be submitted within 30 days of the incurred date, claims received after 90 days will not be processed.</p>	<p>* يجب الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في الإستمارة . لا تترك أي فراغ . اكتب بخط واضح . * يجب تقديم الوثائق باللغة العربية أو الإنجليزية . خط يجب ترجمه أي وثائق باللغات الأخرى لدى خبير معترف به قبل تقديمها . * يجب تقديم جميع الوثائق المطلوبة في خلال مدة ثلاثين يوماً من تاريخ حدوث المطالبة . لن نصرف أية مطالبات بعد تسعين يوماً .</p>
<p>The following original documents are to be attached Outpatient treatment</p>	<p>يجب إرفاق النسخ الأصلية من : في حال كانت المطالبة نتيجة معالجة في العيادات الخارجية :</p>
<p>*Official receipt showing the attending physician detailed charges along with his stamp and signature . *Itemized pharmacy bill showing the date of purchase, name of patient, quantity and name of drugs along with the physician prescription . *Official receipt showing charges for each of the lab. Test X-rays film, and other done and supported by the respective physician's request to undergo examination copies of the results of examination undertaken.</p>	<p>* إيصال رسمي بأغلب الطبيب يظهر خدم و توقيع الطبيب . * قائمة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء . إسم المريض . كمية و أسماء الأدوية المعروفة . يجب إرفاق الوصفة الطبية من الطبيب . * إيصال رسمي مفصل يظهر لوج و تكلفة كل التحاليل المخبرية و صور الأشعة أو أية فحوصات أخرى و نتائجها . * يطلب الطبيب للقيام بالفحوصات و صور من نتائج جميع الفحوصات المطلوبة .</p>
<p>Inpatient treatment</p>	<p>في حال كانت المطالبة نتيجة دخول المستشفى :</p>
<p>*Itemized hospital bill supported by the official hospital receipt for the total amount paid . *Official receipt showing the attending physician's or the surgeon's charges along with his stamp and signature . *Detailed hospital discharge report.</p>	<p>* قائمة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي بالقيمة المدفوعة . * إيصال رسمي بأغلب الطبيب المعالج أو الجراح يظهر خدم و توقيع الطبيب . * التقرير الطبي المفصل عند خروج المريض من المستشفى .</p>
<p>أقر بأن كل الأسماء و الوثائق المرفقة بإستمارة المطالبة هي كاملة و حقيقية و أوافق أي دكتور . مستشاري . مهنازي طبي . شركات تأمين . مؤسسة أو شخص و الذي عنده عنى أو أفراد عائلتي بإعتناء . متلائف المعلومات الكاملة متضمنةً نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضي أو أي علاج . فحص . نصيحة أو إستشارة . و أن هذا التصريح ستؤخذ كالتسليمه الأصيله . * I hereby certify that all answers and all documents submitted with the claim form are complete and true. I hereby authorize any doctor complete and true. I hereby authorize any doctor ,hospital, or medical provider, any insurance company or any other company ,in situation or any other person who has any record or information about me and for any of my family members to provide metlife with the complete information including copies of their record with reference to my sickness or accident any treatment ,examination ,advise or hospitalization Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy .</p>	
<p>إلى أروض متلائف بالتقيام بدفع تعويضات مطالبات الفردية من خلال خدمة التمويل المشرق إلى رقم الحساب الوارد بطلب التأمين المقدم منى إلى الشركة. هذا التفويض سوف يبقى سارى المقبول ما م أقم بإرسال طلب عطى بإلتقاء الخدمة بئيه إعتار من قبل متلائف يؤكد إيقاف الخدمة. في أي حال من الأحوال إذا قامت متلائف بتحويل مبلغ أكبر من المبلغ المستحق إلى حسابي المشرق بسبب خطأ ناتج عن عملية التمويل . فلن أروض متلائف بعكس المعاملة و سحب المبلغ الزائد من حسابي. * I hereby authorize metlife to wire transfer claim reimbursement to the account indicated above this agreement will remain in the effect until I give written notice to withdraw from wire transfer or metlife notifies me that this service has been terminated if ever metlife credit more money than the correct benefit amount to the account due to duplicate or erroneous electronic funds transfers . I authorize metlife to revise the transaction and withdraw the overpayment.</p>	

Employee's signature : توقيع الموظف : Date : التاريخ :

MetLife Section

Date Received	Batch	Claim

- برجاء ملئ نموذج لكل مطالبة على حدى، حيث تفصل المطالبات الطبية عن مطالبات الأسنان عن الولادة عن النظارات الطبية
- تفصل مطالبات الموظف عن كل من المعالين

خدمات العيادات الخارجية



الكشف (زيارة الطبيب) :

- إيصال مهن طبية بأتعاب الطبيب عليه ختم و توقيع الطبيب المعالج أو روثنة مدون عليها قيمة اتعاب الطبيب عليها ختم و توقيع الطبيب
- مع روثنة الطبيب موضح عليها الاسم و التاريخ و التشخيص بوضوح.



خدمات العيادات الخارجية



الدواء :

- فاتورة مفصلة من الصيدلية تظهر تاريخ الشراء، اسم المريض، كمية و أسماء الأدوية الموصوفة موضح الختم عليها.
- صورة من روثنة الطبيب مدون عليها الاسم والتاريخ والتشخيص.



خدمات العيادات الخارجية



الإشعاع و التحاليل :

- إيصال رسمي مفصل يذكر نوع و تكلفة كل من الأشعة أو التحاليل الطبية على حدة, موضح عليه الختم .
- يجب إرفاق طلب الطبيب بإجراء الأشعة أو التحاليل.
- صورة من نتائج الأشعاع أو التحاليل.



خدمات العيادات الخارجية



العلاج الطبيعي :

- إيصال رسمي مفصل يذكر اسم المريض و التاريخ و نوع و تكلفة الجلسات موضح عليه الختم و التوقيع.
- يجب إرفاق طلب الطبيب بإجراء الجلسات.
- كارت بعمل الجلسات من الطبيب المعالج موضحاً به تاريخ كل جلسة و توقيع المريض بجوار كل جلسة قام بإجرائها.



خدمات العيادات الخارجية

البصريات :

- إيصال رسمي مفصل يذكر نوع و تكلفة النظارة و/أو العدسات , موضح عليه الختم و عنوان المحل.
- صورة من كشف النظر يشتمل على اسم المريض و تاريخ اجراء الخدمة.



خدمات العيادات الخارجية



الاسنان :

- إيصال مهن طبية مفصل (أو رويشة) موضح عليه الختم و العنوان مدون عليه الاسم و التاريخ و قيمة الكشف و نوع كل خدمة مؤداة و سعرها و توقيع الطبيب.



خدمات العيادات الخارجية



متابعة الحمل :

- صورة من تقرير السونار أو تحليل الحمل و تقرير طبي من الطبيب المشرف على الحالة يوضح تاريخ بداية الحمل.
- باقي الخدمات يتم تقديم المطالبة كما ذكر سابقا (زيارة الطبيب, الأدوية, التحاليل,.....).



خدمات العيادات الخارجية



العلاج كمرضى داخلي :

- إيصال رسمي بأتعاب الطبيب المعالج أو الجراح يظهر ختم و توقيع الطبيب.
- فاتورة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي بالقيمة المدفوعة.
- التقرير الطبي المفصل عند خروج المريض من المستشفى.



خدمات العيادات الخارجية



الولادة :

- فاتورة مفصلة من المستشفى مرفقة بإيصال رسمي مختوم بالقيمة المدفوعة.
- إيصال رسمي بأتعاب الطبيب المعالج أو الجراح يظهر ختم و توقيع الطبيب.
- التقرير الطبي المفصل عند خروج المريض من المستشفى.



أولاً الشروط الخاصة بالفواتير :

- أصلية (لا يعتد بصورة الفاتورة).
- لها رقم مسلسل و رقم ضريبي و رقم السجل التجارى.
- مختومة بختم يحمل اسم مقدم الخدمة الطبية (ختم « خالص مع الشكر » لا يعتد به).
- تحتوى على اسم مقدم خدمة طبية معتمد و عنوانه الفعلى بشكل واضح و رقم التليفون .
- مدونٌ عليها اسم العميل و التاريخ.
- لا يُعتد بأى كشط أو تعديل أو إضافة بخط اليد (يجعلها غير صالحة للدفع).
- يجب ان تحتوى على الخدمة أو المنتج الذى تم شراؤه أو استخدامه بالفعل و ليس مجرد المنتج الذى تم التوصية عليه او حجزه.

ثانياً شروط خاصة بالتوقيات و نسب السداد :

- يجب تقديم المطالبة بحد أقصى 90 يوم من تاريخ إجراء الخدمة.
- يتم الرد على العميل في خلال اربعة عشر يوم عمل من تاريخ استلام المطالبة بناءً على الشروط الخاصة بالتعاقد .
- في حالة دخول المؤمن عليه المستشفى "كحالة طارئة" تقوم الشركة بسداد نسبة 100 % من المصروفات المناسبة والمتعارف عليها
- لا يتم صرف العلاج الشهري إلا بناءً على روصة طبيب يتم تجديدها مرة كل ثلاثة شهور على الأكثر.



العملاء هم مركز كل ما نقوم به