

Individual Medical



Contents

Section A	Preamble	3
Section B	General Scope of Coverage	4
Section C	General Exclusions	5
Section D	Waiting Periods	8
Section E	General Terms and Conditions	8
Section F	Claims Procedure and Settlement	11
Section G	Definitions	13
Table of Benefits		16

Individual Medical Policy

Section A - Preamble

This document is intended to describe the basic purpose of the Insurance Policy and includes a description of the General Scope of Coverage, a list of General Exclusions, details of the General Terms and Conditions and some Definitions of the most commonly used words or phrases.

The overall purpose of this Insurance Policy is to provide cover to eligible Beneficiaries for reasonable and customary expenses incurred through the Medically Necessary Treatment of Medical Conditions and Bodily Injuries under the terms and conditions of this Insurance Policy as agreed with the Policyholder.

MedNet UAE is the appointed administrator providing certain administrative services on behalf of and at the direction of the Insurance Company.

In consideration of the payment or agreement to pay the Premium, and on the basis of the request and statements made by the Policyholder on the initial Application Form(s), and subject to the terms and conditions of this Insurance Policy for Better Healthcare and any attachment forming part of it, the Insurer agrees with the Policyholder and guarantees to provide the Benefits and Services and their related expenses incurred by each Beneficiary as set out in this Insurance Policy.

International and Local Sanction and Exclusion Clause:

“MetLife is bound by and must comply with all applicable trade and economic sanctions laws and regulations, including those set forth by the U.S. Department of Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) and the United Nations”.

MetLife will NOT provide COVERAGE AND/OR PAYMENT under the Policy and/or any Supplementary Contract if the policyholder, insured, or person entitled to receive such payment is:

- (i) Residing in any sanctioned country;
- (ii) Listed on the Office of Foreign Asset Control (OFAC) Specially Designated Nationals (SDN) list or any other International or local sanction list; or
- (iii) Claiming the payment for any services received in any sanctioned country.

The Company shall not be liable to pay any claim or provide any coverage or Benefit to the extent that the provision of such coverage or Benefit would expose the Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America or any other applicable laws.

Data Transfer: The Insured Person hereby provides the Company unambiguous consent, to process share, and transfer his/her personal data to a recipient outside the Country (e.g. to the Company Headquarters in the USA and/or to other branches, affiliates of the Insurer's Group and Reinsurers) where the transfer or share, of such data is necessary for the performance of the Policy or for the compliance with any legal obligation to which the Company is subject and where it is necessary for the performance of the Policy or for the compliance with any legal obligation to which the Company is subject and where it is necessary to transfer to share any such data with the regulators and other law enforcement agencies for the performance of its obligations related to the international sanctions and other regulations applicable to the Company. Acceptance and use of the Access Card(s) automatically implies acceptance of all the terms, conditions, limitations and exclusions of this Policy.

The Company will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data. For clarity, personal data means any data/information related to the Insured and/or the Insured's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to the Company at any time.

The Insurer

The Policyholder

Note: Throughout this Insurance Policy, the masculine gender shall be deemed to include the feminine, the singular to include the plural and the plural the singular.

Section B - General Scope of Coverage

Family of In-Hospital Benefits

1. Basic Benefit

This coverage shall apply in conformity with the Applicable Table of Benefits in the event of Non-Excluded Cases of Medical Conditions or Bodily Injuries requiring Hospitalisation, and/or Day-Hospitalisation and/or Emergency in hospital services.

Prior approval is required for all In-Hospital Benefits. In the case of Emergencies, this is waived, but approval must be sought within 24 hours of admission.

The following medical costs incurred while in Hospital are covered by this Benefit:

- Room and board according to the Hospitalisation Class as specified in the Table of Benefits.
- Intensive care unit and coronary artery disease treatment.
- Surgeon and anaesthesiologist fees.
- Hospital services (surgery, theatre, anaesthesia, pharmacy, laboratory, radiology, etc.)
- Use of hospital medical equipment (e.g. heart and lung support systems, etc.)
- Intravenous infusions, injections, etc.
- Diagnostic and laboratory tests, x-rays, electrocardiograms, and scans etc. (only related to the original cause of covered Hospitalisation).
- Various therapies including physiotherapy, chemotherapy, radiation therapy, etc.
- Physician and other specialist hospital consultations related to the original cause of covered Hospitalisation.
- In-Patient Maternity services as specified in the Table of Benefits.
- Recipient transplantation service.
- Ambulance services, if medically necessary.
- Companion Room & Board expenses for Beneficiary below 16 years of age.
- The cost of accommodation of a person accompanying an in-patient in the same room in cases of medical necessity at the recommendation of the treating doctor and after the prior approval of the insurance company providing coverage.
- Emergency Mental health treatments.
- Repatriation costs for the transport of mortal remains to the country of origin shall be covered, as defined in the Table of Benefits, in the event of death of the Beneficiary following hospitalisation for a non-excluded Bodily Injury or Sickness.

Family of Out-of-Hospital Benefits

1. Physician Consultations

The coverage hereinafter defined is offered in conjunction with the Table of Benefits:

- Diagnostic Tests
- Pharmaceuticals
- Physiotherapy

In the event of Non-Excluded Cases of Medical Conditions or Bodily Injuries requiring Physician attendance, diagnostic tests and/or pharmaceuticals and/or physiotherapy, this Benefit represents the indemnifiable consultation fee, as specified in the Schedules. A follow-up consultation within 7 days of the first consultation relating to the same Medical condition by the same physician is free of charge.

2. Diagnostic Tests/Procedures

This coverage shall apply in conformity with the Table of Benefits in the event of Non-Excluded Cases requiring the conduction of Diagnostic Tests not requiring Hospital Confinement, as prescribed by a Physician and approved MedNet as Medically Necessary. Prior approval is required for certain diagnostic tests/procedures. For free access, claims and approval requests will be initiated by the network provider to MedNet.

This coverage includes services such as:

- Cardiovascular procedures, including
 - ECG
 - Cardiovascular stress test
 - ECG monitoring
 - Signal - averaged electrocardiograph (SAECG), excluding the costs of any device
 - Nuclear Scans
 - Angiography
- Medical imaging, including
 - X - Rays.
 - Echocardiography (including Doppler echocardiography)
 - CT Scan
 - MRI
- Laboratory
- Blood tests
- Biopsy

3. Pharmaceuticals

This coverage shall apply in conformity with the Applicable Scope of Coverage (Article 4) and as specified in the Schedule in the event of Non-Excluded Cases requiring pharmaceutical Treatment. Pharmaceutical Treatment comprises all drugs recognised by the UAE Ministry of Health as prescription drugs (allopathic only) and as approved by the MCC as Medically Necessary.

Prior approval is required for certain prescriptions based on nature of medications and cost of the claim. Approval request will be initiated by the network pharmacies to MedNet.

4. Physiotherapy

This coverage shall apply as specified in the Table of Benefits. Physiotherapy sessions as prescribed by the attending Physician will be subject to a maximum number of sessions as specified in the Table of Benefits. Approval request will be initiated by the network provider to MedNet.

5. Preventive services, vaccines and immunizations

If selected*, this coverage shall apply for elective treatments only as stated in the Table of Benefits.

***Coverage is mandatory by DHA**

6. Mental Health / Psychiatric treatments

This coverage shall apply for emergency treatments only as stated in the Table of Benefits.

7. Alternative Medicine Treatments

If selected, this coverage shall apply for treatments related to Osteopathy, Chiropractic, Homeopathy, Acupuncture, Ayurveda and Herbal Treatments only as stated in the Table of Benefits.

8. Minor Procedures

This coverage shall apply for Minor Procedures carried out on an outpatient basis. All Minor Procedures require prior approval of MedNet.

Maternity Family of Benefits

This coverage shall apply in conformity with the General Terms and Conditions of this insurance policy and as specified in the Table of Benefits, in the event of Non-excluded cases relating to pregnancy and delivery.

Maternity Benefit – In-Hospital

This benefit provides coverage for all Hospitalisation charges for delivery cases and/or any complications including non-delivery maternity-related cases that may arise before, during or after delivery up to the financial limits as specified in Table of Benefits and incurred within the territorial scope of cover.

Maternity Benefit – Out-of-hospital

This benefit is covered up to the financial limit as specified in the Table of Benefits.

This benefit provides coverage for the following Out-of-Hospital services for Pre-natal and Post-natal care:

- Physician Consultation
- Diagnostic Tests
- Pharmaceuticals

Section C – General Exclusions

This Insurance Policy is intended to provide cover for expenses incurred for Medical Treatment of Medical Conditions or Bodily Injuries which, in the opinion of both the treating physician and the MCC doctor, are Medically Necessary and which are covered under the Terms and Conditions of the Insurance Policy.

Eligible exclusion list is referred to table of benefit attached herewith.

This Insurance Policy does not cover, amongst other things, expenses arising directly or indirectly from the following:

Exclusion for Health Authority Abu Dhabi HAAD (applicable for residents/ work permits within Abu Dhabi & Al Ain)

1. Healthcare Services, which are not medically necessary
2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments.
3. Domiciliary care; private nursing care; care for the sake of travelling.

4. Custodial care includes Non Medical treatment services; or Health related services which do not seek to improve or which do not result in a change in the medical condition of the patient.
5. Services which do not require continuous administration by specialized medical personnel.
6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies).
7. Healthcare Services and associated expenses for replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which improve physical appearance and which are related to an Injury, sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body. Breast reconstruction following a mastectomy for cancer is covered.
8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.
9. Medically non-approved experimental, research, investigational healthcare services, treatments, devices and pharmacological regimens.
10. Healthcare Services that are not performed by Authorized Healthcare Service Providers, apart from Healthcare Services rendered in a Medical Emergency.
11. Healthcare services, treatments & associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs.
12. Supplies, Treatment and services for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.
13. Non-medically necessary Amniocentesis
14. Treatment, services and surgeries for sex transformation, sterility and sterilization
15. Treatment and services for contraception
16. Treatment and services related to fertility/sterility (treatment including varicocele/polycystic ovary/ovarian cyst/hormonal disturbances/sexual dysfunction).
17. Prosthetic devices and consumed medical equipments, unless approved by the insurance company.
18. Treatments and services arising as a result of hazardous activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any professional sports activities
19. Growth hormone therapy.
20. Costs associated with hearing tests, vision corrections, prosthetic devices or hearing and vision aids.
21. Mental Health diseases, in-patient and out-patient treatments, unless the condition is a transient mental disorder or an acute reaction to stress.
22. Patient treatment supplies (including elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescription drugs and treatments, excluding such supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency).

23. Preventive services, including vaccinations, immunizations, allergy testing and desensitization; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.
24. Services rendered by any medical provider relevant of a patient for example the Insured person and the Insured member's family, including spouse, brother, sister, parent or child.
25. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during treatment.
26. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation, diagnosis and treatment by manipulation of the skeletal structure, by any means, except treatment of fractures and dislocations of the extremities.
27. Healthcare services and treatments) by acupuncture; acupressure, hypnotism, rolfing, massage therapy, aromatherapy, homeopathic treatments, and all forms of treatment by alternative medicine.
28. All Healthcare services & Treatments for in-vitro fertilization (IVF), embryo transport; ovum and male sperms transport.
29. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision.
30. Nasal septum deviation and nasal concha resection.
31. All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related test/treatment or procedure.
32. Treatments and services related to viral hepatitis and associated complications, except for treatment and services related to Hepatitis A.
33. Birth defects, Congenital diseases for newborn &/or Deformities unless life-threatening.
34. Healthcare services for Senile dementia and Alzheimer's disease.
35. Air or Terrestrial Medical evacuation except for Emergency cases or unauthorized transportation services.
36. Circumcision healthcare services.
37. Inpatient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of Medical Emergency which were not notified within 24 hours from the date of admission.
38. Any inpatient treatment, tests and other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardizing the Insured Person's health.
39. Any test or treatment, for purpose other than medical such as tests related for employment, travel, licensing or insurance purposes.
40. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, food supplements, skin care products, shampoos and multivitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency conditions) and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury, including but not limited to air conditioners or air purifying systems, arch supports, convenience items / options, exercise equipment and sanitary supplies.
41. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by a physician.
42. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or recipient.

43. Services and educational program for handicaps.
44. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.
45. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type
46. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.
47. Injuries resulting from natural disasters (including but not limited to) earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.
48. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.
49. Healthcare services for patients suffering from AIDS and its complications.
50. Healthcare services for work illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, as amended, and applicable laws in this respect.
51. All cases resulting from the use of alcohol, drugs and hallucinatory substances.
52. Any test or treatment not prescribed by a doctor.
53. Injuries resulting from attempted suicide or self-inflicted injuries.
54. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.
55. All healthcare services for internationally and locally recognized epidemics.
56. Venereal sexually transmitted diseases.

Exclusion for Dubai Health Authority (DHA), Northern Emirates & Outside UAE

1. Healthcare Services which are not medically necessary
2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments.
3. Care for the sake of travelling.
4. Custodial care including
 - a. Non-medical treatment services;
 - b. Health-related services which do not seek to improve or which do not result in a change in the medical condition of the patient.
5. Services which do not require continuous administration by specialized medical personnel.
6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies)
7. All cosmetic healthcare services and services associated with replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which are related to an Injury, sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body and breast reconstruction following a mastectomy for cancer are covered.

8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.
9. Medical services utilized for the sake of research, medically non-approved experiments, investigations, and pharmacological weight reduction regimens.
10. Healthcare Services that are not performed by Authorized Healthcare Service Providers.
11. Healthcare services and associated expenses for the treatment of alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs.
12. Health services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.
13. Treatment and services for contraception.
14. Treatment and services for sex transformation, sterilization or intended to correct a state of sterility or infertility or sexual dysfunction. Sterilization is allowed only if medically indicated and if allowed under the Law.
15. External prosthetic devices and medical equipment.
16. Treatments and services arising as a result of professional sports activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any other professional sports activities.
17. Growth hormone therapy unless medically necessary.
18. Costs associated with hearing tests, prosthetic devices or hearing and vision aids.
19. Mental Health diseases, both out-patient and in-patient treatments, unless it is an emergency condition.
20. Patient treatment supplies (including for example: elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescription drugs and treatments) excluding supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency.
21. Allergy testing and desensitization (except testing for allergy towards medications and supplies used in treatment); any physical, psychiatric or psychological examinations or investigations during these examinations.
22. Services rendered by any medical provider who is a relative of the patient for example the Insured person himself or first degree relatives.
23. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during in-patient treatment.
24. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation.
25. Healthcare services and treatments by acupuncture; acupressure, hypnotism, massage therapy, aromatherapy, ozone therapy, homeopathic treatments, and all forms of treatment by alternative medicine.
26. All healthcare services & treatments for in-vitro fertilization (IVF), embryo transfer; ovum and sperms transfer.
27. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision.
28. Nasal septum deviation and nasal concha resection.
29. All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related investigations, treatments or procedures.
30. Healthcare services, investigations and treatments related to viral hepatitis and associated complications, except for the treatment and services related to Hepatitis A and C.
31. Any services related to birth defects, congenital diseases and deformities unless if left untreated will develop into an emergency.
32. Healthcare services for senile dementia and Alzheimer's disease.
33. Air or terrestrial medical evacuation and unauthorized transportation services.
34. Inpatient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of medical emergency which were not notified within 24 hours from the date of admission where possible.
35. Any inpatient treatment, investigations or other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardizing the Insured Person's health.
36. Any investigations or health services conducted for non-medical purposes such as investigations related to employment, travel, licensing or insurance purposes.
37. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, food supplements, skin care products, shampoos and multivitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency conditions); and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury, including but not limited to: air conditioners or air purifying systems, arch supports, exercise equipment and sanitary supplies.
38. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by the treating physician.
39. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or a recipient. This exclusion also applies to follow-up treatments and complications unless if left untreated will develop into an emergency.
40. Any expenses related to immunomodulators and immunotherapy unless medically necessary.
41. Any expenses related to the treatment of sleep related disorders.
42. Services and educational programs for people of determination, this also includes disability types such as but not limited to mental, intellectual, developmental, physical and/or psychological disabilities.
43. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.
44. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type.
45. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.
46. Injuries resulting from natural disasters, including but not limited to: earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.

47. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.
48. Injuries resulting from a road traffic accident.
49. Healthcare services for work related illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, its amendments, and applicable laws in this respect.
50. All cases resulting from the use of alcoholic drinks, controlled substances and drugs and hallucinating substances.
51. Any investigation or treatment not prescribed by a doctor.
52. Injuries resulting from attempted suicide or self-inflicted injuries.
53. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.
54. All healthcare services for internationally and/or locally recognized epidemics.
55. Healthcare services for patients suffering from (and related to the diagnosis and treatment of) HIV – AIDS and its complications and all types of hepatitis except virus A and C hepatitis.

Section D – Waiting Periods

Waiting period on Chronic and Pre existing conditions will be applicable as mentioned in the Table of Benefits.

Section E – General Terms and Conditions

Article 1: Insurance Policy

The Application Form(s) duly completed by the Policyholder, acting on behalf of himself and/or eventual other Beneficiary (ies), the Preamble, the Definitions, the General Terms and Conditions, the Schedules, the Beneficiary User's Guide, the different options as well as any attachment (not the list of Network Providers) and endorsement to any of the aforementioned shall constitute the entire contract between the Insurer and the Policyholder. Any amendment or addition to this Insurance Policy shall be void, unless it has been made in writing and is signed and sealed by the Insurer. No insurance intermediary has the authority to amend this Insurance Policy or to waive any of its provisions.

Article 2: Insurance Policy Validity

The validity of this Insurance Policy (in regard to each Plan selected) begins from the Effective Date and terminates on the Expiry Date as specified in the Policy Schedule. However, each Beneficiary is covered under this Insurance Policy as from his/her Enrolment date as specified under the Policy Schedule and/or any related Endorsement up to the Expiry Date of this Insurance Policy, or to the Deletion Date of the Beneficiary, whichever is earlier.

Article 3: Application

This Insurance Policy and its related endorsements have been issued by the Insurer on the basis of the Policyholder declarations.

The Insurer reserves the right to reject any Subsequent Application, which is not in conformity with the provisions of this Insurance Policy.

The Insurer also reserves the right to terminate the Insurance Policy should any details of the Application be inaccurate or missing.

Article 4: Applicable Scope of Coverage

- 4.1 In return for the Premium due by the Policyholder to the Insurer the latter undertakes to cover each Beneficiary under a specific Plan/Program as selected by the Policyholder on the Application Forms and approved by the Insurer.
- 4.2 For each Plan/Program selected by the Policyholder on behalf of each Beneficiary, related Benefits are clearly referred to by category under the Policy Schedule, and further described under the Table of Benefits
- 4.3 The applicable Scope of Coverage of a given Benefit included in a selected Plan/Program related to a Beneficiary, encapsulates the liability of the Insurer taking into consideration:
 - General Exclusions
 - Any special terms (Substandard terms)
 - The services covered
 - The Policyholder Co-Participation when applicable
 - The Policyholder Deductible Excess when applicable
 - The limits when applicable
 - The Territory of Occurrence
 - The Provider(s) used
 - The nature of care
 - The Hospitalisation Class
 - The participation of any Priority Payer or Co-Payer when applicable

- 4.4 The liability of the Insurer under this Insurance Policy towards the Policyholder related to each Benefit within the Plan/Program is described in the applicable Scope of Coverage Schedule. Any expenditure relating to the Beneficiary's Treatment shall be subject to the determination of the Eligible Claim due by the Insurer to the Policyholder.

Article 5: Priority Payer

In case of any participation in a sick/health fund, such as but not restricted to, social security fund or a primary cover under an Insurance Company as a Priority Payer, this applicable scope of coverage shall be activated in excess of the priority payer's participation or refund, in full accordance with other terms and conditions provided herein. The priority payer specifications if any, and if applicable, are specified under the Policy Schedule.

Article 6: Co-Payer

In case of the participation of a Co-Payer, the applicable Scope of Coverage of this Insurance Policy shall apply on a proportional basis with the Co-Payer when applicable. The Co-Payer participation percentage, if any, is specified in the Partnership Schedule; the Insurer participation percentage being the balance of all the Co-Payers' Co-Participation subject to any other terms and conditions herein provided. This refers to original limit, in the case of co-participation; the co-participation option selected will reduce the original limit.

Article 7: Premiums

The premium is the gross Premium plus any applicable stamps and/or taxes if any. The Premiums due by the Policyholder to the Insurer as defined in the Policy Schedule are payable in advance by the Policyholder according to the frequency of payment agreed upon between the Policyholder and the Insurer and as specified in the Policy Schedule.

The coverage provided by the Insurer under this Insurance Policy shall not commence until the first installment is fully paid. In the event the insurance Premium is not paid on the due date; the Insurer will notify the Policyholder of the amount payable within 30 days and inform the Policyholder that otherwise this Insurance Policy will be cancelled.

If no payment is made at the expiry of this grace period of 30 days this Insurance Policy will be automatically terminated and the Policyholder will be liable for the amount due until the date of cancellation.

During these 30 days grace period, Free Access to the Network on direct billing basis shall be suspended. In the event the Premiums payment is effected by the Policyholder within the grace period of 30 days, Free Access to the Network on direct billing basis shall be reinstated and all eligible healthcare expenses incurred during the suspended period shall be processed and reimbursed as per policy terms and conditions as specified in Table of Benefits

The Premium payment is substantiated exclusively and solely by the issue of a relevant receipt from a legally authorised representative of the Insurer.

Article 8: Enrolment

The Policyholder has declared in writing at the date of the initial Application that all Employees are enrolled on a compulsory basis. In virtue of the Policyholder declaration, this Insurance Policy was underwritten and issued by the Insurer. Similarly, the Policyholder should have declared if the Legal Dependents per Category are to be enrolled on a compulsory basis or not.

Similarly, all Legal Dependents related to a specific Category, for which the Policyholder has declared that enrolment of Legal Dependents is compulsory, are to be included under this Insurance Policy. However, Legal Dependents relating to a Category for which the Policyholder has not required or declared on the initial Application with the status of compulsory cannot be enrolled under this Insurance Policy.

It is fully agreed and understood that the enrolment rules, as stated under this article, form one of the basics of this Insurance Policy. The non-obedience by the Policyholder to these rules shall give to the Insurer the right to terminate this Insurance Policy immediately without premium refund.

Article 9: Addition

9.1 General Rule:

The Policyholder has the right to require from the Insurer, by completing and signing a subsequent Request Form, accompanied with supporting documents, the addition of new Beneficiaries such as new employees, newly wedded spouse or new born children or newly adopted children of an already enrolled employee on a compulsory basis.

9.2 Enrolment Date:

The Eligibility Date is:

- **New Employee** – The official date of employment in accordance with the Policyholder house rules
- **New spouse** – The date of marriage

- **New-born child** – The date of birth
- **Newly adopted child** – The date of official adoption

If request for an addition is made within 10 days following the eligibility date of a beneficiary, his/her Enrolment Date will be such eligibility date. Otherwise, the Enrolment Date of a Beneficiary is the date on which the Insurer accepts such addition.

9.3 Underwriting:

The initial Underwriting terms as applied on the Effective Date of this Insurance Policy shall be applied for all eligible additions, which were required within a period not exceeding 10 days from the Eligibility Date. In case an addition is required more than 10 days after the Eligibility Date, the Insurer reserves the right to proceed with a different Underwriting process which may result in different Underwriting terms than the ones applied on the Effective Date of this Insurance Policy.

9.4 Premium:

The Premium relating to any approved addition shall be calculated on a pro-rata basis (compulsory scheme).

Article 10: Deletion

10.1 General Rule:

The Policyholder has the right to require from the Insurer, by completing and signing a subsequent Request Form, the deletion of Beneficiaries such as deceased or terminated employees and their Legal Dependents.

10.2 Supporting Documents:

Submission by the Policyholder of supporting documents, relating to deletion requests, which are satisfactory to the Insurer, is a pre-requisite for deletion validation. Among the documents required are the Access Cards of the particular Beneficiaries.

10.3 Deletion Date:

The Deletion Date of any approved deletion is the day following the date of death or termination of the Employee provided request for deletion is made promptly and Access Card returned to the Insurer. Otherwise, the Deletion Date is the date on which the Access Card is returned to the Insurer.

10.4 Liability:

The Policyholder shall be the sole and fully liable party towards the Provider(s) and/or MedNet in relation with any expenses incurred by the deleted Beneficiaries as from the Deletion Date.

To this effect the Policyholder should make sure that the Access Card of the Beneficiary to be deleted has been withdrawn from the Beneficiary and sent back to the Insurer prior to or on the Deletion Date.

10.5 Premium:

The Premium refund relating to any approved deletion shall be calculated on a pro-rata basis for the period remaining after the Deletion Date. No refund is due as long as the Beneficiary's Access Card is not returned to the Insurer.

Article 11: Category

This article has been waived under the Individual Insurance Policy.

Article 12: Amendments

The Policyholder has the right to require amendments to the initial Insurance Policy conditions.

However, any amendment other than the ones clearly defined under articles 9 and 10 shall be subject to the Insurer's underwriting process the outcome of which may not be in line with the Underwriting terms applied at the Effective date of this Insurance Policy.

The Policyholder must immediately inform the Insurer of any alteration that may occur during the validity of this Insurance Policy, or at Renewal Date, regarding the family status, the profession, activities, place of residence, etc.

Article 13: Endorsement Validity

Any addition, deletion or any other amendment can only be considered as accepted by the Insurer when and if a relevant Endorsement is issued sealed and signed by the Insurer.

Article 14: Claims Notification

Refer to Claims Procedures and Settlement Section of this Policy.

Article 15: Claims Receivability

15.1 In-Hospital Family of Benefits:

It is agreed and understood that the liability of the Insurer is limited and restricted under this Insurance Policy to any In-Hospital Eligible Expenses incurred within the validity of this Insurance Policy.

15.2 Out-of-Hospital Family of Benefits:

It is agreed and understood that the liability of the Insurer is limited and restricted under this Insurance Policy to any Eligible Expenses incurred where the course of Treatment is within the validity of this Insurance Policy.

Article 16: Subrogation

Once the Insurance claim has been paid in accordance with the current terms, the Policyholder and Beneficiary subrogates his/her right to the Insurer to pursue any third party responsible for any Bodily Injury and transfer to the Insurer every relevant substantial and legal right. Both the Policyholder and the Beneficiary shall provide the Insurer with every possible assistance should the Insurer exercise the above right of subrogation. Should the Policyholder and the Beneficiary breach this obligation, they shall be responsible for any losses incurred by the Insurer.

Article 17: Cancellation

17.1 Policyholder's Right:

The Policyholder has the right to formally request the cancellation of this Insurance Policy by returning all Access Cards to the Insurer.

By doing so the Policyholder shall be the sole and fully liable party towards the Providers and/or the Insurer in respect of any expenses incurred by the Beneficiaries from the Cancellation Date of this Insurance Policy. To this effect, the Policyholder should make sure that the Beneficiaries Access Cards have been withdrawn, prior to, or at the Cancellation Date.

The premium refund relating to the cancellation of this Insurance Policy should be calculated on a short-term refund basis as laid

out in the definitions.

The Above Short-term refund is not applicable for EBP Individual policies as the same will be refunded on pro-rata basis.

17.2 Insurer's Right:

The Insurer has the right to cancel the present Insurance Policy in the following instances:

- a) Fraud, Abuse and false statements made by the Policyholder and/or Beneficiaries
- b) Non-Payment of due Premium 30 days after the notification as per Article 7.

In the case of the Insurer legitimately cancelling this Insurance Policy, no Premium refund shall be due to the Policyholder unless cancellation is made in accordance with c) above in which case a pro-rata refund is due for the period remaining after the date on which all Access Cards have been returned.

Article 18: Arbitration

18.1 General Differences:

All differences relating to claim amount arising out of this Insurance Policy shall be referred to the decision of an arbitrator to be appointed in writing by the parties. If the parties cannot agree upon a single arbitrator, then two arbitrators should refer the matter for review, one to be appointed in writing by each of the parties. Should the two arbitrators fail to agree then the arbitrators should appoint an independent umpire in writing. The umpire shall sit with the arbitrators and preside at their meetings and the making of an award shall be a condition precedent to any right of action against the Insurer.

If the Insurer disclaims liability to the Beneficiary, his/her legal personal representatives or any claimant, for any claim hereunder, and such claim is not within 12 calendar months from the date of such disclaimer referred to arbitration under the provisions herein contained, then the claim shall be deemed for all purposes to have been abandoned and shall thereafter not be recoverable hereunder.

18.2 Medically Necessary Procedure:

In case of a difference between the MCC, acting as an independent administrator, and the attending Physician concerning the qualification of a service or Treatment as Medically Necessary, the parties can call for the arbitration of a Medical Committee, which will take the final decision. The Medical Committee shall be composed of three members - the attending Physician, the MedNet Physician and a third independent Physician agreed upon by the first two.

The Committee will meet in neutral territory, and its decision will be taken by majority vote. This decision will be reported in duplicate documents, one for each party, and must be signed by all the Physicians. If any of the Physicians refuses to sign the documents, this refusal should be reported in the documents. The Insurer undertakes to accept the decision of this Medical Committee.

Article 19: Currency

Any money payable to or by the Company shall be in United Arab Emirates Dirhams.

Article 20: Change of Law

The laws of the United Arab Emirates govern this Insurance Policy. If following to an amendment of the law, which has come into force after the Effective Date of this Insurance Policy, a conflict has arisen with the conditions of this Insurance Policy the Insurer may, at its option, re-negotiate the conditions of this Insurance Policy from the date such amendment of the law becomes effective.

Article 21: Duties

Any levies on the Insurance Policy, tax or stamp duty shall be borne exclusively by the Policyholder.

Article 22: Electronic Communication

22.1 Notifications: The Insured Person hereby authorize MetLife to send him notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("Notifications"). The Insured Person accepts receiving Notifications and understands that MetLife makes no warranty that the Notifications will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed or treated in any way whatsoever to create any liability on MetLife and The Insured Person acknowledges that he shall not file any complaint or claim against MetLife for any Notifications error or interruption or for any reason related to receiving / not receiving the Notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of Notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems.

22.2 Sending and receiving the documents electronically: By providing my e-mail address and signing this application The Insured Person agrees to receive from MetLife the policy document, certificate and / or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). The Insured Person is fully aware that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is my responsibility to ensure that the E-mail address he has provided in this application is correct at all times, and that it's his responsibility to inform MetLife immediately should his E-mail address change or should he cease to receive the Documents. The Insured Person agrees that all information & Documents sent to or received from his E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from him or sent to him personally. MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to my E-mail service.

The Insured Person acknowledges that if he opt to change his E-mail address with MetLife, or if he would like to receive a paper copy of the Documents, or if he believes that he has not received my Documents, he will notify MetLife immediately. By signing this application, he understands and agrees that if he wishes to discontinue receiving Documents electronically it is his obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application also, The Insured Person declares that he has read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on <http://www.metlife.com/about/privacy> and he will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. The Insured Person understands that although MetLife take every precaution to protect the privacy of member's information, MetLife cannot guarantee safety of his information. The Insured Person consents to provide his E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accepts any inherent risks involved with E-mail communications.

Section F – Claims Procedures and Settlement

A Personalised Access Card has been issued in the name of each Beneficiary facilitating his/her access to any of MedNet's participating Network Providers with no cash payment being required except when the Beneficiary has a deductible excess or co-participation to settle. The Beneficiary is always requested to carry his/her MedNet Access Card together with a proper Identification document to be presented to Providers whenever medical treatment is needed.

A Network Claim, as defined in this Policy, is the Eligible Expenses relating to Healthcare services rendered to the Beneficiary on a Free Access Basis arranged by MedNet with the Network Provider on Direct Billing to the Insurer. This includes Healthcare services that are provided to the insured member within the Network either by the visiting and/or honorary and/or part-time and/or community physicians and/or healthcare providers; where the MedNet contracted Network tariff shall apply.

A Direct Claim as defined in this Policy is the Eligible expense directly settled by the Beneficiary and submitted by the Policyholder to the Insurer for reimbursement. Eligible expenses are inclusive of co-insurance, if applicable.

Out of pocket limit is the maximum aggregate amount of eligible expense the beneficiary should bear during the policy year out of co-insurance options as per the Table of Benefits.

Second Opinion

Coverage of certain Treatment as Network Benefits may require that the Insured Member consult a second Network Physician prior to the scheduling of the Treatment. The Insurer will notify Insured Member that the particular Treatment can only be obtained subject to a Second Opinion and will inform the Insured Member of the required procedure for obtaining a Second Opinion.

In case of a difference between the MedNet physician acting as an independent administrator and the treating physician, concerning the qualification of a Treatment and/or service as medically necessary and/or appropriate, the Insurer and/or Insured Member can call for the Second Opinion, results of which will be final and binding.

1. In-Hospital Directives

1.1 Within selected Territory:

1.1.1 Network Claims

- If the Beneficiary chooses to be admitted in a Network Provider, upon presentation of the MedNet Access Card, the Network Provider will directly co-ordinate with the MCC for authorisation.
- For non-emergency cases, the Beneficiary is requested to check with the Network Provider, prior to the scheduled In-Hospital, Day Hosp, or minor surgery/procedure, treatment/admission, if the Network Provider has received the authorisation from the MCC. The Beneficiary may directly contact the MCC to confirm authorisation.
- For emergency cases, upon receipt of the Hospital notification (MedNet Pre-hospitalisation Form) from the Network Provider, the MCC shall immediately issue the authorisation for the eligible In-Hospital treatment.
- Outside U.A.E. the Beneficiary is requested to contact MedNet Call Center at the numbers shown on his Access Card.

- A MedNet Medical and Claims Professional Staff will be receiving the call and shall provide specialised and necessary assistance for the Beneficiary's Hospitalisation and arrange for the eligible Hospitalisation expenses to be billed directly to the Insurer.
- Unlike in U.A.E. where the Beneficiary can directly approach a Local Network Provider, the International Network Providers require that each and every case be arranged by MedNet prior to accepting a Beneficiary on free access basis/direct billing.

The Beneficiary / caller is requested to provide the following information:

1. His Name and MedNet Access Card Number.
 2. His Telephone and Fax, when available.
 3. Name, Telephone and Fax, when available, of the treating Physician.
 4. Name of the Network Provider.
 5. Hospitalisation reasons.
 6. Date and Time of Admission.
 7. Other relevant information, which may be required.
- MedNet shall fax to the treating doctor the MedNet Pre-Hospitalisation Form, which must be completed by the Doctor and faxed back to MedNet.
 - Once MedNet has received the medical information, a decision regarding the coverage of the Beneficiary's case shall be taken and the Beneficiary shall be informed accordingly.
 - For approved cases, MedNet shall issue a Visa Form and arranged with the Network Provider for the direct billing of eligible In-Hospital charges.
 - For disapproved cases, MedNet shall issue a Denial Form informing the Network Provider, the Beneficiary/Policyholder and the Insurer that the admission is rejected and not eligible for coverage.
 - When applicable, the Beneficiary is requested to settle directly to the Network Provider and prior to discharge any co-participation, non-Eligible Expenses like charges for telephone calls, additional food and/or any amount exceeding the Policy financial limit.

1.1.2 **Direct Claims**

- Reimbursement of Direct Claims as specified in the Benefit Description attached to the group policy wording.
- Reimbursement of Eligible Expenses shall be effected upon submission of the required claims documents, as specified in Required Claims Documentation.

1.2 **Outside Selected Territory:**

Claims outside territorial scope are not covered, except for Elective and Emergency treatment as specified under the Table of Benefits.

2. **Out-of-Hospital Directives**

2.1 **Within U.A.E.**

2.1.1 **Network Claims**

- Upon presentation of the MedNet Access Card to a Network Provider, the Beneficiary shall benefit from free access for Eligible Expenses relating to Out-of-Hospital services prescribed by the treating Physician except for any deductible and/or co-payment if applicable, which should be settled by the Beneficiary directly to the Provider.

- For non-excluded diagnostic tests ordered by the treating Physician, the Beneficiary, is entitled to have the tests conducted as per the laid down prior approval protocol of MedNet with network providers and mentioned under Table of Benefits. Please note that the protocol is subject to change by MedNet time to time based on regulatory and administrative requirements.
- For non-excluded medicines prescribed by the treating Physician, the Beneficiary is entitled to get the required quantity of the prescribed drug/s considered Medically Necessary for the treatment of acute diseases usually for a period of five to twelve days. Prior approval requirement is as per the laid down prior approval protocol of MedNet with network providers and mentioned under Table of Benefit. Please note that the protocol is subject to change by MedNet time to time based on regulatory and administrative requirements.
- For chronic disease related medicines, when covered, the Beneficiary is entitled to receive the required quantity of the prescribed drug/s as prescribed by the treating physician; however quantity and duration of the course decide the prior approval requirement. Prior approval requirement will be as per the laid down protocol MedNet with network providers and mentioned under Table of Benefits. Please note that the protocol is subject to change by MedNet time to time based on regulatory and administrative requirements. Based on the duration of the treatment Beneficiary / Network Provider shall be requested to submit to MedNet a medical report issued by the treating Physician including relevant investigation results explaining the Beneficiary's health condition and its history as well as the recommended treatment plan.
- MedNet shall issue an approval through any suitable administrative method on a monthly, quarterly or until the expiry date of the Insurance Policy depending on the medical condition of the Beneficiary, which may require some modification on the dosage, frequency or the drug it self.
- For non-excluded cases the requiring Physiotherapy prescribed by the treating Physician (not physiotherapist), MedNet pre-approval is required before the service can be rendered to the Beneficiary.
- For non-excluded Dental treatment prescribed by the treating Physician, MedNet prior approval is required before the service can be rendered to the Beneficiary.

2.1.2 **Direct Claims**

- Upon submission of original medical report(s), bill(s) and receipt(s), a Beneficiary is entitled to 100% reimbursement (subject to applicable deductibles and/or co-payments as specified in the Table of Benefits) of Eligible Expenses if:
 - b) A Network Provider has refused to provide free access to the Beneficiary.
 - c) Free Access to the Network was suspended and then reinstated after the date of treatment.

All services from a Non – Network provider will be reimbursed as specified under the Table of Benefits.

2.1.3 **Out-of-Hospital Claims outside U.A.E**

As per the relevant Benefit Description.

3. Pre-approval for Diagnostic/Therapeutic Procedures

Prior-approval from MedNet is required for the certain diagnostic/therapeutic in-patient and outpatient procedures as specified in the Table of Benefits.

4. a) Required Claims Documentation for Direct Claims

For the settlement of Eligible Expenses, the Beneficiary should submit to the Insurer the following documents within a maximum period of (60) days for claims incurred within UAE and (90) days for claims incurred outside the UAE from date of occurrence:

- Completed "Reimbursement Form" from the treating doctor.
- Original itemised receipts of payment for the amount claimed (Invoice must shown cost per service).
- Full and Detailed Medical Report, Diagnosis, Discharge summary from the treating doctor or referral letter from treating physician wherever applicable.
- Copies of results of diagnostic test.
- Valid Prescription by a physician for pharmacy related claims.
- Police Report /First-hand information report in case of accident related claims.
- Valid Passport with Exit and Entry stamps to and from country of residence in case the claim is incurred outside country of residence.
- All documents should be either in Arabic OR in English. If the reports/invoices are in any other languages must be translated prior to submission.

Failure to submit any one of the above documents shall entitle the Insurer to reject the entire claim.

b) Resubmission period for in-completed reimbursement claims which are returned to the beneficiary:

For settlement of eligible expenses in case of resubmission of claims the beneficiary should submit to the Insurer the missing documents / information within a period of 30 days from the date of receipt of notification. Claim becomes time-barred for payment in future if resubmission is not within 30 days of receipt of notification.

5. The insurer reserves the right to change and/or modify the Claims Procedures and Settlement at any time subject to (15) days notice to be given to the Policyholder by the Insurer.

The Insurer

The Policyholder

Section G – Definitions

Words, terms, expressions and abbreviations used in the context of this Insurance Policy for Better Healthcare shall have the meaning(s) set forth here below:

Abroad: Any country other than the United Arab Emirates (U.A.E.).

Access Card: A personalised card issued in the name of each Beneficiary, facilitating his/her access to the Healthcare services covered under this Insurance Policy and provided by the Network.

Accident: Any sudden and unforeseen event, occurring to a victim beyond his/her control and resulting in a Bodily Injury, the cause of which, is violent and external to the victim's own body.

Application Form: Written statement of facts requested by the Insurer and duly completed and signed by the Policyholder, on the basis of which the Insurer will carry out an Underwriting in full accordance with the general provisions of this Insurance Policy. Two types of Application Forms are in use:

- **Initial Application Form:** The first Application filled by the Policyholder/and or by his/her Legal Dependant(s) (as defined hereafter).
- **Subsequent Application Form:** Any form that the Policyholder completes, requesting the introduction of modifications to the Insurance Policy in force, and/or addition/deletion of Beneficiary (ies) in full conformity with the general provisions of this Insurance Policy.

Beneficiary: The Enrolled Employee or his Legal Dependant listed in the Application for this Insurance Policy, or included thereafter, formally accepted by the Insurer and listed in the Schedule or in any subsequent Endorsement thereon, are considered under this Insurance Policy as eligible and referred to as Beneficiary hereinafter.

Benefit: The smallest block of a Plan which is linked to a Family of Benefits and described by the Scope of Coverage.

Bodily Injury: An identifiable physical injury caused by an Accident, which occurred during the period of insurance.

Cancellation Date: The day (at 12:00 Midnight local time) month and year on which this Insurance Policy has been cancelled as a result of the Policyholder's written notice and/or as a result of the non-fulfilment of the Policyholder's obligations as set forth in the general terms herein.

Category: The sub-group of Beneficiaries within the group covered under this Insurance Policy and for which the Policyholder has selected a Plan providing particular considerations as specified in the Schedules.

Chronic Disorder: An incurable disease requiring a regular, lifetime Treatment.

Claim: Information submitted by a Provider or by a Beneficiary to establish that medical services were provided to the Beneficiary, within the frame of the Benefits selected, and upon which processing for payment to the Provider or Beneficiary is made. The term generally refers to the liability of the Insurer for Healthcare services received by one of the Beneficiaries.

Congenital disorders: Congenital anomalies, also known as birth defects, are structural or functional abnormalities, including metabolic disorders, which are present from birth. Congenital anomalies are a diverse group of disorders of prenatal origin which can be caused by single gene defects, chromosomal disorders, multifactorial inheritance, environmental teratogens and micronutrient deficiencies.

Co-participation: The participation of the Beneficiary, Policyholder and/or a Co-Payer in accordance with pre-defined percentages in the payment of Eligible Expenses covered under this Insurance Policy. The Insurer shall be liable for the balance of the Eligible Expenses.

Co-Payer: An entity or a person participating jointly with the Insurer in the payment of an Eligible Expense, in accordance with a defined percentage as specified under the Partnership Schedule and/or the Policy documents.

Day-Hospitalisation: Sometimes called Day-Care. Same day surgery, medical treatment or diagnostic tests including but not restricted to oncology (chemotherapy) and cardiology related to any Non-Excluded cases, not requiring an overnight stay at a Hospital but, nevertheless, necessitating specialised medical attention and care in a Hospital, before, during and after the Treatment.

Declared Condition: Any pre-existing Condition that was declared by the Policyholder in an Application Form or through any other means of official communication

Deductible Excess per Beneficiary: The accumulated amount of money relating to Eligible Expenses, and as specified in the Table of Benefits to be borne by the Policyholder on behalf of a specific Beneficiary in addition to Specific Deductible Excess and/or the Policyholder Co-Participation if and when applicable during the period of this Insurance Policy.

Deletion Date: The day (at 12:00 Midnight local time), month and year on which the Beneficiary's coverage is terminated as the result of his/her deletion at the request of the Policyholder, and/or in case his/her status as Employee or Legal Dependant no longer holds, or upon the cancellation of this Insurance Policy.

Disease: Medical condition/sickness/illness involving fever, pain, and/or malfunction of a bodily organ or function.

Denial Form: The form issued by the MCC for the attention of the Insurer, the Policyholder and the Network Provider denying eligibility of the Beneficiary and therefore denying Free Access on a direct billing basis according to the applicable Scope of Coverage.

Effective Date: The day (at 12:00 Midnight local time), month and year from which this Insurance Policy commenced.

Eligible Claim: Eligible Expenses net of Specific Deductible Excess, Co-Participation, Priority Payer share and Aggregate Deductible Excess, within the limits of liability of the Insurer as defined in the Schedules.

Eligible Expenses: All healthcare expenses incurred by a Beneficiary, relating to Non-Excluded Cases before allowing for any Specific Deductible Excess, Aggregate Deductible Excess, Co-Participation Priority Payer share and limits, within the limits of liability of the Insurer as defined in the Schedules.

Emergency: A sudden Sickness or Injury whose acute symptoms (including but not limited to severe pain) are of such severity that the absence of immediate treatment at a Hospital Emergency facility is medically expected to constitute a serious threat to the life, health, a bodily function and/or organ of the patient.

Emergency Treatment: Treatment required to save a life or alleviate danger to life.

Endorsement: Contractual document issued by the Insurer subsequent to this Insurance Policy, introducing alterations to this Insurance Policy in full conformity with its provisions.

Enrolment Date: The day (at 12:00 Midnight local time) month and year, from when the first Insurance Policy became effective for a particular Beneficiary.

Exclusions: See General Exclusions.

Expiry Date: The day (at 12:00 Midnight local time), month and year on which this Insurance Policy expires.

Family of Benefits: A group of Benefits of one nature in term of utilisation and Treatment (e.g. Family of In-Hospital Benefits, Family of Out-of-Hospital Benefits).

First Effective Date: The day (at 12:00 Midnight local time), month and year from which the first Insurance Policy became effective for this Policyholder.

Free Access: The Insurer undertaking of direct settlement to the Network Providers of an Eligible Claim incurred by a Beneficiary.

General Exclusion: The Exclusions, which are applicable under this Insurance Policy to all Benefits and shown in the General Exclusions List.

Geographical Scope of Cover:

- **Arab Countries:** Algeria, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iraq, Jordan, KSA, Kuwait, Lebanon, Libya, Mauritania, Morocco, Oman, Palestine, Qatar, Somalia, Sudan, Syria, Tunisia, Yemen.
- **South East Asia:** Bangladesh, Bhutan, Burma, India, Indonesia, Malaysia, Nepal, Pakistan, Philippines, Sri Lanka, Thailand, and Vietnam.
- **Non-Arab Countries:** Afghanistan, Iran.

Hazardous Activity: Any physical activity exposing the Beneficiary to a serious Injury in case an unexpected accident occurs during the course of this physical activity, as described in the General Exclusions list.

Hospital: Any medical institution, public or private, which is legally licensed to provide medical treatment to sick and/or injured persons. The facility must consist of organised premises, possess the necessary technical and scientific equipment for diagnosis and surgical operations, and provide healthcare services 24 hours a day by a staff comprising at least one resident Physician and qualified nurses. The term "Hospital" excludes Outpatient clinics, sanatoria, physiotherapy centres, health clubs, retirement homes, nursing homes, and similar institutions, including those specialising in substance abuse (drugs, alcohol).

Hospital Confinement: An uninterrupted stay for a defined period of time in a Hospital at least overnight.

Hospitalisation: Any Hospital Confinement, for a minimum of one night, of Medically Necessary Treatment/ observation, of any Non-Excluded Disease or Bodily Injury necessitating specialised medical attention and care in a Hospital before, during and after the Treatment/observation, and which cannot be performed on an Out-of-Hospital basis.

Hospitalisation Class: The class of Hospital accommodation services which the Policyholder has selected on behalf of the Beneficiary to be applied for his/her Hospital Confinement and which are identified in the Policy Schedule in accordance with the following coding:

- **Illness:** See Disease.
- **In-Hospital Treatment:** A Hospitalisation or Day-Hospitalisation- or Treatment and/or observation in an Emergency Room in a Hospital.
- **In-Patient:** A patient who occupies a bed overnight, or been formally admitted as a Day-Hospitalisation patient in a Hospital.

Insurance Policy: The particular arrangement of Plans/Programs as described by this Insurance Policy, the Schedules, Scope of Coverage and Endorsements which constitute the full agreement.

Insurance Policy for Better Healthcare: The contract, or the Insurance Policy, (as defined in Article 1 of the General Terms and Conditions) whereby the Insurer, subject to the terms, provisions, limitations, exclusions and other conditions provided herein, guarantees the payment of the Benefits set forth in the Schedules.

Insurer: The Insurance Company duly registered & Licensed to operate in the country of issuance of this Insurance Policy for Better Healthcare.

Legal Dependents: The unmarried children who are under 18 year old, or below 25 if still a full-time university student, and the Spouse(s) of the Enrolled Employee.

Maternity: Hospital Confinement for Normal or Caesarean-Delivery, Medically Necessary abortion or miscarriage and/or any complications arising wherefrom, ante- and postnatal Treatment as Medically Necessary.

Medically Necessary: A service or Treatment, which, in the medical opinion of the MCC, is appropriate and consistent with diagnosis, and which, in accordance with generally accepted medical standards, could not have been omitted without adversely affecting the Beneficiary's condition or the quality of medical care rendered.

MedNet: MedNet is a managed care organisation and appointed to act in the name and on behalf of the Insurer in administering this Insurance Policy in part. Among other management services, MedNet interfaces with the Beneficiary through a MedNet Call Center (referred to hereinafter as MCC).

MedNet Call Center: Professional service Center operating 24 hours, all year round, staffed with a team of Medical and Claims administrative specialists working for MedNet to support and monitor the proper application of the Insurance Policy. The MCC provides Beneficiaries and Providers with medical and procedural guidance and information through telephone inquiries; advises claims and membership eligibility; carries out pre-approval reviews; provides appropriate authorizations; takes decision in the name and on behalf of the Insurer as to whether or not grant Free Access to the specific healthcare service under consideration and evaluates submitted claims in order to approve payment.

Network: Providers forming the MedNet Network(s) through a special and formal contractual arrangement whereby they agree to avail the Beneficiary, usually on his Access Card presentation, with Free Access on a direct billing basis to their healthcare services in conformity with the terms of this Insurance Policy and as set forth in the Policy Schedule and in the Beneficiary User's Guide.

Non-Excluded Cases: Any specific Illness or Treatment that is covered, and not listed under the General Exclusions.

Non-Network Provider: Any Providers that are not part of the Network.

Out-of-Hospital: Physician's consultation, prescribed drugs, diagnostic tests and Treatment not requiring Hospitalisation nor necessitating specialised medical attention and care in a Hospital before, during and after the procedure.

Out of pocket limit: Out of pocket limit is the maximum aggregate amount of eligible expense the beneficiary should bear during the policy year out of co-insurance options.

Partnership Schedule: In which additional information is specified (Priority Payer details if any, Co-Payer percentages, etc).

Physician: Any doctor of medicine (MD) duly licensed and qualified to render the Treatment provided under the law of jurisdiction in which such Treatment is provided.

Plan: The combination of Benefits offered by the Insurer and selected by the Policyholder on the Application Form.

Policyholder: Initially the applicant for this Insurance Policy for Better Healthcare acting in the name and on behalf of, his Employees and their Legal Dependants whose Application has been formally accepted by the Insurer. By virtue of acceptance, this Insurance Policy has been issued and the applicant becomes the Policyholder.

Policy Schedule: In which all Beneficiary and the Insurer information are specified, together with the specific conditions of this Insurance Policy (the Contractual Parties' Data, the Effective Date, the Expiry Date, the Beneficiaries Date, the Enrolment Dates, the Category, the Specific Exclusions and related waiting periods if any, the Lifetime Limits when applicable, the Hospitalisation Class, the Selected Plans, the Premium, the Frequency of Payment and any reference(s) to other schedule(s).

Pre-existing Condition: Any illness, sickness, disease or other physical, medical, mental or other condition, disorder or ailment where, in the opinion of a medical practitioner appointed by the Insurer, signs or

symptoms of the condition existed at any time in the period prior to the Insured Member becoming insured under the Policy. The test applied relies upon signs or symptoms of the condition being present and not on an eventual diagnosis. It is not necessary for the Insured Member or his doctor to know what their condition is or was at the time of taking out the policy. In forming an opinion, the Insurer appointed medical practitioner who makes the decision must take into account information provided by the Insured Member's treating doctor.

Premium: The periodic payment required for providing coverage and to keep the Insurance Policy in force.

Priority Payer: An entity identified under the Partnership Schedule as being the first party fully liable towards the Eligible Expenses of a specific Beneficiary up to a certain limit, which is specified under the Partnership Schedules. The Insurer shall be liable to pay any amount of any Eligible Expenses exceeding this limit.

Program: The combination of Plans offered by the Insurer and selected by the Policyholder on the Application Form.

Proof of Insurability: The process of completing an Application form and submitting it to the Insurer for Underwriting.

Providers: A generic term for Physicians, Hospitals, Clinics, Medical Centres, Pharmacies, Laboratories, Physiotherapy Centres, and other Paramedical Institutions or Persons who are licensed to offer healthcare services.

Renewal: New coverage under a new Insurance Policy following a previous term and the acceptance of a Premium for a new Insurance Policy insurance period.

Renewal Date: The day (at 12:00 Midnight local time) month and year on which a Renewal takes place and which coincides with the Expiry date.

Schedule: Technical addenda forming an integral part of this Insurance Policy which further define the details of this Insurance Policy. The Policy Schedule, the Scope of Coverage Schedule and the Table of Benefits (where applicable).

Scope of Coverage Schedule: In which the Plan/Program selected by the Policyholder on behalf of the Beneficiaries is specified showing for each Family of Benefits: Coverage, Limits, Deductible Excess, Co-Participation, etc. May sometimes also be referred to as the Table of Benefits.

Second Opinion: Second opinion is an opinion obtained from an additional health care professional of to the same clinical standing and specialty. This opinion maybe either prior to or after the performance of a medical treatment or surgical procedure, whereby it will then confirm the diagnosis, medical necessity and/or appropriateness of the Treatment given.

Short Term Refund Basis:

Period of Insurance (Days)	Refund	Period of Insurance (Days)	Refund
0	97.5%	150 – 179	30%
1 – 15	85%	180 – 209	25%
16 – 29	75%	210 – 239	20%
30 – 59	50%	240 – 269	15%
60 – 89	45%	270 – 299	10%
90 – 119	40%	300+	0%
120 – 149	35%		

Note: The Above Short-term refund is not applicable for EBP Individual policies as the same will be refunded on pro-rata basis.

Sickness: See Disease.

Specific Deductible Excess: The amount of money stated in the Applicable Scope of Coverage Schedule to be borne by the Policyholder in respect of the particular service under consideration.

Substandard Terms: Special terms under which a Beneficiary is covered under this Insurance Policy (i.e. Additional Premium and/or special limits and/or Waiting Period) as a result of an Underwriting.

Surgery: Any invasive procedure, including laser use, whose aim is to diagnose/cure disease or damage and/or rectify a defect or malformation. In this connection, invasive diagnostic procedures such as endoscopy, cauterisation (with the exception of rhino gastric, urethral, peripheral venous and/or arterial), angiography as well as destruction of kidney or gallstones will be considered as Surgery.

Table of Benefits: Describes the scope of cover and modalities of claims payment and is part of the contract.

Territory: The country (or group of countries) as selected by the Policyholder to allow Beneficiaries to access Benefits defined in the Table of Benefits.

Territory of Occurrence: The country where the Beneficiary's health conditions have required healthcare services and where the related expenses were incurred.

Treatment: A generic term to include all healthcare services provided under this Insurance Policy, including In-Hospital Treatment and Out-of-Hospital Treatment and embracing all In-Patient services, Out-Patient Consultations, Diagnostic Tests and Procedures, prescription of medicines, minor surgery and procedures, physiotherapy, dental care, etc.

Undeclared Pre-Existing Condition: The non-disclosure or error by the Beneficiary and/or from the Policyholder acting on behalf of the Beneficiaries, in completing any part of the Application for this Insurance Policy, of Pre-existing Conditions relating to health, (symptoms, diagnosis, conditions), or any other details (explicitly or implicitly).

Underwriting: The process of evaluation to which the Insurer submits all Application Forms prior to issuance of the Insurance Policy and any other subsequent related Endorsement in full conformity with the provisions of this Insurance Policy.

Unnecessary Treatment: A service or Treatment, which is not Medically Necessary.

User's Guide: The booklet or pamphlet provided by the Insurer to the Policyholder, which explains how to benefit from this Insurance Policy coverage.

Visa Form: The form issued by the MCC, for the attention of the Insurer, Policyholder and the Network Provider, confirming eligibility of the Beneficiary and guaranteeing the direct billing issued by the Network Provider to the Insurer according to the Applicable Scope of Coverage, upon which Free Access is granted.

Waiting period: The period of time starting from the first Enrolment Date of the Beneficiary during which an Exclusion is in force under a specific benefit covered under this Insurance Policy.

Waiver Date: The date of termination of the Waiting Period after which an Exclusion is deleted.

Table of Benefits

Key Benefits	
Plan	Individual Essential benefits Package (IEBP)
Annual Benefit Limit (Including any coinsurance and/or deductible)	AED 150,000/-
Geographical Scope of Coverage for Basic Healthcare Services (Elective Treatment)	<p>UAE + Home country*</p> <ul style="list-style-type: none"> * Home country coverage is applicable only if Home country located within any of the below mentioned list of countries * Only In Patient will be covered in Home countries (Out Patient treatment NOT covered) • South East Asia (SEA): India, Bangladesh, Philippines, Pakistan, Burma, Thailand, Vietnam, Malaysia, Sri Lanka, Indonesia, Nepal, Bhutan.
Geographical Scope of Coverage for Emergency Medical Treatment	<p>UAE + Home country*</p> <ul style="list-style-type: none"> * Home country coverage is applicable only if Home country located within any of the below mentioned list of countries. * Only In Patient treatments will be covered in Home countries (Out Patient treatment NOT covered). • South East Asia (SEA): India, Bangladesh, Philippines, Pakistan, Burma, Thailand, Vietnam, Malaysia, Sri Lanka, Indonesia, Nepal, Bhutan.
Network Applicable	<p>Individual Essential benefits Package (IEBP)</p> <p>Applicable as per MedNet's latest IEBP Network – Please refer for further details.</p>
Pre-existing & Chronic conditions	<ul style="list-style-type: none"> • Covered subject to waiting period of 6 months of first insurance membership with the contracted insurer, included thereafter. • Where a pre-existing or chronic condition develops into an emergency within the 6 month exclusion period this must be covered up to the annual aggregate limit.
MedNet contact details	<p>MetLife / MedNet Insured:</p> <p>UAE toll free: 800 4882</p> <p>International: +971 4 275 7800</p> <p>E-mail: customerservice@mednet.com</p>

In-Patient Treatment Coverage is up to the relevant Annual Benefit Limit per person/per policy year with pre-approval	
Referral Procedure	<ul style="list-style-type: none"> In respect of Essential Benefit Plan members, no costs incurred for advice, consultations or treatments provided by specialists or consultants without the insured first consulting a General Practitioner (or equivalent as designated by DHA) who is licensed by DHA or another competent UAE authority will be payable by the insurer. The GP must make his referral together with reasons via the DHA e-Referrals system for the claim to be considered by the Insurer.
Approval requirements	<ul style="list-style-type: none"> Non urgent medical cases (Elective) – Prior approval is compulsory. Emergency medical service - Approval required from the insurance company within 24 hours of admission to the authorized network hospital.
Liability (coinsurance) of the Insured member and the Insurance company	<ul style="list-style-type: none"> 20% coinsurance payable by the insured with a cap of 500 AED payable per encounter An annual aggregate cap of 1,000 AED Above these caps the insurer will cover 100% of treatment.
Hospitalization Class	Semi Private Room / Shared Room * In-patient services will be received in rooms of two or more beds
Hospital Accommodation and related Services	Covered
Intensive care unit and coronary artery disease treatment	Covered
Consultant's, Surgeon's and Anesthetist's Fees	Covered
Various therapies including physiotherapy, chemotherapy, radiation therapy etc.	Covered
Use of hospital medical equipment (e.g. heart and lung support systems etc.)	Covered
Ground transportation services in the UAE provided by an authorized party for medical emergencies (Ground Ambulance Services)	Covered
The cost of accommodating a person accompanying an insured child up to the age of 16 years	Covered maximum up to 100 AED per night
The cost of accommodation of a person accompanying an in-patient in the same room in cases of medical necessity at the recommendation of the treating doctor and after the prior approval of the insurance company providing coverage	Covered maximum up to 100 AED per night
Repatriation costs for the transport of mortal remains to the country of origin	Covered up to AED 5,000/-

Out-Patient Treatment		
Basic healthcare services: at authorized out-patient clinics of hospitals, clinics and health centers.		
Referral Procedure <ul style="list-style-type: none"> In respect of Essential Benefit Plan members, no costs incurred for advice, consultations or treatments provided by specialists or consultants without the insured first consulting a General Practitioner (or equivalent as designated by DHA) who is licensed by DHA or another competent UAE authority will be payable by the insurer. The GP must make his referral together with reasons via the DHA e-Referrals system for the claim to be considered by the Insurer. 		<ul style="list-style-type: none"> Primary care / 1st line of care at Network General Practitioner or Network Gatekeeper only In respect of Essential Benefit Plan members, no costs incurred for advice, consultations or treatments provided by specialists or consultants without the insured first consulting a General Practitioner (or equivalent as designated by DHA) who is licensed by DHA or another competent UAE authority will be payable by the insurer. The GP must make his referral together with reasons via the DHA e-Referrals system for the claim to be considered by the Insurer
Examination, diagnostic and treatment services by authorized general practitioners, specialists and consultants		20% coinsurance payable by the insured per visit. <ul style="list-style-type: none"> No coinsurance if a follow-up visit made within seven days.
Laboratory Tests & Radiology Diagnostic services		20% coinsurance payable by the insured per visit. <ul style="list-style-type: none"> In cases of non-medical emergencies, prior approval is required for MRI, CT scans and endoscopies.
Pharmaceuticals		30% coinsurance payable by the insured in respect of each and every prescription. Cost of drugs and medicines are covered up to an annual limit of 1,500 AED (including coinsurance). * Restricted to formulary products where available
Preventive services, vaccines and immunizations	For New Born and children	<ul style="list-style-type: none"> Essential vaccinations and inoculations for newborns and children as stipulated in DHA's policies and it's updates (Currently the same as federal MOH) Claims covered on reimbursement basis as per coverage specified in 'Claims Settlement Terms' of this TOB
	For Adults	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Normal Risk: Every 3 years from age 30 ➤ High risk individuals annually from age 18 Preventive services as mandated by DHA periodically
Physiotherapy (Require pre-authorization)		20% coinsurance payable by the insured per session. <ul style="list-style-type: none"> Covered up to 6 sessions per member per year.

Other Key Benefits	
Day care Treatment	Covered
Out Patient Surgery	Covered
New Born baby coverage	<ul style="list-style-type: none"> First 30 days of New Born from DOB is covered under Mother's Maternity Limit. BCG, Hepatitis B and neo-natal screening tests are covered for the first 30 days from DOB.
Network Applicable	Individual Essential benefits Package (IEBP) Applicable as per MedNet's latest BBP Network – Please refer for further details.
Diagnostic and treatment services for dental and gum treatments	Covered only in cases of medical emergencies subject to 20% copayment
Hearing and vision aids, and vision correction by surgeries and laser	Covered only in cases of medical emergencies subject to 20% copayment

Claims Settlement Terms (What is paid by the Insurer)

Elective Treatment	Free or Cashless Access (Network)	At MedNet's EBP Network	<ul style="list-style-type: none"> 100% of Actual Covered Cost
	Reimbursement (Non-Network)	At Government Hospital in UAE	<ul style="list-style-type: none"> 80% of actual covered cost subject to maximum of 100% of applicable network rates
		In UAE except Government Hospitals	<ul style="list-style-type: none"> Not Covered
		Reimbursement within covered Home countries (In-Patient treatments only)	<ul style="list-style-type: none"> 100% of Actual Covered Cost subject to the max of 100% of applicable network rates in UAE
Emergency Treatment within Geographical Scope of Cover	Free Access (Network)		<ul style="list-style-type: none"> 100% of Actual Covered Cost
	Reimbursement (Non-Network within UAE)		<ul style="list-style-type: none"> 100% of actual covered cost subject to maximum of 100% of applicable network rates

Maternity Benefit

Maternity Services * Where any condition develops which becomes an emergency, the medically necessary expenses will be covered up to the annual aggregate limit	Out-patient ante-natal services	Requires prior approval from the insurance company	<ul style="list-style-type: none"> 10% coinsurance payable by the insured 8 visits to PHC <p>Visits to include reviews, checks and tests in accordance with DHA Antenatal Care Protocols.</p> <p>All care provided by Primary HealthCare obstetrician for low risk or specialist obstetrician for high risk referrals.</p> <p>Initial investigations to include:</p> <ul style="list-style-type: none"> FBC and Platelets Blood group, Rhesus status and antibodies VDRL MSU & urinalysis Rubella serology HIV FBS, Random blood sugar OR HbA1C <p>In addition to the above, the below tests are covered for high risk pregnancies only:</p> <ul style="list-style-type: none"> GTT, if high risk Hepatitis C <p>Ultrasonography: 3 ante natal ultrasound scans.</p>
	In-patient maternity services	Requires prior approval from the insurance company or within 24 hours of emergency treatment	<ul style="list-style-type: none"> 10% coinsurance payable by the insured. AED 7,000/- for normal delivery OR AED 10,000/- for medically necessary C-section, complications and for medically necessary termination.
	New born cover		<ul style="list-style-type: none"> Cover for 30 days from birth. BCG, Hepatitis B and following neo-natal screening tests are covered: <p>(Phenylketonuria (PKU), Congenital Hypothyroidism, sickle cell screening, congenital adrenal hyperplasia)</p>

metlife.ae

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates ("MetLife"), is one of the world's leading financial services companies, providing insurance, annuities, employee benefits and asset management to help its individual and institutional customers navigate their changing world.

Founded in 1868, MetLife has operations in more than 40 countries and holds leading market positions in the United States, Japan, Latin America, Asia, Europe and the Middle East. For more information, visit www.metlife.com.

MetLife is a pioneer of life insurance with a presence of nearly 65 years in the Gulf. Through its branches, MetLife offers life, accident and health insurance along with retirement and savings products to individuals and corporations.

For more information, visit www.metlife-gulf.com.



MetLife | UAE
© 2020 METLIFE, INC.

CSL-IM-POL-0520-H

التأمين الصحي للافراد



المحتويات

٣	المقدمة	القسم أ
٤	النطاق العام للتغطية	القسم ب
٥	الاستثناءات العامة	القسم ج
٨	فترات الانتظار	القسم د
٨	الشروط العامة والأحكام	القسم هـ
١٠	إجراءات المطالبات والسداد	القسم و
١٢	التعريف	القسم ز
١٥	جدول المنافع	

وثيقة التأمين الصحي للأفراد

القسم أ – المقدمة

تهدف هذه الوثيقة لوصف الغرض الأساسي من وثيقة التأمين، وتتضمن وصفاً للنطاق العام للتغطية وقائمة بالاستثناءات العامة وتفاصيل الشروط العامة والأحكام، وبعض التعاريف للكلمات أو العبارات الأكثر استخداماً في الوثيقة.

تهدف وثيقة التأمين الماثلة بشكل عام إلى توفير غطاء للمستفيدين المستحقين للنفقات المعقولة والاعتيادية المتكبدة خلال المعالجة الطبية اللازمة للحالات الطبية والإصابات الجسدية وفقاً لأحكام وشروط وثيقة التأمين الماثلة على النحو المتفق عليه مع حامل وثيقة التأمين.

تعد مدينة الإمارات العربية المتحدة، المسؤول المعين لتوفير بعض الخدمات الإدارية نيابة عن، وبناءً على توجيه من شركة التأمين.

في نظير الدفع أو الاتفاق على دفع القسط، وعلى أساس الطلب والبيانات التي أدلى بها حامل وثيقة التأمين في نموذج (نماذج) الطلب الأولي، ومع مراعاة شروط وأحكام وثيقة التأمين الماثلة لرعاية صحية أفضل، وأي مرفقات تشكل جزءاً لا يتجزأ من وثيقة التأمين الماثلة، توافق شركة التأمين مع حامل وثيقة التأمين وتضمن توفير التعويضات والخدمات والنفقات المتعلقة المتكبدة بواسطة كل مستفيد على النحو المبين في جدول المنافع بوثيقة التأمين الماثلة.

التحديدات والاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية:

تخضع شركة التأمين ويجب عليها الالتزام بكافة القوانين والأنظمة والعقوبات التجارية والاقتصادية النافذة بما في ذلك القوانين والأنظمة والعقوبات الصادرة من قبل وزارة الخزانة الأمريكية ومكتب الرقابة على الأصول الأجنبية والأمم المتحدة.

لن تقوم شركة التأمين بتوفير التغطية التأمينية و/أو سداد دفعات وفقاً للوثيقة و/أو أي عقد تكميلي في حال كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات:

(١) مقيماً في أي دولة مفروض عليها عقوبات.

(٢) مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى.

(٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

لا تكون شركة التأمين مسؤولة عن سداد قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية تأمينية أو دفع منفعة في حال أن هذه التغطية أو دفع المنفعة أو المطالبة سوف يُعرض شركة التأمين لأي عقوبات، حظر أو تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة للتجارة أو العقوبات الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة المعمول بها في الاتحاد الأوروبي، المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو بموجب أي قوانين نافذة.

تحويل البيانات: يمنح المؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة للشركة موافقة صريحة لاستخدام وتحويل بياناته الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين، ومعيد التأمين) متى كان نقل تلك البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ الالتزامات بموجب الوثيقة أو للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة أو عندما يكون من الضروري نقل أو مشاركة أي من البيانات المذكورة مع الجهات التنظيمية والهيئات وجهات تنفيذ القانون لغايات أداء مهام الشركة ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح والقوانين التي تخضع لها الشركة. يمثل قبول واستخدام بطاقة (بطاقات) الدخول قبولاً تلقائياً لجميع الشروط والأحكام والقيود والاستثناءات الواردة بهذه الوثيقة.

تضمن الشركة بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية البيانات الشخصية، كذلك فإن الشركة تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لتلك البيانات الشخصية. لغايات التوضيح، تعني البيانات الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بالمؤمن عليه و/أو عائلته والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويته، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

حامل وثيقة التأمين

شركة التأمين

ملاحظة: تشمل صيغة المذكر خلال هذه الوثيقة صيغة المؤنث والمفرد يشمل الجمع والعكس صحيح كذلك.

القسم ب - النطاق العام للتغطية

مجموعة المنافع المقدمة داخل المستشفى

١. المنفعة الأساسية

تنطبق هذه التغطية وفقاً لجدول المنافع المعمول به في الحالات غير المستثناة من الأحكام الطبية أو الإصابات الجسدية التي تتطلب الاستشفاء، وأو استشفاء اليوم الواحد وأو الطوارئ في خدمات المستشفى.

يُشترط وجود موافقة مسبقة للحصول على جميع منافع الاستشفاء داخل المستشفى. في حالة الطوارئ، يتم التنازل عن ذلك، لكن يتعين السعي للحصول على الموافقة خلال ٢٤ ساعة من تسجيل الدخول بالمستشفى.

تُغطي هذه المنفعة التكاليف الطبية التالية المتكبدة أثناء الوجود داخل المستشفى والتي تخضع للاستثناءات والتحديدات المنصوص عليها في وثيقة التأمين:

- الغرفة والمأكل وفقاً لفئة الاستشفاء كما هو محدد في جدول المنافع جدول المنافع.
- وحدة العناية المركزة وعلاج مرض الشريان التاجي.
- رسوم الجراح وطبيب التخدير.
- خدمات المستشفى (جراحة، غرف، تخدير، صيدلية، مختبر، أشعة، وغير ذلك)
- استخدام معدات المستشفى الطبية (على سبيل المثال: أنظمة إنعاش القلب والرئة، وغير ذلك).
- الضخ الوريدي، الحقن، وغير ذلك.
- التشخيص والفحوصات المخبرية، الأشعة السينية، رسوم القلب، والماسحات وغير ذلك. (التي تتعلق فقط بالسبب الرئيسي للاستشفاء المغطى).
- العلاجات المختلفة بما في ذلك العلاج الطبيعي، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، وغير ذلك.
- الطبيب وغيره من الاستشاريين المتخصصين بالمستشفى فيما يتعلق بالسبب الأصلي للاستشفاء المغطى.
- في حالات خدمات الأمومة المقدمة للمرضى الموجودين بالمستشفى، فتكون على النحو المحدد في جدول المنافع.
- خدمات تطعيم المستفيد.
- خدمات الإسعاف، إذا لزم الأمر طبياً.
- مصروفات غرفة المرافق والإقامة للمستفيد البالغ من العمر أقل من ١٦ سنة.
- تكلفة الإقامة للشخص المرافق للمريض في نفس الغرفة في حالات الضرورة الطبية بناءً على توصية من الطبيب المعالج وبعد الموافقة المسبقة من شركة التأمين بشرط التغطية.
- علاجات الصحة النفسية في حالات الطوارئ.
- يتعين تغطية تكاليف العودة إلى الوطن لنقل رفات الموتى إلى وطنهم الأصلي كما هو محدد في جدول المنافع، في حالة وفاة المستفيد بعد الاستشفاء من مرض أو إصابة جسدية غير مستثناة.

مجموعة المنافع المقدمة خارج المستشفى/العيادات الخارجية

١. استشارات الأطباء

تُقدم التغطية المحددة فيما يلي جنباً إلى جنب مع جدول المنافع جدول المنافع:

- الفحوصات التشخيصية
- الأدوية
- العلاج الطبيعي

في الحالات غير المستثناة من الأحكام الطبية أو الإصابات الجسدية التي تستدعي حضور الطبيب، الفحوصات التشخيصية وأو الأدوية وأو العلاج الطبيعي، وتمثل هذه المنفعة رسم استشارة يمكن التعويض عنه، على النحو المحدد في الملاحق. تكون استشارة المتابعة مجانية خلال ٧ أيام من تاريخ الاستشارة ذات الصلة بنفس الظرف الطبي من قبل الطبيب نفسه

٢. الفحوصات / الإجراءات التشخيصية

تنطبق هذه التغطية وفقاً لجدول المنافع لجدول المنافع في الحالات غير المستثناة التي تتطلب الفحوصات التشخيصية غير المتطلبة إلى حجز بالمستشفى، على النحو الذي يحدده الطبيب وموافقة ميدنت من ناحية الضرورة الطبية. بعض الفحوصات/ الإجراءات التشخيصية تتطلب موافقة مسبقة. لإمكانية الوصول المجاني، تُستكمل المطالبات وطلبات الموافقة من خلال مزود الشبكة إلى ميدنت.

تشمل هذه التغطية خدمات مثل:

- فحوصات القلب والأوعية الدموية، بما في ذلك
 - ◀ تخطيط للنضات الكهربائية التي يبينها القلب
 - ◀ فحص مجهود القلب
 - ◀ مراقبة تخطيط للنضات الكهربائية التي يبينها القلب
 - ◀ إشارة ببلوغ المعدل لكهربائية القلب (SAECG)، باستثناء تكاليف أي جهاز
 - ◀ المسحات النووية
 - ◀ تصوير الأوعية الدموية (الشرابين)
- التصوير الطبي، والذي يتضمن:
 - ◀ الأشعة السينية
 - ◀ تخطيط صدى القلب (تخطيط صدى القلب بأشعة دوبلر)
 - ◀ الأشعة المقطعية (CT Scan)
 - ◀ التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)
- المختبر
- تحاليل الدم
- الخزعة

٣. الأدوية

تنطبق هذه التغطية وفقاً لنطاق التغطية المعمول به في (المادة ٤) وكما هو محدد في الجدول في الحالات غير المستثناة والتي تتطلب المعالجة الدوائية تضم المعالجة الدوائية جميع الأدوية المعترف بها من قبل وزارة الصحة الإماراتية كعقاقير بالمواصفة الطبية (الطب الأخلاقي فقط) والموافق عليها من قبل مركز اتصالات ميدنت على أنها ضرورية من الناحية الطبية.

بعض الوصفات الطبية تتطلب الحصول على موافقة مسبقة بناءً على طبيعة الأدوية وتكلفة المطالبة. يُنفذ الطلب الموافق عليه من قبل صيدليات شبكة ميدنت.

٤. العلاج الطبيعي

تنطبق التغطية كما هو محدد في جدول المنافع جدول المنافع. تخضع جلسات العلاج الطبيعي على النحو الذي يحدده الطبيب المعالج لأقصى عدد من الجلسات على النحو المحدد في جدول المنافع جدول المنافع. يُنفذ الطلب الموافق عليه من قبل مزود الشبكة إلى ميدنت.

٥. الخدمات الوقائية واللقاحات والتطعيمات

في حال اختيارها*، تنطبق هذه التغطية على العلاج في حالات الطوارئ فقط كما هو وارد في جدول المنافع جدول المنافع.

*تكون هيئة الصحة بدبي ملزمة بالتغطية.

٦. الصحة العقلية / العلاج النفسي

تنطبق هذه التغطية على العلاج في حالات الطوارئ فقط كما هو وارد في جدول المنافع جدول المنافع.

٧. المعالجة الطبية البديلة

إذا أُختيرت، تنطبق هذه التغطية على العلاجات المتعلقة بتجبير العظام، العلاج بتقويم العمود الفقري، المعالجة المثلية، الوخز بالإبر، الأيورفيدا والعلاجات العشبية كما وردت في جدول المنافع جدول المنافع فقط.

٨. إجراءات صغيرة

تنطبق هذه التغطية بالنسبة للإجراءات الصغيرة التي تُجرى في العيادة الخارجية. تتطلب جميع الإجراءات الصغيرة موافقة مسبقة من ميدنت.

مجموعة منافع الأمومة

تنطبق هذه التغطية وفقاً للشروط والأحكام العامة لوثيقة التأمين الماثلة كما هو محدد في جدول المنافع جدول المنافع، في الحالات غير المستثناة المتعلقة بالحمل والولادة.

منافع الأمومة داخل المستشفى

توفر هذه المنفعة تغطية جميع رسوم الاستشفاء لحالات الولادة و/أو أي مضاعفات بما في ذلك الحالات المتعلقة بحالات الإجهاض التي قد تنشأ قبل أو أثناء أو بعد الولادة إلى الحدود المالية كما هي محددة في جدول المنافع جدول المنافع والمتكبدة داخل النطاق الإقليمي للغطاء.

منافع الأمومة داخل المستشفى/ العيادة الخارجية

تُغطي هذه المنفعة حتى الحد المالي كما هو محدد في جدول المنافع جدول المنافع.

توفر هذه المنفعة تغطية خدمات الرعاية خارج المستشفى/ العيادة الخارجية قبل وبعد الولادة:

- استشارات الأطباء
- الفحوصات التشخيصية
- الأدوية

القسم ج – الاستثناءات العامة

تهدف وثيقة التأمين الماثلة إلى توفير تغطية للنفقات المترتبة على العلاج الطبي للحالات الطبية أو الإصابات الجسدية التي يرى كل من الطبيب المعالج وطبيب مركز اتصالات ميدنت، ضرورتها من الناحية الطبية والمغطاة بموجب شروط وأحكام وثيقة التأمين.

تُحال قائمة الاستثناءات المؤهلة إلى جدول المنافع المرفق طيه.

لا تغطي وثيقة التأمين الماثلة من بين أمور أخرى. النفقات الناشئة بشكل مباشر أو غير مباشر عما يلي:

استثناءات هيئة الصحة أبوظبي (HAAD)

(تنطبق على المقيمين/ أصحاب تصاريح العمل داخل أبوظبي والعين)

١. خدمات الرعاية الصحية غير الضرورية طبياً
٢. جميع النفقات المتعلقة بعلاج الأسنان وتركيبات الأسنان وعلاج العظام.
٣. الرعاية المنزلية، الرعاية التمريضية الخاصة، الرعاية في السفر.
٤. تتضمن الرعاية الوصائية خدمات العلاجات - غير الطبية، أو الخدمات التي لا تسعى إلى تحسين أو التي لا ينتج عنها تغيير في الحالة الصحية للمريض.

٥. الخدمات التي لا تتطلب المتابعة المستمرة من قبل الكادر الطبي المختص.

٦. الراحة الشخصية ووحدات الراحة (التليفزيون، الحلاق أو خدمة التجميل، خدمة الضيوف والخدمات الطارئة المماثلة والتجهيزات)

٧. خدمات الرعاية الصحية والنفقات ذات الصلة باستبدال زرع الثدي القائم. عمليات التجميل التي تُحسن المظهر الجسدي والمتعلقة بإصابة أو مرض أو عيب خلقي عندما يكون الغرض الأساسي تحسين الأداء الفسيولوجي للجزء المفقود من الجسم. يجري تغطية إعادة بناء الثدي بعد الاستئصال نتيجة للسرطان.

٨. العلاج الجراحي وغير الجراحي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية)، وأي برامج وخدمات أو تجهيزات أخرى للسيطرة على الوزن.

٩. التجارب والأبحاث وخدمات استقصاءات الرعاية الصحية والعلاج والأجهزة والأنظمة الدوائية غير المعتمدة طبياً.

١٠. خدمات الرعاية الصحية التي لا تُنفذ من قبل مزودي الخدمة الصحية المعتمدين، بصرف النظر عن الخدمات الصحية المقدمة في حالات الطوارئ الطبية.

١١. خدمات الرعاية الصحية، والعلاج والنفقات المرتبطة بالثغلة، الصلع، تساقط الشعر والقشرة أو الشعر المستعار.

١٢. التجهيزات، علاج وخدمات الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.

١٣. بزل السلى غير الضروري طبياً

١٤. علاج وخدمات العمليات الجراحية للتحويل الجنسي والعقم والتعقيم.

١٥. علاج وخدمات منع الحمل

١٦. العلاج والخدمات المتصلة بالخصوبة/ العقم (بما في ذلك دوالي الخصية/ تكيس المبايض/ الاضطرابات الهرمونية/ العجز الجنسي).

١٧. الأجهزة التعويضية والمعدات الطبية المستهلكة، إلا إذا وافقت عليها شركة التأمين.

١٨. العلاجات والخدمات الناشئة نتيجة أنشطة خطيرة مثل - على سبيل المثال لا الحصر. أي شكل من أشكال الرحلات الجوية، أي نوع من سباقات القدرة للمركبات، والرياضات المائية، وأنشطة ركوب الخيل، أنشطة تسلق الجبال، والرياضات العنيفة مثل الجودو والملاكمة، والمصارعة والقفز وأي أنشطة رياضية مهنية.

١٩. نمو العلاج الهرموني.

٢٠. التكاليف المرتبطة باختبارات السمع، تصحيح الرؤية والأجهزة التعويضية أو مساعدات الرؤية والسمع.

٢١. أمراض الصحة العقلية، في العلاجات الداخلية والخارجية، ما لم تكن الحالة عبارة عن اضطراب عقلي مؤقت أو رد فعل حاد للإجهاد.

٢٢. مستلزمات علاج المريض (بما في ذلك الجوارب المرنة وضمادات ACE والشاش والحقن وشرائط اختبار السكري والمنتجات مثل: العقاقير والعلاجات غير الموصوفة طبياً باستثناء المستلزمات المطلوبة نتيجة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة أثناء الطوارئ الطبية).

٢٣. الخدمات الوقائية بما في ذلك اللقاحات والتحصين، اختبار الحساسية وأي فحوصات طبية أو نفسية أو جسدية أو الاختبار أثناء هذه الفحوصات.

٢٤. الخدمات المقدمة من أي مزود طبي ذي صلة بالمريض على سبيل المثال الشخص المؤمن عليه وأي فرد من أسرة المؤمن عليه بما في ذلك الزوج، الأخ، الأخت، الأم أو الطفل.

٢٥. الإطعام المعوي (عن طريق أنبوب) وغيره من المكملات الغذائية.

٣٦. خدمات الرعاية الصحية لتعديل خلع جزئي في العمود الفقري، والتشخيص ومعالجة الهيكل العظمي، بأي وسيلة، باستثناء علاج الكسور والخلع في الأطراف.
٣٧. خدمات الرعاية الصحية والعلاجات من خلال الوخز بالإبر، العلاج بالإبر، التنويم المغناطيسي، علاج رولف، العلاج بالتدليك والروائح والعلاجات المثلية وجميع أشكال المعالجة من قبل الطب البديل.
٣٨. جميع خدمات الرعاية الصحية وعلاج الإخصاب في المختبر (التلقيح الصناعي)، نقل الأجنة، نقل الحيوانات المنوية الذكرية والبويضة.
٣٩. الخدمات التشخيصية الاختيارية والعلاج الطبي لتصحيح الرؤية.
٣٠. اعوجاج الحاجز الأنفي واستئصال الفحازة الأنفية.
٣١. جميع الحالات المرضية المزمنة التي تتطلب غسيل الكلى أو الغسيل البريتوني، وما يتصل بها من فحص/ علاج أو إجراءات.
٣٢. العلاجات والخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات المرتبطة به، باستثناء تلقي العلاج والخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد A.
٣٣. العيوب الخلقية والأمراض الخلقية للمولود الجديد و/أو التشوهات ما لم تكن مهددة للحياة.
٣٤. خدمات الرعاية الصحية لخرف الشيخوخة ومرض الزهايمر.
٣٥. الإخلاء الطبي البري أو الجوي باستثناء حالات الطوارئ أو خدمات النقل غير المصرح بها.
٣٦. خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالختان.
٣٧. تلقي العلاج داخل المستشفى دون موافقة مسبقة من شركة التأمين بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية التي لم يُخطر بها خلال ٢٤ ساعة من تاريخ القبول.
٣٨. أي علاج، اختبارات وغيرها من الإجراءات للمريض المقيم داخل المستشفى والتي يمكن القيام بها في العيادة الخارجية دون المساس بصحة الشخص المؤمن عليه.
٣٩. أي اختبار أو علاج، لغرض آخر غير الغرض الطبي مثل الاختبارات المرتبطة بأغراض التوظيف، السفر، منح التراخيص أو التأمين.
٤٠. جميع المستلزمات التي لا تُعد علاجات طبية على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم ومعجون الأسنان وأقراص المص والمطهرات، خليط الحليب والمكملات الغذائية، ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو والفيتامينات (ما لم توصف كعلاج بديل لحالات نقص فيتامين معروف) وجميع المعدات التي لا تهدف في المقام الأول إلى تحسين حالة طبية أو إصابة، على سبيل المثال لا الحصر مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، ودعامات القوس، عناصر / خيارات الراحة، استعمال المعدات والمستلزمات الصحية.
٤١. أكثر من استشاري أو متابع مع طبيب أخصائي في يوم واحد ما لم يُحيله الطبيب.
٤٢. الخدمات الصحية والمصاريف المرتبطة بنقل الأعضاء أو الأنسجة، بغض النظر عما إذا كان الشخص المؤمن هو الجهة المانحة أو المستفيدة.
٤٣. الخدمات والبرامج التعليمية للإعاقات.
٤٤. الإصابات أو الأمراض التي يعانيها الشخص المؤمن عليه نتيجة للعمليات العسكرية من أي نوع.
٤٥. الإصابات أو الأمراض التي يعانيها الشخص المؤمن عليه نتيجة الحروب أو أعمال الإرهاب أياً كان نوعها.
٤٦. خدمات الرعاية الصحية للإصابات والحوادث الناجمة عن التلوث النووي أو الكيميائي.

٤٧. الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية (على سبيل المثال لا الحصر) الزلازل والأعاصير وأي نوع آخر من الكوارث الطبيعية.
٤٨. الإصابات الناجمة عن الأعمال الإجرامية أو مقاومة السلطة من قبل الشخص المؤمن عليه.
٤٩. خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون من الإيدز ومضاعفاته.
٥٠. خدمات الرعاية الصحية لأمراض العمل والإصابات حسب القانون الاتحادي رقم ٨ لسنة ١٩٨٠ بشأن تنظيم علاقات العمل وتعديلاته والقوانين المعمول بها في هذا الصدد.
٥١. جميع الحالات الناتجة عن استعمال الكحول والمخدرات ومواد الهلوسة.
٥٢. أي اختبار أو علاج غير موصوف من قبل الطبيب.
٥٣. الإصابات الناجمة عن محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية.
٥٤. خدمات التشخيص والعلاج لمضاعفات الأمراض المعفاة.
٥٥. جميع خدمات الرعاية الصحية للأوبئة المعترف بها دولياً ومحلياً.
٥٦. الأمراض التناسلية المنقولة جنسياً.

استثناءات هيئة الصحة في دبي (DHA)، والإمارات الشمالية وخارج دولة الإمارات العربية المتحدة

١. خدمات الرعاية الصحية غير الضرورية طبياً.
٢. جميع النفقات المتعلقة بعلاج الأسنان، تركيبات الأسنان، وعلاج العظام.
٣. الرعاية في السفر.
٤. الرعاية الوصائية متضمنة:
- أ. خدمات العلاج غير الطبية.
- ب. الخدمات التي لا تسعى إلى تحسين أو التي لا ينتج عنها تغيير في الحالة الصحية للمريض.
٥. الخدمات التي لا تتطلب المتابعة المستمرة من قبل الكادر الطبي المختص.
٦. الراحة الشخصية ووحدات الراحة (التليفزيون، الحلاق أو خدمة التجميل، خدمة الضيوف والخدمات الطارئة المماثلة والتجهيزات).
٧. جميع خدمات الرعاية الصحية التجميلية والخدمات المتعلقة باستبدال زرع الثدي القائم. تُغطي عمليات التجميل المتعلقة بإصابة أو مرض أو عيب خلقي عندما يكون الغرض الأساسي تحسين الأداء الفسيولوجي للجزء المفقود من الجسم.
٨. العلاج الجراحي وغير الجراحي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية)، وأي برامج وخدمات أو مستلزمات أخرى للسيطرة على الوزن.
٩. الخدمات الطبية المستخدمة من أجل البحوث والتجارب والتحقيقات الطبية غير المعتمدة والأدوية الخاصة بـجسيم إنقاص الوزن.
١٠. خدمات الرعاية الصحية التي لا تُنفذ من قبل مزودي الخدمة الصحية المعتمدين.
١١. خدمات الرعاية الصحية والنفقات المرتبطة بتساقط الشعر، الصلع، القشرة أو الشعر المستعار.
١٢. الخدمات الصحية والتجهيزات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.
١٣. علاج وخدمات منع الحمل

١٤. علاج وخدمات التحول الجنسي، التعقيم أو تصحيح حالة تعقيم أو العقم أو العجز الجنسي. يُسمح بالتعقيم فقط إذا أُشير طبيباً بذلك وإذا كان مسموحاً به قانونياً.
١٥. الأجهزة التعويضية الخارجية والمعدات الطبية.
١٦. العلاجات والخدمات الناشئة نتيجة أنشطة رياضية مهنية، على سبيل المثال لا الحصر، أي شكل من أشكال الرحلات الجوية، أي نوع من سباقات القدرة للمركبات، والرياضات المائية، وأنشطة ركوب الخيل، أنشطة تسلق الجبال، والرياضات العنيفة مثل الجودو والملاكمة، والمصارعة والقفز وأي أنشطة رياضية مهنية أخرى.
١٧. نمو العلاج الهرموني إلا في حالات الضرورة الطبية.
١٨. التكاليف المرتبطة باختبارات السمع، الأجهزة التعويضية أو مساعدات الرؤية والسمع.
١٩. أمراض الصحة العقلية، علاجات المريض المقيم داخل المستشفى وخارجه، ما لم يكن هناك حالة طارئة
٢٠. تجهيزات علاج المريض (على سبيل المثال لا الحصر: الجوارب المرنة والضامات الآس والشاش والحقن وشرائط اختبار السكري والمنتجات مثل: العقاقير والعلاجات غير الموصوفة طبياً) باستثناء التجهيزات المطلوبة نتيجة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة أثناء الطوارئ الطبية.
٢١. اختبار الحساسية (باستثناء اختبار الحساسية تجاه الأدوية والمستلزمات المستخدمة في العلاج)، أي فحوصات طبية أو نفسية أو جسدية أو التحقيقات أثناء هذه الفحوصات.
٢٢. الخدمات المقدمة من أي مزود طبي لأحد أقرباء المريض على سبيل المثال الشخص المؤمن عليه نفسه أو أقارب من الدرجة الأولى.
٢٣. الإطعام المعوي (عن طريق أنبوب) وغيرها من المكملات الغذائية والكهارل، إلا في حالات الضرورة الطبية خلال فترة علاج المريض داخل المستشفى.
٢٤. خدمات الرعاية الصحية لتعديل خلع جزئي في العمود الفقري.
٢٥. خدمات الرعاية الصحية والعلاجات من خلال الوخز بالإبر، العلاج بالإبر، التنويم المغناطيسي، العلاج بالتدليك والروائح والعلاج بالأوزون، والعلاجات المثلية وجميع أشكال المعالجة من قبل الطب البديل.
٢٦. جميع خدمات الرعاية الصحية وعلاج الإخصاب في المختبر (التلقيح الصناعي)، نقل الأجنة. البويضة ونقل الحيوانات المنوية الذكرية.
٢٧. الخدمات التشخيصية الاختيارية والعلاج الطبي لتصحيح الرؤية.
٢٨. اعوجاج الحاجز الأنفي واستئصال الفحازة الأنفية.
٢٩. جميع الحالات المرضية المزمنة التي تتطلب غسيل الكلى أو الغسيل البريتوني، وما يتصل بها من فحوصات، معالجات أو إجراءات.
٣٠. خدمات الرعاية الصحية، الفحوصات والعلاجات المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات المرتبطة به، باستثناء العلاج والخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد A و C.
٣١. أي خدمات متعلقة بالعيوب الخلقية والأمراض الخلقية و التشوهات إلا إذا كانت ستتحول إلى حالة طوارئ في حال تركها دون علاج.
٣٢. خدمات الرعاية الصحية لخرف الشيخوخة ومرض الزهايمر.
٣٣. الإخلاء الطبي البري أو الجوي وخدمات النقل غير المصرح بها.
٣٤. تلقي العلاج داخل المستشفى دون موافقة مسبقة من شركة التأمين بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية التي لم يُخطر بها خلال ٢٤ ساعة من تاريخ القبول حيثما كان ذلك ممكناً.
٣٥. أي علاج، تحقيقات وغيرها من الإجراءات للمريض المقيم داخل المستشفى والتي يمكن القيام بها في العيادة الخارجية دون المساس بصحة الشخص المؤمن عليه.

٣٦. أي علاج، فحوصات أو غيرها من الإجراءات للمريض المقيم داخل المستشفى، والتي يمكن القيام بها في العيادة الخارجية للمريض المقيم خارج المستشفى دون المساس بصحة الشخص المؤمن عليه. إجراء أي فحوصات أو خدمات صحية لأغراض غير طبية مثل التحقيقات المتعلقة بأغراض التوظيف، السفر، منح التراخيص أو التأمين.
٣٧. جميع المستلزمات التي لا تُعد علاجات طبية على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم ومعجون الأسنان وأقراص المص والمطهرات، والمكملات الغذائية، ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو والفييتامينات (ما لم توصف كعلاج بديل لحالات نقص فيتامين معروف) وجميع المعدات التي لا تهدف في المقام الأول إلى تحسين حالة طبية أو إصابة، على سبيل المثال لا الحصر مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، دعامات القوس، استعمال المعدات والمستلزمات الصحية.
٣٨. أكثر من استشارة أو متابعة مع طبيب أخصائي في يوم واحد ما لم يُحيله الطبيب.
٣٩. الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بزرع الأنسجة بغض النظر عما إذا كان الشخص المؤمن هو الجهة المانحة أو المستفيدة. ينطبق هذا الاستثناء أيضاً على متابعة العلاجات والمضاعفات إلا إذا كانت ستتحول إلى حالة طوارئ في حال تركها دون علاج.
٤٠. أي نفقات تتعلق بالمناعة والمعالجة المناعية إلا في حالات الضرورة الطبية.
٤١. أي نفقات تتعلق بعلاج الاضطرابات المرتبطة بالنوم.
٤٢. الخدمات والبرامج التعليمية لأصحاب الهمم، ويشمل ذلك أيضاً أنواع العجز مثل، على سبيل المثال لا الحصر، الإعاقات العقلية، الذهنية، التنموية، البدنية و/أو النفسية.
٤٣. الإصابات أو الأمراض التي يعانيها الشخص المؤمن عليه نتيجة للعمليات العسكرية من أي نوع.
٤٤. الإصابات أو الأمراض التي يعانيها الشخص المؤمن عليه نتيجة الحروب أو أعمال الإرهاب أيا كان نوعها.
٤٥. خدمات الرعاية الصحية للإصابات والحوادث الناجمة عن التلوث النووي أو الكيميائي.
٤٦. الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية (على سبيل المثال لا الحصر) الزلازل والأعاصير وأي نوع آخر من الكوارث الطبيعية.
٤٧. الإصابات الناجمة عن الأعمال الإجرامية أو مقاومة السلطة من قبل الشخص المؤمن عليه.
٤٨. الإصابات الناتجة عن حادث مروري.
٤٩. خدمات الرعاية الصحية لأمراض العمل والإصابات حسب القانون الاتحادي رقم ٨ لسنة ١٩٨٠ بشأن تنظيم علاقات العمل وتعديلاته. والقوانين المعمول بها في هذا الصدد.
٥٠. جميع الحالات الناتجة عن استخدام المشروبات الكحولية، المواد الخاضعة للرقابة والأدوية ومواد الهلوسة.
٥١. أي فحوصات أو علاج غير موصوف من قبل الطبيب.
٥٢. الإصابات الناجمة عن محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية.
٥٣. خدمات التشخيص والعلاج لمضاعفات الأمراض المعفاة.
٥٤. جميع خدمات الرعاية الصحية للأوبئة المعترف بها دولياً و/أو محلياً.
٥٥. خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون (والمتعلقة بتشخيص وعلاج) فيروس نقص المناعة البشرية – الإيدز ومضاعفاته وجميع أنواع التهاب الكبد ما عدا الفيروس A و C.

قسم د - فترات الانتظار

سوف تُطبق فترة الانتظار في الحالات المزمدة والموجودة مسبقاً على النحو المذكور في جدول المنافع.

القسم هـ - الشروط العامة والأحكام

المادة رقم (١): وثيقة التأمين

يشكل نموذج (نماذج) الطلبات التي ملأها حامل وثيقة التأمين حسب الأصول، متصرفاً بالنيابة عن نفسه وأو بالنيابة عن مستفيد(ين) آخرين والديباجة والتعاريف والشروط العامة والأحكام والملاحق ودليل المستخدم للمستفيد والخيارات المختلفة فضلاً عن أي مرفقات (بخلاف قائمة مقدمي الشبكة) وأي مصادقة أو إقرار لأي مما سبق ذكره، مجمل العقد المبرم بين شركة التأمين وحامل وثيقة التأمين. تعد أي تعديلات أو إضافات على وثيقة التأمين هذه باطلة وملغاة، ما لم تُحرر خطياً، وتوقع وتُهرم بختم شركة التأمين. لا يحق لأي وسيط تأمين تعديل وثيقة التأمين الماثلة أو التنازل عن أي من أحكامها.

المادة رقم (٢): صحة وثيقة التأمين

تبدأ صلاحية وثيقة التأمين الماثلة (فيما يتعلق بكل خطة مختارة) من تاريخ السريان، وتنتهي في تاريخ انتهاء الوثيقة المحدد في جدول الوثيقة. ولكن، يُغطى كل مستفيد بموجب وثيقة التأمين الماثلة اعتباراً من تاريخ انضمامه/ انضمامها على النحو المحدد بموجب ملحق الوثيقة وأو أي تصديق ذي صلة، وحتى تاريخ انتهاء وثيقة التأمين الماثلة، أو حتى تاريخ حذف المستفيد، أيهما أقرب.

المادة رقم (٣): الطلب

تصدر شركة التأمين وثيقة التأمين الماثلة والتصديقات المتعلقة بها على أساس إقرار حامل وثيقة التأمين.

تحتفظ شركة التأمين بحقها في رفض أي طلب لاحق، والذي لا يمثل لأحكام وثيقة التأمين.

تحتفظ شركة التأمين بحقها في إلغاء أو إنهاء وثيقة التأمين في حال كانت أي بيانات مفقودة أو غير دقيقة في الطلب.

المادة رقم (٤): نطاق التغطية المطبق

٤,١ في مقابل القسط المستحق من قبل حامل وثيقة التأمين إلى شركة التأمين، تتعهد الأخيرة بتغطية كل مستفيد بموجب خطة/ برنامج محدد على النحو المختار من قبل حامل وثيقة التأمين في نموذج الطلب، والمعتمد من شركة التأمين.

٤,٢ يُشار إلى التعويضات المتعلقة بكل خطة/ برنامج يختاره حامل وثيقة التأمين بالنيابة عن كل مستفيد، من خلال الفئة بموجب ملحق الوثيقة، وأي أمور أخرى مذكورة في إطار جدول المنافع.

٤,٣ نطاق التغطية المطبق لمزية محددة مدرجة في الخطة/ البرنامج المختار والمتعلقة بالمستفيد، مسؤولية شركة التأمين مع الأخذ بعين الاعتبار:

- الاستثناءات العامة
- أي شروط خاصة (الشروط دون المعيارية)
- الخدمات المغطاة
- مشاركة حامل وثيقة التأمين أينما كان ذلك ممكناً
- زيادة الخصم لحامل وثيقة التأمين عند الاقتضاء
- الحدود عند الاقتضاء
- منطقة الحدوث
- المقدم (المقدمين) المستخدم
- طبيعة الرعاية
- فئة الاستشفاء
- مشاركة أي دافع ذي أولوية أو المشاركة في الدفع عند الاقتضاء.

٤,٤ ان مسؤولية شركة التأمين بموجب وثيقة التأمين تجاه حامل وثيقة التأمين المتعلقة بكل مزية في إطار الخطة/ البرنامج في نطاق جدول التغطية المطبق. تخضع أي نفقات تتعلق بعلاج المستفيد لقرار شركة التأمين بخصوص المطالبة المؤهلة لحامل وثيقة التأمين.

المادة رقم (٥): الممول صاحب الأولوية

في حالة المشاركة في أي من صندوق المرضى/الصحة، على سبيل المثال لا الحصر، صندوق التأمين الاجتماعي أو التغطية الأساسية تحت شركة تأمين بوصفها الممول صاحب الأولوية، يُفعل نطاق التغطية الفطيق بزيادة عن مشاركة الممول صاحب الأولوية أو ردها بالكامل طبقاً لشروطنا وأحكامنا المنصوص عليها في هذه الوثيقة. تحدد مواصفات الممول صاحب الأولوية، إن وجدت، وعند الاقتضاء، بموجب ملحق الوثيقة.

المادة رقم (٦): الممول المشارك

في حالة مشاركة ممول مشارك، يُطبق نطاق التغطية المطبق لوثيقة التأمين الماثلة على أساس تناسبي مع الممول المشارك، عند الاقتضاء. تُحدد نسبة مشاركة الممول المشارك، إن وجدت، في جدول الشراكة؛ وتكون نسبة مشاركة شركة التأمين المتبقية من التكلفة، مع مراعاة أي شروط أخرى أو أحكام منصوص عليها في هذه الوثيقة. يشير هذا إلى الحد الأصلي، في حالة المشاركة المشتركة، سوف يقلل خيار المشاركة المشتركة المختار من الحد الأصلي.

المادة رقم (٧): الأقساط التأمينية

القسط هو إجمالي القسط بالإضافة إلى أي طوابع مطبقة وأو ضرائب إن وجدت. يُستحق دفع الأقساط المستحقة من قبل حامل وثيقة التأمين إلى شركة التأمين على النحو المحدد في ملحق الوثيقة مقدماً من قبل حامل وثيقة التأمين طبقاً لتكرار الدفع المتفق عليه بين حامل وثيقة التأمين وشركة التأمين على النحو المحدد في ملحق الوثيقة.

لا تبدأ التغطية المقدمة من خلال شركة التأمين بموجب وثيقة التأمين الماثلة حتى دفع القسط الأول بالكامل. في حالة عدم دفع قسط التأمين في تاريخ الاستحقاق، تخطر شركة التأمين حامل وثيقة التأمين بالقسط المستحق الدفع في غضون ٣٠ يوماً، وتخطر الشركة حامل وثيقة التأمين أنه إذا لم يدفع، فسوف تُلغى وثيقة التأمين الماثلة.

إذا لم يُسدّد مبلغ القسط في نهاية مهلة ٣٠ يوماً، فسوف تُنهي وثيقة التأمين تلقائياً، وسوف يتحمل حامل وثيقة التأمين المسؤولية عن المبلغ المستحق حتى تاريخ الإلغاء.

وفي خلال مهلة ٣٠ يوماً، توقف حرية الوصول إلى الشبكة على أساس دفع الفواتير بشكل مباشر. إذا قام حامل وثيقة التأمين بدفع الأقساط في غضون مهلة الـ ٣٠ يوماً، تُعاد حرية الوصول إلى الشبكة على أساس دفع الفواتير بشكل مباشر، ويتعين معالجة جميع نفقات الرعاية الصحية المستحقة المتكبدة خلال فترة الإيقاف وسداها طبقاً لشروط الوثيقة وأحكامها على النحو المحدد في جدول المنافع.

يتم إثبات دفع القسط فقط وحصرياً من خلال إصدار الايصال ذي الصلة من ممثل قانوني معتمد عن شركة التأمين.

المادة رقم (٨): الانضمام

بموجب إقرار حامل وثيقة التأمين، حررت شركة التأمين وثيقة التأمين الماثلة وأصدرتها. وبالمثل، يقر حامل وثيقة التأمين إذا كان المعالون قانوناً لكل فئة منضمين على أساس إلزامي أم لا.

وبالمثل، يصبح جميع المعالين قانوناً المتعلقين بفئة معينة، وإذا أقرّ حامل وثيقة التأمين أن انضمام المعالين قانوناً هو أمر إلزامي، فيتم إدراجهم في إطار وثيقة التأمين الماثلة. ولكن، لا يجوز انضمام المعالين قانوناً المتعلقين بفئة معينة لم يطلب حامل وثيقة التأمين أو يقر في الطلب الأولي بوضعهم الإلزامي، بموجب وثيقة التأمين الماثلة.

ومن المتفق عليه بشكل كامل أن قواعد الانضمام، على النحو المنصوص عليه بموجب المادة الماثلة، هي واحدة من القواعد الأساسية لوثيقة التأمين الماثلة. إذا لم يلتزم حامل وثيقة التأمين بتلك القواعد، فإن هذا يعطي شركة التأمين الحق في إنهاء وثيقة التأمين الماثلة على الفور دون استرداد مبلغ القسط.

المادة رقم (٩): الإضافة

٩.١ القاعدة العامة:

يحق لحامل وثيقة تأمين أن يطلب من شركة التأمين، بموجب إتمام وتوقيع نموذج الطلب التالي، إلى جانب الوثائق الداعمة، إضافة مستفيدين جدد مثل أزواج حديثي الزواج أو أطفال حديثي الولادة أو أطفال مُتَبَنِّين حديثاً لموظف منضم بالفعل على أساس إلزامي.

٩.٢ تاريخ الانضمام:

تاريخ الأهلية:

- موظف جديد - التاريخ الرسمي لفرص العمل وفقاً للقواعد المنزل البوليصا
- الأزواج الجدد - تاريخ الزواج
- طفل حديث الولادة - تاريخ الميلاد
- الطفل المُتَبَنَّى حديثاً - تاريخ التبني الرسمي

إذا قُدم طلب الإضافة في غضون ١٠ أيام بعد تاريخ أهلية المستفيد، فسوف يكون تاريخ انضمامه/ها هو تاريخ الأهلية. بخلاف ذلك، يكون تاريخ انضمام المستفيد هو التاريخ الذي تقبل فيه شركة التأمين هذه الإضافة.

٩.٣ الاكتتاب

تطبق شروط الاكتتاب الأولية على النحو المطبق اعتباراً من تاريخ سريان وثيقة التأمين الماثلة، لجميع المضافين المؤهلين، والمطلوبة في غضون فترة لا تتجاوز ١٠ أيام من تاريخ الأهلية. إذا كانت هناك إضافة مطلوبة في مدة تتجاوز ١٠ أيام بعد تاريخ الأهلية، تحتفظ شركة التأمين بحقها في المضي قدماً في آلية اكتتاب مختلفة، والتي قد تنتج عنها شروط اكتتاب مختلفة عن تلك المطبقة في تاريخ سريان وثيقة التأمين الماثلة.

٩.٤ الأقساط

يُحسب أي قسط متعلق بأي إضافة معتمدة على أساس تناسبي (المخطط الإلزامي).

المادة رقم (١٠): الحذف

١٠.١ القواعد العامة:

يحق لحامل وثيقة التأمين أن يطلب من شركة التأمين، من خلال إتمام وتوقيع نموذج طلب تال، حذف أحد المستفيدين مثل الموظفين المتوفين أو الذين جرى إنهاء خدمتهم والأشخاص الذين يعولونهم بصورة قانونية.

١٠.٢ الوثائق الداعمة:

يُعد تقديم حامل وثيقة التأمين للوثائق الداعمة، المتعلقة بطلبات الحذف، والمرضية لشركة التأمين، هي شرط أساسي للتحقق من الحذف. تُطلب بطاقات الوصول من بين الوثائق المطلوبة لمستفيدين محددين.

١٠.٣ تاريخ الحذف:

يُحسب تاريخ الحذف لأي طلب حذف معتمد من اليوم التالي لتاريخ وفاة الموظف أو إنهاء خدمته، شريطة تقديم طلب الحذف على الفور وإعادة بطاقة الوصول إلى شركة التأمين. بخلاف ذلك، يُحسب تاريخ الحذف على أنه تاريخ إعادة بطاقة الوصول إلى شركة التأمين.

١٠.٤ المسؤولية:

يتحمل حامل وثيقة التأمين المسؤولية المنفردة والكاملة تجاه المُقدم (المقدمين) وأو ميدنت فيما يتعلق بأي نفقات يتكبدها المستفيد المحذوف اعتباراً من تاريخ الحذف.

ولإنفاذ هذا الأمر، يتعين على حامل وثيقة التأمين التأكد من أن بطاقة وصول المستفيد المتوجب حذفه، قد سُحبت من المستفيد وأُرسلت إلى شركة التأمين قبل أو في تاريخ الحذف.

١٠.٥ القسط:

يُحسب أي قسط مُعاد فيما يتعلق بأي حذف معتمد على أساس تناسبي.

عن الفترة المتبقية بعد تاريخ الحذف. لا يستحق رد أي أموال طالما لم تُرَد بطاقة وصول المستفيد إلى شركة التأمين.

المادة رقم (١١): الفئة

تم التنازل عن هذه المادة بموجب وثيقة التأمين الفردي.

المادة رقم (١٢): التعديلات

يحق لحامل وثيقة التأمين طلب تعديلات على الشروط الأولية لوثيقة التأمين.

ولكن، يتعين أن تخضع أي تعديلات بخلاف تلك المُعرَّفة بوضوح بموجب المواد ٩ و١٠، لعملية اكتتاب شركة التأمين، ويجوز ألا يكون ناتج هذه العملية متماشياً مع شروط الاكتتاب المطبقة في تاريخ سريان وثيقة التأمين الماثلة.

يخطر حامل وثيقة التأمين على الفور شركة التأمين بأي تغييرات قد تحدث في أثناء سريان وثيقة التأمين الماثلة أو في تاريخ التجديد بخصوص الوضع العائلي والمهنة والأنشطة ومحل الإقامة وغير ذلك.

المادة رقم (١٣): سريان الملحق

توضع أي إضافة أو حذف أو أي تعديلات أخرى في الاعتبار على أنها مقبولة من قبل شركة التأمين، عندما وإذا صدر الملحق ذو الصلة مهوراً بختم شركة التأمين وتوقيعها.

المادة رقم (١٤): إخطارات المطالبات

تشير هذه المادة إلى قسم إجراءات المطالبات والتسوية المنصوص عليه بهذه الوثيقة.

المادة رقم (١٥): إمكانية تسلم المطالبات

١٥.١ مجموعة المزايا داخل المستشفى:

من المتفق عليه والمفهوم أن مسؤولية شركة التأمين تقتصر على ومقيدة بموجب وثيقة التأمين الماثلة بخصوص أي نفقات مستحقة تكبدها المستفيد داخل المستشفى ضمن سريان وثيقة التأمين الماثلة.

١٥.٢ مجموعة المزايا خارج المستشفى:

من المتفق عليه والمفهوم أن مسؤولية شركة التأمين تقتصر على ومقيدة بموجب وثيقة التأمين الماثلة بخصوص أي نفقات مستحقة متكبدة إذا كان برنامج العلاج في غضون سريان وثيقة التأمين الماثلة.

المادة رقم (١٦): الحلول

بمجرد دفع مطالبة التأمين طبقاً للشروط الحالية، يحيل حامل وثيقة التأمين والمستفيد حقوقه/حقوقها إلى شركة التأمين لمتابعة مسؤولية أي طرف ثالث عن أي إصابات جسدية، وينقل حامل وثيقة التأمين والمستفيد إلى شركة التأمين جميع الحقوق الأساسية والقانونية ذات الصلة. يتعين على كل من حامل وثيقة التأمين والمستفيد تزويد شركة التأمين بكل مساعدة ممكنة إذا مارست شركة التأمين حق الحلول المشار إليه أعلاه. إذا خالف حامل وثيقة التأمين والمستفيد هذا الالتزام، فإنهم يتحملون المسؤولية عن أي خسائر تتكبدها شركة التأمين.

المادة رقم (١٧): الإلغاء

١٧.١ حق حامل وثيقة التأمين:

يحق لحامل وثيقة التأمين أن يطلب رسمياً إلغاء وثيقة التأمين الماثلة من خلال إعادة جميع بطاقات الوصول إلى شركة التأمين.

وعند القيام بذلك، يتعين أن يكون حامل وثيقة التأمين هو المسؤول الوحيد وبالكامل تجاه المقدمين وأو شركة التأمين فيما يتعلق بأي نفقات يتكبدها المستفيدون اعتباراً من تاريخ إلغاء وثيقة التأمين الماثلة. ولإنفاذ هذا الأمر، يتعين على حامل وثيقة التأمين التأكد من أن بطاقات وصول المستفيدين قد سُحبت قبل أو في تاريخ الإلغاء.

يُحسب القسط الفُعاد المتعلق بإلغاء وثيقة التأمين الماثلة على أساس رد قصير الأجل على النحو الموضح في التعريفات.

إن الإستراداد القصير الأجل اعلاه لا ينطبق على وثائق حزمة المنافع الأساسية (EBP) الفردية والتي يكون الإستراداد فيها على شكل تناسبي.

١٧,٢ حقوق شركة التأمين:

طرق تواصل الكتروني ("الاشعارات"). كما يوافق على أن يتلقى الاشعارات ويتفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الاشعارات سيتم إرسالها دون إنقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو إنقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. ويتعهد بأنه لن يباشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الاشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال أو عدم استقبال الاشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلام المؤمن عليه للاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العنوانين أو أية أخطاء فنية.

٢٢,٢ إرسال واستلام المستندات إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالمؤمن عليه و توقيع هذا الطلب , فإنه يوافق على استلام وثيقة التأمين، شهادة التأمين و/ أو أي مستندات أخرى وأن يقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). يتفهم المؤمن عليه وهو على دراية كاملة بأنه لدى اختياره لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنه يكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمه لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات. كما يكون مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص به أو توقعه عن استلام المستندات. يوافق المؤمن عليه بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريدي الإلكتروني الذي قدمه لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عنه أو مستلمة من قبله شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم استلامه للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص به. يفهم المؤمن عليه بأنه من واجبه في حال رغبته في تغيير عنوان البريد الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كان يرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كان يعتقد بأنه لم يستلم المستندات الخاصة به، يتفهم بأنه من واجبه إعلام متلايف فوراً بذلك.

يقر المؤمن عليه ويوافق على أنه في حال رغبته في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فإنه من واجبه تقديم مستند خطي يفيد برغبته بإلغاء هذا التفويض. من خلال التوقيع على هذا الطلب، يفهم المؤمن عليه ويوافق على أنه إذا كان يرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبه إبطال هذا التفويض بوثيقة مكتوبة أخرى من خلال التوقيع على هذا الطلب، ويعلم أنه قرأ وفهم سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على <http://www.metlife.com/about/privacy> وسيراجع أي شروط استخدام مستقبلي أو بيان خصوصية لأي مقدمي الخدمات التي تستخدمها متلايف. يفهم المؤمن عليه أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة به. يوافق المؤمن عليه على تقديم عنوان بريدي الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف ويقر بقبوله للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

القسم و - إجراءات المطالبات والسداد

يتم إصدار بطاقات الوصول الشخصية باسم كل مستفيد لتسهيل وصوله إلى أي من مزودي شبكة ميدنت المشاركين دون المطالبة بدفع أي مبلغ نقدي إلا عندما يكون المستفيد لديه فائض قابل للخصم أو مشاركة مشتركة يجب تسويتها. ويتعين على المستفيد دائماً للقيام بهذا أن يحمل بطاقة دخول ميدنت علاوة على مستند الهوية المناسب لتقديمها إلى المزدوين كلما كانت هناك حاجة للعلاج الطبي.

وتتمثل مطالبة الشبكة، كما هو محدد في هذه الوثيقة، في النفقات المستحقة مقابل خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمستفيد على أساس الدخول المجاني الذي يتم إعداده من قبل ميدنت بالتنسيق مع مزود الشبكة بشأن الفواتير المباشرة الصادرة التي يتم إصدارها إلى شركة التأمين. ويشمل ذلك خدمات الرعاية الصحية التي يتم توفيرها للعضو المؤمن عليه داخل الشبكة إما عن طريق الزيارة ورأو العضوية الشرفية ورأو لجزء من الوقت ورأو أطباء المجتمع و/ أو مقدمي الرعاية الصحية. حيثما تنطبق تعريفه الشبكة المتعاقدة مع ميدنت.

إن المطالبة المباشرة على النحو المحدد هي تلك النفقات المستحقة التي يتم تسويتها مباشرة من قبل المستفيد ويتم تقديمها من قبل صاحب الوثيقة إلى شركة التأمين للصرف. وتشمل النفقات المستحقة للتأمينات في حالة كونها مطبقة.

يحق لشركة التأمين إلغاء وثيقة التأمين الحالية في الحالات التالية:

- الاحتيايل وإساءة التصرف والبيانات الخاطئة التي يدلى بها حامل وثيقة التأمين ورأو المستفيدين.
 - عدم دفع القسط المستحق في غضون ٣٠ يوماً بعد الإخطار طبقاً للمادة ٧.
- إذا ألغت شركة التأمين وثيقة التأمين الماثلة بصورة قانونية، لا يُرد أي قسط إلى حامل وثيقة التأمين ما لم تُلغ الوثيقة طبقاً لما ورد أعلاه، وفي هذه الحالة تُرد الأموال بصورة نسبية عن الفترة المتبقية بعد تاريخ إعادة بطاقات الوصول.

المادة رقم (١٨): التحكيم**١٨,١ الخلافات العامة:**

تُحال جميع الخلافات المتعلقة بمبلغ المطالبة الناشئة عن وثيقة التأمين إلى قرار محكم يُعين خطياً عن طريق الأطراف. إذا لم يتفق الطرفان على مُحكم واحد، فيُحال الأمر للاطلاع إلى محكمين اثنين، يعين كل طرف مُحكماً واحداً خطياً. وإذا عجز المُحكمان عن الاتفاق، فمن ثم يُعين المُحكمان مُحكماً ثالثاً مستقلاً خطياً. يجلس المحكم الثالث مع المحكمين ويترأس اجتماعاتهم ويصدر حكماً يكون شرطاً مسبقاً لأي حق لإقامة دعوى ضد شركة التأمين.

إذا تنصّلت شركة التأمين من مسؤوليتها القانونية تجاه المستفيد أو ممثليه/ ممثليها الشخصيين أو أي مُدّع، لأجل أي دعوى بموجب هذه الوثيقة، ولم تُقدّم هذه المطالبة في غضون ١٢ شهراً ميلادياً من تاريخ إحالة هذا التنصّل إلى التحكيم بموجب أحكام هذه الوثيقة الواردة فيها، فمن ثم تُعد المطالبة بجميع الأغراض قد أسقطت وجري التنازل عنها، ولا يجوز استردادها مرة أخرى بموجب هذه الوثيقة.

١٨,٢ الإجراء اللازم طيباً:

في حال وجود خلاف بين مركز اتصالات ميدنت، المتصرف بصفته مديراً مستقبلاً، والطبيب المعالج فيما يتعلق بتصنيف الخدمة أو العلاج على أنه لازم طيباً، يطلب الطرفان تحكيم لجنة طبية، يكون لها القرار الفصل. تتكون اللجنة الطبية من ثلاثة أعضاء: الطبيب المعالج وطبيب ميدنت وطبيب ثالث مستقل يوافق عليه الطرفان المذكوران.

تعقد اللجنة اجتماعها في أرض محايدة، وتتخذ قراراتها بتصويت الأغلبية. يصدر هذا القرار ويُبلغ به في نسختين، واحدة لكل طرف، ويتعين أن يكون مُوقّعاً من جانب جميع الأطباء. إذا رفض أي من الأطباء توقيع الوثائق، يُشار إلى هذا الرفض في الوثائق. تتعهد شركة التأمين بقبول قرار اللجنة الطبية.

المادة رقم (١٩): العملة

تُدفع أي أموال مستحقة الدفع إلى أو من جانب الشركة بالدرهم الإماراتي.

المادة رقم (٢٠): تغيير القانون

تخضع وثيقة التأمين الماثلة لقوانين الإمارات العربية المتحدة. إذا نشأ أي نزاع بخصوص شروط وثيقة التأمين الماثلة بعد أي تعديل يُجرى على القانون ويسري نفاذه بعد تاريخ سريان وثيقة التأمين الماثلة، فيجوز لشركة التأمين، بناءً على اختيارها، إعادة التفاوض على شروط وثيقة التأمين الماثلة من تاريخ سريان هذا التعديل المطبق على القانون.

المادة رقم (٢١): الرسوم

يتحمل حامل وثيقة التأمين منفرداً أي رسوم على وثيقة التأمين أو ضرائب أو رسم دمغة.

المادة رقم (٢٢): وسائل التواصل الإلكتروني

٢٢,١ الاشعارات: يوافق المؤمن عليه على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو

إصدار نموذج تأشيرة والترتيب مع مزود شبكة الفواتير المباشرة برسوم المستشفى المستحقة.

- أما فيما يتعلق بالحالات المرفوضة، يتعين على ميدنت إصدار نموذج رفض وإبلاغ مزود الشبكة، والمستفيد/ صاحب الوثيقة وشركة التأمين أنه قد جرى رفض طلب الدخول وأن الحالة لا تستحق الحصول على التغطية.
- عند الاقتضاء، يطلب من المستفيد السداد المباشر إلى مزود الشبكة وقبل استقطاع أي مساهمة أو نفقات غير مستحقة مثل رسوم المكالمات الهاتفية، والمواد الغذائية و/أو أي مبلغ يتجاوز الحد المالي للوثيقة.

١,١,٢ المطالبات المباشرة

- تسديد المطالبات المباشرة كما هو محدد في وصف التعويض المرفق بنص الوثيقة الجماعية.
- ويكون سداد المصروفات المستحقة عند تقديم مستندات المطالبات المطلوبة، على النحو المحدد في قسم مستندات المطالبات المطلوبة.

١,٢ خارج النطاق المكاني

- لم تتم تغطية المطالبات خارج النطاق المكاني، باستثناء العلاج الاختياري والطوارئ كما هو مذكور في جدول المنافع.

٢. التوجيهات الخاصة بالعلاج خارج المستشفى

٢,١ داخل الإمارات العربية المتحدة.

٢,١,١ مطالبات الشبكة

- عند تقديم بطاقة دخول ميدنت لمزود الشبكة، يستفيد المستفيد من الدخول المجاني والنفقات المعقولة التي تتعلق بخدمات العلاج خارج المستشفى والتي يقوم بوصفها الطبيب المعالج باستثناء أي خصم و/أو سداد مشترك والذي يجب سداه مباشرة من قبل المستفيد إلى المزود.
- بخصوص الاختبارات التشخيصية غير المستثناة التي يطلبها الطبيب المعالج، يحق للمستفيد الحصول على الاختبارات التي يتم إجراؤها وفقاً لبروتوكول ميدنت مع مزودي خدمات الشبكة والمذكورة في جدول المنافع. وتجدر ملاحظة أن البروتوكول هو عرضة للتغيير من قبل شركة ميدنت من وقت لآخر بناء على المتطلبات التنظيمية والإدارية.
- أما الأدوية غير المستثناة التي يطلبها الطبيب المعالج يحق للمستفيد الحصول على الكمية المطلوبة من الدواء/ الأدوية الموصوفة التي تعد ضرورية من الناحية الطبية لعلاج الأمراض الحادة عادة لمدة ١٢.٥ أيام. وتعد الموافقة المسبقة شرطاً أساسياً كما ورد ببروتوكول ميدنت مع مزودي خدمات الشبكة والمذكورة في جدول المنافع. وتجدر ملاحظة أن البروتوكول عرضة للتغيير من قبل شركة ميدنت من وقت لآخر بناء على المتطلبات التنظيمية والإدارية.
- وفيما يتعلق بالأدوية المرتبطة بالأمراض المزمنة، عندما تكون خاضعة للتأمين، يحق للمستفيد الحصول على الكمية المطلوبة من العقار/ العقاقير الموصوفة من قبل الطبيب المعالج. وعلى الرغم من ذلك، تتطلب كمية ومدة الدورة التي تقرر بموافقة مسبقة. وتكون الموافقة المسبقة وفقاً لما ورد ببروتوكول ميدنت مع مزودي خدمات الشبكة والمذكورة في جدول المنافع. وتجدر ملاحظة أن البروتوكول عرضة للتغيير من قبل شركة ميدنت من وقت لآخر بناء على المتطلبات التنظيمية والإدارية. وبناء على مدة العلاج، يتعين على المستفيد/ مزود الشبكة أن يقدم إلى ميدنت التقرير الطبي الصادر من قبل الطبيب المعالج بما في ذلك نتائج التشخيص ذات الصلة التي تشرح الحالة الصحية للمستفيد وتاريخها وكذلك خطة العلاج الموصى بها.
- يتعين على ميدنت أن تصدر الموافقة بالطريقة الإدارية المناسبة على أساس شهري أو ربع سنوي أو حتى تاريخ انتهاء وثيقة التأمين اعتماداً على الحالة الصحية للمستفيد، والتي قد تتطلب بعض التعديل على الجرعة أو مرات تناوله أو العقار نفسه.

ويعرف حد الإنفاق بأنه هو الحد الأقصى للمبلغ الكلي للنفقات المستحقة التي يتحملها المستفيد خلال سنة الوثيقة من خيارات التأمين المشترك وفقاً لجدول المنافع.

الرأي الثاني

تغطية علاجية معينة حيث قد تطلب الشبكة بأن يقوم المؤمن عليه باستشارة طبيب من شبكة ثانية قبل جدولة العلاج. وتقوم شركة التأمين بإخطار العضو المؤمن عليه أنه لا يجوز الحصول على علاج خاص إلا بموافقة رأي ثانٍ كما تقوم بإخطار العضو المؤمن عليه بالإجراء اللازم للحصول على رأي ثانٍ. وإذا كان هناك خلاف بين طبيب ميدنت الذي يتصرف كمسؤول مستقل والطبيب المعالج، فيما يتعلق بالأحقية في العلاج و/أو الخدمة باعتبارها ضرورية و/أو من الناحية الطبية و/أو طريقة العلاج المناسبة، يتعين على جهة التأمين و/أو العضو المؤمن عليه طلب الحصول على موافقة رأي ثانٍ وتكون النتائج المترتبة نهائية وملزمة.

١. التوجيهات الخاصة بالعلاج في المستشفى

١,١ داخل النطاق المكاني المختار

١,١,١ مطالبات الشبكة

- إذا اختار المستفيد الدخول إلى مزود الشبكة، بمجرد تقديم بطاقة دخول ميدنت، يتعين على مزود الشبكة مباشرة بالتنسيق مع مركز اتصال ميدنت الحصول على إذن.
- فيما يتعلق بالحالات غير الطارئة، يُطلب من المستفيد التحقق مع موفر شبكة، وذلك قبل الموعد المقرر في المستشفى، مستشفى اليوم الواحد، أو الجراحات الصغرى/ العلاج القصير المدة أو دخول المستشفى، إذا تلقى مزود الشبكة ترخيصاً من مركز اتصال ميدنت. ويجوز للمستفيد التواصل مباشرة مع مركز اتصال ميدنت لتأكيد الترخيص.
- وبخصوص الحالات الطارئة، فإنه عند تسلم إخطار المستشفى (نموذج ميدنت لما قبل المستشفى) من مزود الشبكة، يصدر مركز اتصال ميدنت على الفور التفويض للعلاج المستحق في المستشفى.
- خارج الإمارات العربية المتحدة، يتعين على المستفيد الاتصال بمركز خدمة ميدنت على الأرقام التي تظهر على بطاقة الدخول الخاصة به.
- يقوم فريق العمل للعلاج الطبي المختص بتلقي مطالبات الموظفين ويقوم بتقديم المساعدة المتخصصة واللازمة للمستفيد واتخاذ الترتيبات اللازمة فيما يتعلق بإرسال فواتير العلاج المستحق مباشرة إلى شركة التأمين.
- خارج الإمارات العربية المتحدة، يجوز للمستفيد الاتصال مباشرة بمزود الشبكة المحلية، ويُطلب من مزودي الشبكة الدولية أن يتم الترتيب لكل حالة من الحالات من قبل ميدنت قبل قبول المستفيد على أساس الدخول المجاني/ الفواتير المباشرة.

ويُطلب من المستفيد/ المتصل تقديم المعلومات التالية:

١. اسمه ورقم بطاقة دخول ميدنت.
 ٢. رقم الهاتف والفاكس، عندما يكون متاحاً.
 ٣. اسم ورقم هاتف وفاكس الطبيب المعالج عندما تكون متاحة.
 ٤. اسم مزود الشبكة.
 ٥. أسباب العلاج.
 ٦. تاريخ ووقت الدخول
 ٧. المعلومات الأخرى ذات الصلة، والتي قد تكون مطلوبة.
- يتعين على ميدنت أن ترسل بالفاكس إلى الطبيب المعالج نموذج ميدنت قبل العلاج بالمستشفى، وهو النموذج الذي يتعين على الطبيب تعبئته ويتم إرساله بالفاكس إلى ميدنت.
 - عندما تتلقى ميدنت المعلومات الطبية، يتم اتخاذ قرار بشأن تغطية الحالة ويتم إبلاغ المستفيد وفقاً لذلك.
 - وفيما يتعلق بالحالات التي يجري الموافقة عليها، يتعين على ميدنت

٥. تحتفظ شركة التأمين بالحق في تغيير و/ أو تعديل إجراءات المطالبات والتسوية في أي وقت بموجب إخطار مدته (١٥) يوماً ترسله جهة التأمين إلى صاحب الوثيقة.

شركة التأمين
صاحب الوثيقة

القسم ز - التعاريف

يكون للكلمات والمصطلحات والعبارات والاختصارات المستخدمة في سياق وثيقة التأمين نفس المعاني الواردة فيما يلي:

في الخارج: أي بلد آخر بخلاف دولة الإمارات العربية المتحدة (الإمارات العربية المتحدة).

بطاقة الدخول: بطاقة الدخول الشخصية الصادرة باسم كل مستفيد، لتسهيل حصوله على خدمات الرعاية الصحية التي تغطيها وثيقة التأمين والتي تقدمها الشبكة.

الحادث: أي حدث مفاجئ وغير متوقع يحدث لضحية ويكون خارج سيطرته ويؤدي إلى إصابات جسدية، ويكون سببه أمراً عنيفاً وخارجياً لجسم الضحية نفسه.

نموذج الطلب: وهو بيان مكتوب بالوقائع التي تطلبها شركة التأمين والواجب تعبئته وتوقيعه من قبل صاحب الوثيقة والذي على أساسه تقوم شركة التأمين بتقديم التأمين في توافق تام مع الأحكام العامة لهذه الوثيقة وهناك نوعان من نماذج الطلبات المستخدمة:

- **نموذج الطلب الأول:** وهو الطلب الأول الذي يتقدم به صاحب الوثيقة أو من يعولهم قانوناً (كما هو مُحدد بهذه الوثيقة).
- **نموذج الطلب اللاحق:** أي نموذج يقوم صاحب الوثيقة بتعبئته طالباً إدخال تعديلات على وثيقة التأمين السارية المفعول و/ أو إضافة/ حذف المستفيد (المستفيدين) بما يتفق تماماً مع الأحكام العامة لهذه الوثيقة.

المستفيد: هو حامل الوثيقة أو من يعوله قانوناً المدرجون في طلب هذه الوثيقة أو من يُدرجون بعد ذلك والذي يُقبل رسمياً من قبل شركة التأمين والمدرج في المرفق أو في أي تصديق لاحق عليه والذين يُعدون في إطار هذه الوثيقة مستحقين ويُشار إليهم باسم المستفيد من الآن فصاعداً.

المنفعة: أقل جزء من مخطط يرتبط بمجموعة التعويضات المحددة ضمن نطاق التغطية.

الإصابات الجسدية: يمكن تعريف الإصابة الجسدية بأنها الإصابة التي تنتج بسبب حادث يقع خلال فترة التأمين.

تاريخ الإلغاء: وهو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي يتم إلغاء هذه الوثيقة فيه بموجب إشعار خطي إلى صاحب الوثيقة نتيجة لعدم وفائه بالتزاماته على النحو المبين في الشروط العامة الواردة بها.

الفئة: المجموعة الفرعية للمستفيدين المدرجين ضمن المجموعة التي تغطيها وثيقة التأمين هذه والتي يختارها صاحب الوثيقة نظراً لاعتبارات معينة على النحو المحدد في الجداول.

الاضطراب المزمع: وهو المرض الفضال الذي يتطلب علاجاً منتظماً طوال العمر.

المطالبة: هي المعلومات المقدمة من قبل مزود أو مستفيد لإثبات أن الخدمات الطبية قد قدمت بالفعل للمستفيد، وذلك في إطار تعويضات محددة، والتي يتم بناءً عليها اتخاذ إجراءات السداد إلى المزود أو المستفيد. ويشير المصطلح عموماً إلى مسؤولية شركة التأمين عن خدمات الرعاية الصحية التي يتلقاها أحد المستفيدين.

الأمراض الخلقية: وهي التشوهات الخلقية، والمعروفة كذلك باسم العيوب الخلقية، والتشوهات البنيوية والوظيفية، بما في ذلك اضطرابات التمثيل الغذائي، والتي هي موجودة منذ الولادة. والتشوهات الخلقية هي مجموعة متنوعة من الاضطرابات التي تنشأ قبل الولادة والتي يمكن أن تسببها عيوب بالجينات، واضطرابات الكروموسومات، والصبغات الوراثية والأمساخ البيئية ونقص المغذيات الدقيقة.

- الحالات غير المستثناة التي تتطلب العلاج الطبي الذي يقوم بوصفه الطبيب المعالج (وليس أخصائي العلاج الطبيعي)، يتطلب الأمر موافقة ميدنت المسبقة قبل تقديم الخدمة للمستفيد.
- علاج الأسنان غير المستثنى الذي يصفه الطبيب المعالج، يتطلب الأمر موافقة ميدنت المسبقة قبل تقديم الخدمة للمستفيد.

٢,١,٢ المطالبات المباشرة

- عند تقديم التقرير/ التقارير الطبية الأصلية والفواتير والإيصالات، يستحق المستفيد ١٠٠٪ (مع مراعاة الخصومات و/ أو المبالغ المشتركة السداد كما هو محدد في جدول المنافع) من المصروفات المستحقة إذا:
 - أ. رفض مزود الشبكة توفير الدخول المجاني للمستفيد.
 - ب. تم تعليق الدخول الحر إلى الشبكة وتفعيله بعد تاريخ العلاج.

يتم السداد مقابل جميع الخدمات المقدمة من غير مزود الشبكة كما هو مذكور في جدول المنافع

٢,١,٣ مطالبات العلاج خارج المستشفى خارج دولة الإمارات العربية المتحدة

وفقاً لبيان التعويضات ذات الصلة

٣. الموافقة المسبقة على الإجراءات التشخيصية/ العلاجية

يجب الحصول على موافقة مسبقة من ميدنت على بعض الاختبارات التشخيصية/العلاجية لمرضى العيادات الخارجية والإجراءات المحددة في جدول المنافع.

٤. أ) مستندات المطالبات المطلوبة فيما يتعلق بالمطالبات المباشرة

لتسوية المصروفات المستحقة يتعين على المستفيد أن يقدم إلى شركة التأمين المستندات التالية خلال مدة أقصاها (٦٠) يوماً من المطالبات المتكبدة داخل دولة الإمارات و(٩٠) يوماً للمطالبات المتكبدة خارج دولة الإمارات العربية المتحدة من تاريخ الحدوث:

- تعبئة "نموذج السداد" من الطبيب المعالج.
- تسلّم إيصالات مفصلة بالمبالغ المطلوبة (يجب أن تظهر الفاتورة تكلفة الخدمة).
- تقرير طبي كامل ومفصل، التشخيص، ملخص الخروج من الطبيب المعالج أو خطاب إحالة من الطبيب المعالج كلما أمكن.
- نسخ من نتائج الاختبار التشخيصي.
- وصفة طبية سارية من قبل الطبيب للمطالبات المتعلقة بالصيدليات.
- تقرير الشرطة/تقرير المعلومات الأولية في حالة المطالبات المتعلقة بالحوادث.
- جواز سفر ساري المفعول وطوابع خروج ودخول من وإلى بلد الإقامة.
- في حالة تكبد مطالبة خارج بلد الإقامة.
- يجب أن تكون جميع المستندات باللغة العربية أو باللغة الإنجليزية. وإذا كانت التقارير/ الفواتير بأي لغة أخرى فيجب أن تُترجم قبل تقديمها.

يترتب على عدم تقديم أي مستند من المستندات المذكورة أن يحق لجهة التأمين رفض المطالبة بأكملها.

ب) فترة السداد الخاصة بمطالبات السداد غير المكتمل والتي يتم ردها إلى المستفيد.

لسداد النفقات المستحقة في حالة إعادة تقديم المطالبات، يتعين على المستفيد أن يقدم إلى جهة التأمين المستندات/ المعلومات الناقصة خلال فترة ٣٠ يوماً من تاريخ تسلّم الإخطار. تسقط مطالبة الدفع في المستقبل بالتقادم إذا لم تُقدّم في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ تسلّم الإخطار.

فترة الاستخدام والعلاج (مثل مجموعة تعويضات العلاج بالمستشفى ومجموعة منافع العلاج خارج المستشفى).

أول تاريخ سريان: هو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي أصبح فيه وثيقة التأمين الأولى سارية.

الدخول/الوصول المجاني: حين تتعهد شركة التأمين بالسداد المباشر لمزودي الشبكة بناءً على المطالبة المستحقة للمبالغ التي تكبدها المستفيد.

الاستثناءات العامة: هي الاستثناءات المطبقة بموجب وثيقة التأمين هذه على جميع المنافع والمحددة في قائمة الاستثناءات العامة.

النطاق الجغرافي للتغطية:

- **الدول العربية:** الجزائر، البحرين، جيبوتي، مصر، العراق، الأردن، المملكة العربية السعودية، الكويت، لبنان، ليبيا، موريتانيا، المغرب، عُمان، فلسطين، قطر، الصومال، تونس، اليمن.
- **جنوب شرق آسيا:** بنغلاديش، بوتان، بورما، الهند، إندونيسيا، ماليزيا، نيبال، باكستان، الفلبين، سريلانكا، تايلاند، وفيتنام.
- **الدول غير العربية:** أفغانستان، إيران.

النشاط الخطر: وهو أي نشاط بدني يعرض المستفيد لإصابة خطيرة في حال وقوع حادث غير متوقع خلال هذا النشاط البدني، كما هو موضح في قائمة الاستثناءات العامة.

المستشفى: هي أي مؤسسة طبية، عامة أو خاصة، مرخصة قانوناً لتوفير العلاج الطبي للأشخاص المرضى و/أو المصابين. ويجب أن يكون لهذه المنشأة مقر رئيسي وأن تمتلك المعدات التقنية والعلمية اللازمة لعمليات التشخيص والعمليات الجراحية وتقديم خدمات الرعاية الصحية ٢٤ ساعة في اليوم من قبل طاقم عمل متخصص وتضم طبيباً مقيماً واحداً على الأقل والمرضى المؤهلين. ويُستبعد من مصطلح "مستشفى" العيادات الخارجية، المصحات ومراكز العلاج الطبيعي والنوادي الصحية ودور المسنين ودور العجزة والمؤسسات المماثلة بما في ذلك تلك المتخصصة في علاج تعاطي المخدرات (المخدرات والكحول).

الحجز بالمستشفى: وتعني الإقامة غير المنقطعة لفترة محددة من الزمن في المستشفى لليلة واحدة على الأقل.

الاستشفاء: الحجز لمدة لا تقل عن ليلة واحدة في أي مستشفى، من أجل العلاج اللازم طبياً/الملاحظة، لأي مرض أو إصابات جسدية غير مستغنة مما يستدعي عناية طبية متخصصة والرعاية في مستشفى قبل العلاج وأثناءه وبعده/الملاحظة، والتي لا يمكن أن تتم خارج المستشفى.

فئة الاستشفاء (درجة العلاج بالمستشفى): وهي تصنيف لخدمات الإقامة بالمستشفى التي يختارها صاحب الوثيقة نيابة عن المستفيد ليتم استخدامها عند حجزه بالمستشفى والتي يتم تحديدها في مرفق الوثيقة وفقاً للترميز التالي:

- **المرض:** انظر المرض.
- **العلاج داخل المستشفى:** ويشمل علاج اليوم الواحد أو العلاج و/أو الملاحظة في غرفة الطوارئ في مستشفى.
- **العيادة الداخلية:** وتعني بقاء المريض لليلة واحدة أو دخول المريض كمريض لليلة واحدة بالمستشفى.

وثيقة التأمين: وهي اتفاق معين بشأن الخطط كما هو موضح بوثيقة التأمين هذه والملاحق والجداول ونطاق التغطية والاتفاقات التكميلية التي تشكل مجمل الاتفاق.

وثيقة التأمين من أجل رعاية صحية أفضل: وهو العقد أو وثيقة التأمين (على النحو المحدد في المادة ١ من الشروط والأحكام العامة) والتي تضمن شركة التأمين بناءً على الشروط، الأحكام والقيود والاستثناءات وغيرها من الشروط الواردة في هذه الوثيقة، دفع التعويضات المنصوص عليها في الجداول.

شركة التأمين: هي شركة التأمين (أميركان لايف انشورنس كومبني - متلايف) المسجلة والمرخصة للعمل في الدولة التي تصدر فيها هذه الوثيقة لتحسين الرعاية الصحية.

المعالون قانوناً: وهم الأبناء غير المتزوجين الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة، أو أقل من ٢٥ إذا كان لا يزال طالباً في الجامعة بدوام كامل، وزوجة (زوجات) الموظف المدرجة.

المساهمة المشتركة: مشاركة المستفيد وصاحب الوثيقة و/أو المشارك في السداد وفقاً للنسب المحددة مسبقاً فيما يتعلق بدفع المصاريف المعقولة التي تغطيها هذه الوثيقة. وتحمل شركة التأمين المسؤولية عن التوازن في النفقات المستحقة.

المشارك في السداد: هو الكيان أو الشخص الذي يشترك مع شركة التأمين في دفع النفقات المستحقة وفقاً لنسبة محددة على النحو المذكور في مرفق الشراكة و/أو مستندات الوثيقة.

علاج اليوم الواحد بالمستشفى: ويطلق عليها أحياناً رعاية اليوم الواحد وجراحة نفس اليوم، والعلاج الطبي أو الاختبارات التشخيصية والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر أمراض السرطان (العلاج الكيميائي) وأمراض القلب المتعلقة التي ترتبط بأي حالات غير مستغنة ولا تتطلب قضاء ليلة في المستشفى ولكنها مع ذلك تستدعي عناية طبية متخصصة والرعاية في مستشفى، قبل العلاج وأثناءه وبعده.

الظرف المُعلن: أي الموجود مسبقاً للحالة والذي يفصح عنه صاحب الوثيقة في نموذج الطلب أو من خلال أي وسيلة اتصال أخرى رسمية.

الزيادة القابلة للخصم حسب المستفيد: هو المبلغ المتراكم من المال المتعلق بالمصروفات المستحقة وعلى النحو المحدد في جدول المنافع والتي يتكبدها صاحب الوثيقة نيابة عن المستفيد محددة بالإضافة إلى زيادة محددة قابلة للخصم و/أو المساهمة المشتركة من صاحب الوثيقة إذا اقتضى الأمر ذلك خلال مدة هذه الوثيقة.

تاريخ الحذف: وهو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي يتم فيه إنهاء تغطية المستفيد/حذفه بناءً على طلب صاحب الوثيقة و/أو في حال/كونه موظفاً أو معالاً قانوناً لم يعد يملك هذه الوثيقة أو بناءً على إلغاء هذه الوثيقة.

مرض: هو الحالة الصحية المرضية بما في ذلك الحمى والالام و/أو الخلل في جهاز جسدي أو في وظيفته.

نموذج الإنكار: هو النموذج الصادر من مركز اتصال ميدنت لعناية جهة التأمين أو صاحب الوثيقة أو مزود شبكة ينكر أحقية المستفيد، ومن ثم منع الدخول المجاني على أساس الفوترة المباشرة وفقاً لنطاق تطبيق التغطية.

تاريخ السريان: هو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي تبدأ فيه مدة هذه الوثيقة.

المطالبة المستحقة: هي صافي النفقات المستحقة للزيادة المحددة القابلة للخصم والمساهمة المشتركة، وحصة المشارك في السداد حسب الأولوية والزيادة الإجمالية القابلة للخصم وذلك في حدود مسؤولية شركة التأمين على النحو المحدد في الجداول.

النفقات المستحقة: هي جميع نفقات الرعاية الصحية التي يتكبدها المستفيد فيما يتعلق بالحالات غير المستغنة قبل السماح بأي زيادة محددة قابلة للخصم أو مشاركة مشترك أو الزيادة الإجمالية القابلة للخصم أو حصة المشارك في السداد حسب الأولوية وذلك في حدود مسؤولية شركة التأمين على النحو المحدد في الجداول.

حالات الطوارئ: وهي المرض المفاجئ أو الإصابة المفاجئة (ومنها على سبيل المثال الألم الشديد) ذات الأعراض الحادة والتي تكون بالجسامة التي تجعل من المتوقع أن يترتب على عدم العلاج الفوري في وحدة الطوارئ بالمستشفى تهديداً خطيراً للحياة والصحة أو وظيفة جسدية و/أو أحد أجهزة المريض.

علاج الطوارئ: هو العلاج المطلوب لإنقاذ حياة أو تخفيف الخطر على الحياة.

الملحق: هو مستند تعاقدية تصدره شركة التأمين في وقت لاحق لهذه الوثيقة مع إدخال تعديلات على هذه الوثيقة بما يتفق تماماً مع أحكامها.

تاريخ القيد: هو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي أصبح فيه وثيقة التأمين الأولى سارية لمستفيد معين.

الاستثناءات: انظر الاستثناءات العامة.

تاريخ انتهاء الصلاحية: هو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي تنتهي فيه هذه الوثيقة.

مجموعة التعويضات: مجموعة من المنافع ذات الطبيعة الواحدة التي تتوافر في

الولادة: هو الحجز بالمستشفى لإجراء ولادة طبيعية أو قيصرية علاوة على الإجهاض الطبيعي و/أو أي من المضاعفات والعلاج قبل الولادة وبعدها طالما كان ذلك ضروريا من الناحية الطبية.

ضروري من الناحية الطبية: وهي الخدمة أو العلاج الضروري والذي يعد من وجهة النظر الطبية للجنة التنسيق الإداري، مناسب ومتسق مع التشخيص، والذي وفقا للمعايير الطبية المستحقة عموماً، يؤثر تجاهله سلباً على حالة المستفيد أو نوعية الرعاية الطبية المقدمة.

ميدنت: ميدنت هي إحدى منظمات الرعاية الصحية التي تم تعيينها وتفويضها لتعمل بالنيابة عن شركة التأمين في إدارة وثيقة التأمين هذه جزئياً. ومن بين الخدمات الإدارية الأخرى تفاعل ميدنت مع المستفيد من خلال مركز اتصال ميدنت (المشار إليها فيما يلي باسم مركز اتصال ميدنت).

مركز اتصال ميدنت: هو مركز خدمات محترف يعمل على مدار ٢٤ ساعة طوال السنة ويضم فريق عمل من المتخصصين الطبيين وأخصائي إدارة المطالبات والذين يعملون لدى ميدنت لدعم ومراقبة حسن تطبيق وثيقة التأمين. ويمد مركز اتصال ميدنت المستفيدين والمزودين بالتوجيه الطبي والإجرائي والمعلومات من خلال الاستفسارات الهاتفية. كما يفيد بالإرشادات الخاصة بالمطالبات وأهلية العضوية ويقوم بمراجعات ما قبل الموافقة كما يقوم بتوفير التصاريح المناسبة ويتخذ القرارات باسم والنيابة عن شركة التأمين فيما يتعلق بمنح أو الحصول المجاني على خدمات الرعاية الصحية المحددة قيد النظر وتقييم المطالبات المقدمة من أجل الموافقة على السداد.

الشبكة: وهم المزودون الذين يشكلون شبكة (شبكة) من خلال اتفاق تعاقدية خاص ورسمي حيث وافقوا على أن يوفرُوا للمستفيد، عادة عند تسليمه بطاقة الدخول، مع حرية الوصول على أساس الفواتير مباشرة إلى خدمات الرعاية الصحية لهم وفقاً لأحكام سياسة التأمين هذه وعلى النحو المبين في مرفق الوثيقة وفي دليل المستخدم المستفيد.

الحالات غير المستثناة: أي مرض أو علاج معين يخضع للتغطية التأمينية ولم يُدرج تحت الاستثناءات العامة.

المزود من الخارج العلاج خارج المستشفى: هو أي مزود لا يشكل جزءاً من الشبكة.

العلاج خارج المستشفى: كاستشارة طبيب والعقاقير الموصوفة واختبارات التشخيص والعلاج الذي لا تتطلب العلاج بالمستشفى ولا يقتضي عناية طبية متخصصة والرعاية في مستشفى قبل وأثناء وبعد العملية.

خارج حدود المصروفات: هو الحد الأقصى للمبلغ الكلي الذي يمكن أن يتحمله المستفيد خلال عام الوثيقة من خيارات التأمين المشترك.

مرفق الشراكة: الذي يذكر به معلومات إضافية (تفاصيل الأولوية في السداد إن وجدت، والنسب المئوية الخاصة بالشريك في السداد...إلخ).

الطبيب: الطبيب أي دكتور في الطب (MD) مرخص له مزاوله المهنة ووصف العلاج وفقاً لنصوص قانون الولاية القضائية الذي ورد به هذا العلاج.

الخطة: وهي الرابطة بين التعويضات التي تقدمها شركة التأمين والمحددة من قبل صاحب الوثيقة في نموذج الطلب.

صاحب الوثيقة: في البداية يتصرف طالب الوثيقة من أجل تحسين الرعاية الصحية وباسم والنيابة عن نفسه و/أو المعالين قانوناً والذين تم قبولهم رسمياً من قبل شركة التأمين. وبناءً على القبول، تصدر وثيقة التأمين ويصبح مقدم الطلب مالكا لوثيقة تأمين.

مرفق الوثيقة: والذي فيه يتم تحديد المعلومات الخاصة بكل من المستفيد وشركة التأمين علاوة على الشروط المحددة لوثيقة تأمين هذه (بيانات الأطراف التعاقدية، تاريخ السريان، وتاريخ انتهاء الصلاحية، والمستفيدين وتواريخ القيد، والتصنيف، والاستثناءات المحددة وفترات الانتظار ذات الصلة إن وجدت، والحدود العمرية وفئة الإقامة بالمستشفى والخطط المحددة، والقسط ومرات السداد وأي إشارة (إشارات) إلى المرفق (المرفقات)

الحالة المرضية السابقة: وهي أي مرض أو علة أو غير ذلك من الأحوال المادية والطبية والنفسية أو غيرها، أو اضطراب أو مرض يكون في رأي الطبيب الذي تعيينه شركة التأمين بمثابة علامات أو أعراض لحالات مرضية سابقة كانت موجودة في أي وقت مضى بالعضو المؤمن عليه بموجب الوثيقة. ويعتمد الاختيار الذي يتم إجراؤه على علامات أو أعراض حالة التواجد وليس على التشخيص في نهاية المطاف. وليس من الضروري للعضو المؤمن أو طبيبه معرفة

الحالة أو ماذا كانت عليه وقت إصدار الوثيقة وفي تكوين رأيه، يجب أن يراعي الطبيب الممارس المعين من قبل شركة التأمين الذي يتخذ القرار المعلومات المقدمة من الطبيب المعالج للعضو المؤمن عليه.

القسط: هو المبلغ الذي يجب أن يُدفع بانتظام لتوفير التغطية وللحفاظ على سريان وثيقة التأمين.

الدافع بناء على الأولوية: تعد أي شركة يتم تعريفها في إطار الجدول الزمني للشراكة باعتبارها الطرف الأول مسؤولة مسؤولية كاملة عن المصروفات المستحقة لمستفيد إلى حد معين، يتم تحديده بموجب جداول الشراكة. وتتحمل شركة التأمين المسؤولية التامة عن دفع أي مبلغ عن مصاريف مستحقة تتجاوز هذا الحد.

البرنامج: مزيج من الخطط التي تقدمها شركة التأمين والتي يختارها صاحب الوثيقة في نموذج الطلب.

الدليل على التأمين: عملية تعبئة نموذج الطلب وتقديمه إلى شركة التأمين من أجل القيام بالاكتمال.

المزودون: هو مصطلح عام يُطلق على الأطباء، المستشفيات، العيادات، المراكز الطبية والصيدليات والمختبرات ومراكز العلاج الطبيعي، وغيرها من المؤسسات الطبية المعاونة أو الأشخاص المرخص لهم تقديم خدمات الرعاية الصحية.

التجديد: وهي التغطية الجديدة التي تشملها وثيقة التأمين الجديدة بعد انقضاء المدة السابقة وقبول القسط المحدد عن فترة التأمين الخاصة بوثيقة التأمين الجديدة.

تاريخ التجديد: وهو اليوم (الساعة ١٢:٠٠ منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة الذي يحدث فيه التجديد والذي يتزامن مع تاريخ انتهاء الصلاحية.

المرفق: هو الملحق الفني الذي يشكل جزءاً لا يتجزأ من هذه الوثيقة الأمر الذي يزيد من تحديد تفاصيلها. ويشمل مرفق الوثيقة ومرفق التغطية وجدول المنافع (إن وجد)

نطاق مرفق التغطية: والذي فيه يتم تحديد الخطة/البرنامج المحدد من قبل صاحب الوثيقة نيابةً عن المستفيدين ويظهر كل مجموعة من التعويضات: التغطية، الحدود، الزيادة القابلة للخصم، المشاركة المشتركة وقد يُشار إليه كذلك باسم جدول المنافع.

الرأي الثاني: هو رأي تم الحصول عليها من متخصص آخر في الرعاية الصحية من نفس الدرجة السريرية والتخصص. وقد يكون هذا الرأي قبل أو بعد أداء العلاج الطبي أو إجراء العمليات الجراحية، والذي بموجبه يتم تأكيد التشخيص، الضرورة الطبية و/أو ملائمة علاج معين.

الاسترداد على أساس المدى القصير:

مدة التأمين بالأيام	الاسترداد	مدة التأمين بالأيام	الاسترداد
٠	٩٧,٥ ٪	١٥٠ - ١٧٩	٣٠ ٪
١ - ١٥	٨٥ ٪	١٨٠ - ٢٠٩	٢٥ ٪
١٦ - ٢٩	٧٥ ٪	٢١٠ - ٢٣٩	٢٠ ٪
٣٠ - ٥٩	٥٠ ٪	٢٤٠ - ٢٦٩	١٥ ٪
٦٠ - ٨٩	٤٥ ٪	٢٧٠ - ٢٩٩	١٠ ٪
٩٠ - ١١٩	٤٠ ٪	٣٠٠ +	٠ ٪
١٢٠ - ١٤٩	٣٥ ٪		

ملاحظة إن الاسترداد القصير الأجل أعلاه لا ينطبق على وائاق حزمة المنافع الفردية الأساسية (EBP) والتي يكون الاسترداد فيها على شكل تناسبي.

المرض: انظر المرض.

الزيادة القابلة للخصم: وهي مبلغ من المال مذكور في مرفق نطاق التغطية المنطبق والذي يتحمله صاحب الوثيقة فيما يتعلق بخدمة معينة قيد النظر.

الشروط الفرعية: وهي الشروط الخاصة التي بموجبها يتم تغطية المستفيد بموجب هذه الوثيقة (أي قسط إضافي و/أو أي حدود خاصة و/أو فترة انتظار ناتجة عن التأمين.

يتصرف نيابة عن المستفيدين وذلك في تعبئة أي جزء من طلب وثيقة التأمين هذه فيما يتعلق بالحالات المتعلقة بالصحة والأعراض والتشخيص والحالة) أو أي تفاصيل أخرى (صراحة أو ضمناً).

الاكتتاب: هو عملية التقييم التي تقدم بموجبها شركة التأمين جميع نماذج الطلبات قبل إصدار وثيقة التأمين وأي إقرار تكميلي لاحق ذي صلة يتفق تماماً مع أحكام هذه الوثيقة.

العلاج غير الضروري: هو الخدمة أو العلاج الذي لا ضرورة له من الناحية الطبية.

دليل المستخدم: هو الكتيب أو البروشور المقدم من قبل شركة التأمين إلى صاحب الوثيقة وهو ما يشرح كيفية الاستفادة من هذه التغطية من خلال وثيقة التأمين.

نموذج التأشيرة: وهو النموذج الصادر عن مركز اتصال ميدنت لعناية شركة التأمين أو صاحب الوثيقة أو مزود الشبكة، مؤكداً أحقية المستفيد وضمان السداد المباشر للفواتير الصادرة من مزود الشبكة إلى شركة التأمين وفقاً لنطاق التغطية المطبق بناءً على منح حق الدخول المجاني.

فترة الانتظار: هي الفترة الزمنية بدءاً من تاريخ القيد الأول للمستفيد والتي يكون الاستثناء فيها سارياً في ظل منفعة محددة تشملها هذه الوثيقة.

تاريخ التنازل: هو تاريخ انتهاء فترة الانتظار والتي بعدها يتم إلغاء الاستثناء.

الجراحة: هي أي إجراء غزوي بما في ذلك استخدام الليزر، والتي تهدف إلى تشخيص/علاج المرض أو أي أضرار و/أو تصحيح عيب أو تشوه. وفي هذا الصدد، يتم النظر في الإجراءات التشخيصية الغزوية مثل التنظير والقسطرة (باستثناء جيوب المعدة ومجرى البول والوريد الطرقي و/أو الشرايين)، تصوير الأوعية وكذلك تلف الكلى أو حصى المرارة كجراحة.

جدول المنافع: يصف نطاق التغطية ووسائل سداد المطالبات وهو جزء من العقد.

النطاق المكاني: وهو لبلد (أو مجموعة من البلدان) على النحو الذي يختاره صاحب الوثيقة للسماح للمستفيدين بالحصول على التعويضات المحددة في جدول المنافع.

دولة الحدوث: هي الدولة التي قد تتطلب فيها الحالات الصحية للمستفيد خدمات الرعاية الصحية، وحيث يتم صرف النفقات ذات الصلة.

العلاج: هو مصطلح عام يشمل جميع خدمات الرعاية الصحية المقدمة في إطار هذه الوثيقة بما فيها من مستشفى العلاج والعلاج خارج المستشفى كما يشمل جميع الاستشارات للمرضى في المستشفيات وخدمات العيادات الخارجية والاختبارات التشخيصية والإجراءات ووصف الأدوية، والجراحات الصغرى والعمليات والعلاج الطبيعي والعناية بالأسنان...إلخ.

الحالة المرضية السابقة غير المفصح عنها: وهي الحالات التي لم يفصح عنها المريض أو التي شابهها خطأ من قبل المستفيد و/أو من صاحب الوثيقة وهو

جدول المنافع

المنافع الملحوظة	
البرنامج التأميني	حزمة المنافع الأساسية
حد التعويض السنوي (بما في ذلك أيدفعة مشتركة و/أو خصومات)	١٥٠,٠٠٠/- درهم إماراتي
النطاق الجغرافي للتغطية التأمينية لخدمات الرعاية الصحية الأساسية (العلاج الاختياري)	الإمارات العربية المتحدة + بلد الأصل* * التغطية التأمينية ببلد الأصل واجبة التطبيق فقط في حال كان بلد الأصل يقع داخل أي من الدول المذكورة في القائمة التالية. * سيخضع فقط المريض الداخلي للتغطية التأمينية في بلد الأصل (العلاج الخارجي لا يخضع للتغطية التأمينية). • شمال شرق آسيا: الهند، وبنجلاديش، والفلبين، وباكستان، وبورما، وتايلاند، وفيتنام، وماليزيا، وسيريلانكا، وإندونيسيا، ونيبال، وبوتان.
النطاق الجغرافي للتغطية التأمينية للعلاج الطبي في حالات الطوارئ	الإمارات العربية المتحدة + بلد الأصل* * التغطية التأمينية ببلد الأصل واجبة التطبيق فقط في حال كان بلد الأصل يقع داخل أي من الدول المذكورة في القائمة التالية. * سيخضع فقط العلاج الداخلي للتغطية التأمينية في بلد الأصل (العلاج الخارجي لا يخضع للتغطية التأمينية). • شمال شرق آسيا: الهند، وبنجلاديش، والفلبين، وباكستان، وبورما، وتايلاند، وفيتنام، وماليزيا، وسيريلانكا، وإندونيسيا، ونيبال، وبوتان.
الشبكة المعمول بها	شبكة حزمة المنافع الأساسية يُعمل بها وفقاً لأحدث حزمة للمنافع الأساسية لشركة ميدنت. للمزيد من المعلومات يرجى الاطلاع عليها.
الحالات السابقة والحالات المزمنة	• تخضع حالات التغطية التأمينية لفترة انتظار مدتها ٦ أشهر من أول عضوية في التأمين لدى شركات التأمين المتعاقد معها المذكورة هنا. • في حال تتطور أي حالة سابقة أو حالة مزمنة إلى حالة طارئة خلال فترة الاستثناء ومدتها ٦ أشهر، فيجب تغطية تلك الحالة لحد التغطية الاجمالي السنوي..
تفاصيل الاتصال بميدنت	المؤمن عليه لميدنت/ متلايف: رقم الاتصال المجاني داخل الإمارات: ٨٠٠٤٨٨٢ الرقم الدولي: +٩٧١ ٤ ٢٧٥ ٧٨٠٠ البريد الإلكتروني: customerservice@mednet.com

<p>العلاج الخاص بالمريض الداخلي</p> <p>التغطية التأمينية حتى الحد السنوي المعني للمنافع لكل شخص/لكل عام وثيقة بموجب موافقة مسبقة</p>	
<p>إجراءات الإحالة</p>	<ul style="list-style-type: none"> فيما يتعلق بأعضاء برنامج المنافع الأساسية فلا يوجد أي تكاليف متكبدة من أجل الاستشارة أو الاستشارات أو العلاج الذي يقدمه المتخصصون أو الاستشاريون أو المستشارون دون استشارة المؤمن عليه أولاً لممارس عام (أو ما يكافئه حسبما تحدده هيئة الصحة بدبي) والذي يكون مرخصاً له من قبل هيئة الصحة بدبي أو أي هيئة إماراتية أخرى مختصة تكون واجبة السداد بواسطة شركة التأمين. يقدم المستشار العام إحالته إضافة إلى الأسباب من خلال نظام الإحالات بهيئة الصحة بدبي بشأن المطالبة موضوع الدراسة بواسطة شركة التأمين.
<p>متطلبات الموافقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> الحالات الطبية غير العاجلة (اختيارية) لا تكون الموافقة المسبقة إلزامية. الخدمة الطبية في الحالات الطارئة تكون الموافقة مطلوبة من شركة التأمين في غضون ٢٤ ساعة من دخول مستشفى الشبكة المعتمدة
<p>مسؤولية (نسبة المشاركة في المصروفات) المؤمن عليه وشركة التأمين</p>	<ul style="list-style-type: none"> نسبة ٢٠٪ من نسبة المشاركة في المصروفات واجبة السداد بواسطة المؤمن عليه بحد ٥٠٠ درهم إماراتي واجبة السداد لكل حادث حد إجمالي سنوي بقيمة ١,٠٠٠ درهم إماراتي وإضافة إلى تلك الحدود ستغطي شركة التأمين ١٠٠٪ من العلاج.
<p>درجة العلاج بالمستشفى</p>	<p>غرفة شبه خاصة / غرفة مشتركة</p> <p>* سيتم تلقي خدمات علاج داخلي في غرف ذات سريرين أو أكثر.</p>
<p>الإقامة بالمستشفى والخدمات ذات الصلة</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية</p>
<p>وحدة العناية المركزة وعلاج أمراض الشريان التاجي</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية</p>
<p>أتعاب الاستشاري والجراح وطبيب التخدير</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية</p>
<p>علاجات متعددة تتضمن العلاج الطبيعي والعلاج بالمواد الكيميائية والعلاج بالإشعاع وغير ذلك.</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية</p>
<p>استخدام الأجهزة الطبية بالمستشفى (مثل أجهزة دعم القلب والرئة وغير ذلك)</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية</p>
<p>خدمات النقل البري في دولة الإمارات العربية المتحدة الموفرة بواسطة طرف مصرح به للحالات الطبية الطارئة (خدمات الإسعاف النقل البري)</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية</p>
<p>تكلفة إقامة أي شخص مرافق للطفل المؤمن عليه حتى عمر ١٦ عاماً</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية بحد أقصى ١٠٠ درهم إماراتي في الليلة</p>
<p>تكلفة إقامة شخص مرافق لمريض داخلي في نفس الغرفة في حالات الضرورة الطبية بناء على توصية من الطبيب المعالج وبعد الحصول على موافقة مسبقة من شركة التأمين التي تقدم التغطية التأمينية.</p>	<p>تخضع للتغطية التأمينية بحد أقصى ١٠٠ درهم إماراتي في الليلة</p>
<p>تكاليف عودة الجثمان إلى الوطن نظير نقل رفات الموتى إلى دولة المنشأ.</p>	<p>يخضع للتغطية التأمينية بما يصل إلى مبلغ ٥,٠٠٠/- درهم إماراتي</p>

العلاج الخارجي خدمات الرعاية الصحية الأساسية: في عيادات خارجية مرخصة بالمستشفيات والعيادات والمراكز الصحية		
إجراءات الإحالة	<ul style="list-style-type: none">الرعاية الأولية / الخط الأول للرعاية الأولية بناء على اختيار الممارس العام بالشبكة أو القائم على الشبكة فقط.فيما يتعلق بأعضاء برنامج المنافع الأساسية فلا يوجد أي تكاليف متكبدة من أجل الاستشارة أو الاستشارات أو العلاج الذي يقدمه المتخصصون أو الاستشاريون أو المستشارون دون استشارة المؤمن عليه أولاً لممارس عام (أو ما يكافئه حسبما تحدده هيئة الصحة بدبي) والذي يكون مرخصاً له من قبل هيئة الصحة بدبي أو أي هيئة إماراتية أخرى مختصة تكون واجبة السداد بواسطة شركة التأمين. يقدم المستشار العام إحالته إضافة إلى الأسباب من خلال نظام الإحالات بهيئة الصحة بدبي بشأن المطالبة موضوع الدراسة بواسطة شركة التأمين.	
	دفعه مشتركة ٢٠٪ واجبة السداد بواسطة الشخص المؤمن عليه في كل زيارة	<ul style="list-style-type: none">لا يوجد نسبة مساهمة في المصروفات في حال تمت زيارة المتابعة في غضون سبعة أيام.
الفحص والتشخيص وخدمات العلاج بواسطة ممارس عام مُرخّص ومتخصصين واستشاريين	دفعه مشتركة ٢٠٪ واجبة السداد بواسطة الشخص المؤمن عليه في كل زيارة	
الفحوصات المخبرية وخدمات التشخيص الإشعاعي	<ul style="list-style-type: none">في الحالات الطارئة غير الطبية تكون الموافقة المسبقة مطلوبة لأشعة الرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية والتنظير الداخلي.	
الخدمات	تتطلب الحالات الطارئة الغير طبية موافقة مسبقة لإجراء أشعه تصوير بالرنين و أشعه مقطعية و عمليات تنظير داخلية.	
الأدوية	دفعه مشتركة ٣٠٪ واجبة السداد بواسطة شركة التأمين فيما يتعلق بكل وصفة طبية تكاليف العقاقير والأدوية تخضع للتغطية التأمينية بما يصل إلى حد سنوي قدره ١,٥٠٠ درهم إماراتي (بما يتضمن نسبة المشاركة في المصروفات). * تقتصر على قائمة محددة من المنتجات.	
الخدمات و التطعيمات و الأمصال الوقائية	لحديثي الولادة والأطفال	<ul style="list-style-type: none">التطعيمات و اللقاحات الأساسية لحديثي الولادة و الأطفال وفقاً للسياسات الخاصة بهيئة الصحة بدبي و تحديثاتها (و هي مشابهة في الوقت الراهن بالسياسات المعمول بها لدى وزارة الصحة).المطالبات المغطاة على أساس ارجاع النفقات بحسب التغطية التأمينية المحددة في «شروط تسوية المطالبات» في جدول المنافع هذا
	للبالغين	<ul style="list-style-type: none">مرض السكر:المخاطر العادية: كل ٣ سنوات بداية من عمر ٣٠.للأفراد المعرضين لنسبة عالية من المخاطر بداية من عمر ١٨ عاماً.الخدمات الوقائية التي تلزم بها هيئة الصحة بدبي دورياً
العلاج الطبيعى (مطلوب تصريح مسبق)	دفعه مشتركة ٢٠٪ واجبة السداد بواسطة الشخص المؤمن عليه في كل جلسة	
	<ul style="list-style-type: none">تغطية تأمينية لما يصل إلى ٦ جلسات لكل عضو في السنة	

منافع أخرى كبيرة	
العلاج النهاري	تخضع للتغطية التأمينية
الجراحة الخارجية	تخضع للتغطية التأمينية
التغطية التأمينية لحديثي الولادة	<ul style="list-style-type: none"> • أول ٣٠ يوماً لحديث الولادة اعتباراً من تاريخ الميلاد تخضع للتغطية التأمينية بحسب حد الأمومة. • التصوير بالموجات فوق الصوتية والالتهاب الكبدي ب وفحوصات تصوير حديثي الولادة تخضع للتغطية التأمينية لأول ٣٠ يوماً من تاريخ الميلاد.
الشبكة المعمول بها	شبكة حزمة المنافع الأساسية يُعمل بها وفقاً لأحدث حزمة للمنافع الاساسية لشركة ميدنت -للمزيد من المعلومات يُرجى الاطلاع عليها.
خدمات التشخيص والعلاج لعلاج الأسنان واللثة	تخضع للتغطية التأمينية فقط في الحالات الطبية الطارئة وفقاً لنسبة مشاركة في المصروفات ٢٠٪
مساعات السمع والرؤية وتصحيح البصر من خلال الجراحة والليزر	تخضع للتغطية التأمينية فقط في الحالات الطبية الطارئة وفقاً لنسبة مشاركة في المصروفات ٢٠٪

شروط تسوية المطالبات (ما تدفعه شركة التأمين)			
العلاج الاختياري	الوصول الحر أو بدون نقد (شبكة)	في شبكة حزمة التعويضات الأساسية لشركة ميدنت	<ul style="list-style-type: none"> • ١٠٠٪ من التكاليف الفعلية المغطاة
	التعويض (خارج الشبكة)	في مستشفى حكومي في دولة الإمارات العربية المتحدة	<ul style="list-style-type: none"> • ٨٠٪ من التكاليف الفعلية المغطاة تخضع لنسبة ١٠٠٪ حد أقصى من أسعار الشبكة المعمول بها
		في دولة الإمارات باستثناء المستشفيات الحكومية	<ul style="list-style-type: none"> • لا تخضع للتغطية التأمينية
		التعويض داخل الدول الموطن التي تخضع للتغطية التأمينية (العلاج الداخلي فقط)	<ul style="list-style-type: none"> • ١٠٠٪ من التكاليف الفعلية المغطاة تخضع لنسبة ١٠٠٪ حد أقصى من أسعار الشبكة المعمول بها في دولة الإمارات
علاج الحالات الطارئة داخل النطاق الجغرافي للتغطية التأمينية	الوصول الحر (شبكة)		<ul style="list-style-type: none"> • ١٠٠٪ من التكاليف الفعلية المغطاة
	التعويض (غير المرتبطة بالشبكة داخل دولة الإمارات)		<ul style="list-style-type: none"> • ١٠٠٪ من التكاليف الفعلية المغطاة تخضع لنسبة ١٠٠٪ حد أقصى من أسعار الشبكة المعمول بها

منافع الأمومة و التوليد					
<div><ul style="list-style-type: none">• دفعة مشتركة ١٠% واجبة السداد بواسطة الشخص المؤمن عليه• ٨ زيارات إلى بي إتش سي<p>تتضمن الزيارات المراجعات والفحوصات والاختبارات وفقاً لبروتوكولات رعاية ما قبل الولادة الصادرة عن هيئة الصحة بدبي</p><p>جميع خدمات الرعاية المقدمة بواسطة طبيب الولادة للرعاية الصحية الأولية لعملية الولادة منخفضة المخاطر أو التي تتم بواسطة طبيب ولادة متخصص للإحالات عالية المخاطر</p><p>تتضمن الأبحاث الأولية:</p><ul style="list-style-type: none">• صورة دم كاملة والصفائح الدموية• فصيلة الدم، الأجسام المضادة ومضاعفات الحمل• الأمراض المنقولة عبر الممارسة الجنسية• تحليل البول• مصل الحصبة الألمانية• مرض نقص المناعة• تحليل سكري عشوائي، تحليل سكري صائم، والسكري الوراثي<p>وإضافة إلى ما سبق، فإن الفحوصات التالية تخضع للتغطية التأمينية لحالات الحمل عالية المخاطر فقط:</p><ul style="list-style-type: none">• اختبار تحمل السكر في حال كانت المخاطر مرتفعة• الالتهاب الكبدي ج<p>تخطيط الصدى: ٣ فحوصات بالموجات فوق الصوتية قبل الولادة</p></div>	<div>خدمات ما قبل الولادة لمريضات العيادات الخارجية</div> <div>تتطلب موافقة مسبقة من شركة التأمين</div>	<div>خدمات الأمومة والتوليد</div> <div>* عندما تتطور أي حالة إلى حالة طارئة فإن المصروفات الضرورية طبياً يتم تغطيتها تأمينياً حتى الحد الإجمالي السنوي</div>			
<div><ul style="list-style-type: none">• دفعة مشتركة ١٠% واجبة السداد بواسطة الشخص المؤمن عليه• ٧,٠٠٠/- درهم إماراتي للولادة الطبيعية أو ١٠,٠٠٠/- درهم إماراتي للولادة القيصرية الضرورية طبياً والمضاعفات والإنهاء للضرورة الطبية.</div>	<div>موافقة مسبقة من شركة التأمين أو في غضون ٢٤ ساعة من علاج الحالة الطارئة.</div>	<div>خدمات الأمومة والتوليد بالعيادة الداخلية</div>			
<div><ul style="list-style-type: none">• التغطية التأمينية لمدة ٣٠ يوماً من تاريخ الولادة.• لقاح السل، والالتهاب الكبدي ب والفحوصات التالية لحديثي الولادة تخضع للتغطية التأمينية:<p>قصور الغدة الدرقية الخلقي، قصور أيض الأحماض الأمينية، تحليل الأنيميا المنجلية، التضخم الخلقي للغدة الكظرية</p></div>	<div>التغطية التأمينية لحديثي الولادة</div>				

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، و تساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة. تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتنبواً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة الى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com