

بوبا
منشآت



Bupa Munshaat

بوبا منشآت

Healthcare Proposal &
Agreement

عرض سعر وإتفاقية
تأمين صحي

Qimam Association For Youth

جمعية قمم الشبابية

Date: 15/12/2024 G

التاريخ: 15/12/2024 م

Preamble:

Based on the laws in force in the Kingdom of Saudi Arabia that governed the work of the insurance companies licensed by the Insurance Authority (IA) and the Council of Cooperation Health Insurance and on the basis of the clauses which constitute this Insurance Policy and which are in no way indivisible, the following parties have agreed on the following:

1) Bupa Arabia for Cooperative Insurance CR No. 4030178881, National Address (3538 Nur Al Ihsan – Al Khalidiyah, Unit No.2 , Jeddah 23423 - 7505, Kingdom of Saudi Arabia.) *hereinafter* referred to as the “Bupa Arabia and/or the Company”

2) Qimam Association For Youth CR No. 4030392242, National Address(7859 Ash Sharafiyah Dist. - Madinah Road, Jeddah 22234 - 4542,) *hereinafter* referred to as the “Policyholder and/ or Client” and the dependent referred to as the “insured/s and/or Member/s)

Insurance Policy Duration: Twelve (12) Gregorian months.

Insurance Policy inception date: 25/12/2024

Insurance Policy end date: 24/12/2025

Members Number: 21

The Insurance Policy is constructed of the following:

Chapter One: Pricing of Insurance Premium Terms and Conditions

Chapter Two: The Terms and conditions of the cooperative health insurance policy

Appendix No. (1): Table of Benefit and reimbursements.

Appendix No. (2): Enrolment, Cancellation and Termination.

Appendix No. (3): Payments and Membership Cards.

Appendix No. (4): Fraud, Abuse and Misinformation.

Appendix No. (5): General Conditions.

Appendix No. (6): Terms and Condition use of Bupa Arabia's website.

Appendix No. (7): Health Services Provider Network.

المقدمة :

إستناداً على القوانين المرعية في المملكة العربية السعودية والتي تنظم عمل شركات التأمين المرخص لها من قبل هيئة التأمين ومجلس الضمان الصحي، وإستناداً على البنود التي تشكل هذه وثيقة التأمين والتي لا تتجزأ بأي حال من الأحوال، اتفق الطرفان التالي اسمائهم بأهليتهما المعتمدة شرعاً ونظاماً على الآتي:

1) شركة بوبا العربية للتأمين التعاوني سجل تجاري رقم 4030178881 العنوان الوطني (3538 نور الأحسان - الخالدية ، وحده رقم2 جده 23423 - 7505 ، المملكة العربية السعودية) ويشار إليها في هذه وثيقة التأمين بـ "بوبا العربية أو/ و الشركة"

2) جمعية قمم الشبابية سجل تجاري رقم 4030392242 ، العنوان الوطني(7859 حي الشرفية - طريق المدينة المنورة ، حدة4542-22234) ، ويشار اليه في هذه الوثيقة بـ " حامل الوثيقة أو/ و العميل " ويتم الاشارة الى الاشخاص التابعين لحامل الوثيقة "بالمؤمن لهم و /أو العضو"

مدة وثيقة التأمين: إثنا عشر (12) شهراً ميلادياً.

تاريخ بداية وثيقة التأمين: 25/12/2024

تاريخ نهاية وثيقة التأمين: 24/12/2025

عدد الأعضاء: 21

وتشتمل وثيقة التأمين على الفصول والملاحق الآتية:

الفصل الأول: الشروط والأحكام الواردة على تسعير الاقساط التامينية

الفصل الثاني: الاحكام و الشروط الخاصة بوثيقة الضمان الصحي التعاوني

الملحق رقم (1) : جدول المنافع والتعويضات.

الملحق رقم (2) : التسجيل و اللغاء و إنتهاء التعاقد.

الملحق رقم (3) : الدفعات و اشتراطات بطاقات العضوية.

الملحق رقم (4) : الاحتيال و إساءة الاستخدام و التضييل.

الملحق رقم (5) : أحكام عامة.

الملحق رقم (6) : شروط و أحكام استخدام الموقع الالكتروني لبوبا العربية

الملحق رقم (7) : شبكة مقدمي الخدمة الطبية.

Chapter One : Pricing of Insurance Premium Terms and Conditions

The following terms and conditions apply to the pricing of insurance premiums and form an integral part of the insurance Policy in all its chapters and appendices:

الفصل الأول: الشروط والأحكام الواردة على تسعير الاقساط التامينية.

تطبق الشروط والأحكام التالية الخاصة بتسعير الاقساط التامينية وتشكل جزءاً لا يتجزأ من إتفاقية التأمين بكامل فصولها وملاحقها:

1. The validity of the price shall be **five days** from the date set above in the Preamble. If the Client agrees on the price, the Insurance Policy shall be signed and shall be sent to Bupa Arabia, if the Client fail to commit with the validity period the price shall be void and Bupa Arabia has the right to change the prices.

2. without prejudice to Clause (1) above, the price above is conditional for payment only when required documents below is provided and accepted, Bupa Arabia entitles to change it from time to time, required documents includes- but not limited to:-

- Completed Medical Declaration Form for all members.
- Copy of the Commercial Registration and/or (any document that show the legal entity of the organization).
- Copy of authorized personals ID and/ or the owner.
- Completed Customer Information form (KYC form).

Client acknowledge and confirm that all required documents are correct and completed, Bupa Arabia has the right to request further document from the client from time to time when necessary.

3. Without prejudice to the provisions of **Article (51)** of the Executive Regulation by CCHI, the agreed price contains the completion of the required documents aforementioned in clause (2), and if it's not provided and the insurance premium is paid, that shall not consist an activation of the Insurance Policy.

4. The Insurance Policy shall be activated according to the date of commencement of the Insurance Policy referred to in preamble and if the date of commencement of the Insurance Policy has been changed, the price will be recalculated based on that.

5. If the proposed price was issued for a renewal insurance policy, the client acknowledge that the price calculation is based on the provided information and/or documents by the Client and/or available to Bupa Arabia, and in case that any claim/s and/or members addition which affect price calculation occurred after the date of the price of this Insurance Policy, Bupa Arabia has the right to recalculate the price prior to the commencement day of the renewed Insurance Policy.

6. If the premium is paid and the required documents aforementioned in clause (2) are not provided or not accepted, Bupa Arabia- *upon its own discretion*- has the right to return the premium amount to the client, and the price for Insurance Policy is deemed to be void. Bupa Arabia may postponed or extend the validity period if the Client shows a cooperation to provide the required documents.

7. Customers who are in an existing relationship and who wish to extend Bupa Arabia's medical insurance services will be subject to the policy of distributing excess insurance operations if the conditions are met, under **caluse 9 of Appendix 5** by providing Bupa Arabia with the client's bank account.

1. فترة صلاحية السعر **خمس أيام** من التاريخ المحدد في المقدمة، في حال وافق العميل على السعر يتم توقيع وثيقة التأمين وإرسال نسخة موقعة إلى بوبا العربية للعمل بموجبها خلال المدة المشار إليها في عرض الأسعار، وفي حال لم يلتزم العميل بالمدة المشار إليها في عرض الاسعار يعتبر السعر لاغي، ويحق لبوبا العربية تغيير السعر.

2. دون الاخلال بالبند رقم (1)، يعتبر السعر أعلاه مشروطاً للدفع بتوفير وقبول بوبا العربية المستندات المطلوبة أدناه، ويحق لبوبا العربية تغييرها من وقت لآخر و تشمل المعلومات الاساسية على سبيل المثال لا الحصر:

(أ) تعبئة نموذج الإفصاح الطبي من قبل جميع المنسوبين.

(ب) صورة السجل التجاري و/أوالمستند النظامي للكيان القانوني للمنشأة

(ج) صورة من هوية المفوض أو / و المالك .

(د) تعبئة نموذج بيانات العميل (نموذج إعرف عميلك).
يقر و يؤكد العميل ان جميع المستندات المطلوبة اعلاه صحيحة مكتملة الشروط و يحق لبوبا العربية من وقت لآخر أن تطلب من العميل أي مستندات أخرى تراها ضرورية.

3. دون الاخلال بأحكام **المادة (51)** من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، يشتمل السعر المتفق عليه على توفير المستندات المطلوبة الواردة في البند (2) اعلاه، و في حال لم يتم توفيرها وتم دفع القسط التأميني فلا يعد ذلك سريان لمفعول وثيقة التأمين "الوثيقة".

4. يتم تفعيل وثيقة التأمين "الوثيقة" حسب تاريخ بداية وثيقة التأمين المشار اليه في المقدمة وفي حال تم تغيير تاريخ بداية وثيقة التأمين سيتم اعادة احتساب السعر بناءً على ذلك.

5. إذا كان السعر لتجديد علاقة قائمة، فإن العميل يؤكد ان احتساب السعر في العرض كان بناءً على المعلومات المقدمة منه أو/و المتوفرة لدى بوبا العربية حتى تاريخ هذا العرض والتي تدخل في احتساب السعر، وفي حال ورود أي مطالبة مؤثرة أو/و إضافات للأعضاء بعد تاريخ التسعير في وثيقة التأمين هذه فيعتبر التسعير لاغياً وبشكل فوري و يحق لبوبا العربية إعادة احتساب السعر قبل بداية وثيقة التأمين المجددة.

6. في حال تم سداد مبلغ الاشتراك دون إستكمال المستندات المطلوبة الواردة في البند (2) أو عدم قبول بوبا العربية، يحق لبوبا العربية -بناءً على تقديرها الخاص-إعادة مبلغ الاشتراك و اعتبار السعر لوثيقة التأمين لاغي و يجوز لبوبا العربية إيقاف أو تمديد فترة عرض السعر في حال ابدى العميل تعاوناً ملموساً في تزويد بوبا العربية المستندات المطلوبة.

7. للعملاء الذين هم في علاقة قائمة و يرغبون في تمديد خدمات التأمين الطبي لدى بوبا العربية، ستطبق عليهم سياسة توزيع فائض عمليات التأمين في حال انطبقت الشروط وذلك بموجب **المادة 9 في الملحق رقم 5** وذلك بتزويد بوبا العربية بحساب العميل البنكي.

8. The agreed installments shall be paid after signing of this Insurance Policy as follows:

8. يتم سداد الاقساط المتفق عليها بعد توقيع وثيقة التأمين على الشكل الاتي:

طريقة احتساب الاقساط Payment Method Calculation	قيمة القسط بالريال السعودي Payment Amount SAR	تاريخ القسط Payment Date
100 %	81,978.90	25/12/2024

البرنامج Scheme	عدد الاعضاء Member Count	متوسط القسط بالريال السعودي Premium Ave. SAR	اجمالي القسط بالريال السعودي Total Premium SAR
Classic 4.1	7	3,336.00	23,352.00
Essential 3.1	9	1,715.33	15,438.00
Premium 2.1	5	6,499.20	32,496.00
مجموع عدد الاعضاء Total Member	21	3,394.57	71,286.00
ضريبة القيمة المضافة / VAT		10,692.90	
المجموع العام / Grand Total		81,978.90	

9. Without prejudice to clause(2) and (7), the Client will pay the agreed premium to Bupa Arabia account in order to activate the Insurance Policy and provide Bupa Arabia A copy of deposit slips to Bupa Arabia's Bank Account below:

9. دون الاخلال بالبند (2) و (7)، يقوم العميل بدفع القسط المتفق عليه الى حساب بوبا العربية حتى يتم تفعيل وثيقة التأمين وتزويد بوبا العربية صورته من إيصال إيداع مبلغ الاشتراك على حساب بوبا العربية الموضح أدناه:

SABB Bank	
IBAN Number:	SA 6445 000 000 021702022012
SADAD Reference:	3512620

10. The Policyholder acknowledges and agrees to all the terms and conditions of this Insurance Policy, including (Chapter One, Chapter Two, and all Appendixes). The parties hereby accept and duly sign.

10. يقر حامل الوثيقة بعلمة و موافقته على كافة الشروط و الاحكام في هذه الاتفاقية بما فيها (الفصل الأول و الفصل الثاني و الملاحق جميعها) و على ذلك يوافق و يوقع الطرفين أدناه بأهليتهما المعتبرة شرعاً و نظاماً.

The Client's Signature & Stamp
توقيع و ختم العميل

Bupa Arabia's Signature & Stamp
توقيع و ختم بوبا العربية

Chapter Two: The Terms and conditions of the cooperative health insurance policy approved by Ministerial Decision No. 3/18/1R and dated 12/05/1439 H.

Section One: Definitions

For purposes of this insurance, the following terms, phrases and expressions, wherever mentioned in the policy or its endorsement or attachments, shall be construed as follows:

- 1. Insurance:** Proof of insurance coverage under the policy with its schedule, annexes or endorsements.
- 2. Insurance Term:** The period stated in the policy schedule during which the insurance is valid.
- 3. Grace Period:** the number of days during which the policy remains valid in case of non-payment of the total contribution shown in the Insurance Policy.
- 4. Inception Date:** the date shown in the policy schedule on which insurance coverage commences.
- 5. Effective Date:** the date chosen by the policyholder and approved by the Company to start covering a beneficiary under this policy or to add a beneficiary or delete him from the policy.
- 6. Benefit:** the costs of providing health services included in the insurance coverage within the limits shown in the policy schedule.
- 7. Insurance Coverage:** the basic health benefits granted to the beneficiary as described in the insurance policy attached to this schedule.
- 8. Limit of Coverage:** the maximum limit of the Company's liability as shown in the policy schedule in respect to any beneficiary and before applying the coinsurance/ deductible.
- 9. The parties to the insurance relationship:** Policyholders, health insurance companies, TPA and service providers.
- 10. Company:** a cooperative insurance company licensed by Insurance Authority (IA) to operate in the Kingdom of Saudi Arabia, and qualified by the Council to practice cooperative health insurance.
- 11. Policyholder:** the natural or corporate person in whose name the policy is issued.
- 12. Beneficiary (Insured person):** the person (policyholder or dependent) included under the scheme and listed in the list of beneficiaries attached to this policy.
- 13. Employer:** A natural or corporate person employing one or more employees.
- 14. Employee:** Any natural person who works for the benefit of an employer under his direction or supervision for a salary, even if he is away from the employer sight.
- 15. Dependent:** Husband or wife, male children up to age 25 and unmarried daughters.

الفصل الثاني : الاحكام و الشروط الخاصة بوثيقة الضمان الصحي التعاوني و المعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (3/18/1) و تاريخ 12/05/1439 هـ

القسم الأول - التعريفات

يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها أينما وردت في هذه الوثيقة أو ملاحقها أو مرفقاتها، وفقاً للتعريفات الواردة أدناه:

- 1. التأمين الصحي:** البينة الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.
- 2. مدة التأمين:** المدة المبينة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.
- 3. مدة سريان المفعول:** عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الإشتراك المبين في جدول الوثيقة.
- 4. تاريخ الابتداء:** التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبدأ عنده التغطية التأمينية.
- 5. تاريخ النفاذ:** التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه الشركة لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن له في الوثيقة.
- 6. المنفعة:** نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
- 7. التغطية التأمينية:** المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة في هذه الوثيقة.
- 8. حدود التغطية:** الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن له وذلك قبل تطبيق نسبة التحمل.
- 9. أطراف العلاقة التأمينية:** حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي TPA ومقدمو الخدمة.
- 10. شركة التأمين:** شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة من قبل هيئة التأمين والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
- 11. حامل الوثيقة:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- 12. المؤمن له (المستفيد):** (هو الشخص الطبيعي) أو الأشخاص الطبيعيين (الذي تقررت التغطية لصالحه بموجب الوثيقة).
- 13. صاحب العمل:** كل شخص طبيعي أو اعتباري يشغل عاملاً أو أكثر مقابل أجر وفقاً لنظام العمل.
- 14. العامل:** كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.
- 15. المَعَال:** الزوج أو الزوجة والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات.

16. Service Provider: the government/non-government medical facility approved and licensed under applicable law to provide medical services in the Kingdom, such as hospital, diagnostic center, clinic, pharmacy, laboratory, physiotherapy or radiotherapy center.

17. Preferred Provider Network (PPN): A group of healthcare service providers accredited by the Council and designated by the insurance company to provide healthcare to the insured and bill the insurance company directly whenever an insured individual presents a valid insurance card, provided that said network includes the following levels of healthcare services:

- (a) First Level (Primary healthcare).
- (b) Second Level (General hospitals).
- (c) Third Level (Specialized or referral hospitals).

Other supplementary healthcare centers (such as: same-day surgery centers, pharmacies, physiotherapy.)

18. Hospital: A health facility approved by the Council and acceptable to the policyholder and the company and licensed under applicable laws to operate as a hospital and to provide health services for which compensation may be claimed under the policy. The term "hospital" as used in the policy shall not include hotels, lodging houses, guest houses, rest houses, sanatoriums, convalescence homes, quarantine, nursing homes, mental institutions or any place used primarily to shelter and treat drug addicts or alcoholics.

19. Licensed Physician: a medical practitioner having received his qualification and officially licensed to practice medicine and is accepted by the policyholder and the Company to provide treatment for which compensation might be claimed under this policy.

20. Primary Care: Health services provided by medical teams under the supervision of qualified practitioners so that these services are comprehensive, continuous, coordinated and based on Value-Based Healthcare. Primary Care ranges from counseling and prevention to the treatment of organic and psychological disease for all ages and categories of Beneficiaries, maternity care, child health, rehabilitation, palliative care, urgent care services, chronic diseases care, population health, and others as needed to serve beneficiaries registered with primary care providers and under approved medical best practices.

21. Disease: a sickness or illness that occurs to the beneficiary and necessitates medical treatment by a licensed physician before and during the period of insurance.

22. Accident: a sudden injury or a sudden and unforeseen event occurring during the period of insurance.

23. Traffic Accident: Any accident that results in serious or light damage or total material loss to property inadvertently due to the use of the vehicle while in motion.

24. Vehicle: Every means of transport on wheels or track and are driven or carried by automatic or animal force including any mechanical or electric vehicle whether it is a car or bus, private or public.

16. مقدم الخدمة : المرفق الصحي (الحكومي/غير الحكومي) المصرح له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.

17. شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة : مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحدد من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة للمؤمن له ويتم ذلك بالقيود مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الخدمات الصحية التالية:

- (أ) المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية)
- (ب) المستوى الثاني (المستشفيات العامة)
- (ج) المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية)

مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات)

18. المستشفى : مرفق صحي معتمد من المجلس، ومقبول من حامل الوثيقة والشركة ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم الخدمات الصحية التي قد يطلب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة. إن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور المنامة أو الضيافة أو الاستراحات أو دور النفاضة أو المصحات أو أماكن رعاية الأشخاص المُتحقّق عليهم أو مأوى كبار السن أو المضطربين عقلياً أو أي مكان يُستخدم أساساً لإيواء ومعالجة مدمني المخدرات أو الكحول.

19. الطبيب المرخص : مُزاوّل مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل العلمي المناسب والمرخص له بمزاولة مهنة الطب من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ويكون مؤهلاً ومقبولاً من حامل الوثيقة والشركة لتقديم المعالجة التي يمكن المطالبة بالتعويض عن تكاليفها المادية بموجب هذه الوثيقة.

20. الرعاية الأولية: الخدمات الصحية التي تُقدم من قبل فرق طبية تحت إشراف ممارسين مؤهلين بحيث تكون هذه الخدمات شاملة، مستمرة، منسقة ومبنية على أساس الرعاية الحكيمة. تتراوح الرعاية الأولية بين الإرشاد والوقاية إلى علاج الأمراض العضوية والنفسية لجميع الأعمار والفئات من المستفيدين، بالإضافة إلى خدمات رعاية الأمومة وصحة الطفل وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية وخدمات الرعاية العاجلة ورعاية الأمراض المزمنة والصحة السكانية وغيرها بحسب احتياج المستفيدين المسجلين لدى مقدمي خدمة الرعاية الأولية ووفقاً لأفضل الممارسات الطبية المعتمدة

21. العلة: المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص قبل وخلال مدة التأمين.

22. الحادث : الذي يحدث فجأة وليس من المتوقع في مسار الحياة العامة خلال مدة التأمين.

23. حادث السير: كل حادث ينتج عنه اضرار جسيمة، أو خفيفة، أو خسائر مادية جزئية، أو كلية في الممتلكات دون قصد؛ جراء استخدام المركبة وهي في حالة حركة، كما هو منصوص عليه في الأنظمة المختصة وذات العلاقة.

24. المركبة: كل وسيلة من وسائل النقل التي أعدت للسير على عجلات أو جنزير، وتسير أو تجر بقوة آلية أو حيوانية، بما في ذلك أي مركبة ميكانيكية أو كهربائية سواء كانت سيارة أو حافلة، خاصة أو عامة.

25. Employment "Occupational" Injury: Any accident suffered by the beneficiary during performance or because of his work. Or in his way for his dwelling to his workplace and back, or on his way from his workplace to the place where he usually takes his meal or gives his prayer and back. Or the disease established to be caused by work. The occupational disease duly determined in accordance with the occupational diseases schedule, considering the date on which the injury is sustained.

26. Personal Risks: Any act or practice performed by a person that is recognized as a risky activity if it carries a risk of illness or accident or is expected to cause complications of a previous illness or injury that are a result of actions not associated with the work if the insured or regular daily practices such as: dangerous sports (Judo, Boxing, Karate, Wrestling, combat sports), motor, boat and motorcycle racing, paragliding, parachuting.

27. Emergency: Urgent medical treatment required by the medical condition of the insured as result of an accident or a case requiring prompt medical attention, depending on the following levels of urgent medical care (1- Resuscitation, 2- Emergency, 3- Urgent condition that may be resulting in death, loss of one that may resulting in the death, loss of one or more organs, or the occurrence of an accidental or permanent disability situation), as described by the Private Health Institutions Law and Regulations approved by the Ministry of Health, which determines how to dispatch emergency cases.

28. Outpatient Treatment: The beneficiary's visits outpatient clinics for diagnosis or medical treatment.

29. Same-Day Surgery or Treatment: A surgery or treatment that necessarily requires prior preparation for admission to a treatment center for a day but does not require hospitalization until the next day. Note that its coding and pricing are according to the hospital's admission criteria.

30. Inpatient (Hospital Admission): Registration of the insured person as a hospitalized patient in the hospital until at least the next morning, including a patient who is admitted with the intention to be hospitalized who leaves hospital for any reason without staying overnight.

31. Long-Term Care: A variety of services that include medical and non-medical care provided to people who are unable to perform activities that are essential to daily living; for people suffering from a chronic illness or disability, or cannot care for themselves. Long-term care focuses on individual and coordinated services that promote independence, improve patients' quality of life, and meet patients' needs over an extended period of time.

32. Telemedicine: Using electronic information and communication technology means to provide diagnostic, screening, and medical examination services to the patient, including for example, telemedicine and health using smartphones (Health Mobile). Other forms of telemedicine include (teleconsultation, tele-expert consultation, remote assistance and second opinions).

25. إصابة "حادث" العمل: الحادث الذي يقع للمؤمن له بسبب العمل أو أثناءه أو بسبب تنقلاته من السكن إلى العمل والعودة منه أو نتيجة قيامه بمهمة عمل أو أثناء ذهابه لتناول طعامه أو تأدية صلاته أو الأمراض التي يثبت أن سببها العمل. كما يعد تاريخ أول تشخيص طبي للمرض في حكم تاريخ الإصابة.

26. الأخطار الشخصية: أي فعل أو ممارسة يقوم بها الشخص والمتعارف عليها كمنشاط خطر ومنطوي على أخطار التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن يسبب مضاعفات لمرض أو إصابة سابقة وتكون نتيجة لأعمال غير مرتبطة بأعمال المؤمن له أو الممارسات اليومية الاعتيادية، مثل: الرياضات الخطرة (الجودو، الملاكمة، الكاراتيه، المصارعة، الرياضات القتالية)، سباقات السيارات والقوارب والدراجات النارية، الطيران الشراعي، القفز المظلي وتسلق الجبال.

27. الحالة الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع، وذلك حسب المستويات التالية من مستويات فرز الرعاية الطبية العاجلة (1- الإنعاش، 2- الطوارئ، 3- الحالة العاجلة التي من الممكن أن تؤدي إلى فقدان الحياة، أو فقدان عضو، أو أكثر، أو حدوث حالة إعاقة عارضة أو مستديمة) كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد كيفية فرز الحالات الطارئة.

28. المعالجة في العيادات الخارجية: زيارة المستفيد للعيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علة.

29. جراحة أو معالجة اليوم الواحد: الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للدخول في مركز معالجة ليوم واحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي. علمًا بأن ترميزها وتسعيرها يكون وفقًا للآلية المتبعة لدى المستشفى للتنويم.

30. التنويم في المستشفى: تسجيل الشخص المؤمن له كمرضى مُنَوِّم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي على الأقل بما في ذلك المريض الذي يتم قبوله بهذه النية ويغادر المستشفى لأي سبب دون المبيت.

31. الرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة): مجموعة متنوعة من الخدمات التي تشمل الرعاية الطبية وغير الطبية المقدمة للأشخاص غير القادرين على أداء الأنشطة الأساسية للعيش اليومي للأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن أو إعاقة، أو لا يستطيعون رعاية أنفسهم لفترات طويلة. تركز الرعاية طويلة الأجل على الخدمات الفردية والمنسقة التي تعزز الاستقلال، وتحسين جودة حياة المرضى، وتلبية احتياجات المرضى على مدى فترة زمنية طويلة.

32. الرعاية الصحية عن بُعد (الطب الاتصالي): استخدام وسائل تقنية المعلومات والاتصالات الإلكترونية لتقديم خدمات التشخيص والفحص والمعاينة الطبية للمريض وتشمل - على سبيل المثال لا الحصر - الرعاية الصحية عن بُعد والصحة باستخدام الهواتف الذكية، كما تعتبر من صور الطب الاتصالي (الاستشارة عن بُعد، استشارة خبير عن بُعد، المساعدة عن بُعد، رأي طبي لآخر).

33. Alternative Medicine (Complementary): A variety of healthcare systems, practices and products that are not part or extension of modern medical practice. Complementary medicine is used in conjunction with modern medicine, while alternative medicine is not used with modern medicine at the same time. Examples, include but are not limited to, herbal treatment, cupping, Chinese medicine, hypnosis, osteopathy, chiropractic, acupuncture, as well as a host of other practices.

34. Health: A state of complete physical, mental, and social health, not just lack of illness or disability.

35. Allergies: An individual's sensitivity, in particular, to certain types of food, medicine, weather, pollen or any other pollutants of plants, insects, animals, minerals, elements or other substances, where the individual suffers physical reactions caused by direct or indirect contact with those substances, which it causes conditions such as asthma, indigestion, itching, hay fever, eczema, and headache.

36. Congenital Deformity: the functional, chemical or bodily defect usually existing before birth whether hereditary or resulting from environmental factors.

37. Pregnancy and Delivery: any pregnancy and/or delivery, including natural delivery, Caesarean and abortion.

38. Premature Newborn: A baby born before the 37th week of pregnancy (three weeks before the birthdate).

39. Psychological Cases: A disorder of thinking, mood, perception, memory, or mental abilities, some, or all of them.

40. Disability Cases: Disability means a complete or partial deficiency, permanently or for a long period of life, in one of the physical, sensory, mental, communicative, educational or psychological abilities, and causes the inability to meet the requirements of normal life by the disabled person and his/her dependence on others to meet the requirements of a normal life, or his/her need for a special equipment that requires special training or qualification to use.

41. Vision Correction Procedures: Intervention to improve vision and have no effect to prevent vision loss such as LASIK, lenses, and eyeglasses.

42. Functional Vision Correction Procedures: Necessary procedures to prevent vision loss. For example, strabismus and amblyopia procedures for children under 14 years of age, and keratoconus, cataract, glaucoma for all age groups.

43. Human Organ: Any part of the human body (dead or alive), its tissues or any of its components, which can be used by transplanting them into another human body, with the exception of blood.

33. الطب البديل (التكميلي): مجموعة طبية متنوعة من أنظمة الرعاية الصحية والممارسات والمنتجات التي لا تعتبر جزءًا أو امتدادًا للممارسة الطبية الحديثة. ويستعمل الطب التكميلي جنبًا إلى جنب مع الطب الحديث، بينما لا يكون هناك استعمال للطب البديل مع الطب الحديث في آن واحد. وعلى سبيل المثال لا الحصر العلاج بالأعشاب، الحجامة، والطب الصيني، التنويم المغناطيسي، تقويم العظام (Osteopathy)، تقويم العمود الفقري (Chiropractic)، الوخز الإبري، بالإضافة إلى مجموعة من الممارسات الأخرى.

34. الصحة: حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

35. الحساسية: تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، الدواء، الطقس، غبار الطلع أو أية محدثات أخرى من النباتات، الحشرات، الحيوانات، المعادن، العناصر أو المواد الأخرى، حيث يعاني الفرد ردود فعل بدنية يسببها الاتصال المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكة، حمى القش، الأكزيما، الصداع.

36. التشوّه الخلقي: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجودًا عادة قبل الولادة سواءً بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي.

37. الحمل والولادة: أية حالة حمل أو ولادة ويشمل ذلك الولادة الطبيعية والقيصرية والإجهاض.

38. الطفل الخديج (المتسر): الطفل المولود قبل الأسبوع 37 (قبل ثلاثة أسابيع من تاريخ الولادة).

39. الحالات النفسية: اضطراب في التفكير، أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها.

40. حالات الإعاقة: الإعاقة تعني الإصابة بقصور كلي أو جزئي بشكل دائم أو لفترة طويلة من العمر في إحدى القدرات الجسمانية، أو الحسية أو العقلية أو التواصلية أو التعليمية أو النفسية، وتتسبب في عدم إمكانية تلبية متطلبات الحياة العادية من قبل الشخص المعاق واعتماده على غيره في تلبية احتياجاته، أو احتياجه لأداة خاصة تتطلب تدريبًا أو تأهيلًا خاصًا لاستخدامها.

41. إجراءات تصحيح النظر: إجراءات لتحسين مستوى الإبصار مثل تشطيب القرنية والعدسات والنظارات الطبية والتي ليس لها أثر لمنع فقدان الإبصار.

42. إجراءات تصحيح النظر الوظيفي: هي إجراءات علاج العين الضرورية لمنع فقد البصر على سبيل المثال عمليات الجول والغمش "Amblyopia" للأطفال دون سن 14 سنة، الماء الأزرق والماء الأبيض والقرنية المخروطية "Keratoconus, cataract, glaucoma" لجميع الأعمار.

43. العضو البشري: هو أي جزء من أجزاء جسم الإنسان (المتوفى أو الحي) أو أنسجته أو أي من مكوناته، والتي يمكن الانتفاع منها بزراعتها في جسم إنسان آخر، ويستثنى من ذلك الدم.

44. Transplant of Human Organ: A medical operation by which the human organ -or part of it- is removed from the donor's body and implanted in the patient's body, by any approved medical means.

45. Rehabilitation: An essential part of comprehensive health care and its applications to return a person suffering from an occasional or persistent weakness, deficiency, or temporary defect to the best level of performance in his/her life.

46. Corrective Dentistry: Any of the following medical procedure that include 1. Preventive services (dental consultations, annual examination of teeth and assessment of their problems, cleaning each beneficiary once a year (including fluoride), 2. Treating procedures include (filing, periodontal treatment, teeth extract).

47. Reconstructive Surgery: Reconstructive plastic surgery that is performed to correct defects, abnormalities or injuries caused by an accident, infection, tumor, or disease.

48. Innovative "Brand" Name: Products that contain a new effective substance that are being marketed under a brand name by the innovative company.

49. Generic Medication or Treatment: A product equivalent to the innovative product in pharmaceutical form, concentration, method of administration, quality, effectiveness, and therapeutic claim.

50. Premium (Subscription): The amount paid by the Policyholder to the insurance company coverage provided by the policy during the insurance term.

51. Deductible (Co-Payment): Amount, if any, payable by the beneficiary upon receiving outpatient treatment as specified in the policy schedule, excluding emergencies and inpatient treatment.

52. Basis of Direct Registry or At the Expense of the Insurance Company: Non-payment facilitation for insured persons with service providers appointed by the insurance company whereby all such expenses are charged directly to the account of the insurance company.

53. Allowance Compensation Basis: The method used to compensate Policyholder for the compensable expenses borne by the insured and for which the insured submits a claim, after applying the deductible.

54. Reimbursable Expenses: Actual expenses incurred in exchange for services, materials and equipment that are not exempted under Section Three of the insurance agreement, provided that these services are prescribed by a licensed physician due to an ailment suffered by the insured, provided that such expenses are necessary, reasonable and customary at the time and place in which they are made based on the best accredited medical practices.

55. Claim: A request submitted to the insurance company or its representative from a service provider, the Insured, or the Policyholder, for the purpose of reimbursing the health services expenses included in the insurance agreement coverage, accompanied by the financial and medical supporting documents.

44. زراعة/ نفل الأعضاء البشرية: عملية طبية يستأصل من خلالها العضو البشري - أو جزء منه - من جسم المُتبرِّع ويزرع في جسم المُتبرِّع له، بأي وسيلة طبية ومعتمدة.

45. إعادة التأهيل: جزء أساسي للرعاية الصحية الشاملة وتطبيقاتها من أجل إعادة الشخص الذي يعاني من ضعف أو قصور أو خلل عارض أو مستمر إلى أفضل مستوى من الأداء في حياته.

46. علاج الأسنان الأساسي : تشمل أي من الإجراءات الطبية التالية: 1. العناية الوقائية (استشارات وفحوصات الأسنان، التنظيف لمرة واحدة السنة، إزالة الجير (Scaling) وتلميع الأسنان)، 2. الإجراءات العلاجية (الحشوات، علاج اللثة، خلع الأسنان).

47. الجراحة الترميمية: هي إجراء الجراحة التجميلية الترميمية لتصحيح العيوب أو التشوهات أو الإصابات الناجمة عن حادث، أو عدوى، أو ورم، أو مرض.

48. الدواء أو العلاج المبتكر (Innovative "Brand" Name): المستحضرات التي تحتوي على مادة فعالة جديدة ويتم طرحها تحت اسم تجاري في الأسواق من قبل الشركة المبتكرة.

49. الدواء أو العلاج الجينيس (Generic Name): مستحضر مكافئ للمستحضر المبتكر في الشكل الصيدلاني والتركيز وطريقة التناول والجودة والفعالية والادعاء العلاجي.

50. القسط (الاشتراك): هو المبلغ الواجب أدائه لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين الصحي.

51. نسبة التحمّل (المشاركة في الدفع): الجزء الذي يقوم المستفيد بدفعه عند تلقي خدمات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

52. أساس التقيد المباشر أو على حساب شركة التأمين: تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم ومقدمي الخدمة المعيّنين من قِبل شركة التأمين حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب شركة التأمين.

53. أساس تعويض البذل: الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها المؤمن له ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق نسبة التحمل.

54. النفقات القابلة للاستعاضة: المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من الوثيقة، على أن يصفها طبيب مرخص بسبب علة تعرض لها المؤمن له شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتمدة في الوقت والمكان الذي تمت فيه بناءً على أفضل الممارسات الطبية المعتمدة.

55. المطالبة: طلب مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بغرض استعاضة قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة، والمشغوع بالمستندات المالية والطبية المؤيدة له.

56. Claim Supporting Documents: All documents proving the insured's age, weight, height, nationality, identity, validity of the insurance coverage, circumstances of the event arising from that claim, and proof of payment of costs. It also includes other documents such as a police report, invoices, receipts, prescriptions, doctor's report, referral, and recommendations, in addition to any other documents that the insurance company may request.

57. Fraud: Any of the insurance relationship parties who is doing or refraining from doing an act with the aim of gaining an unfair or illegal advantage for the benefit of the party who commits a fraud offense or for the benefit of other parties, or involves fraud or deception, which results in obtaining benefits or money or providing excluded benefits or exceed the permissible limits to the individual or entity, and what falls under that in accordance with the Law and the Implementing Regulation.

58. Abuse: The practice by any of the insurance relationship parties that may lead to obtaining benefits or advantages that they are not authorized to obtain, but without the intent to defraud, deceive, misrepresent, or distort facts to obtain such benefits and advantages and what falls under that in accordance with the Law and the Implementing Regulations, including – for example but not limited to – exaggeration in diagnostic tests and medications.

59. Negligence: Providing insurance medical procedures without taking a reasonable amount of medically recognized caution, which cause a material or moral damage to one of the insurance parties, which would not have occurred without the negligence that took place.

60. Age Calculation: Age is calculated in accordance with the Gregorian calendar year that begins at the beginning of January and ends at the end of December.

61. Personal Data Protection law: The Personal Data Protection Law issued by Royal Decree No.(M / 19) dated 09/02/1443 H (16/09/2021)

Section Two: Recoverable Expenses / Benefits

For purposes of the policy, recoverable expenses shall mean actual expenses incurred for services, supplies and equipment which are not excluded under section three of the policy, provided they are prescribed by a licensed physician as a result of an illness suffered by the insured. Said expenses shall be necessary, reasonable and customary in the relevant time and place. Recoverable expenses shall include:

(1) Expenses of preparing and returning the body of the deceased insured person to his/her original domicile mentioned in their work contract, provided that the cause of death is not one of the reasons excluded in Section Three of the insurance policy.

56. المستندات المؤيدة للمطالبة: جميع المستندات التي تثبت عمر المؤمن له ووزنه وطوله وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وما يثبت سداد التكاليف. كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، الفواتير، الإيصالات، الوصفات الطبية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، بالإضافة إلى أي مستندات أخرى قد تطلبها شركة التأمين.

57. الاحتيال: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل بهدف كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى، أو تنطوي على غش أو خداع والذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة، وما يدخل تحت ذلك وفقاً للنظام واللائحة التنفيذية.

58. إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق للحصول على المنفعة وما يدخل تحت ذلك وفقاً للنظام واللائحة التنفيذية، ومن ذلك – على سبيل المثال لا الحصر – المبالغة في التحاليل التشخيصية والأدوية.

59. الإهمال: تقديم إجراءات تأمينية طبية دون توشي مقدراً بعقولاً من الحذر المتعارف عليه طبياً، والذي كان سبباً في حدوث ضرر مادي أو معنوي لأحد الأطراف التأمينية والذي لم يكن ليحصل لولا الإهمال الذي تم

60. احتساب العمر: يحتسب العمر بحسب السنة الميلادية التي تبدأ مع بداية شهر يناير وتنتهي بنهاية شهر ديسمبر.

61. نظام حماية البيانات الشخصية: نظام حماية البيانات الشخصية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (19/ م) بتاريخ 09/02/1443 هـ (الموافق 16/09/2021م).

القسم الثاني: النفقات القابلة للاستعاضة/المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة تعني المصاريف الفعلية المُنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة، غير مستثناة بموجب القسم الثالث من هذه الوثيقة، على أن يصفها طبيب مُرخّص بسبب علة تعرض لها المؤمن له شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه. وبناءً عليه، سوف تشمل النفقات القابلة للاستعاضة ما يلي:

(1) مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له المتوفى لى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل، شريطة ألا يكون سبب الوفاة أحد الأسباب المستثناة في القسم الثالث من هذه الوثيقة.

(2) Health benefit:

- Expenses of medical examination, diagnosis, treatment, and medicine as shown in the policy schedule.
- Preventive measures such as vaccinations including seasonal vaccinations and maternity care and childcare, in accordance with instructions issued by the Ministry of Health.
- Expenses of hospitalization, including surgeries, same-day surgeries or treatment and Pregnancy and Delivery.
- Treatment of all Hereditary Diseases.
- Disability cases within the limits specified in the policy schedule.
- Medical interventions for Long-Term Care Beneficiaries except for those mentioned in Chapter 3 in the Policy.
- Functional Vision Correction Procedures that prevents vision loss.
- Medical equipment. For a medical equipment to be prescribed legally by a licensed physician in an approved center, the following must be adhered to:
 - The presence of illness or disease in the insure, including heart disease, pressure, diabetes, and respiratory disease
 - Medical equipment that are licensed by Saudi Food and Drug Authority (SFDA), through the network of service providers approved by the Insurance Company, shall be dispensed in accordance with the approved and reasonable prices once during the validity period of the insurance policy, provided that the equipment can be dispensed again on the condition that the current life-span of the of the equipment owned by the insured – if any.
 - A medical justification is required – during the validity period of the policy – that calls for replacing the current medical equipment in case the insured requests a new medical equipment, and the Company can request the old medical equipment in order to replace it.
 - To be referred to the best medical practices with linking them to the principle of value-based healthcare when adopting insurance coverage and relying on studying the impact value announced by local or international health technology assessment centers, if available.

Section 3: Limitations and Exclusions

- A. The policy shall not cover claims arising from:
- Complications of intentionally self-inflicted injury, excluding the costs of treating life-threatening injuries.
 - Complications of diseases resulting from the intentional abuse of some medications, stimulants, tranquilizers, or from the use of alcohol or drugs or the like, excluding the costs of treating life-threatening injuries.
 - Non re-constructive cosmetic surgeries.
 - General examinations, inoculations, drugs or preventive measures not required for medical treatment provided for in the policy (excluding preventive measures determined by the Ministry of Health, such as vaccination and maternity and child care).

(2) المنافع الصحية، وتشمل كل ما يلي:

- جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
 - الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة.
 - جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والحمل والولادة.
 - علاج كافة الأمراض الوراثية.
 - حالات الإعاقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
 - التدخلات العلاجية لمستفيدين الرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة) ما عدا ما ذكر في الفصل الثالث في الوثيقة.
 - إجراءات تصحيح النظر الوظيفي لمنع فقد الإبصار.
 - الأجهزة الطبية، ووصف الجهاز الطبي بشكل نظامي من قبل طبيب مرخص في مركز معتمد لا بد من الالتزام بالآتي:
- وجود العلة أو المرض لدى المؤمن له، ويشمل ذلك أمراض القلب، الضغط، السكري، أمراض الجهاز التنفسي.
 - تصرف الأجهزة الطبية الحاصلة على ترخيص من الهيئة العامة للغذاء والدواء من خلال شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين لدى شركة التأمين حسب الأسعار المعتمدة والمعمولة مرة واحدة خلال مدة سريان وثيقة التأمين، على أنه يمكن صرف الجهاز مرة أخرى بشرط انتهاء العمر الزمني للجهاز الحالي الذي يملكه – إن وجد.
 - يلزم وجود مبرر طبي – خلال فترة سريان الوثيقة – يستدعي استبدال الجهاز الحالي في حال طلب المؤمن له لجهاز طبي جديد، كما يمكن لشركة التأمين طلب الجهاز القديم من أجل استبداله.
 - يتم الرجوع لأفضل الممارسات الطبية مع ربطها بمبدأ الرعاية الحكيمة المبينة على القيمة عند اعتماد التغطية التأمينية والاعتماد على دراسة قيمة الأثر المعلنة من قبل مراكز تقييم التقنيات الصحية المحلية أو الدولية في حال توفرها.

القسم الثالث - التحديدات والاستثناءات

- أ. هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:
- الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
 - الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدرات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك
 - الجراحة التجميلية غير الترميمية.
 - الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في هذه الوثيقة باستثناء الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة)

5. Treatment received by the insured free of charge.
6. Recreational therapy, general physical health programs and treatment in social welfare institutions.
7. Any illness or injury arising directly from the profession of the insured.
8. All costs related to dental implants, installation of artificial teeth, orthodontics, dentures, or cosmetic procedures, including, but not limited to, teeth whitening, except for benefits mentioned in the Policy.
9. Vision Correction Procedures, excluding procedures that prevent vision loss.
10. Expenses of the insured's transportation within and between the cities of the Kingdom by means of transport other than the licensed ground ambulance.
11. Hair loss, baldness, or artificial hair.
12. Allergy tests of whatever nature, except for those cases that cannot be treated without these tests, or cases related to prescribing treatment drugs according to medical evidence and proof.
13. Equipment, means, drugs procedures, surgeries, or treatment with hormones for the purpose of getting pregnancy, or treatment of infertility, in vitro fertilization, or any other means of artificial insemination.
14. Any congenital malformation, unless it has a current or future life-threatening impact on the insured.
15. Any additional costs or expenses incurred by the companion of the insured during his/her admission or stay in the hospital, with the exception of the cost of accommodation and subsistence in the hospital for one companion of the insured, and where required by the best considered medical practices.
16. Treatment of acne.
17. Cases of human organ transplantation, according to the definition set out in the **Section One** of the Policy, excluding the additional benefits regarding organ transplantation. Note that artificial organs are treated according to the benefits and exclusions of the policy.
18. Joint replacement, except for the benefits mentioned in the Policy, or for the treatment of complications resulting from a covered benefit, such as replacing the knee joint due to cancer or an accident.
19. Personal perils stated in the Definitions sections of the policy.
20. Alternative medicine procedures and medications.
21. Artificial and ancillary limbs.
22. Complications resulting from previous illness or injury which is excluded under the provisions of this Policy.
23. Long-term care (care for long period) that are limited to nursing care and personal care, except for the benefits stated this policy.
24. Diseases that are classified by the World Health Organization (WHO) or the Ministry of Health (MoH) as epidemics, pandemics, and natural disasters.

5. المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل.
6. الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية.
7. أية علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
8. جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية، تقويم الأسنان، أطقم الاسنان أو الاجراء التجميلي على سبيل المثال لا الحصر تبيض الاسنان باستثناء ما ذكر من
9. تصحيح النظر لأمراض العن. التي لا تؤدي لفقد البصر
10. مصاريف انتقال المؤمن له داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير الإسعاف الأرضي المرخص
11. تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.
12. اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها، فيما عدا تلك الحالات غير الممكن علاجها بدون اجراء هذه الاختبارات، أو الحالات المتعلقة بوصف أدوية العلاج حسب الأدلة والبراهين الطبية.
13. الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو الجراحات أو المعالجة بالهرمونات بهدف حصول حمل، أو علاج العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أي وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.
14. حالات التشوه الخلقي، باستثناء الحالات التي تشكل تهديد حالي أو مستقبلي على حياة المؤمن له.
15. أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن له أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى، عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن له، وحيثما تقتضي أفضل الممارسات الطبية المعتمدة.
16. معالجة البثور (حب الشباب)
17. حالات زراعة الأعضاء البشرية بحسب التعريف الوارد في **القسم الأول** من الوثيقة، ويستثنى من ذلك ما تم اضافته للمنافع بخصوص زراعة الأعضاء. علماً بأن الأعضاء الصناعية تعامل بحسب منافع واستثناءات الوثيقة.
18. استبدال المفاصل ماعدا ما ذكر من منافع بالوثيقة أو لعلاج المضاعفات الناتجة عن منفعة مغطاة مثل استبدال مفصل الركبة بسبب سرطان أو حادث.
19. الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة.
20. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
21. الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة.
22. المضاعفات الناتجة عن أي مرض أو إصابة سابقة مستثناة بموجب أحكام هذه الوثيقة.
23. لرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة) المقتصرة على الرعاية التمريضية والعناية الشخصية ما عدا ما ذكر من المنافع.
24. الأمراض التي يتم تصنيفها بواسطة منظمة الصحة العالمية أو وزارة الصحة كاللأوبئة، جوائح، والكوارث الطبيعية.

25. Eyeglasses for persons over fourteen (14) years old

B. Except for the provisions of Section 2 herein, this policy shall not cover health benefits or corpse repatriation to home country in claims resulting from the following:

1. War, invasion, acts of foreign aggression; whether or not war is declared.
2. Ionizing radiations, pollution from radioactivity of any nuclear fuel or waste resulting from the combustion of nuclear fuel.

3. Radioactive, toxic, explosive or other hazardous properties of any nuclear plant or any of its nuclear components.

4. The insured's service or participation in armed forces or police operations.

5. Riots, strike, terrorism or the like.

6. Chemical, biological or bacteriological incidents or reactions resulting from work injuries or occupational hazards.

C. Hotels, mansions, guesthouses, rest houses, convalescent homes, sanatoriums, places for the care of persons in custody, nurseries, or schools/institutes specialized in the education of the deaf, mute, autism, and the like are not included under the concept of hospital in this Policy.

Section Four : General Conditions

1. Proof of Validity: The policy represents the basic level of insurance coverage granted to beneficiaries and shall not be valid unless confirmed by a schedule duly signed by an employee officially authorized by the company. Any addition to the policy shall not be valid unless confirmed by an endorsement signed by an employee officially authorized by the company.

2. Records and Reports: The policyholder must maintain a record of all its employees and their dependents covered under the policy, comprising each person's full name, sex, age, nationality, classification and other basic information that might affect the administration of this insurance and the determination of its premium rates. The company shall be given access to such records to verify the accuracy of the information provided by the policyholder. The company shall, when requested, provide the policyholder with any information concerning the beneficiaries.

25. النظارات الطبية لمن يتجاوز الأربعة عشر (14) عامًا

ب. استثناءً من أحكام القسم الثاني من هذه الوثيقة، لن يتم تغطية المنافع الصحية أو إعادة الجثمان إلى الوطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة عن الآتي:

1. الحرب، الغزو، أعمال العدوان (الأجنبي (سواءً أعلنت الحرب أم لم تعلن.

2. الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.

3. الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.

4. مزاوله الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.

5. أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.

6. الحوادث أو التفاعلات الكيميائية أو البيولوجية أو البكتريولوجية، إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.

ج. لا يندرج تحت مفهوم المستشفى في هذه الوثيقة كل من الفنادق، أو دور المنامة، أو دور الضيافة، أو الاستراحات، أو دور النقاة، أو المصحات، أو أماكن رعاية الأشخاص المتحفظ عليهم، أو ماوى كبار السن، أو المدارس/المعاهد المتخصصة بتعليم الصم والبكم والتوحد، وما شابههم.

القسم الرابع - الشروط العامة

1. إثبات سريان المفعول : تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن لهم. ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يُثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف مَحْوَلٍ رسمياً من الشركة كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أثبت ذلك بموجب ملحق موقع من موظف مَحْوَلٍ رسمياً من الشركة.

2. السجلات والتقارير: على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع العاملين لديه ومُعاليهم المؤمن لهم بموجب هذه الوثيقة، على أن يحتوي هذا السجل بالنسبة لكل شخص على الاسم الكامل والجنس والعمر والجنسية والتصنيف وغير ذلك من المعلومات الأساسية التي يمكن أن يكون لها تأثير على إدارة هذا التأمين وعلى التقرير بشأن معدلات الاشتراك. ويتوجب إتاحة الفرصة للشركة - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قَدَّمها حامل الوثيقة، وتلتزم الشركة متى ما طُلب منها ذلك بتزويد حامل الوثيقة بأية بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بالنسبة للأشخاص المؤمن لهم.

3. Eligibility:

- (a) For employees: any person satisfying the definition of "worker" shall be eligible for insurance in accordance with the policy schedule.
- (b) For dependents: any person satisfying the definition of "dependent" shall be eligible for insurance in accordance with the policy schedule.

If a person defined as "dependent" is also eligible for insurance as a worker, benefits enjoyed by said person as a dependent shall be discontinued according to the policy. If both the husband and wife are permanently living together and are insured as workers, their children shall only be eligible for insurance as dependents of the husband.

4. Payment of Premiums (Subscriptions):

- (a) The policyholder shall pay the insurance premium due on each insured person as agreed upon with the company upon commencement of the insurance coverage.
- (b) In the event of non-payment of any portion of a premium, the policy shall not be valid for a period longer than that covered by the portion paid, and the company shall notify the Council accordingly.

5. Effective Dates of Coverage:

- (a) For workers: Coverage shall become effective for an active employee from the inception date shown in the policy schedule. For any person joining work at a later date, the effective date of coverage shall be the date said person joins the policy.
- (b) For dependents: Insurance coverage shall become effective for dependents from the date the worker supporting them becomes insured or from the date they become dependents.

6. Addition and Deletion of Insured Persons and Related Premiums:

- (a) The policyholder must immediately and formally notify the company of all the employees or dependents to be covered by insurance upon commencement of the validity of the policy. Said policyholder may add a beneficiary on proportional basis upon proof of said employee's employment, or request the deletion of a beneficiary in the event said employee transfers to work for another employer.
- (b) With respect to additions not falling under Paragraph (a) above, new beneficiaries shall be added as of the issuance date of the policy and their coverage shall be deemed effective as of the date of addition.

3. المؤهلون للتأمين:

- (أ) بالنسبة للعاملين - إن أي شخص مستوف لتعريف العامل سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.
- (ب) بالنسبة للمُعاليين - إن أي شخص مستوف لتعريف المُعال سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.
- فإذا كان أي شخص مُعرّف كمُعال هو أيضاً مؤهل للتأمين بوصفه عاملاً فإن تمتعه بالتأمين بصفته مُعالاً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة، وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما عاملين فإن الأولاد سوف يصبحون مؤهلين فقط كمُعاليين من قبل الزوج.

4. سداد القسط (الاشتراك):

- (أ) يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك/قسط التأمين الصحي المتفق عليه مع شركة التأمين الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن له، وذلك من تاريخ سريان التغطية التأمينية.
- (ب) في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك، مع التزام شركة التأمين بإبلاغ مجلس الضمان الصحي بذلك.

5. تواريخ نفاذ التغطية:

- (أ) بالنسبة للعاملين: يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للعامل الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، أو من تاريخ الإنضمام إلى الوثيقة بالنسبة للعامل الذي يلتحق بالعمل في وقت لاحق.
- (ب) بالنسبة للمُعاليين: يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمُعاليين من التاريخ الذي أصبح فيه العامل والمسئول عن إعالتهم مؤمناً له أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة مُعاليين.

6. إضافة وحذف الأشخاص المؤمن لهم والاشتراكات المتعلقة بذلك:

- (أ) على حامل الوثيقة أن يُخطر فوراً وبصفة رسمية الشركة عن كافة الموظفين أو المُعاليين المراد تغطيتهم بالتأمين عند بداية سريان الوثيقة، ويحق له إضافة مؤمن له على أساس تناسبي في حال وجود ما يثبت انضمام العامل للعمل لدى صاحب العمل أو طلب حذفه حال انتقاله إلى العمل لدى صاحب عمل آخر.
- (ب) بالنسبة للإضافات التي لا ينطبق عليها ما ورد في الفقرة (أ) أعلاه، فإن إضافة أعداد المستجدين من المؤمن لهم يتم من تاريخ إصدار الوثيقة وتكون تغطيتهم/تغطيتهم سارية من تاريخ الإضافة.

7. Termination of Beneficiaries' Insurance Coverage:

(a) For workers: coverage of any worker under the policy shall automatically terminate in the following cases:

1. The dependent no longer qualifies as "dependent" as defined in Chapter 1 herein.
2. If the policy period ends as defined in the policy schedule.
3. Upon exhaustion of the maximum benefit limit provided in the policy.
4. If the Insured dies, without prejudice to **Article (1) of Chapter 2** herein and as per the benefits limits in Policy Schedule.
5. If the Insured leaves the Kingdom permanently.
6. If the Insured transfers to a new employer.

(b) For dependents: coverage under the policy shall automatically terminate in the following cases:

1. The dependent no longer qualifies as "dependent" as defined in Chapter 1 herein.
2. If the Policy period ends as specified in the schedule.
3. Upon the exhaustion of the maximum limit of benefits provided for in the Policy.
4. If the Insured dies, without prejudice to **Article (1) of Chapter 2** herein under the benefits limits stipulated in the Policy Schedule.
5. If the Insured leaves the Kingdom permanently.
6. If the Insured transfers to a new employer.

(c) Payment of recoverable expenses in respect of any illness that requires continued hospitalization on the date of termination of coverage shall continue for the period necessary for treatment of such illness provided that such period shall not exceed 365 days from the date of onset of said illness and within the maximum amount of coverage provided for under the policy schedule.

(d) In case the policy is terminated for any reason, the policyholder must immediately return to the company all health insurance cards issued, relating to direct billing of the company by the assigned PPN network. This shall also apply to the termination of any insured's coverage. The policyholder shall be liable to reimburse the company for all medical costs and expenses resulting from his failure to comply with this condition.

7. إنتهاء التغطية التأمينية للمؤمن لهم:

(أ) بالنسبة للعاملين: ينتهي تلقائياً تأمين أي عامل بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

1. فقدان المُعال لصفته التأمينية كمُعال وفقاً للتعريف الوارد في القسم الأول من الوثيقة .
2. إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في جدول الوثيقة
3. عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة الذي تنص عليه الوثيقة
4. عند وفاة المؤمن له، وذلك مع عدم الإخلال بما ورد في الفقرة (1) من القسم الثاني من هذه الوثيقة بموجب حدود المنفعة في جدول الوثيقة.

5. عند مغادرة المؤمن له المملكة نهائياً.
6. عند انتقال المؤمن له للعمل لدى صاحب عمل جديد.

(ب) بالنسبة للمُعالين: تنتهي تلقائياً تغطية المُعال بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

1. فقدان المُعال لصفته التأمينية كمُعال وفقاً للتعريف الوارد في القسم الأول من الوثيقة
2. إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.
3. عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة المنصوص عليه في الوثيقة.
4. عند وفاة المؤمن له، وذلك مع عدم الإخلال بما ورد في الفقرة (1) من القسم الثاني من هذه الوثيقة بموجب حدود المنفعة في جدول الوثيقة.
5. عند مغادرة المؤمن له نهائياً من المملكة .
6. عند انتقال المؤمن له للعمل لدى صاحب عمل جديد.

(ج) يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار التنويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية وذلك للمدة التي تتطلبها العلة شريطة ألا تتجاوز تلك المدة 365 يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت التنويم بالمستشفى وفي حدود الحد الأقصى للتغطية الواردة في جدول الوثيقة.

(د) في حالة إنهاء هذه الوثيقة لأي سبب يوجب على حامل الوثيقة أن يعيد للشركة على الفور جميع بطاقات التأمين الصحي الصادرة المتعلقة بأساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة المعيّنين من قبل الشركة، وكذلك الحال بالنسبة لأي شخص مؤمن له تنتهي مدة تغطيته، ويكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض الشركة عن كل المصاريف والنفقات الطبية الناتجة عن تقصيره في التقيد بذلك.

8. Verification of the insured's Health Condition:

- (a) The Company has the right to and shall be given the opportunity, by an accredited medical entity, to examine the Insured requesting Recoverable Expenses at the expense of the Company for up to two times within sixty (60) business days following submission of the claim.
- (b) The Policyholder or the Insured shall cooperate with the Company and allow all necessary measures that may reasonably be required by and paid for by the Company for the purpose of preserving any rights, claims, or legal compensations from third parties. The Policyholder may not assign such rights except with the Company's explicit or implicit consent.

9. Non-Duplication of Benefits: In case of a claim for recoverable expenses due under the policy for an insured who is also covered for the same expenses under another insurance plan, scheme or the like, the company shall be liable for the coverage of such expenses and shall subrogate the insured in his claims against third parties for payment of their proportionate share of such claim.

10. Basis of the direct entry or in company's account at the Service Providers' Network:

- a) The service providers appointed by the Insurance Company shall send all medical expenses incurred hereunder, on a monthly basis and without prejudice to the days and periods specified in the document cycle in accordance with Article No. (90) of the Implementing Regulations. The Company shall evaluate and process such expenses, and notify the Policyholder when the expenses reach the maximum benefit limit, provided that the Company shall provide all information related to the remaining insurance limit for benefits and the Policy to the service provider before notifying that the expenses has reached the maximum benefit limit.
- b) If this limit is exceeded and the Company has already incurred it, it becomes entitled to claim for the refund of such expenses within a period not exceeding (60) business days from the date of informing the Policyholder of these expenses.
- c) If the Policyholder fails to comply with the reimbursement of such expenses to the Insurance Company within the specified period, it becomes entitled to refer to the Council to take the necessary action.
- d) The Insurance Company has the right to refer to SIMAH (IA) if the Policyholder fails to pay the expenses due to the Insurance Company within the specified period, as well as to the Insurance Fund, if the beneficiary is entitled to the benefit.

11. Deductible and Co-Payment:

8. تحقق شركة التأمين من حالة المؤمن له:

- (أ) يحق لشركة التأمين، ويجب ان تُتاح لها الفرصة، من خلال جهة طبية معتمدة بفحص المؤمن له الذي قُدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة، على حسابها، بعد اقصى مرتان، وذلك خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ تسلم المطالبة.
- (ب) على حامل الوثيقة أو المؤمن له، ان يتعاون ويسمح بالقيام، على نفقة شركة التأمين، بالأعمال الضرورية التي تطلبها شركة التأمين في حدود المعقول، بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير، تثبت مسئوليته عنها، ولا يجوز لحامل لوثيقة أو المؤمن له ان يتنازل عن الحقوق المالية إلا بموافقة شركة التأمين الصريحة أو الضمنية.

9. عدم ازدواجية المنافع: في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة قابلة للأداء للمؤمن له بموجب هذه الوثيقة، ويكون مغطى أيضاً، بالنسبة لتلك النفقات، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، ففي هذه الحالة تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات، وتحل محل المؤمن له في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

10. أساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة:

- (أ) يرسل مقدمي الخدمة المعيّنين من شركة التأمين، وعلى أساس شهري دون الإخلال بالأيام والمدد المحددة بالدورة المستندية وفقاً لما ورد في المادة رقم (90) من اللائحة التنفيذية، جميع النفقات الطبية المُتكدّبة بموجب هذه الوثيقة، وتقوم شركة التأمين بتقييم تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى على أن تقوم شركة التأمين بتوفية جميع المعلومات المتعلقة بالحد التأميني المتبقي للمنافع والوثيقة لمقدم الخدمة قبل الإشعار ببلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى.
- (ب) في حالة تجاوز ذلك الحد وتكون شركة التأمين قد تحملت بالفعل، فيحق لها المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ إبلاغ حامل الوثيقة بهذه النفقات.
- (ج) في حالة عدم تقييد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف لشركة التأمين خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين الرفع لمجلس الضمان الصحي لاتخاذ ما يلزم.
- (د) يحق لشركة التأمين الرفع لسمة في حال عدم سداد حامل الوثيقة للمصاريف المستحقة لشركة التأمين خلال المدة المحددة بالإضافة للرفع الى صندوق الضمان في حال أحقية المستفيد للمنفعة.

11. نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) :

- (a) Based on an agreement between the Policyholder and the Insurance Company, the deductible amount shall not exceed the amount specified herein. It shall be a binding and an obligatory condition for the Insured to pay the user charges amount (if any) as specified according to the contract concluded between the Policyholder and the Insurance Company. Any attempt by the Insured to refrain from the payment shall be considered a violation of the Policy provisions and its terms and conditions. It shall become invalid for it until the payment of this amount.
- (b) Cases of emergency and inpatient admission shall be excluded **from Article (A)**.
- (c) The copayment amount charged to the Beneficiary shall not exceed what is specified in the Schedule of Health Benefits contained in Appendix No. (1).
- (d) The amount of deductible or copayment for the outpatient clinics shall be separated from the service of dispensing medicines for one visit.
- (e) The maximum deductible amount for medicines shall be calculated based on the price of the generic medicine or the brand Innovative medicine in the absence of a generic medicine registered with the Saudi Food & Drug Authority.
- (f) The difference between the value of the generic medicine and the innovative medicine shall be paid in full by the Beneficiary if there is a registered generic medication alternative. The price difference shall not be included in the maximum deductible amount.
- (g) Service provider must prescribe medical devices on the scientific name bases without specification of a trade name.
- (h) An automatic substitution of the device name shall be done based on the beneficiary policy with accounting for the following exceptions:
1. if the healthcare provider requested no substitution with the following considerations:
 - i. To rely on a reasonable medical justification and attach documents justifying the application for approval by the Insurance Company, in case of obtaining the approval of the Company.
 - ii. If the Insurance Company deems that the medical justification is not possible, the beneficiaries shall pay the difference between the price of the two devices.
 2. If the beneficiary request dispensation of the medical devices as per the requested name, the beneficiary shall pay the difference between the price of the two devices
- (i) The amount of deductible must be clarified to the Beneficiary in details before providing the service based on the Policy.
- (j) The Insured must be enabled to identify the costs of each health service provided to it upon its request.
- (k) The Insured must be provided with the invoice for the health services provided.
- (l) The Insured is entitled to obtain a proposal of the expected value of the costs and the copayment amount before starting the treatment.
- (m) The deductible shall be calculated on the net value of the medical bill, with the exception of the price

(بناءً على الاتفاق بين حامل الوثيقة وشركة التأمين، يجب ألا تتجاوز نسبة التحمل المبلغ المحدد في هذه الوثيقة، وبعد شرط ملزم وإجباري قيام المؤمن له بدفع مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) المحدد بحسب العقد المبرم بين حامل الوثيقة وشركة التأمين، تعد أي محاولة من جانب المؤمن له للامتناع عن الدفع إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويبتطل مفعولها بالنسبة له لحين سداد المبلغ.

(ب) يستثنى من الفقرة (أ) حالات الطوارئ والتأمين.
ت (يجب ألا يتجاوز مبلغ المشاركة في الدفع المحملة للمستفيد ما هو محدد بجدول منافع الصحية الوارد في الملحق رقم (1)

ث (تُفصل نسبة التحمل أو المشاركة في الدفع للعيادات الخارجية من خدمة صرف الأدوية للزيارة الواحدة.
ج (يحتسب الحد الأقصى لنسبة التحمل للأدوية بناءً على سعر العلاج الجينيس أو العلاج المبتكر في حال عدم وجود علاج جينيس مسجل بهيئة الغذاء والدواء.

ح (يتم دفع الفرق بين قيمة العلاج الجينيس والعلاج المبتكر كاملاً من قبل المستفيد في حال وجود علاج جينيس مسجل، ولا يتضمن فرق السعر بالحد الأقصى لنسبة التحمل.
خ (يلتزم مقدم الخدمة بوصف الجهاز الطبي بالاسم العلمي وعدم تحديد علامة تجارية بعينها.

د (سيتم إجراء استبدال تلقائي لاسم الجهاز الطبي إذا تم وصفه باسم علامة تجارية محددة استناداً إلى وثيقة المؤمن له، مع مراعاة الاستثناءات التالية:

1. إذا تم الطلب من قبل الطبيب المعالج بعدم استبدال الاسم التجاري للجهاز الطبي، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة:

i. الاستناد على مبرر طبي مقبول وارفاق المستندات المبررة للطلب لأخذ موافقة شركة التأمين في حال عدم ممانعتها.

ii. في حال كان المبرر الطبي غير مقبول من قبل شركة التأمين، يتم إلزام المؤمن له بدفع قيمة الفارق بين سعر الجهازين بعد إبلاغه بوجود البديل الأرخص.

2. إذا طلب المؤمن له صرف الجهاز الطبي الموصوف له باسم تجاري محدد يتم إلزام المؤمن له بدفع قيمة الفارق بين سعر الجهازين.

(هـ) يجب إيضاح نسبة التحمل للمستفيد بشكل تفصيلي قبل تقديم الخدمة بناءً على الوثيقة.

(و) يجب تمكين المؤمن له من التعرف على تكاليف كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.

(ز) يجب تزويد المؤمن له بفاتورة الخدمات الصحية المقدمة.

(ح) يحق للمؤمن له الحصول على عرض قيمة التكاليف المتوقعة ومبلغ المشاركة بالدفع قبل البدء بالعلاج.

(ط) يتم احتساب نسبة التحمل على صافي قيمة الفاتورة الطبية، ويستثنى من ذلك فرق السعر للأدوية المبتكرة.

difference for innovative medicines.

12. Reimbursement Basis:

- (a) In cases of emergency, the Insured may obtain urgent medical treatment in centers other than the agreed upon with the Company on reimbursement basis. In such case, the Company shall, in accordance with the policy terms, conditions, limitations and exclusions, compensate the policyholder within a period not exceeding 15 business days for recoverable costs and expenses on the basis of prevailing prices, provided that it shall provide the Company with the supporting documents it requires within 30 business days as of the date of incurring such expenses.
- (b) The Beneficiary has the right to upgrade his/her insurance class to a higher one in accordance with the provisions of the Insurance Company Policy with the employer or the dependent. In this case, the Beneficiary shall pay the difference between his/her insurance category and the higher insurance category, if approved.

13. Cancellation: The policyholder may cancel the policy at any time by serving a notice to the company at least 30 business days prior to the date required for cancellation. In such case, the policyholder and the company shall undertake the following:

- a) The company shall notify (pursuant to a notice) the General Secretariat and PPN as soon as it receives the relevant notice from the policyholder (employer/insured) regarding cancellation of the policy.
- b) The employer shall purchase another insurance policy from a qualified company or include the beneficiaries in another insurance coverage scheme approved by the Council. The new coverage shall commence as of the day following the date of cancellation of the previous policy, in case of transfer of employment.
- c) The employer shall provide the insurance company with proof of the beneficiaries' departure from the Kingdom if one or more workers are to be deleted from the policy.
- d) In such case, the company shall be liable to reimburse the policyholder, within 60 business days from the date of cancellation, for the remaining part of the premium for each insured individual whose claims did not exceed 75% of the annual premium. The recoverable amount shall be calculated on proportional basis:
- (Refund = annual premium ÷ 365.25 days X number of remaining days).**

12. أساس تعويض البدل:

أ) في الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن له الحصول على المعالجة الطبية الطارئة خارج شبكة مقدمي الخدمة المتفق عليها مع الشركة، على أساس تعويض البدل، وفي هذه الحالة تقوم الشركة وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحدداتها واستثناءاتها، بتعويض حامل الوثيقة خلال مدة لا تزيد عن (15) يوم عمل عن النفقات القابلة للاستعاضة حسب الأسعار السائدة، شريطة تزويد الشركة، خلال مدة لا تزيد عن (30) يوم عمل من تاريخ تكبد تلك النفقات، بالمستندات المؤيدة التي تطلبها الشركة.

ب) يحق للمستفيد ترقية فئته التأمينية لفئة تأمينية أعلى وفقاً لأحكام عقد شركة التأمين مع صاحب العمل أو العائل. في هذه الحالة يجب على المستفيد أن يدفع الفرق المادي بين فئته التأمينية والفئة التأمينية الأعلى في حال الموافقة.

13. الإلغاء: يجوز لحامل الوثيقة إلغاء الوثيقة في أي وقت،

بموجب إشعار رسمي يرسل لشركة التأمين قبل (30) يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويلتزم كل من حامل الوثيقة وشركة التأمين في هذه الحالة بما هو أت:

- (أ) تقوم شركة التأمين بإبلاغ (بموجب إشعار رسمي) الأمانة العامة وشبكة مقدمي الخدمة فور تلقيها إشعار حامل الوثيقة (صاحب العمل / المؤمن له) بإلغاء الوثيقة.
- (ب) يقوم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة، أو شمول المؤمن لهم بالتغطية الصحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من المجلس بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة وذلك في حالة نقل عقد العمل.
- (ث) يقوم صاحب العمل بتقديم ما يثبت مغادرة المؤمن لهم المملكة لشركة التأمين إذا كانا المطلوب هو شطب عامل أو أكثر من الوثيقة.

وفي هذه الحالة تكون الشركة ملزمة خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن له لم تتجاوز مطالبته 75 % من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي (الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ÷ 365,25 × عدد الأيام المتبقية) وفي حال امتناع حامل الوثيقة عن رد النفقات التي جاوزت حد المنفعة الأقصى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (10) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة أسلوب التقييد المباشر على حساب الشركة، يحق للشركة الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة (إن وجدت) واستخدامها للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي الخدمة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أدائها للشركة.

- case the policyholder defaults in paying the expenses that have exceeded the maximum benefit limit within the period specified in Condition 10 of the General Conditions of the policy and resulting from direct billing of the company, the company shall have the right to withhold refund of recoverable premiums, if any, and use such amounts to compensate for the expenses paid to service providers which should have been paid to the company by the policyholder.
- e) If the Policyholder refrains from paying the Company the expense exceeding the maximum limit of benefit within the period specified in **Article (11) (Basis of Direct Debiting on the Company Account for the Service Provider Network) of the General Conditions of the Policy** and due as a result of the arrangement for direct billing of the Company, the Company has the right to withhold refund of premiums, if any, and use such amounts to compensate for the expenses paid to the service providers which should have been paid to the Company by the Policyholder.
- f) The Policyholder shall pay all expenses due to the Insurance Company within the specified period, and if such period expires, the Insurance Company has the right to refer to SIMAH as well as to the Insurance Company, in case the beneficiary is entitled to the benefit.

(ج) في حالة امتناع حامل الوثيقة رد النفقات التي تتجاوز حد المنفعة الأقصى خلال المدة المحددة في **المادة رقم (11) (أساس التقييد المباشر على حساب شركة التأمين لدى شبكة مقدمي الخدمة) من الشروط العامة للوثيقة** والمترتبة نتيجة أسلوب التقييد المباشر على حساب شركة التأمين، يحق لشركة التأمين الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة (إن وجدت) واستخدامها للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي الخدمة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أدائها لشركة التأمين.

(ح) يلتزم حامل الوثيقة بسداد كافة المصاريف المستحقة لشركة التأمين خلال المدة المحددة لذلك، وفي حال انتهاء المدة المحددة قبل إتمام السداد، يحق لشركة التأمين الرفع لسمة بالإضافة للرفع لصندوق الضمان في حال أحقية المستفيد للمنفعة.

14. Approvals:

In accordance with **Article (90) of the Implementing Regulations**, the parties to the insurance relationship, with respect to the obligation of each party individually, shall undertake the following:

- (a) The service provider shall send a request for approval to cover the cost of treatment for the beneficiaries to the Insurance Company within a maximum of fifteen (15) minutes from the time of filling the application by the physician.
- (b) The service provider shall, upon applying for approval for providing treatment to beneficiaries, ensure that the health services that will be provided to the Insured meet the criteria for the approval request.
- (c) The service provider shall ascertain the limits of the subsidiary benefits provided to the Insured.
- (d) The service provider shall ascertain that all basic data and information that support the approval request are submitted.
- (e) The Insurance Company shall respond to the request submitted by the service provider for the approval of providing treatment to the Beneficiaries within a period not exceeding sixty minutes (60) from the time of submitting the request for approval. In case of disapproval, the reasons shall be formally clarified.
- (f) The service provider shall respond to the Insurance Company's queries within 30 minutes of receipt of the query.
- (g) All procedures related to the request for approving the provision of treatment between the Insurance Company and the service provider shall not exceed 60 minutes from the time of submitting the request.

15. Gender: For purposes of the policy, words denoting the masculine gender shall be deemed to include the feminine gender as well.

14. الموافقات: يتم الرد على طلب الموافقات من قبل شركة التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة. بناءً على **المادة (90) من اللائحة التنفيذية**، على أطراف العلاقة التأمينية، فيما يتعلق بالتزام كل طرف على حدٍ، العمل بما يلي:

- أ) يجب على مقدم الخدمة، إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال خمسة عشر (15) دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب.
- ب) يجب على مقدم الخدمة، عند رفع طلب الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين، التأكد من استيفاء الخدمات الصحية التي ستقدم للمؤمن له لمعايير طلب الموافقة.
- ت) يجب على مقدم الخدمة التأكد من حدود المنافع الفرعية المقدمة للمؤمن له.
- ث) يجب على مقدم الخدمة التأكد من تقديم جميع البيانات والمعلومات الأساسية التي تدعم طلب الموافقة.
- ج) تقوم شركة التأمين بالرد على الطلب المقدم من قبل مقدم الخدمة بشأن الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين (60) دقيقة من وقت طلب الموافقة كحد أقصى، وذلك من وقت استلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسميًا.
- ح) يجب على مقدم الخدمة الرد على استفسارات شركة التأمين خلال (30) دقيقة من وقت استلام الاستفسار.
- ط) يجب ألا تتجاوز كامل إجراءات طلب الموافقة العلاجية بين شركة التأمين ومقدم الخدمة عن (60) دقيقة من وقت رفع الطلب.

15. صيغة الجنس: لأغراض هذه الوثيقة فإن الكلمات المستعملة بصيغة المذكر تُعتبر مندرجة كذلك على الإناث.

16. Notices:

- (a) All notices or other correspondence to the Company between all parties shall be formal.
- (b) The Insurance Company shall notify the Policyholder with the Policy renewal or expiry date as follows:
 1. Sending a preliminary reminder notice to the Policyholder prior to the Policy expiration date of not less than 60 days.
 2. Sending a second reminder notice to the Policyholder prior to the Policy expiration date of not less than 30 days.
 3. Sending a third reminder notice to the Policyholder prior to the Policy expiration date of not less than 15 days and notifying the Council of it.
- (c) The Insured (Policyholder) shall be obligated to notify the Insurance Company whenever any of its contact information, or of its subsidiaries, is changed.

17. Medical Declaration Form:

- (a) The Insurance Company shall adhere to the Unified Medical Declaration Form approved by the Council. The Policyholder shall submit such Form to the Insurance Company in case it is requested, provided that the Beneficiary shall fill it.
- (b) Filling the Medical Declaration Form shall not require the insurance policies of the large and mega large enterprise (Except for beneficiaries added after issuing the Document).

18. Compliance with Policy Provisions:

As a precondition to any liability of the company, the Policyholder and beneficiaries shall strictly comply with and execute all requirements, conditions, obligations, and commitments stated in this Policy.

19. Construction:

Unless the context otherwise required, or expressly stated the opposite:

- (a) Any reference to a masculinity shall include femininity in its meaning,
- (b) Any reference to this Policy shall include in it meaning any amendments hereto or relating bylaws.

20. Penalties:

Any disagreement or dispute arising out of or relating to the Policy shall be settled in accordance with **Article (14) of the Cooperative Health Insurance Law.**

16. الإشعارات:

- (أ) يجب أن تكون جميع الإشعارات أو المخاطبات بين أطراف العلاقة التأمينية، بصفة رسمية.
- (ب) يجب على شركة التأمين إشعار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء الوثيقة كما يلي:

1. إرسال إشعار تذكير أولي لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن 60 يوم.
2. إرسال إشعار تذكير ثاني لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن 30 يوم.
3. إرسال إشعار تذكير ثالث لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن 15 يوم مع إخطار المجلس بذلك.

- (ت) المؤمن له (حامل الوثيقة) ملزم بإشعار شركة التأمين عند تغير أي من بيانات الاتصال الخاصة به والتابعين له.

17. نموذج الإفصاح الطبي :

- (أ) تلتزم شركة التأمين بنموذج الإفصاح الطبي الموحد المعتمدة من قبل المجلس، ويلزم على حامل الوثيقة ان يقوم بتقديم هذا النموذج لشركة التأمين في حال طلبه، على ان يتم تعبئته من قبل المستفيد نفسه.
- (ب) لا يتطلب تعبئة نموذج الإفصاح الطبي الموحد لوثائق تأمين المنشآت الكبيرة والعملاقة (يستثنى من ذلك المستفيدين المضافين بعد إصدار الوثيقة).

18. التقيد بأحكام الوثيقة: إنه لمن الشروط السابقة لتحقيق أي التزام على الشركة أن يكون حامل الوثيقة والأشخاص المؤمن لهم قد نفذوا وتقيّدوا تماماً بجميع الاشتراطات والشروط والواجبات والالتزامات الواردة في هذه الوثيقة.

19. التفسير والتأويل:

- ما لم يقتض السياق خلاف ذلك أو تم النص على خلافه صراحةً، فإن:
- (أ) أي إشارة إلى المذكر تشمل في دلالتها المؤنث.
 - (ب) أي إشارة إلى هذه الوثيقة تشمل أي تعديلات قد تطرأ عليها أو على الأنظمة ذات العلاقة الأخرى.

20. الجزاءات: أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه بموجب أحكام النظام وذلك وفقاً للمادة (14) من النظام.

Appendix (1): Table of Benefit and Terms of (TOB) and Terms of Reimbursement:

(1): In the event that there is a difference between the benefits mentioned in the Insurance Policy and the benefits contained in the Table of Benefits of the Insurance Policy below, the benefits contained in the Table of Benefits shall apply.

ملحق رقم واحد (1): جدول المنافع والأحكام الواردة عليه والشروط والأحكام الواردة على سياسة التعويضات

(1): في حال كان هناك اختلاف بين المنافع المذكورة في الوثيقة و المنافع الواردة في جدول منافع الوثيقة أدناه ، فإن المنافع الواردة في جدول المنافع سوف تطبق.

Essential Program

برنامج الأساسي

جدول منافع وثيقة التأمين الصحي / Table of Health Insurance Benefit

مستوى التغطية بالريال السعودي / Coverage Level in SAR	البيان / Declaration
Essential 3.1 الأساسي 3.1	الفئة / Scheme
SAR 500,000	<p>حد المنفعة الأقصى الكلي لكل مؤمن له عن سنة الوثيقة. ويشمل ذلك الحدود الدنيا الواردة في هذه الوثيقة</p> <p>يتم دعم المنشآت الصغيرة و المتوسطة، عمّا يتجاوز (500 ألف من برنامج صندوق الضمان</p> <p>Maximum level for each insured person for the term of the policy. This includes the sub-limit which appears in this document (Small and medium enterprises are supported through Insurance Daman program for expenses exceeding 500 thousand)</p>
مغطاة / Covered	نفقات التنويم وحالات اليوم الواحد Hospitalization costs and same-day cases.
غرفة مشتركة Shared Room مدفوعة بالكامل Paid in full	مستوى الإقامة داخل الشبكة Level of accommodation within the network
شبكة R NWR	[1] شبكة المستشفيات والمستوصفات المعتمدة Approved hospitals and clinics network [2]
مغطاة / Covered	تكاليف إقامة المرافق عند الحاجة الطبية Companion charges when medically necessary.
لا يوجد NIL	نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) في حالات التنويم في المستشفى فقط Co-pay (contribution to payment) in the case of hospitalization only.
مغطاة / Covered	نفقات العيادات الخارجية Out-patient department costs.
20% up to: Hospitals: SR 100 Polyclinics & MPN: SR 75	<p>نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) لنفقات العيادات الخارجية: النسبة التي يدفعها المؤمن له عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملة جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس كل إجراء على حدة</p> <p>Co-pay (payment participation) for out-patient department costs. Percentage paid by the beneficiary in the event of treatment at an out-patient department. It covers everything the doctor carries out including consultations, laboratory tests, scans and other treatments as well as a follow-up visit and referral for the same condition and not for each procedure separately</p>
15,000 ريال SAR	<p>حد غطاء الحمل والولادة (الولادة الطبيعية ورعاية قبل وبعد الولادة للأم)</p> <p>Pregnancy and childbirth coverage limit (Natural childbirth, prenatal and postnatal care).</p>

مغطى حتى الحد الأقصى الكلي السنوي Covered up to the overall annual maximum limit.	مضاعفات الحمل والولادة مثل الولادة القيصرية والحمل خارج الرحم والنزيف المصاحب للولادة والإسقاط والإجهاض القانوني Pregnancy and childbirth-related complications including Caesarean delivery, ectopic pregnancy, bleeding associated with childbirth, pregnancy loss and legal abortion.
مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي Covered up to the overall annual maximum limit.	علاج الأطفال الخدج Premature children's treatment.
مغطاة بحد أقصى 500 ريال Covered up to a maximum of SAR 500	تكاليف حالات الختان (للذكور) - للمواليد الجدد Costs of circumcision (males)
مغطى حتى الحد الأقصى الكلي السنوي Covered up to the annual maximum limit	الأطفال حديثي الولادة تغطي تكاليف المواليد الجدد علي وثيقة الام و بحد اقصي 30 يوم من تاريخ الولادة حتي يتم اضافتهم علي الوثيقة باثر رجعي من تاريخ الولادة Neonatal cover new born babies are covered under the mother's policy up to 30 days from the date of birth until added in the policy retroactively from the date of birth
مغطاة حتى 100,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to SAR 100,000 during the policy term.	تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة Costs relating to the national program for early testing of newborn children to prevent disability.
SAR 1,200 (Essential & Preventive, no deductible) SAR 800 (Treatment of root canals & Emergencies, with 20% deductible) طب الأسنان الأساسي والوقائي: مغطاة حتى 1,200 ريال سعودي بحد أقصى بدون نسبة تحمل خلال مدة الوثيقة علاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة: مغطاة حتى 800 ريال سعودي بنسبة تحمل 20% خلال مدة الوثيقة	تكاليف علاج الأسنان: تشمل جميع الخدمات العلاجية الأساسية والوقائية للأسنان، وعلاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة Dental Treatment: All essential dental procedures and Root Canals and Emergencies
SAR / 400 ريال (مغطى لجميع الأعضاء) (For all beneficiaries)	غطاء النظر: الإطار والعدسات الطبية الأساسية بدون مميزات إضافية حد سعر الإطار 400 ريال Optical: Basic medical frame and lenses without any add-ons. (Rate limit for framework is SAR 400).
مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي Covered up to the maximum annual benefit limit	الأمراض المزمنة والمسبقة Pre-existing conditions & chronic diseases
مغطاة حتى 6,000 ريال لإجمالي المطالبات خلال مدة الوثيقة لكلا الأذنين Covered up to SAR 6,000 for total claims for both ears over the policy term	تكاليف السمعاعات الطبية Hearing aid costs
مغطى حسب جدول تطعيمات وزارة الصحة للأطفال والبالغين Covered based on MOH's vaccination guidelines for children and adults	التطعيمات حسب برنامج وزارة الصحة Vaccination & inoculations as per the Ministry of Health (MOH) schedule
مغطاة حتى الحد الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.	العلاج الطبيعي عند الحاجة الطبية Physiotherapy when medically necessary.
مغطاة حتى الحد الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.	العيوب الخلقية Birth defects
مغطى بحد أقصى 180,000 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 180,000 per insurance cover period	غسيل الكلى Dialysis
مغطى بحد أقصى 50,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to SR 50,000 per insurance cover period	معالجة الحالات النفسية Psychiatric treatment
مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.	إعادة التأهيل (لعلاج الطبيعي) Rehabilitation (physiotherapy)
مغطاة بحد أقصى 100,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 100,000 during the policy term	تكاليف حالات الإعاقة Disability costs

<p>مغطى بحد أقصى 15,000 ريال خلال فترة الوثيقة بنسبة تحمل 20% بحد أقصى 1,000 ريال سعودي التغطية مشروطة على معدل كتلة الجسم بناء على (الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة) من وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة</p> <p>Covered up to SR 15,000 per insurance cover period, with 20% co-pay up to SAR 1,000. (Coverage is subject to the BMI mentioned as per (Bariatric Surgery Bundle) from the unified CHI policy</p>	<p>معالجة السمنة تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمنة المفرطة بناء على (الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة) من وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة</p> <p>Obesity Treatment The cost of covering obesity treatment based on (Bariatric Surgery Bundle) from the unified CHI policy</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 150,000 ريال خلال مدة الوثيقة</p> <p>Covered up to a maximum of SAR 150,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف علاج حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة</p> <p>Cost of acquired heart valve diseases management</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 15,000 ريال خلال مدة الوثيقة</p> <p>Covered up to a maximum of SAR 15,000 during the policy term</p>	<p>علاج الزهايمر</p> <p>Alzheimer's treatment:</p>
<p>مغطى بحد أقصى 50,000 ريال خلال فترة الوثيقة طبقاً للضوابط المعلنة</p> <p>Covered up to SR 50,000 per insurance cover period according to the announced regulations</p>	<p>علاج التوحد</p> <p>Autism treatment:</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 50,000 ريال خلال مدة الوثيقة</p> <p>Covered up to a maximum of SAR 50,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف إجراء عملية جني أعضاء المتبرع</p> <p>Cost of donor part collection</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 10,000 ريال خلال مدة الوثيقة</p> <p>Covered up to a maximum of SAR 10,000 during the policy term</p>	<p>نقل جثمان المؤمن له المتوفى داخل المملكة إلى بلده الأصلي</p> <p>Transportation of the deceased beneficiary's body from the Kingdom to his country of origin</p>
<p>مغطاة / Covered</p>	<p>إستشارة الطبيب داخل الشبكة</p> <p>Consulting an in-network doctor</p>
<p>مغطاة من خلال سيارات الإسعاف التابعة لمقدمي الخدمات المعتمدين عند الحالة الطبية الطارئة</p> <p>Covered by ambulances of approved service providers in cases of medical emergencies</p>	<p>سيارة إسعاف محلية</p> <p>Local ambulance</p>
<p>مغطاة بالكامل من حد المنفعة السنوي الكلي</p> <p>Fully covered from the maximum annual benefit limit</p>	<p>علاج الحالات الطارئة المهددة للحياة خارج الشبكة المعتمدة داخل المملكة</p> <p>Out-of-network treatment for life-threatening emergency conditions inside the Kingdom:</p>

<p>مغطى الطبيب العام/ الاخصائي (طبيب نائب أول) 100-150 ريال سعودي الاخصائي (طبيب نائب ثان) / الاستشاري 200 - 300 ريال سعودي التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب وجراحة المخ والاعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ريال سعودي 400</p> <p>Covered General Practitioner/ specialist (First Registrar Doctor). 100 - 150 SAR -Specialist (Second Registrar Doctor)/ Consultant. 200 - 300 SAR - Specializations with scarcity and the like, such as cardiology, neurosurgery, vascular surgery and subspecialties according to the standards of the Saudi Commission for Health Specialties 400 SAR</p>	<p>لحد الأقصى لاستشارة الطبيب داخل الشبكة: الطبيب العام- الاخصائي- الاستشاري- التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب - وجراحة المخ والاعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (تم معاينة المستفيد حسب تسلسل إجراءات تقديم الخدمة الا في حالة عدم توفر الخدمة في مركز تقديم الخدمة)</p> <p>Maximum Physician's Fees within the Network: - General Practitioner - Specialist - Consultant - Rare medical specialties and the like, such as cardiology, brain and neurological surgery, vascular surgery, and other subspecialties as per standards of the Saudi Commission for Health Specialties. (The beneficiary shall be examined as per sequence of service provision procedures except when the service is unavailable in the Approved Provider Network</p>
<p>مغطى بحد أقصى 1500 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 1500 per insurance cover period</p>	<p>تنظيم الأسرة: تكاليف موانع الحمل للإناث (التغطية التأمينية لموانع الحمل المؤقتة التي تشمل البديل الهرموني وأجهزة اللولب الرحمي حسب الدليل الإرشادي لموانع الحمل المعتمد)</p> <p>Family Planning: Cost of birth control for females (Coverage for temporary contraception that includes hormonal contraceptives therapy and intrauterine devices according to the approved guideline)</p>
<p>مغطى وتشمل العلاج الهرموني البديل (Covered including alternative hormone therapy)</p>	<p>تكاليف الرعاية الصحية لحالات انقطاع الطمث ومرحلة ما قبل انقطاع الطمث Menopausal & Perimenopausal</p>
<p>مغطى Covered</p>	<p>تغطية الأمراض الجنسية المعدية لعلاج الأمراض الجنسية المعدية أيا كانت طريقة () Nongonococcal urethritis, Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human Papillomavirus (genetic warts), Neisseria gonorrhoeae, Genetic herpes, Chancroid) Sexually Transmitted Diseases (Insurance coverage for the treatment of sexually transmitted diseases (whatever the way the infection occurs) Include cover for Nongonococcal urethritis, Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human Papillomavirus (genetic warts), Neisseria gonorrhoeae, Genetic herpes, Chancroid)</p>

<p>الدواء الجينيس او الدواء المبتكر مع عدم توفر البديل الجينيس: 20% إلى حد أقصى 30 ريال الدواء المبتكر بوجود بديل جينيس: 50% بدون حد أقصى</p> <p>Generic medication or Branded medication with no generic alternative available: 20% up to SAR 30 Branded medication with generic alternative available: 50% without CAP</p>	<p>نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) خدمات الأدوية (اعتماد المشاركة بالدفع لجميع خدمات الأدوية وتكون بصورة منفصلة عن الزيارات الطبية للعيادات الخارجية وتطبق بحسب دليل الأدوية التأمينية مع اعتماد صرف الأدوية الجينية بديل للأدوية المبتكرة بحسب وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة)</p> <p>Medication Co-pay: Deductible for all Drug services and is separate from medical visits to outpatient clinics and applied according to the Insurance Drug formulary (IDF), with the adoption of generic drugs as an alternative to innovative drugs according to the unified CHI Policy</p>
<p>SAR 1,200 (Essential & Preventive, no deductible) SAR 800 (Treatment of root canals & Emergencies, with 20% deductible)</p> <p>طب الأسنان الأساسي والوقائي: مغطاة حتى 1,200 ريال سعودي بحد أقصى بدون نسبة تحمل خلال مدة الوثيقة علاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة: مغطاة حتى 800 ريال سعودي بنسبة تحمل 20% خلال مدة الوثيقة</p>	<p>تكاليف علاج الأسنان: تشمل جميع الخدمات العلاجية الأساسية والوقائية للأسنان، وعلاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة</p> <p>Dental Treatment: All essential dental procedures and Root Canals and Emergencies</p>
<p>مغطى Covered</p>	<p>Comprehensive Diabetic Program الرعاية الشاملة لمرضى داء السكري</p>
<p>مغطى حسب الدليل الوطني للفحوصات الصحية الدورية الصادر من هيئة الصحة العامة ماموغرام "أشعة الثدي" للكشف عن سرطان الثدي، 2. مسحة عنق الرحم للكشف عن سرطان عنق الرحم، 3. الكشف عن سرطان القولون (الاختبار الكيميائي للبراز أو منظار القولون بحسب الحاجة الطبية وأفضل الممارسات الطبية، 4. الاستشارات السلوكية أو الغذائية أو كلاهما، بما يخص النظام الغذائي الصحي والنشاط القلبية BMI 30 البدني للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية للبالغين الذين يعانون من عوامل المخاطر الوعائية ولديهم ارتفاع في كتلة الجسم بأكثر من أو من لديهم عاملين فأكثر من عوامل الخطورة لأمراض القلب، 5. فحوصات داء السكري عن طريق فحص السكر للصائم أو فحص معدل السكر التراكمي، 6. فحص الدهون (DEXA) الشامل، 7. فحص كثافة العظام للكشف عن هشاشة العظام</p> <p>Covered based on national guidelines for periodic health examinations (1. Mammogram to detect breast cancer, 2. Pap smear to detect cervical cancer, 3. Fecal immunochemical test (FIT) or colonoscopy as per the medical necessity and best clinical practice to detect colon cancer. (Fecal immunochemical test) or colonoscopy according to medical need and best medical practices, 4. Behavioral or dietary consultations, or both, about healthy diet, and physical activity to prevent cardiovascular disease for adults with cardiovascular risk factors and have a Body Mass Index of more than 30 or those with two and more risk factors for heart Disease, 5. Diabetes screening by fasting blood sugar test or checking (HbA1C) test, 6. Lipid profile test, 7. Bone densitometry (DEXA) to Detect Osteoporosis)</p>	<p>Preventive Screenings الفحص المبكر والاستكشافي</p>
<p>مغطى بحد أقصى 250,000 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 250,000 per insurance cover period</p>	<p>Kidney Transplant زراعة الكلى</p>
<p>Covered based on the Saudi clinical guide for diabetes مغطى حسب سياسة مضخة الإنسولين، مركز تقييم التقنيات الصحية</p>	<p>Medical Devices الأجهزة الطبية</p>

Additional Table of benefits

Coverage Level in SAR / مستوى التغطية بالريال السعودي	Declaration / البيان
Essential 3.1 الأساسي 3.1	Scheme / الفئة
غير مغطى Not covered	International SOS Assistance الإخلاء الطبي الطارئ بالتعاون مع عند حدوث العلة خارج المملكة فقط Emergency medical evacuation in cooperation with International SOS Assistance when the illness occurs outside the KSA only
غير مغطى Not covered	العلاج الطارئ المهدد للحياة خارج المملكة Emergency life threatening treatment –out KSA-
غير مغطى Not covered	العلاج الاختياري (غير الطارئ) خارج الشبكة المعتمدة خارج أو داخل المملكة Elective (non-emergency) treatment out of network IN or OUT KSA

Appendix (1): Table of Benefit and Terms of (TOB) and Terms of Reimbursement:

(1): In the event that there is a difference between the benefits mentioned in the Insurance Policy and the benefits contained in the Table of Benefits of the Insurance Policy below, the benefits contained in the Table of Benefits shall apply.

ملحق رقم واحد (1): جدول المنافع والأحكام الواردة عليه والشروط والأحكام الواردة على سياسة التعويضات

(1): في حال كان هناك اختلاف بين المنافع المذكورة في الوثيقة و المنافع الواردة في جدول منافع الوثيقة أدناه ، فإن المنافع الواردة في جدول المنافع سوف تطبق.

Classic Program

جدول منافع وثيقة التأمين الصحي / Table of Health Insurance Benefit

Coverage Level in SAR / مستوى التغطية بالريال السعودي	Declaration / البيان
Classic 4.1 كلاسيكي 4.1	الفئة / Scheme
SAR 500,000	حد المنفعة الأقصى الكلي لكل مؤمن له عن سنة الوثيقة. ويشمل ذلك الحدود الدنيا الواردة في هذه الوثيقة يتم دعم المنشآت الصغيرة و المتوسطة، عمّا يتجاوز (500 ألف من برنامج صندوق الضمان Maximum level for each insured person for the term of the policy. This includes the sub-limit which appears in this document(Small and medium enterprises are supported through Insurance Daman program for expenses exceeding 500 thousand)
600 ريال / SAR (مغطى لجميع الأعضاء) (For all beneficiaries)	غطاء النظر: الإطار والعدسات الطبية الأساسية بدون مميزات إضافية حد سعر الإطار 400 ريال Optical: Basic medical frame and lenses without any add-ons. (Rate limit for framework is SAR 400).
مغطاة / Covered	نفقات التنويم وحالات اليوم الواحد Hospitalization costs and same-day cases.
غرفة مفردة Single Room	مستوى الإقامة داخل الشبكة Level of accommodation within the network
شبكة 4 NW4	[3] شبكة المستشفيات والمستوصفات المعتمدة Approved hospitals and clinics network[4]
20% up to: Hospitals: SR 100 Polyclinics & MPN: SR 75	نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) لنفقات العيادات الخارجية: النسبة التي يدفعها المؤمن له عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملة جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس كل إجراء على حدة Co-pay (payment participation) for out-patient department costs. Percentage paid by the beneficiary in the event of treatment at an out-patient department. It covers everything the doctor carries out including consultations, laboratory tests, scans and other treatments as well as a follow-up visit and referral for the same condition and not for each procedure separately

مغطاة / Covered	تكاليف إقامة المرافق عند الحاجة الطبية Companion charges when medically necessary.
لا يوجد NIL	نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) في حالات التنويم في المستشفى فقط Co-pay (contribution to payment) in the case of hospitalization only.
مغطاة / Covered	نفقات العيادات الخارجية Out-patient department costs.
15,000 ريال SAR	حد غطاء الحمل والولادة (الولادة الطبيعية ورعاية قبل وبعد الولادة للأم) Pregnancy and childbirth coverage limit (Natural childbirth, prenatal and postnatal care).

مغطى حتى الحد الأقصى الكلي السنوي Covered up to the overall annual maximum limit.	مضاعفات الحمل والولادة مثل الولادة القيصرية والحمل خارج الرحم والنزيف المصاحب للولادة والإسقاط والإجهاض القانوني. Pregnancy and childbirth-related complications including Caesarean delivery, ectopic pregnancy, bleeding
مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي Covered up to the overall annual maximum limit.	علاج الأطفال الخدج Premature children's treatment.
مغطاة بحد أقصى 500 ريال Covered up to a maximum of SAR 500	تكاليف حالات الختان (للذكور) - للمواليد الجدد Costs of circumcision (males)
مغطى حتى الحد الأقصى الكلي السنوي Covered up to the annual maximum limit	الأطفال حديثي الولادة تغطي تكاليف المواليد الجدد علي وثيقة الامر و بحد اقصى 30 يوم من تاريخ الولادة حتي يتم اضافتهم علي الوثيقة بأثر رجعي من تاريخ الولادة Neonatal cover new born babies are covered under the mother's policy up to 30 days from the date of birth until added in
مغطاة حتى 100,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to SAR 100,000 during the policy term.	تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة Costs relating to the national program for early testing of newborn children
مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي Covered up to the maximum annual benefit limit	الأمراض المزمنة والمسبقة Pre-existing conditions & chronic
مغطاة حتى 6,000 ريال لإجمالي المطالبات خلال مدة الوثيقة لكلا الأذنين Covered up to SAR 6,000 for total claims for both ears over the policy term	تكاليف السمعاعات الطبية Hearing aid costs
مغطى حسب جدول تطعيمات وزارة الصحة للأطفال والبالغين Covered based on MOH's vaccination guidelines for children and adults	التطعيمات حسب برنامج وزارة الصحة Vaccination & inoculations as per the Ministry of Health (MOH) schedule
مغطاة حتى الحد الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.	العلاج الطبيعي عند الحاجة الطبية Physiotherapy when medically
مغطاة حتى الحد الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.	العيوب الخلقية Birth defects
مغطى بحد أقصى 180,000 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 180,000 per insurance cover period	غسيل الكلى Dialysis
مغطى بحد أقصى 50,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to SR 50,000 per insurance cover period	معالجة الحالات النفسية Psychiatric Treatment
مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.	إعادة التأهيل (لعلاج الطبيعي) Rehabilitation (physiotherapy)
مغطاة بحد أقصى 100,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 100,000 during the policy term	تكاليف حالات الإعاقة Disability costs

<p>مغطى بحد أقصى 15,000 ريال خلال فترة الوثيقة بنسبة تحمل 20% بحد أقصى 1,000 ريال سعودي التغطية مشروطة على معدل كتلة الجسم بناء على (الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة) من وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة</p> <p>Covered up to SR 15,000 per insurance cover period, with 20% co-pay up to SAR 1,000. (Coverage is subject to the BMI mentioned as per (Bariatric Surgery Bundle) from the unified CHI policy</p>	<p>معالجة السمنة تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمنة المفرطة بناء على (الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة) من وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة Obesity Treatment The cost of covering obesity treatment based on (Bariatric Surgery Bundle) from the unified CHI policy</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 150,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 150,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف علاج حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة Cost of acquired heart valve diseases management</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 15,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 15,000 during the policy term</p>	<p>علاج الزهايمر Alzheimer's treatment:</p>
<p>مغطى بحد أقصى 50,000 ريال خلال فترة الوثيقة طبقاً للصوابط المعلنة Covered up to SR 50,000 per insurance cover period according to the announced regulations</p>	<p>علاج التوحد Autism treatment:</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 50,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 50,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف إجراء عملية جني أعضاء المتبرع Cost of donor part collection</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 10,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 10,000 during the policy term</p>	<p>نقل جثمان المؤمن له المتوفى داخل المملكة إلى بلده الأصلي Transportation of the deceased beneficiary's body from the Kingdom to his country of origin</p>
<p>مغطاة / Covered</p>	<p>إستشارة الطبيب داخل الشبكة Consulting an in-network doctor</p>
<p>مغطاة من خلال سيارات الإسعاف التابعة لمقدمي الخدمات المعتمدين عند الحالة الطبية الطارئة Covered by ambulances of approved service providers in cases of medical emergencies</p>	<p>سيارة إسعاف محلية Local ambulance</p>
<p>مغطاة بالكامل من حد المنفعة السنوي الكلي Fully covered from the maximum annual benefit limit</p>	<p>علاج الحالات الطارئة المهددة للحياة خارج الشبكة المعتمدة داخل المملكة Out-of-network treatment for life-threatening emergency conditions inside the Kingdom:</p>

<p>مغطى الطبيب العام/ الاختصاصي (طبيب نائب أول) 100-150 ريال سعودي الاخصائي (طبيب نائب ثان) / الاستشاري 200 - 300 ريال سعودي التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب وجراحة المخ والاعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية 400 ريال سعودي</p> <p>Covered General Practitioner/ specialist (First Registrar Doctor). 100 - 150 SAR -Specialist (Second Registrar Doctor)/ Consultant. 200 - 300 SAR · Specializations with scarcity and the like, such as cardiology, neurosurgery, vascular surgery and subspecialties according to the standards of the Saudi Commission for Health Specialties 400 SAR</p>	<p>لحد الأقصى لاستشارة الطبيب داخل الشبك: - الطبيب العام- - الاخصائي- - الاستشاري- التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب وجراحة - المخ والاعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (تتم معاينة المستفيد حسب تسلسل إجراءات تقديم الخدمة الا في حالة عدم توفر الخدمة في مركز تقديم الخدمة)</p> <p>Maximum Physician's Fees within the Network: - General Practitioner - Specialist - Consultant - Rare medical specialties and the like, such as cardiology, brain and neurological surgery, vascular surgery, and other subspecialties as per standards of the Saudi Commission for Health Specialties. (The beneficiary shall be examined as per sequence of service provision procedures except when the service is unavailable in the Approved Provider Network</p>
<p>مغطى بحد أقصى 1500 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 1500 per insurance cover period</p>	<p>تنظيم الأسرة: تكاليف موانع الحمل للإناث (التغطية التأمينية لموانع الحمل المؤقتة التي تشمل البديل الهرموني وأجهزة اللولب الرحمي حسب الدليل الارشادي لموانع الحمل المعتمد)</p> <p>Family Planning: Cost of birth control for females (Coverage for temporary contraception that includes hormonal contraceptives therapy and intrauterine devices according to the approved guideline)</p>
<p>(مغطى وتشمل العلاج الهرموني البديل) (Covered including alternative hormone therapy)</p>	<p>تكاليف الرعاية الصحية لحالات انقطاع الطمث ومرحلة ما قبل انقطاع الطمث Menopausal & Perimenopausal</p>
<p>مغطى Covered</p>	<p>تغطية الأمراض الجنسية المعدية لعلاج الأمراض الجنسية المعدية أيا كانت طريقة حصول) Nongonococcal urethritis, Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human Papillomavirus (genetic warts), Neisseria gonorrhoeae, Genetic herpes, Chancroid) Sexually Transmitted Diseases (Insurance coverage for the treatment of sexually transmitted diseases (whatever the way the infection occurs) Include cover for Nongonococcal urethritis, Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human Papillomavirus (genetic warts), Neisseria gonorrhoeae, Genetic herpes, Chancroid)</p>

<p>الدواء الجنيس او الدواء المبتكر مع عدم توفر البديل الجنيس: 20% إلى حد أقصى 30 ريال الدواء المبتكر بوجود بديل جنيس: 20% بدون حد أقصى</p> <p>Generic medication or Branded medication with no generic alternative available: 20% up to SAR 30 Branded medication with generic alternative available: 20% without CAP</p>	<p>نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) خدمات الأدوية (اعتماد المشاركة بالدفع لجميع خدمات الأدوية وتكون بصورة منفصلة عن الزيارات الطبية للعيادات الخارجية وتطبق بحسب دليل الأدوية التأمينية مع اعتماد صرف الأدوية الجنيسة بديل للأدوية المبتكرة بحسب وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة)</p> <p>Medication Co-pay: Deductible for all Drug services and is separate from medical visits to outpatient clinics and applied according to the Insurance Drug formulary (IDF), with the adoption of generic drugs as an alternative to innovative drugs according to the unified CHI Policy</p>
<p>SAR 1,200 (Essential & Preventive, no deductible) SAR 800 (Treatment of root canals & Emergencies, with 20% deductible)</p> <p>طب الأسنان الأساسي والوقائي: مغطاة حتى 1,200 ريال سعودي بحد أقصى بدون نسبة تحمل خلال مدة الوثيقة علاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة: مغطاة حتى 800 ريال سعودي بنسبة تحمل 20% خلال مدة الوثيقة</p>	<p>كألف علاج الأسنان: تشمل جميع الخدمات العلاجية الأساسية والوقائية للأسنان، وعلاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة</p> <p>Dental Treatment: All essential dental procedures and Root Canals and Emergencies</p>
<p>مغطى covered</p>	<p>Comprehensive Diabetic Program الرعاية الشاملة لمرضى داء السكري</p>
<p>مغطى حسب الدليل الوطني للفحوصات الصحية الدورية الصادر من هيئة الصحة العامة ماموغرام "أشعة الثدي" للكشف عن سرطان الثدي، 2. مسحة عنق الرحم للكشف عن سرطان عنق (1). الرحم، 3. الكشف عن سرطان القولون (الاختبار الكيميائي للبراز أو منظار القولون بحسب الحاجة الطبية وأفضل الممارسات الطبية، 4. الاستشارات السلوكية أو الغذائية أو كلاهما، بما يخص النظام الغذائي الصحي والنشاط القلبية BMI 30 البدني للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية للبالغين الذين يعانون من عوامل المخاطر الوعائية ولديهم ارتفاع في كتلة الجسم بأكثر من أو من لديهم عاملين فأكثر من عوامل الخطورة لأمراض القلب، 5. فحوصات داء السكري عن طريق فحص السكر للصائم أو فحص معدل السكر التراكمي، 6. فحص الدهون (DEXA) الشامل، 7. فحص كثافة العظام للكشف عن هشاشة العظام</p> <p>Covered based on national guidelines for periodic health examinations (1. Mammogram to detect breast cancer, 2. Pap smear to detect cervical cancer, 3. Fecal immunochemical test (FIT) or colonoscopy as per the medical necessity and best clinical practice to detect colon cancer. (Fecal immunochemical test) or colonoscopy according to medical need and best medical practices, 4. Behavioral or dietary consultations, or both, about healthy diet, and physical activity to prevent cardiovascular disease for adults with cardiovascular risk factors and have a Body Mass Index of more than 30 or those with two and more risk factors for heart Disease, 5. Diabetes screening by fasting blood sugar test or checking (HbA1C) test, 6. Lipid profile test, 7. Bone densitometry (DEXA) to Detect Osteoporosis)</p>	<p>Preventive Screenings الفحص المبكر والاستكشافي</p>
<p>مغطى بحد أقصى 250,000 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 250,000 per insurance cover period</p>	<p>Kidney Transplant زراعة الكلى</p>
<p>Covered based on the Saudi clinical guide for diabetes مغطى حسب سياسة مضخة الإنسولين، مركز تقييم التقنيات الصحية</p>	<p>Medical Devices Medical devices are covered based on what is prescribed by the approved clinical evidence and guidelines and the concept of value-based health care Including glucose monitors, insulin pump and blood pressure monitor according to approved guidelines الأجهزة الطبية يتم التغطية للأجهزة الطبية بناء على ما تنص الأدلة والبراهين الاكلينيكية المعتمدة ومفهوم الرعاية الصحية المبنية الى القيمة على سبيل المثال لا الحصر اجهزة قياس السكر، مضخة</p>

Additional Table of benefits	
Coverage / تغطية	Declaration / البيان
Classic 4.1 / كلاسيكي 4.1	Scheme / الفئة
غير مغطى Not covered	عند حدوث العلة خارج المملكة فقط International SOS Assistance الإخلاء الطبي الطارئ بالتعاون مع Emergency medical evacuation in cooperation with International SOS Assistance when the illness occurs outside the KSA only
التكلفة الفعلية للخدمات الطبية المغطاة لحد المبالغ المذكورة أدناه، أما أية كلفة تزيد عن هذا المبلغ فستكون مغطاة حسب الأسعار المعقولة والمعتادة لنفس مستوى التغطية في الشبكة المعتمدة داخل المملكة العربية السعودية (50,000 ريال) The actual cost of covered medical services is limited to the amounts mentioned below. Any cost exceeding this amount will be covered at reasonable and customary rates for the same level of coverage in the approved network within Saudi Arabia (SR 50,000)	العلاج الطارئ المهدد للحياة خارج المملكة Emergency life threatening treatment –out KSA-
مغطى حسب الأسعار المقبولة والمعتمدة لنفس مستوى التغطية في الشبكة المعتمدة داخل المملكة العربية السعودية من خلال مبدأ التعويض فقط للحالات المغطاة ضمن هذه الوثيقة وذلك بناء على سياسة التعويضات . شريطة الحصول على موافقة بوبا العربية Covered as per accepted prices and approved for the same level of coverage in the network approved within the Kingdom of Saudi Arabia through the principle of Reimbursements only for the cases covered in this policy, based on the conditions of Reimbursements and the prior approval of Bupa Arabia	العلاج الاختياري (غير الطارئ) خارج الشبكة المعتمدة خارج أو داخل المملكة Elective (non-emergency) treatment out of network – IN or OUT KSA

Appendix (1): Table of Benefit and Terms of (TOB) and Terms of Reimbursement:

(1): In the event that there is a difference between the benefits mentioned in the Insurance Policy and the benefits contained in the Table of Benefits of the Insurance Policy below, the benefits contained in the Table of Benefits shall apply.

ملحق رقم واحد (1): جدول المنافع والأحكام الواردة عليه والشروط والأحكام الواردة على سياسة التعويضات

(1): في حال كان هناك اختلاف بين المنافع المذكورة في الوثيقة و المنافع الواردة في جدول منافع الوثيقة أدناه ، فإن المنافع الواردة في جدول المنافع سوف تطبق.

Premium Program

برنامج التميز

جدول منافع وثيقة التأمين الصحي / Table of Health Insurance Benefit

Coverage Level in SAR / مستوى التغطية بالريال السعودي	Declaration / البيان
Premium 2.1 التميز 2.1	Scheme / الفئة
SAR 500,000	حد المنفعة الأقصى الكلي لكل مؤمن له عن سنة الوثيقة. ويشمل ذلك الحدود الدنيا الواردة في هذه الوثيقة يتم دعم المنشآت الصغيرة والمتوسطة، عمّا يتجاوز (500 ألف من برنامج صندوق الضمان Maximum level for each insured person for the term of the policy. This includes the sub-limit which appears in this document (Small and medium enterprises are supported through Insurance Daman program for expenses exceeding 500 thousand)
مغطاة / Covered	نفقات التنويم وحالات اليوم الواحد Hospitalization costs and same-day cases.
جناح عادي Standard Suite بحد أقصى 1,500 ريال لليلة الواحدة maximum SAR 1,500 per night	مستوى الإقامة داخل الشبكة Level of accommodation within the network
شبكة 6 NW6	[3] شبكة المستشفيات والمستوصفات المعتمدة Approved hospitals and clinics network [4]
مغطاة / Covered	تكاليف إقامة المرافق عند الحاجة الطبية Companion charges when medically necessary.
لا يوجد NIL	نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) في حالات التنويم في المستشفى فقط Co-pay (contribution to payment) in the case of hospitalization only.
مغطاة / Covered	نفقات العيادات الخارجية Out-patient department costs.
20% up to: Hospitals: SR 100 Polyclinics & MPN: SR 75	نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) لنفقات العيادات الخارجية: النسبة التي يدفعها المؤمن له عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملة جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس كل إجراء على حدة Co-pay (payment participation) for out-patient department costs. Percentage paid by the beneficiary in the event of treatment at an out-patient department. It covers everything the doctor carries out including consultations, laboratory tests, scans and other treatments as well as a follow-up visit and referral for the same condition and not for each procedure separately
25,000 ريال SAR	حد غطاء الحمل والولادة (الولادة الطبيعية ورعاية قبل وبعد الولادة للأم) Pregnancy and childbirth coverage limit (Natural childbirth, prenatal and postnatal care).

<p>الدواء الجنييس او الدواء المبتكر: 20% إلى حد أقصى 30 ريال</p> <p>Generic medication or Branded medication : 20% up to SAR 30</p>	<p>نسبة التحمل (المشاركة في الدفع) خدمات الأدوية</p> <p>(اعتماد المشاركة بالدفع لجميع خدمات الأدوية وتكون بصورة منفصلة عن الزيارات الطبية للعيادات الخارجية وتطبق بحسب دليل الأدوية التأمينية مع اعتماد صرف الأدوية الجنييسة بديل للأدوية المبتكرة بحسب وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة)</p> <p>Medication Co-pay: Deductible for all Drug services and is separate from medical visits to outpatient clinics and applied according to the Insurance Drug formulary (IDF), with the adoption of generic drugs as an alternative to innovative drugs according to the unified CHI Policy</p>
<p>مغطى حتى الحد الأقصى الكلي السنوي Covered up to the overall annual maximum limit.</p>	<p>مضاعفات الحمل والولادة مثل الولادة القيصرية والحمل خارج الرحم والنزيف المصاحب للولادة والإسقاط والإجهاض القانوني Pregnancy and childbirth-related complications including Caesarean delivery, ectopic pregnancy, bleeding associated with childbirth, pregnancy loss and legal abortion.</p>
<p>مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي Covered up to the overall annual maximum limit.</p>	<p>علاج الأطفال الخدج Premature children's treatment.</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 500 ريال Covered up to a maximum of SAR 500</p>	<p>تكاليف حالات الختان (للذكور) – للمواليد الجدد Costs of circumcision (males)</p>
<p>مغطى حتى الحد الأقصى الكلي السنوي Covered up to the annual maximum limit</p>	<p>الأطفال حديثي الولادة تغطي تكاليف المواليد الجدد علي وثيقة الام و بحد اقصى 30 يوم من تاريخ الولادة حتي يتم اضافتهم علي الوثيقة باثر رجعي من تاريخ الولادة Neonatal cover new born babies are covered under the mother's policy up to 30 days from the date of birth until added in the policy retroactively from the date of birth</p>
<p>مغطاة حتى 100,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to SAR 100,000 during the policy term.</p>	<p>تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة Costs relating to the national program for early testing of newborn children to prevent disability.</p>
<p>مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي Covered up to the maximum annual benefit limit</p>	<p>الأمراض المزمنة والمسبقة Pre-existing conditions & chronic diseases</p>
<p>مغطاة حتى 6,000 ريال لإجمالي المطالبات خلال مدة الوثيقة لكلا الأذنين Covered up to SAR 6,000 for total claims for both ears over the policy term</p>	<p>تكاليف السمعاعات الطبية Hearing aid costs</p>
<p>مغطى حسب جدول تطعيمات وزارة الصحة للأطفال والبالغين Covered based on MOH's vaccination guidelines for children and adults</p>	<p>تطعيمات حسب برنامج وزارة الصحة Vaccination & inoculations as per the Ministry of Health (MOH) schedule</p>
<p>مغطاة حتى الحد الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.</p>	<p>العلاج الطبيعي عند الحاجة الطبية Physiotherapy when medically necessary.</p>
<p>مغطاة حتى الحد الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.</p>	<p>العيوب الخلقية Birth defects</p>
<p>مغطى بحد أقصى 180,000 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 180,000 per insurance cover period</p>	<p>غسيل الكلى Dialysis</p>
<p>مغطى بحد أقصى 50,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to SR 50,000 per insurance cover period</p>	<p>معالجة الحالات النفسية الحادة و الغير حادة Acute and non-acute psychiatric</p>
<p>مغطاة حتى حد المنفعة الأقصى الكلي السنوي خلال مدة الوثيقة Covered up to the overall annual maximum limit.</p>	<p>إعادة التأهيل (لعلاج الطبيعي) Rehabilitation (physiotherapy)</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 100,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 100,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف حالات الإعاقة Disability costs</p>

<p>مغطى بحد أقصى 15,000 ريال خلال فترة الوثيقة بنسبة تحمل 20% بحد أقصى 1,000 ريال سعودي (التغطية مشروطة على معدل كتلة الجسم بناء على (الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة) من وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة</p> <p>Covered up to SR 15,000 per insurance cover period, with 20% co-pay up to SAR 1,000. (Coverage is subject to the BMI mentioned as per (Bariatric Surgery Bundle) from the unified CHI policy</p>	<p>معالجة السمنة تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمنة المفرطة بناء على (الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة) من وثيقة مجلس الضمان الصحي الموحدة Obesity Treatment The cost of covering obesity treatment based on (Bariatric Surgery Bundle) from the unified CHI policy</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 150,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 150,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف علاج حالات التليف في صمامات القلب المكتسبة Cost of acquired heart valve diseases management</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 15,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 15,000 during the policy term</p>	<p>علاج الزهايمر Alzheimer's treatment:</p>
<p>مغطى بحد أقصى 50,000 ريال خلال فترة الوثيقة طبقاً للضوابط المعلنة Covered up to SR 50,000 per insurance cover period according to the announced regulations</p>	<p>علاج التوحد Autism treatment:</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 50,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 50,000 during the policy term</p>	<p>تكاليف إجراء عملية جني أعضاء المتبرع Cost of donor part collection</p>
<p>مغطاة بحد أقصى 10,000 ريال خلال مدة الوثيقة Covered up to a maximum of SAR 10,000 during the policy term</p>	<p>نقل جثمان المؤمن له المتوفى داخل المملكة إلى بلده الأصلي Transportation of the deceased beneficiary's body from the Kingdom to his country of origin</p>
<p>مغطاة / Covered</p>	<p>إستشارة الطبيب داخل الشبكة Consulting an in-network doctor</p>
<p>مغطاة من خلال سيارات الإسعاف التابعة لمقدمي الخدمات المعتمدين عند الحالة الطبية الطارئة Covered by ambulances of approved service providers in cases of medical emergencies</p>	<p>سيارة إسعاف محلية Local ambulance</p>
<p>مغطاة بالكامل من حد المنفعة السنوي الكلي Fully covered from the maximum annual benefit limit</p>	<p>علاج الحالات الطارئة المهددة للحياة خارج الشبكة المعتمدة داخل المملكة Out-of-network treatment for life-threatening emergency conditions inside the Kingdom:</p>

<p>مغطى الطبيب العام/ الاخصائي (طبيب نائب أول) 100-150 ريال سعودي الأخصائي (طبيب نائب ثان) / الاستشاري 200 - 300 ريال سعودي التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب وجراحة المخ والاعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ريال سعودي 400</p> <p>Covered General Practitioner/ specialist (First Registrar Doctor). 100 - 150 SAR -Specialist (Second Registrar Doctor)/ Consultant. 200 - 300 SAR - Specializations with scarcity and the like, such as cardiology, neurosurgery, vascular surgery and subspecialties according to the standards of the Saudi Commission for Health Specialties 400 SAR</p>	<p>لحد الأقصى لاستشارة الطبيب داخل الشبك: الطبيب العام- الأخصائي- الاستشاري- التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب - وجراحة المخ والاعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (تتم معاينة المستفيد حسب تسلسل إجراءات تقديم الخدمة الا في حالة عدم توفر الخدمة في مركز تقديم الخدمة)</p> <p>Maximum Physician's Fees within the Network: - General Practitioner - Specialist - Consultant - Rare medical specialties and the like, such as cardiology, brain and neurological surgery, vascular surgery, and other subspecialties as per standards of the Saudi Commission for Health Specialties. (The beneficiary shall be examined as per sequence of service provision procedures except when the service is unavailable in the Approved Provider Network)</p>
<p>مغطى بحد أقصى 1,500 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 1,500 per insurance cover period</p>	<p>تنظيم الأسرة: تكاليف موانع الحمل للإناث (التغطية التأمينية لموانع الحمل المؤقتة التي تشمل البديل الهرموني وأجهزة اللولب الرحمي حسب الدليل الارشادي لموانع الحمل المعتمد)</p> <p>Family Planning: Cost of birth control for females (Coverage for temporary contraception that includes hormonal contraceptives therapy and intrauterine devices according to the approved guideline)</p>
<p>(مغطى وتشمل العلاج الهرموني البديل) (Covered including alternative hormone therapy)</p>	<p>تكاليف الرعاية الصحية لحالات انقطاع الطمث ومرحلة ما قبل انقطاع الطمث Menopausal & Perimenopausal</p>
<p>مغطى Covered</p>	<p>تغطية الأمراض الجنسية المعدية لعلاج الأمراض الجنسية المعدية أيا كانت طريقة () Nongonococcal urethritis, Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human Papillomavirus (genetic warts), Neisseria gonorrhoeae, Genetic herpes, Chancroid) Sexually Transmitted Diseases (Insurance coverage for the treatment of sexually transmitted diseases (whatever the way the infection occurs) Include cover for Nongonococcal urethritis, Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human Papillomavirus (genetic warts), Neisseria gonorrhoeae, Genetic herpes, Chancroid)</p>

مغطى Covered	Comprehensive Diabetic Program الرعاية الشاملة لمرضى داء السكري
<p>مغطى حسب الدليل الوطني للفحوصات الصحية الدورية الصادر من هيئة الصحة العامة</p> <p>ماموغرام "أشعة الثدي" للكشف عن سرطان الثدي، 2. مسحة عنق الرحم للكشف عن سرطان عنق الرحم، 3. الكشف عن سرطان القولون (الاختبار الكيميائي للبراز أو منظار القولون بحسب الحاجة الطبية وأفضل الممارسات الطبية، 4. الاستشارات السلوكية أو الغذائية أو كلاهما، بما يخص النظام الغذائي الصحي والنشاط القلبية BMI 30 البدني للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية للبالغين الذين يعانون من عوامل المخاطر الوعائية ولديهم ارتفاع في كتلة الجسم بأكثر من أو من لديهم عاملين فأكثر من عوامل الخطورة لأمراض القلب، 5. فحص داء السكري عن طريق فحص السكر للصائم أو فحص معدل السكر التراكمي، 6. فحص الدهون (DEXA) الشامل، 7. فحص كثافة العظام للكشف عن هشاشة العظام</p> <p>Covered based on national guidelines for periodic health examinations</p> <p>(1. Mammogram to detect breast cancer, 2. Pap smear to detect cervical cancer, 3. Fecal immunochemical test (FIT) or colonoscopy as per the medical necessity and best clinical practice to detect colon cancer. (Fecal immunochemical test) or colonoscopy according to medical need and best medical practices, 4. Behavioral or dietary consultations, or both, about healthy diet, and physical activity to prevent cardiovascular disease for adults with cardiovascular risk factors and have a Body Mass Index of more than 30 or those with two and more risk factors for heart Disease, 5. Diabetes screening by fasting blood sugar test or checking (HbA1C) test, 6. Lipid profile test, 7. Bone densitometry (DEXA) to Detect Osteoporosis)</p>	Preventive Screenings الفحص المبكر والاستكشافي
مغطى بحد أقصى 250,000 ريال خلال فترة الوثيقة Covered up to SR 250,000 per insurance cover period	Kidney Transplant زراعة الكلى
<p>SAR 1,800 (Essential & Preventive, no deductible) SAR 1,200 (Treatment of root canals & Emergencies, with NIL deductible) طب الأسنان الأساسي والوقائي: مغطاة حتى 1,800 ريال سعودي بحد أقصى بدون نسبة تحمل خلال مدة الوثيقة علاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة: مغطاة حتى 1,200 ريال سعودي بدون</p>	<p>كالتيف علاج الأسنان تشمل جميع الخدمات العلاجية الأساسية والوقائية للأسنان، وعلاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة Dental Treatment: All essential dental procedures and Root Canals and Emergencies</p>
1000 ريال / SAR (مغطى لجميع الأعضاء) (For all beneficiaries)	<p>غطاء النظر: الإطار والعدسات الطبية الأساسية بدون مميزات إضافية حد سعر الإطار 400 ريال Optical: Basic medical frame and lenses without any add-ons. (Rate limit for framework is SAR 400).</p>

Additional Table of benefits

Coverage Level in SAR / مستوى التغطية بالريال السعودي	Declaration / البيان
Premium 2.1 التميز 2.1	Scheme / الفئة
مغطاة من حد المنفعة السنوي الكلي Covered up to the overall annual maximum limit.	عند حدوث العلة خارج المملكة فقط International SOS Assistance الإخلاء الطبي الطارئ بالتعاون مع Emergency medical evacuation in cooperation with International SOS Assistance when the illness occurs outside the KSA only

التكلفة الفعلية للخدمات الطبية المغطاة لحد المبالغ المذكورة أدناه، أما أية كلفة تزيد عن هذا المبلغ فستكون مغطاة حسب الأسعار المعقولة والمعتادة لنفس مستوى التغطية في الشبكة المعتمدة داخل المملكة العربية السعودية (50,000 ريال) The actual cost of covered medical services is limited to the amounts mentioned below. Any cost exceeding this amount will be covered at reasonable and customary rates for the same level of coverage in the approved network within Saudi Arabia (SR 50,000)	العلاج الطارئ المهدد للحياة خارج المملكة Emergency life threatening treatment –out KSA-
مغطى حسب الأسعار المقبولة والمعتمدة لنفس مستوى التغطية في الشبكة المعتمدة داخل المملكة العربية السعودية من خلال مبدأ التعويض فقط للحالات المغطاة ضمن هذه الوثيقة وذلك بناء على سياسة التعويضات شريطة الحصول على موافقة بوبا العربية Covered as per accepted prices and approved for the same level of coverage in the network approved within the Kingdom of Saudi Arabia through the principle of Reimbursements only for the cases covered in this policy, based on the conditions of Reimbursements and the prior approval of Bupa Arabia	خارج الشبكة المعتمدة (ax غير) العلاج الاختياري خارج أو داخل المملكة Elective (non-emergency) treatment out of network IN or OUT KSA

(2): Terms and conditions of the Table of benefits (TOB):

2.1. The terms and conditions of the Table Benefit and its contact shall form an integral part of the unified insurance Policy in all its chapters and appendices.

2.2. In order to benefit from insurance coverage, the policyholder shall provide a form of medical declaration for the insured's previous medical and current cases, including but not limited to pregnancy, the complications of the previous pregnancy mentioned in the table of benefits, the cases of chronic and previous diseases.

(2): الشروط والاحكام الواردة على جدول المنافع :

2.1. يعتبر جدول المنافع و ما ورد فيه من احكام اعلاه جزءاً لا يتجزأ من إتفاقية التأمين بفصولها و ملاحقها.

2.2. يشترط في الاستفادة من التغطية التأمينية أن يقوم صاحب الوثيقة بتقديم نموذج الإفصاح الطبي- في حال طلبه- للحالات المرضية السابقة والحالية للمؤمن لهم – على سبيل المثال لا الحصر - الحمل ، مضاعفات الحمل السابق الواردة في جدول المنافع ، حالات الامراض المزمنة و المسبقة.

2.3. In the event that there is no medical declaration- or Bupa Arabia discover that the medical declaration is incorrect- is made prior to the validity of the insurance policy and the insured after the validity of policy make a claim treatment, Bupa Arabia has the right to refuse coverage.

2.4. The Terms and Conditions shall apply to the categories mentioned in Article (2) of the Executive Regulations of the CCHI.

2.5. If the policyholder or the insured wishes to upgrade the level of accommodation specified in the table of benefits, he/ she shall bear any expenses of the difference between the level of accommodation and the level to which he/she was promoted in coordination with the Service Provider without interference of Bupa Arabia. And these expenses does not consider as reimbursement expenses.

2.6. If the treatment required by a member is not available from a Provider in the members' providers network appropriate to his/her Level, Bupa Arabia will arrange for treatment at another approved network provider by Bupa Arabia in Saudi Arabia, the required treatment shall be covered under the Member's Insurance Policy.

2.7. Emergency out of network cover within Saudi Arabia provides member cover for any life threatening emergency medical treatment done out of the member's Approved Network of Hospitals and Clinics in Saudi Arabia, provided that the member will inform Bupa Arabia within 24 hours of the emergency and the medical condition is covered under the member's scheme. Member will initially pay for all the charges incurred and Bupa Arabia will settle with the member through reimbursement.

2.8. Outpatient consultations at network providers are covered without any limits on doctor fees. Out of network consultations, however, are subject to the reasonable and customary charges of the same service within the member's network level (reimbursement process), unless the member is covered by out of network treatment option, in all cases Out of network rules and regulations apply on **Visiting Doctors:** are physicians who visit or hold consultation at hospitals and clinics under the Bupa Arabia Network, but are not directly employed by the said hospital or clinic. **Renting Doctors** are doctors renting clinics within a hospital, polyclinic or a medical complex where these doctors will be using all or some of the facilities offered by the landlord.

2.9. The coverage does not include medicines not registered with the Saudi Food & Drug Authority SFDA, or if they contain natural ingredients (herbal).

2.10. Cost of International SOS Assistance- Which is medical emergency transportation service that is needed by the member to the nearest medical center for proper treatment will be deducted from the annual maximum limit.

2.11. Road Traffic Accidents injuries are covered according to CCHI regulations.

2.3. في حال لم يتم تقديم أي إفصاح طبي - أو تبين لبوبا العربية أن الإفصاح الطبي غير صحيح - سابق لسريان وثيقة التأمين و قام المؤمن له بعد سريان وثيقة التأمين بالمطالبة بالعلاج ، فيحق لبوبا العربية رفض التغطية.

2.4. تطبيق الشروط و الاحكام على الفئات الواردة في المادة (2) من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.

2.5. في حال رغب حامل الوثيقة أو المؤمن لهم في ترقية مستوى الإقامة المحددة في جدول المنافع ، عليه تحمل نفقات الفرق بين مستوى الإقامة المحدد و المستوى الذي تم الترقية اليه بالتنسيق بينه وبين مقدم الخدمة مباشرة ودون تدخل من بوبا العربية ولا تدخل نفقات الفروقات ضمن شروط استحقاق النفقات القابلة للاستعاضة.

2.6. إذا كانت المعالجة المطلوبة للعضو غير متوفرة في شبكة المستشفيات والمستوصفات المتاحة لمستوى تغطيته ، فإن بوبا العربية ستقوم بالإجراءات الكفيلة بحصوله على المعالجة في أي مستشفى من مستشفيات الشبكة المعتمدة لدى بوبا العربية في المملكة العربية السعودية، شريطة أن تكون المعالجة المطلوبة مغطاه بموجب وثيقة التأمين الخاصة بالعضو.

2.7. الحالات الطارئة خارج الشبكة في المملكة العربية السعودية يقدم للأعضاء غطاء لجميع العلاجات الطبية التي تتم الحالات الطارئة المهددة للحياة والتي يتلقاها العضو خارج شبكة المستشفيات والمستوصفات المعتمدة في المملكة العربية السعودية شريطة أن يقوم العضو بإعلام بوبا العربية عن الحالة خلال 24 ساعة من وقوعها وأن تكون الحالة مغطاة ضمن برنامج حامل الوثيقة أو احد المؤمن لهم و سيقوم العضو بدفع جميع هذه التكاليف وستقوم بوبا العربية بتسديد هذه التكاليف وفق مبدأ التعويض.

2.8. كشفية العيادة الخارجية في الشبكة مغطاة دون أي حدود لكشفية الطبيب، أما الكشفية خارج الشبكة فستكون خاضعة للتكاليف المنطقية المعتمدة لنفس الخدمة في الشبكة المعتمدة للعضو(مبدأ التعويض) الا في حال كان العضو يتمتع بغطاء العلاج خارج الشبكة بموجب جدول المنافع عندها سيتم التغطية وفي جميع الاحوال تنطبق شروط وتعليمات تلقي الخدمة خارج الشبكة على **الأطباء الزائرون:** هم الأطباء الذين يزورون أو يقدمون استشاراتهم في مستشفيات أو مستوصفات ضمن شبكة بوبا العربية المعتمدة وليسوا موظفين مباشرين في هذه المستشفيات أو المستوصفات. **الأطباء المستأجرين** هم الأطباء الذين يستأجرون عيادات داخل المستشفيات، مستوصف أو مجمع طبي حيث يستخدم هؤلاء الأطباء جميع التسهيلات المقدمة من المالك.

2.9. لا تشمل التغطية الأدوية الغير مسجلة لدى الهيئة العامة للغذاء و الدواء، أو إذا كانت تحتوي على مكونات طبيعية (عشبية).

2.10. تكلفة الإخلاء الطبي الطارئ- و يقصد بها خدمة النقل الطبي الطارئ الذي يحتاجه العميل لأقرب مركز طبي لتلقي العلاج المناسب- سيتم احتسابها من الحد السنوي للتغطية.

2.11. تكاليف الإصابات الناتجة عن حوادث الطرق (الحوادث المرورية) مغطاة حسب إرشادات مجلس الضمان الصحي التعاوني.

2.12. Deductible:

(a) The deductible level the member bears in out-patient clinics is:

1. 0 - 5 % up to 25 SR at primary care clinics (Family Medicine, General Practitioner (GP), General Pediatrics, General Internal Medicine, General OB/GYN) regardless of the place of the clinic "Hospital or Medical Center" provided that the primary care clinic is certified by the Council.
2. 0 - 10 % up to 75 SR at specialized clinics after obtaining a referral from the primary care clinic regardless of the place of the clinic "Hospital or Medical Center" provided that the clinic is certified by the Council
3. 0 - 50 % up to 500 SR at specialized clinics without obtaining a referral from the primary care clinic regardless of the place of the clinic "Hospital or Medical Center" provided that the clinic is certified by the Council.
4. The deductible level cannot go any higher than this pre-set level. Any variation or improvement from this is considered as a top up benefit and will be reflected on the Table of Benefit of this insurance policy.

(b) The deductible level the member bears for prescribed medicine:

1. 0 – 18% up to 30 SAR for generic medicine, OTC, and Innovative "Brand" name- only in the case of the unavailability of a generic alternative.
 2. 0 – 18 up to 30 SAR in addition to paying the difference in price between the generic medicine price and the Innovative "Brand" name medicine (Innovative "Brand" Name medicine Price – Generic Medicine price) and this deductible to paid in case of Innovative "Brand" Name medicine with the availability of a generic alternative.
- (c) This deductible has been agreed with the Client as either a fixed sum or a fixed percentage of the net amount billed. Different deductibles may be shown according to a member's Level of Cover and the type of medical care provided as stated in point (a) in this article.
- (d) Every outpatient net amount billed by every Provider on each visit is subject to deductible unless otherwise stated in the Table of Benefits. There is no deductible for in-patient or emergency cases.
- (e) If the member uses a Bupa Arabia Approved Network Provider, the member must pay the deductible direct to the provider before the treatment is given
- (f) Where the net amount billed is for more than one visit –but limited to- for dental, ante-natal or Physiotherapy purposes, the deductible will be applied to each of such visits.
- (g) The Member will pay any taxes or levies – imposed or to be imposed – on the Deductible amount mentioned in this clause.

2.12. مبلغ التحمل:

- (أ) مستوى مبلغ المشاركة الذي يتحمله المؤمن له بالعيادات الخارجية:
1. من 0 - 5 % وبحد أقصى خمسة وعشرون (25) ريالاً عند زيارة عيادات الرعاية الأولية (طب أسرة، طب عام، طب أطفال عام، طب باطنة عام، طب التوليد والنساء عام) وذلك بغض النظر عن مكان العيادة "مستشفى أو مركز صحي" وبشرط أن تكون عيادة الرعاية الأولية معتمدة من مجلس الضمان الصحي.
 2. من 0 - 10 % وبحد أقصى خمسة وسبعون (75) ريالاً عند زيارة عيادات تخصصية بعد الحصول على تحويل من قبل عيادات الرعاية الأولية وذلك بغض النظر عن مكان العيادة "مستشفى أو مركز صحي" بشرط أن تكون العيادة معتمدة من مجلس الضمان الصحي.
 3. من 0 - 50 % وبحد أقصى خمسمائة (500) ريال عند زيارة عيادات تخصصية بدون الحصول على تحويل من قبل عيادات الرعاية الأولية وذلك بغض النظر عن مكان العيادة "مستشفى أو مركز صحي" بشرط أن تكون العيادة معتمدة من مجلس الضمان الصحي.
 4. وذلك حسب أنظمة الضمان الصحي التعاوني ولا يمكن تجاوز هذه النسبة المحددة، وسيعتبر أي تعديل على هذه النسبة كميزة إضافية وستوضح في جدول المنافع الوارد في هذه الوثيقة.
- (ب) مستوى مبلغ المشاركة الذي يتحمله المؤمن له فيما يتعلق بالأدوية الموصوفة:
1. من 0 - 18 % وبحد أقصى ثلاثون (30) ريالاً وذلك للدواء الجينيس والأدوية اللاوصفية وعلاج مبتكر -مع عدم توفر البديل الجينيس.
 2. من 0 - 18 % وبحد أقصى ثلاثون (30) ريالاً بالإضافة إلى دفع فرق السعر (العلاج المبتكر - سعر الدواء الجينيس) وذلك للعلاج المبتكر في حال وجود علاج جينيس له.
- (ج) لقد تم الاتفاق على مبلغ التحمل مع العميل وهو إما مبلغ ثابت أو نسبة مئوية من مجمل قيمة المطالبات وهو موضح في جدول المنافع، ويمكن أن يظهر اختلاف في مبالغ التحمل بحسب مستوى تغطية كل عضو وبحسب نوع الرعاية الطبية المقدمة وفقاً لم نصت عليه الفقرة (أ) من هذا البند.
- (د) سيكون صافي أي مبلغ يطلبه مقدمو الخدمة الطبية مقابل زيارة العيادات الخارجية خاضع لمبلغ تحمل ما لم يشار إلى غير ذلك في جدول المنافع، فيما لا يخضع التنويم أو الحالات الطارئة لأي مبلغ مشاركة.
- (هـ) إذا استخدم العضو جهة طبية داخل شبكة بوبا العربية المعتمدة فيجب عليه دفع قيمة التحمل مباشرة لتلك الجهة قبل تلقي المعالجة.
- (و) إذا كان المبلغ المطلوب يمثل تكاليف أكثر من زيارة -على سبيل المثال لا الحصر- زيارات لمعالجات الأسنان، متابعة الحمل أو العلاج الطبيعي فعندها سيتم استيفاء مبلغ التحمل عن كل زيارة.
- (ز) يتحمل العضو أي رسوم أو ضرائب -فرضت أو قد تفرض مستقبلاً- على مبلغ التحمل الوارد في هذا البند.

2.13. Pre-authorization:

(a) For all members insured under all the different coverage, a pre-authorization is required from Bupa Arabia before a member incurs any expense covered by his/her scheme where the cost exceeds SAR 1,000, except for the following schemes:

1. Premium 3.1: If exceeds SAR 2,000
2. Premium 4.1: If exceeds SR 2,000
3. Premium 3.2: Pre-Authorization is not required.
4. Premium 4.2: Pre-Authorization is not required.

(b) For members insured under the Essential Program, a pre-authorization is required from Bupa Arabia before a member incurs any expense covered by his/her scheme where the cost exceeds SAR 500 except Essential 3.0 and Essential 3.1 as the provisions of subclause (a) above shall apply.

(c) Under all the different coverage schemes, pre-authorization from Bupa Arabia is required for the following:

1. an MRI scans
2. CT scan
3. any in-patient
4. day-case treatment being planned
5. When requesting a medication for more than one month.
6. Pre-authorization from Bupa Arabia is also required when availing any benefit with a pre-set sub-limit.
7. Physiotherapy cases.
8. The cost of medicated milk formula for new-born baby up to the age of 24 months when medically indicated according to the released MOH criteria.
9. Costs of coverage of the Respiratory Syncytial Virus (RSV) prophylaxis
10. National Newborn metabolic Screening Program (NBS) and newborn screening hearing tests and new-born screening for critical congenital heart diseases

(d) If a member uses a Bupa Arabia Network Provider it is the provider's responsibility to obtain pre-authorization approval from Bupa Arabia before any expense is incurred, Bupa Arabia will respond to any Pre-authorization within sixty 60 minutes form submission time.

(e) If a member uses an Out of Network Provider, it is always the member's responsibility to obtain Bupa Arabia's pre-authorization before the expense is incurred. It is the Client's responsibility to ensure that members understand and abide by this rule.

(f) If a member fails to obtain Bupa Arabia's pre-authorization when it is his responsibility to do so, then Bupa Arabia has the right to refuse to pay or to reimburse the unauthorized expenditure.

(g) Bupa Arabia has the right to investigate whether a proposed expenditure is appropriate, reasonable, and customary before issuing any approval.

(h) If the insured has been granted an approval form Bupa Arabia and did not get the approved medical procedure for any reason caused by him/her or for any other reasons, he/she shall cancel the Pre-authorization request via Provider stated in sub-clause (c) above.

2.13. موافقة بوبا العربية المسبقة

(أ) بالنسبة لجميع الأعضاء المؤمنین تحت برامج فئات التغطية المختلفة، يستوجب الحصول على موافقة بوبا العربية المسبقة قبل أن يترتب على العضو أي نفقات لمعالجات مغطاة تحت برنامجه إذا كانت قيمة هذه المعالجة أكثر من 1000 ريال، باستثناء الفئات التالية:

1. التميز 3.1: 2000 ريال سعودي.
2. التميز 4.1: 2000 ريال سعودي.
3. التميز 3.2: الموافقة المسبقة غير مطلوبة.
4. التميز 4.2: الموافقة المسبقة غير مطلوبة.

(ب) بالنسبة لبرنامج الأساسي، موافقة بوبا العربية المسبقة مطلوبة قبل أن يترتب على العضو أي نفقات لمعالجات مغطاة ضمن برنامجه إذا كانت قيمة هذه المعالجة أكثر من 500 ريال سعودي، باستثناء فئة الأساس 3.0 وفئة الأساسي 3.1 فينطبق عليها ما ورد في الفقرة (أ) أعلاه.

(ج) تحت جميع برامج فئات التغطية، موافقة بوبا العربية مطلوبة في الحالات الآتية:

1. حالات التصوير الطبي
2. الرنين المغناطيسي
3. حالة التنويم
4. حالات اليوم الواحد
5. في حالة طلب أدوية لمدة تزيد عن شهر واحد
6. كما أن الموافقات المسبقة مطلوبة في حالة تلقي أي خدمة تدرج تحت ميزة لها حد أعلى فرعي للتغطية
7. في حالة الحاجة للعلاج الطبيعي.
8. تكاليف حليب الأطفال للمواليد حتى عمر أربعة وعشرون (24) شهرًا للمحتاجين إليه طبيًا وطبقًا للضوابط المعلنة من قبل وزارة الصحة
9. تكاليف تغطية برنامج التحصينات لفيروس التهاب التنفسي المخلوي (RSV)
10. البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة والفحص الاستباقي للإعاقة السمعية وأمراض القلب الخلقية الحرجة للمواليد حديثي الولادة

(د) إذا استخدم العضو إحدى الجهات الطبية في شبكة بوبا العربية المعتمدة فستكون هذه الجهة مسؤولة عن الحصول على الموافقة المسبقة من بوبا العربية قبل تقديم الخدمة، ويتم الرد عليها خلال ستون (60) دقيقة من وقت إرسالها إلى بوبا العربية.

(هـ) إذا استخدم العضو إحدى الجهات الطبية خارج الشبكة المعتمدة، يصبح العضو مسؤولاً عن الحصول على الموافقة المسبقة من بوبا العربية قبل أن يترتب أي تكاليف تقع على العضو شخصيًا، وعلى العميل أن يتأكد من فهم الأعضاء والتزامهم بهذه التعليمات.

(و) إذا لم يحصل العضو على الموافقة المسبقة من بوبا العربية في حال كونه مسؤولاً عن القيام بذلك، عندها يحق لبوبا العربية رفض دفع وتسديد أي مبالغ لم تتم الموافقة عليها.

(ز) يحق لبوبا العربية التحقق من أن هذه النفقات المطلوبة تعد منطقية ومناسبة قبل إصدار الموافقة عليها.

(ح) في حال حصل المؤمن له على موافقة ولم يتم عمل الاجراء الطبي الموافق عليه إما لسبب يعود اليه أو لأي سبب كان، يتحمل المؤمن له العبء في إلغاء طلب الموافقة عن طريق مقدم الخدمة الطبية الوارد في فقرة (ج) أعلاه.

2.14. Limits of Cover:

- (a) The TOB and the additional TOB mentioned in Appendix 1 is the agreed reference to see the Limits of Coverage agreed with the Client.
- (b) The Table of Benefits shows the Annual Maximum Cover for each Member of the Scheme according to the Member's Level of Cover.
- (c) No Member can exceed the Maximum Annual Cover.
- (d) After acceptance from both parties, if an additional TOB is added, the additional TOB will show if there is a Limit of Cover for these additional TOB. The TOB and the additional TOB will also show if there are sub-limits of Cover for certain categories of medical treatment within these additional.
- (e) The limits of coverage of the additional benefits shall be within the maximum annual limit of the Member and shall not be added to. Also, the sub-limits of the cover of any Additional benefits shall be within the coverage of this benefit and shall not be added to it. No member can exceed the annual limits or sub-limits to cover additional benefits.
- (f) Members cannot transfer unused cover to other Members or to anyone else.
- (g) The Table of Benefits will also show any Limits of Cover for any other item (such as Emergency and In-patient treatment). These Limits of Cover come within a Member's overall Annual Maximum Cover and do not added to it.
- (h) If a member exceeds the overall annual maximum or any of its sub-limits, Bupa Arabia will inform the client, and the client will reimburse Bupa Arabia the full excess costs incurred within 90 days from the date of advice

2.15. Bupa Arabia's Health services Providers Network

- (a) The policyholder and the Members must use the Bupa Arabia Approved Network of Hospitals and Clinics whenever treatments covered under this Insurance Policy are needed.
- (b) Bupa Arabia uses the referral system on its approved network of hospitals and clinics. Members of the scheme will be referred to any of Bupa Arabia Approved Service Providers Network or specialized health facility appointed by Bupa Arabia within KSA should the health facility within the member's network is not equipped to handle specialized level of care.
- (c) The Providers in the Approved Network are classified into separate categories according to the Level of Cover each Member.
- (d) The network of medical service providers approved by Bupa Arabia will be approved provided that a valid by CCHI and / or provided that they comply with all the terms and conditions of the contract with Bupa Arabia.

2.14. حدود التغطية

- (أ) يعتبر جدول المنافع و المنافع الإضافية الواردة في الملحق رقم(1) المرجع المعتمد لمعرفة حدود التغطية التي تم الاتفاق عليها مع العميل.
- (ب) يظهر جدول المنافع الحد الأعلى لتغطية كل عضو في البرنامج حسب مستوى تغطيته.
- (ج) لا يستطيع أي عضو تجاوز الحد الأقصى الكلي السنوي الخاص به.
- (د) بعد الاتفاق بين الطرفين، إذا تم إضافة أي مزايا فإن جدول المنافع الإضافي سيظهر إذا كان هناك أي حدود لتغطية تلك المنافع، كما سيظهر جدول المنافع و جدول المنافع الإضافي إذا كان هناك أي حدود فرعية لتغطية فئات معينة من المعالجات ضمن تلك المنافع.
- (هـ) حدود تغطية المنافع الإضافية تكون ضمن الحد الأقصى الكلي السنوي للعضو ولا تضاف إليه، كما أن الحدود الفرعية لغطاء أي منفعة إضافية تكون ضمن حدود تغطية هذه المنفعة و لا تضاف إليها ، لا يمكن لأي عضو أن يتجاوز الحد السنوي أو الفرعي لتغطية المنافع الإضافية.
- (و) لا يستطيع الأعضاء نقل تغطيتهم غير المستخدمة إلى أعضاء آخرين.
- (ز) سيظهر جدول المنافع أي حدود للتغطيات الفرعية (مثل الحالات الطارئة ومعالجات العيادات الداخلية) وتكون هذه الحدود ضمن الحد الأقصى الكلي السنوي ولا تضاف إليه.
- (ح) وفي حال تجاوز العضو الحدود الفرعية أو الحد الأقصى الكلي السنوي أو أية حدود أخرى للتغطية فإن بوبا العربية ستقوم بإعلام العميل وسيقوم العميل بتعويض بوبا العربية عن جميع هذه المبالغ الزائدة خلال 90 يوما من تاريخ إعلامه بذلك.

2.15. شبكة مقدمي الخدمات الصحية لبوبا العربية

- (أ) يجب على حامل الوثيقة و الأعضاء استخدام مستشفيات ومستوصفات شبكة بوبا العربية المعتمدة عند احتياجهم لتلقي معالجة مغطاة بموجب "الوثيقة".
- (ب) تستخدم بوبا العربية التحويل في شبكة مستشفياتها ومستوصفات المعتمدة، وسيتم تحويل العضو إلى أي مستشفى في شبكة مقدمي الخدمات الطبية المعتمدة لدى بوبا العربية أو إلى أي مستشفى متخصصة في داخل المملكة وتحددها بوبا العربية إذا كانت المعالجة التي يحتاجها عضو العميل غير متوفرة في شبكته.
- (ج) تم تقسيم مستشفيات ومستوصفات شبكة بوبا العربية المعتمدة إلى فئات بحسب مستوى تغطية الأعضاء الذين ينضمون "للوثيقة".
- (د) سيتم اعتماد شبكة مزودي الخدمات الطبية والمعتمدة من شركة بوبا العربية والمتفق عليها بشرط استمرار وجود ترخيص ساري المفعول من مجلس الضمان الصحي التعاوني أو/و شريطة التزامهم قانونياً بجميع شروط وأحكام التعاقد مع بوبا العربية.

(3): Terms and conditions of the Reimbursements:

(3): الشروط والاحكام الواردة على سياسة التعويضات:

3.1. Without prejudice to the Terms and conditions of Chapter Two and CCHI laws and regulations, Reimbursement is applicable only on the following:

- (a) If the member is covered by the Out of Network and/or Out of Kingdom options, or
- (b) If the member is forced to use an Out of Network Provider due to an emergency Medical case in KSA

3.2. Reimbursement will not be made for any claim submitted after 90 days from the treatment date

3.3. It is the responsibility of the Client to do its utmost to encourage members to use only Bupa Arabia Network Providers for all medical treatment.

3.4. Bupa Arabia will consider an application for reimbursement of Out of Network expenses only if:

- (a) The member has an Out of Network option cover; or
- (b) The condition is of life threatening emergency within KSA; and
- (c) The expense is covered under this Insurance Policy ; and
- (d) It is made by the Member or Client who paid the expense; and
- (e) It was pre-authorized by Bupa Arabia ; and
- (f) A claim form, signed and stamped by the treating provider is submitted to Bupa Arabia; and
- (g) Details of the payee are shown clearly; and
- (h) Contact details and telephone number of the member are given; and
- (i) The original detailed invoices and receipts showing the service Provided and the amount paid are supplied; and
- (j) A medical report is attached with a detailed breakdown for all claims, Lab Report and Investigation report.
- (k) The treatment should have been done at the request of a qualified and licensed physician.

All documents should be in English or Arabic only.

3.5. Bupa Arabia reserves the right to review all reimbursement applications to ascertain whether the treatment and expense is reasonable and customary and Bupa Arabia can ask for additional information or documents and obtain its own examination and medical report if it wishes.

3.6. If Bupa Arabia requests additional information which is not received within 90 days from the day of notification to the Client, Bupa Arabia will treat the reimbursement claim as rejected.

3.7. Bupa Arabia will deduct the agreed deductible from all sums reimbursed, If the member has been forced by circumstances to use an Out of Network Provider and If the net amount billed is less than the deductible, Bupa Arabia will not pay it.

3.1. دون الاخلال بأحكام الفصل الثاني من هذه الوثيقة و أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني سيتم تطبيق مبدأ التعويض في الحالات التالية:

- (أ) إذا كان العضو يتمتع بغطاء العلاج خارج الشبكة أو/و غطاء العلاج خارج المملكة.
- (ب) إذا اضطر العضو إلى استخدام جهة طبية خارج الشبكة نتيجة لحالة طبية طارئة داخل المملكة العربية السعودية.

3.2. لن يتم تعويض أي تكاليف معالجات يتم تقديمها بعد مرور 90 يوم من تاريخ المعالجة.

3.3. يلتزم العميل بمسؤولية بذل ما في وسعه لتشجيع الأعضاء على استخدام الشبكة المعتمدة لبوبا العربية لتلقي جميع الخدمات الطبية.

3.4. ستعتمد بوبا العربية أي طلب للتعويض خارج الشبكة في حالة:

- (أ) إذا كان العضو يتمتع بغطاء العلاج خارج الشبكة
- (ب) إذا كانت الحالة طارئة ومهددة للحياة داخل المملكة العربية السعودية
- (ج) إذا كانت هذه التكاليف مغطاة تحت البرنامج.
- (د) إذا ترتبت على العضو أو العميل وكان هو من دفعها.
- (هـ) تم الحصول على موافقة بوبا العربية عليها.
- (و) تم تقديم نموذج مطالبة مكتمل لبوبا العربية موقع ومختوم من مقدم الخدمة الطبية.
- (ز) تم إيضاح تفاصيل المدفوع له بوضوح .
- (ح) تم تقديم أرقام هواتف وعنوان العضو
- (ط) تم إرفاق أصول الفواتير التفصيلية وسندات القبض التي توضح نوعية الخدمة المقدمة والمبالغ التي تم دفعها.
- (ي) تقرير طبي مفصل يوضح تفاصيل المطالبات و يجب ان يشتمل على تقرير للمختبر و نتائج الفحوصات.
- (ك) أن تكون المعالجة قد تمت بناء على طلب طبيب مختص ومرخص.
- (ل) جميع المستندات المذكورة اعلاه يجب أن تكون باللغتي العربية والانجليزية فقط.

3.5. تحتفظ بوبا العربية في حقها في مراجعة جميع طلبات التعويض للتأكد فيما إذا كانت هذه المعالجة والتكاليف منطقية ومناسبة ولها الحق في طلب معلومات أو مستندات إضافية والحصول على تقرير طبي وطرح التساؤلات التي تراها مناسبة.

3.6. إذا طلبت بوبا العربية أي معلومات إضافية ولم تستلمها خلال 90 يوماً من تاريخ ابلاغ العميل فستعتبر بوبا العربية طلب التعويض مرفوض.

3.7. ستقوم بوبا العربية بخخص مبلغ التحمل من إجمالي المطالبة عند التعويض إذا أجبرت الظروف العميل على استخدام جهة خارج شبكته المعتمدة و إذا كان مبلغ التعويض اقل من قيمة مبلغ التحمل فلن تقوم بوبا العربية بدفع مبلغ التعويض.

3.8. Bupa Arabia shall not reimburse any medical or treatment services if it resulted from an accident at the workplace or caused by it, or while going to or leaving the workplace or any occupational diseases within the definition General Organization for Social Insurance GOSI laws and regulation.

3.9. Any claims received after 4 p.m. on the working day will be treated as if they were received the following day.

3.10. Claims will be reimbursed based on agreed prices with Bupa and specific health care providers within Bupa Arabia's providers Insurance Policy whichever is less.

3.8. لا تعوض بوبا العربية أي خدمات طبية أو معالجة إذا نتجت عن حادث في مكان العمل أو نتيجة عنه أو أثناء الخروج أو الذهاب لمكان العمل أو من الأمراض المهنية ضمن التعريف الوارد في أنظمة ولوائح المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.

3.9. أي طلبات تعويض تسلم بعد الساعة الرابعة من مساء يوم العمل ستعامل وكأنها استلمت في اليوم التالي.

3.10. إذا وافقت بوبا العربية على طلب التعويض سيكون التعويض وفق الأسعار المنطقية والمقبولة لنفس الخدمة في شبكة المستشفيات والمستوصفات المعتمدة للعضو أو المبلغ المطلوب أيهما اقل.

Appendix (2) : Enrolment, Cancellation and Termination

(1): Enrolment and addition:

1.1. Activation of insured member with CCHI will be after 48 hours of receiving payment and completing Bupa Arabia's conditions stated hereunder in this Insurance Policy.

1.2. The Client can apply to Bupa Arabia at any time during the Period to add a new employee or dependent in the Scheme at any Level of Cover.

1.3. If the terms and conditions apply to the Client, new employees or dependents may be added through the electronic services of Bupa Arabia. Members can also be deleted through the electronic services. Bupa Arabia shall provide the Client with the ability to access and use the electronic services in accordance with the terms and conditions of Appendix 6: Terms and Conditions of use of the Bupa Arabia website.

الملحق رقم (2) : التسجيل و الالغاء و إنتهاء التعاقد **(1): التسجيل و الاضافة:**

1.1. سيتم تفعيل أسماء الأعضاء المؤمن عليهم لدى مجلس الضمان الصحي خلال 48 ساعة من إستلام مبلغ التأمين المتفق عليه و استكمال اشتراطات بوبا العربية في وثيقة التأمين.

1.2. يستطيع العميل أن يتقدم إلى بوبا العربية خلال الفترة التعاقدية لإضافة موظف أو معال جديد ضمن البرنامج وتحت أي مستوى من مستويات التغطية.

1.3. في حال انطبقت الشروط والاحكام على العميل، يمكن إضافة الموظفين أو المعالين الجدد من خلال الخدمات الإلكترونية. كما يمكن حذف الأعضاء من خلال الخدمات الإلكترونية. سوف تقوم بوبا العربية بإعطاء العميل القدرة على الدخول واستعمال الخدمات الإلكترونية وذلك حسب شروط واحكام الملحق رقم (6): شروط وأحكام استخدام الموقع الالكتروني لبوبا العربية.

1.4. Only persons who qualify for Membership will be considered for enrolment by Bupa Arabia. Bupa Arabia reserves the right to reject any application. Bupa Arabia agrees to provide health care benefits under the Bupa Arabia group scheme to those individuals who qualify for membership of the arrangement as long as they fall into one of the following categories: -

- (a) They are current or new employees under the company's payroll and sponsorship.
- (b) They are spouse or children of employee's legally resident in KSA.
- (c) They are new-born child/children of current employee
- (d) Unmarried sons who are not working (up to 25 years of age)
- (e) Unmarried daughters who are not working (including widowed and divorced daughters)
- (f) Orphan(s) in foster families.
- (g) Husband of a Saudi female employee if the husband works in the government sector and such institution is exempted from the mandatory health insurance or works in other sector that does not provide mandatory insurance or is unemployed. Cover includes Saudi female employee's unmarried and not working male sons up to 25 years old and her unmarried and not working daughters (including widowed and divorced).
- (h) Bupa Arabia has the right to ask for documents to ascertain eligibility of any new addition to the scheme without prejudice with the principle of double insurance coverage.

1.5. New- born babies will be covered as per the TOB in **appendix 1** under the mother's policy up to 30 days from the date of birth until added in the policy retroactively. Bupa Arabia will add the cost of the baby new policy from the date of birth.

1.6. On the enrolment date of a new Member the Client must pay to Bupa Arabia the Average Annual Member Subscription applicable to the Level of Cover and the age of the new Member, pro-rated according to the number of days the Member is covered during the Period.

1.7. no upgrade of the insurance policy to the insured to a higher category or the change in the benefits - for any reason – unless that Bupa Arabia upon its sole discretion and conditional to Bupa Arabia's request for any needed document from time to time.

1.8. If a Member is under a course of in-patient treatment at the Start Date or at the enrolment date, then Bupa Arabia will only take responsibility for the continuing cost of the treatment from 00.01 a.m. on the applicable date only if the member had no any a previous medical insurance during his in-patient period , in condition that a completed Medical Declaration form shall be submitted, if the Member has a medical insurance coverage during his course of in-patient treatment the by insurance company other than Bupa Arabia the previous insurance company shall provide insurance coverage.

1.4. الأشخاص المؤهلين للعضوية هم فقط من ستقوم بوبا العربية بتسجيلهم، وتحفظ بوبا العربية بحقها في رفض أي طلب تسجيل. ستقوم بوبا العربية بتقديم مزايا رعاية صحية تحت برنامج بوبا العربية للشركات إلى الأفراد المؤهلين للعضوية في ظل تواجدهم ضمن إحدى الفئات التالية:
(أ) موظفون حاليون أو جدد ضمن كشوف الرواتب وتحت كفالة العميل.

(ب) زوجات للموظفين أو أطفال للموظفين ويقيمون بصورة قانونية في المملكة.

(ج) مواليد جدد لموظفين حاليين.

(د) الأبناء الذكور غير المتزوجين وغير العاملين المقيمين في المملكة بصورة نظامية (حتى سن 25).

(هـ) الأبناء الإناث غير المتزوجات وغير العاملات (بما فيهم الأرامل والمطلقات)

(و) الأيتام المحتضنين لدى الأسر الكافلة.

(ز) الزوج من موظفة سعودية إذا كان الزوج يعمل في القطاع الحكومي والتي يلزم أن تكون هذه المؤسسة معفاة من التأمين الصحي الإجباري أو يعمل في قطاع آخر لا يوفر تأمينًا إلزاميًا أو عاطلاً عن العمل. وتشمل التغطية أبناء الذكور من الإناث السعوديات على أن يكونوا غير عاملين وغير متزوجين وذلك حتى سن خمسة وعشرون (25) عامًا، وبنااتها غير المتزوجات وغير العاملات (بما في ذلك الأرامل والمطلقات).

(ح) وتحفظ بوبا العربية بحقها في طلب أي مستند للتأكد من جدارة أي عضو جديد يتم طلب إضافته للبرنامج وبما لا يتعارض مع مبدأ ازدواجية التغطية التأمينية.

1.5. المواليد الجدد للأعضاء بغطاء المواليد الوارد في جدول المنافع في الملحق 1 علي وثيقة الأم و بحد اقصى 30 يوم من تاريخ الولادة حتي يتم اضافتهم علي الوثيقة باثر رجعي وسوف تقوم بوبا العربية بإضافة التكاليف باثر رجعي من تاريخ الولادة طبقا للوائح مجلس الضمان الصحي.

1.6. في يوم تسجيل العضو الجديد يجب على العميل أن يدفع لبوبا العربية معدل بدل الإشتراك السنوي للعضو الذي ينطبق على عمر هذا العضو ومستوى تغطيته من تاريخ إضافة العضو إلى تاريخ نهاية العقد حسب عدد الأيام المتبقية للعقد.

1.7. لا يجوز ترقية وثيقة التأمين للمؤمن لهم الى فئة أعلى أو تغيير المنافع الخاصة لهذه الوثيقة – لاي سبب كان - الا في حال رأت بوبا العربية ذلك بتقديرها الخاص وشريطة تقديم المستندات اللازمة التي تطلبها بوبا العربية من وقت لآخر .

1.8. إذا كان العضو منوم في المستشفى ليتلقى معالجة في يوم بداية عضويته أو في يوم تسجيله فإن بوبا العربية ستكون مسئولة عن تكاليف إكمال العلاج اعتبارا من الساعة الثانية عشرة من منتصف ليلة يوم التسجيل فقط إذا لم يكن لديه تأمين طبي سابق خلال فترة علاجه شريطة تزويد بوبا العربية بنموذج إفصاح طبي مكتمل أما اذا كان لديه تأمين سابق خلال فترة علاجه فإن شركة التأمين السابقة ملزمة بالتغطية التأمينية له.

1.9. Customer is obliged to enroll all their employees and legal dependents from day one of the healthcare Insurance Policy. Additions during the Insurance Policy are restricted to new joining employees (effective recruitment date), new spouses (marriage certificate date) and new-born babies (effective birth date). For newly arrived spouses and dependents it should be effective arrival date to KSA. The enrolment request should be in maximum range of one week from any of the earlier stated dates

1.10. No Members will be added or enrolled if he or she not on the Policyholder sponsorship

1.11. It is the customer responsibility to ensure deleting members only after issuing the exit only visa or having the sponsorship transferred to the new sponsor or resignation or death, according to CCHI rules, and to ensure of all addition date of members. Bupa Arabia reserve its right to reject any claims prior to the addition date and/or amending the addition date after completion of actual addition process.

1.12. Anti-selection clause: If customer submit request to enroll a member or dependent under the healthcare program, Bupa Arabia reserves the right to access the personal files and request any documentation may find it necessary to decide on the enrolment of any employee or dependent. This process will be discretionary and can be done randomly or on every case at the point of enrolment or at a later stage whenever Bupa Arabia identifies a need to do so. If at any stage Bupa Arabia concludes that there is an intension for abuse or enrolment circumstances indicates discrepancy in data provided, Bupa Arabia shall first seek for clarification from client and should such clarifications confirm the discrepancy in data, Bupa Arabia shall have the right to fully or partially reject to cover any service cost and can terminate membership immediately.

(2): Member deletion and Refund

Refunds of subscription apply on the following:

2.1. The Client will be eligible for a refund by request made to Bupa Arabia stating the member's name, membership number, reason for and date of lapsed membership and returning the lapsed membership card. Backdating is not allowed i.e. the lapsing date will always be on or after the date of delivering the cards and not before

2.2. The client will have to supply Buda Arabia with proof of Residency (Imam) ending in case of employee leaving the country or a new medical insurance for the lapse member if sponsorship has been transferred or resignation or death or employment end of service.

2.3. When Bupa Arabia receives the complete application, refund will be calculated on prorated basis to the remaining period. As per clause 13 of Section Three / Chapter Two of this Insurance Policy.

2.4. Bupa Arabia will not pay for any expenses incurred by a member after his membership has lapsed even if this occurs during a pre-authorized course of treatment. This is the responsibility of the Client.

1.9. يلتزم العضو بتسجيل جميع موظفيه وعوائلهم المعاليين النظاميين من أول يوم من بداية وثيقة التأمين الصحي، وفي حالة الإضافات أثناء وثيقة التأمين يلزم بإحضار أو إثبات (تاريخ بداية التوظيف) بالنسبة للموظفين الجدد، (تاريخ صك الزواج) للزوجات الجدد، (تاريخ الولادة) بالنسبة للمواليد الجدد. وبالنسبة للموظفين أو للزوجات الجدد الواصلين إلى المملكة يجب إثبات التاريخ الفعلي للوصول. طلب التسجيل لابد أن يكون في مدة أقصاها أسبوع من التواريخ المنصوصة سابقا.

1.10. لن يتم تسجيل أو إضافة أي عضو ليس تحت كفالة حامل الوثيقة.

1.11. مسؤولية العميل تأكيد حذف العضو فقط بعد عمل خروج نهائي له ، أو نقل كفالته إلى كفيل جديد أو الاستقالة أو الوفاة، توافقاً مع نظام مجلس الضمان الصحي والتأكد من تواريخ الاضافة للتغطية التأمينية للأعضاء ، و تحتفظ بوبا العربية بحقها في عدم قبول أي مطالبات قبل تاريخ الاضافة أو/و تعديل تاريخ الاضافة بعد اتمام الاضافة الفعلية .

1.12. شرط الانتقائية ضد مصلحة التأمين: إذا ما قام العميل بإرسال طلب إضافة لموظف أو فرد تابع لأحد الموظفين تحت برنامج الرعاية الصحية، تحتفظ بوبا العربية بحقها في الحصول على المعلومات الشخصية وطلب أي مستندات تجدها ضرورية لقبول طلب الإضافة. هذا الإجراء سيكون استثنائياً ويمكن تطبيقه عشوائياً أو لكل حالة عند تقديم طلب الإضافة أو في مراحل لاحقة أينما تجد بوبا العربية ضرورة لذلك. وعندما تجد بوبا العربية تعمد لإسائة الاستخدام أو تضليل (تعارض) في البيانات المقدمة من قبل العميل لطلب الإضافة، فإن بوبا العربية تحتفظ بحقها في رفض تغطية كامل أو بعض تكاليف الخدمات الطبية المطلوبة أو إلغاء عضوية الموظف أو الأفراد التابعين لأحد الموظفين دون إخطار مسبق.

(2): حذف الأعضاء وإعادة الاشتراكات

إعادة بدل الاشتراكات للأعضاء المحذوفين ينطبق على الحالات التالية:

2.1. يحق للعميل طلب إعادة بدل الاشتراك لبوبا العربية مبيناً فيه إسم العضو الذي تم حذفه ، رقم العضوية، سبب الحذف وتاريخ الحذف وإعادت بطاقات العضوية للأعضاء المحذوفين، ولن يكون هناك إعادة اشتراكات مهما كانت الظروف إذا لم يتم إعادة البطاقات لبوبا العربية. كما لا يجوز إلغاء الأعضاء بأثر رجعي .

2.2. على العميل أن يقدم لبوبا العربية ما يثبت انتهاء إقامة العضو الملغى العضوية في المملكة أو ما يثبت تمتعه بتغطية تأمينية من شركة تأمين أخرى في حالات نقل كفالته أو الاستقالة أو الوفاة أو إنهاء خدمات عقد العمل.

2.3. ستقوم بوبا العربية عند استلامها طلب الإلغاء باحتساب المبلغ الذي سيتم إعادته للعميل وفق عدد الأيام المتبقية من العقد، بناءً على **البند 13 من القسم الرابع / الفصل الثاني** الوارد في وثيقة التأمين هذه.

2.4. لن تدفع بوبا العربية تكاليف أي معالجة تترتب على العضو بعد إنتهاء عضويته وإن كانت قد وافقت مسبقاً على هذه المعالجة وستكون هذه التكاليف من مسؤولية العميل.

2.5. Membership canceled automatically –without notification to the client- when a member ceases to qualify to enroll in the Insurance Policy.

(3): Expiry and Termination

Without prejudice to Clause 5 and 7 of Section Four in Chapter Two:

3.1. This Insurance Policy will expire automatically without notice at midnight of the End Date shown on the preamble, without affecting the automatic expiration, Bupa Arabia will notify the Client of the agreement renewal or expiration data as follow:

(a) Send an initial reminder notice to the Policyholder for a period no less than sixty (60) days.

(b) Send a second reminder notice to the Policyholder for a period no less than thirty (30) days.

(c) Send a third reminder notice to the Policyholder for a period no less than (15) days, with notifying CHI accordingly.

3.2. Policy will not remain valid for a longer period than the period settled through payment of premiums unpaid period will not be covered and Bupa Arabia is obliged to notify CHI about such incident.

3.3. In the event of failure to pay the due insurance premium or any part thereof, or in the case of failure to pay any entitlements resulting from any additions, modifications or changes by the Policyholder, the document will be revocable by Bupa Arabia directly and Bupa Arabia has the right to notify the CCHI accordingly.

3.4. At any time by:

- The Client, if Bupa Arabia fail during the Period to deliver the service described in Bupa Arabia's Service Objectives set out in **Appendix 1**; OR
- As per Appendix (4), By Bupa Arabia, if it considers the Client has misled it or attempted to mislead it (intentionally or carelessly) either by giving false information to Bupa Arabia or by keeping necessary information from it. This means any information which may have influenced Bupa Arabia to enter into this Insurance Policy or to enroll a Member in a written form send to Bupa Arabia (30) thirty days prior to the date of termination; OR
- By Bupa Arabia, with prior notice, if it considers the Client has failed to take reasonable steps to stop fraud or misuse of a Membership Card by the Members.

3.5. Bupa Arabia is obliged to inform the CCHI of any expiry or lapse Insurance Policy of any group currently in its portfolio.

(4): Policy renewal's Terms and Conditions

4.1. This Insurance Policy does not renew automatically. It expires automatically at the end date stated in the Preamble.

2.5. تلغى العضوية تلقائياً- دون الرجوع للعميل- إذا فقد العضو أهليته للإشتراك في عضوية وثيقة التأمين.

(3): إنتهاء و إنهاء التعاقد

دون الإخلال بما ورد في احكام البند 5 والبند 7 من القسم الرابع الوارد في الفصل الثاني:

3.1. ستنتهي هذه وثيقة التأمين تلقائياً دون الحاجة إلى الإخطار في منتصف ليلة يوم نهاية وثيقة التأمين الموضح في المقدمة، ودون التأثير على انتهاء الوثيقة التلقائي، فإن بوبا العربية سوف تقوم بإخطار العميل بتاريخ تجديد أو انتهاء الوثيقة كما يلي:

(أ) إرسال إشعار تذكير أولي لحامل الوثيقة بمدة لا تقل عن ستين (60) يوماً.

(ب) إرسال إشعار تذكير ثاني لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن ثلاثون (30) يوماً.

(ج) إرسال إشعار تذكير ثالث لحامل الوثيقة بمدة لا تقل عن خمسة عشر (15) يوماً، مع إخطار مجلس الضمان الصحي بذلك.

3.2. هذه الوثيقة لن تبقى سارية لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد في الاشتراك السنوي، ولبوبا العربية الحق في إشعار مجلس الضمان الصحي بذلك.

3.3. في حالة عدم سداد القسط التأميني المستحق أو أي جزء منه، أو في حالة عدم سداد أي مستحقات تترتب على أية اضافات أو تعديلات أو تغييرات من قبل حامل الوثيقة فإن الوثيقة ستكون قابلة للإلغاء من قبل بوبا العربية مباشرة، ولبوبا العربية الحق بإشعار مجلس الضمان الصحي التعاوني بذلك.

3.4. في أي وقت :

(أ) يحق للعميل إلغاء التعاقد إذا فشلت بوبا العربية في تقديم الخدمات الموضحة في **ملحق رقم (1)**، بموجب إشعار خطي يرسل للشركة قبل ثلاثين يوم على الأقل من تاريخ الإنهاء المطلوب.

(ب) حسب الملحق رقم (4)، يحق لبوبا العربية إلغاء وثيقة التأمين إذا اعتبرت بوبا العربية أن العميل قد ضلها أو حاول تضليلها (متعمداً أو سهواً)، وذلك سواء بإعطاء بوبا العربية معلومات غير صحيحة أو بإخفاء معلومات ضرورية عنها، وهي بهذا تعني المعلومات التي قد يكون من شأنها أن تؤثر في قرار بوبا العربية قبول أو عدم قبول في هذه وثيقة التأمين أو رفض أو قبول عضوية أي عضو أو أي فرد من أفراد عائلته في البرنامج و ذلك بموجب إشعار خطي.

(ج) يحق لبوبا العربية بموجب إشعار مسبق إلغاء وثيقة التأمين إذا لم يقيم العميل باتخاذ خطوات فعالة للحد من التجايل وإساءة استخدام بطاقات العضوية من قبل الأعضاء المشمولين بالتغطية

3.5. يحق لبوبا العربية إخطار مجلس الضمان الصحي التعاوني عن انتهاء أي وثيقة تأمين مع أي عميل لديها.

(4): شروط و أحكام تحديد وثيقة التأمين

4.1. لا تجدد هذه وثيقة التأمين تلقائياً، و تنتهي تلقائياً في نهاية المدة المشار إليها في المقدمة.

4.2. If the Client wants to enter a new Insurance Policy to start from 00.01 a.m. on the day immediately following the Finish Date, then it must first send Bupa Arabia a written request no later than one month before the Finish Date.

4.3. Bupa Arabia is not bound to enter a new Insurance Policy with the Client nor is it bound to include the same terms in the new Insurance Policy.

4.4. Once new terms for a new Insurance Policy are settled, a new document will be issued to replace this one that must be signed by both parties.

4.2. إذا أراد العميل الدخول في اتفاقية جديدة تبدأ من منتصف ليلة انتهاء وثيقة التأمين فعليه أن يرسل طلباً مكتوباً لبوبا العربية قبل مدة لا تقل عن شهر من تاريخ انتهاء البرنامج.

4.3. بوبا العربية غير ملزمة بالدخول في اتفاقية جديدة مع العميل وليست ملزمة باعتماد نفس الشروط في وثيقة التأمين الجديدة.

4.4. بعد أن يتم الاتفاق على شروط وثيقة التأمين الجديدة سيتم إصدار وثائق جديدة لتحل محل الوثائق القديمة ويجب أن تكون هذه الوثائق الجديدة موقعة من الطرفين.

Appendix (3): Payments and Membership Cards

(1) Payments:

1.1 The Gross Annual Premium shown on Chapter One of the Insurance Policy is the total of all annual subscriptions for all Members enrolled in the Scheme on the Start Date and is due and payable in advance on the Start Date, both parties may agree that the due Premium in advance may be part of the Annual Premium or the total amount.

1.2. Maintenance of Cover under this Insurance Policy depends on Bupa Arabia receiving payment of the whole Gross Annual Premium and the addition amount – if any – for the whole Period of the Insurance Policy.

1.3 Payment of part or parts of the Gross Annual Premium can only be postponed if Bupa Arabia has agreed to instalment payments in which case the instalment amounts, their frequency and the instalment dates are shown on chapter One.

1.4. If Bupa Arabia agrees to enroll a new Member into the Scheme during the Period, their subscription will be calculated by reference to the Average Annual Member Subscription according to the Member's age and Level of Cover stated in Appendix 8. This will be pro-rated according to the number of days the Member will be covered. The Client must pay the subscription for a new Member within 15 days from the enrolment date otherwise Membership will lapse automatically.

1.5. If for the Client's convenience invoices for apportioned instalments of the Gross Annual Premium or the addition invoices are sent to the Clients branches, any delay or failure to pay will remain a failure of the Client at its Head Office.

(2) Credit Policy

2.1. Bupa Arabia applies a Credit Control Policy among its Clients. Bupa Arabia will advise it's Client about the details of its Credit Policy where the following points apply:

- (a) All premium instalments and addition costs must be paid in advance.
- (b) Bupa Arabia accept payment as per **clause 14 of Appendix 5.**

(3) Membership's cards' Terms and Conditions

3.1. Cards will issued with Membership Cards upon enrolment.

المحلق رقم (3) : الدفعات و اشتراطات بطاقات العضوية

(1) الدفعات:

1.1 مجموع بدل الاشتراك السنوي الوارد في الفصل الأول من وثيقة التأمين يمثل مجموع بدل الاشتراكات السنوية للأعضاء المشتركين في البرنامج في تاريخ بداية العضوية وهو واجب الدفع مقدماً قبل أو في اليوم الأول من بداية الفترة المتعاقد عليها، و يجوز باتفاق الطرفين أن تكون الدفعة الأولى جزء من مجموع الاشتراك أو مجمله.

1.2. استمرار هذا الغطاء تحت هذه وثيقة التأمين ونجاحه يعتمد على استلام بوبا العربية دفعات لكامل مجموع بدل الاشتراك السنوي ومبالغ الإضافات -إن وجدت- لكامل المدة التعاقدية لوثيقة التأمين.

1.3. يمكن أن يتم تأجيل دفعة أو دفعات مجموع بدل الاشتراك السنوي إذا وافقت بوبا العربية على تقسيم المبلغ إلى دفعات تغطي جميع المبلغ ويظهر عدد هذه الدفعات وقيمة كل منها وتاريخ استحقاقها في الفصل الأول.

1.4. إذا وافقت بوبا العربية على تسجيل أي عضو جديد ضمن البرنامج خلال الفترة التعاقدية فإن بدل الاشتراك سوف تحسب وذلك بالرجوع إلى معدل بدل الاشتراك السنوي للأعضاء حسب عمر العضو ومستوى تغطيته الوارد في (الملحق رقم 8) ويكون احتساب بدل الاشتراك حسب عدد الأيام التي سيكون فيها العضو الجديد مشمول بالتغطية، يجب أن يقوم العميل بسداد القسط للعميل المنضم خلال 15 يوماً من تاريخ انضمامه في حال لم يتم ذلك سيتم إيقاف اشتراكه

1.5. في حالة حصول أي تأخير في تسديد أي فاتورة من فواتير دفعات بدل الاشتراك السنوي أو فواتير الإضافات للأعضاء تم تسليمها إلى أي فرع من فروع العميل فإن هذا التأخير يعتبر وكأنه صادر عن المركز الرئيسي للعميل.

(2) سياسة تسديد الأرصدة

2.1. ستقوم بوبا العربية بتنفيذ سياسة تسديد الأرصدة مع عملائها ، وستقوم بوبا العربية بإعلام عملائها بتفاصيل هذه السياسة حيث سيتم تطبيق هذه النقاط :

- (أ) جميع أقساط التأمين ومبالغ الإضافات واجبة الدفع مقدماً في تاريخ استحقاقها.
- (ب) تقبل بوبا العربية الدفعات بموجب العربية الدفعات بموجب أحكام البند 14 من الملحق رقم 5 .

(3) أحكام و شروط بطاقات العضوية

3.1. سيتم إصدار بطاقة عضوية لكل عضو عند تسجيله.

3.2. The cards are for member's identification purposes only within the Bupa Arabia Network and are not guarantee of payment. They must be presented to all Bupa Arabia Network Providers before treatment can be given. The cards will be of no use with any hospitals or clinics outside of the Bupa Arabia Approved Provider Network.

3.3. All membership cards remain the property of Bupa Arabia and must be returned to Bupa Arabia when membership lapses or this Insurance Policy expires and on demand by Bupa Arabia.

3.4. The Client is responsible for delivering the membership cards to the members together with the Bupa Arabia Membership handbook and the Bupa Arabia Network directory. It is also the Client's responsibility to ensure that members do not misuse their Membership Cards or commit fraud with them. If the Client is notified by Bupa Arabia or becomes otherwise aware that a member is misusing a membership card or committing fraud with it, the Client must take all reasonable steps to immediately stop the misuse. Failure to do so gives Bupa Arabia the right to terminate this Insurance Policy. Bupa Arabia has the right to recover from the Client any expenses incurred in the misuse of the card

3.5. If member's card is not returned to Bupa Arabia , Bupa Arabia will not pay for any medical expenses incurred after membership has lapsed. Those expenses are payable by or recoverable from the Client. The Client will be advised of the total payable together with details of the accounts.

3.6. Bupa Arabia can change the design of the cards or the procedure of verifications and access to network provider.

3.2. تستعمل البطاقات لغايات التعريف بالأعضاء فقط داخل شبكة بوبا العربية المعتمدة ولا تعتبر ضمان للمدفوعات ، ويجب تقديمها للجهات المقدمة للخدمة الطبية في شبكة بوبا العربية قبل تقديم المعالجة وهي غير صالحة للاستخدام في الجهات المقدمة للخدمة الطبية خارج شبكة بوبا العربية.

3.3. تعتبر جميع بطاقات العضوية ملك بوبا العربية ويجب إعادتها إليها عندما تنتهي العضوية أو عندما تنتهي هذه وثيقة التأمين أو عندما تطلب الشركة ذلك.

3.4. يتحمل العميل مسؤولية إيصال بطاقة العضوية للعضو إضافة إلى كتيب الأعضاء وقائمة المستشفيات والمستوصفات المعتمدة . كما تتضمن مسؤولية العميل التأكد من عدم إساءة استخدام الأعضاء لهذه البطاقات أو استخدامها للتحويل ، وإذا قامت بوبا العربية بإعلام العميل أو علم من أي مصدر آخر أن العضو قد أساء استخدام البطاقة أو استخدمها للتحويل فعليه فوراً اتخاذ كافة الإجراءات المنطقية الكفيلة بإيقاف هذا التصرف . وفشله في القيام بذلك يعطي الحق لبوبا العربية إلغاء هذه وثيقة التأمين ، ويكون من حق بوبا العربية أن تسترد من العميل جميع التكاليف التي ترتبت على إساءة استخدام بطاقة العضوية، وعلى العميل أن يسترد بطاقة العضوية من أي عضو تنتهي عضويته.

3.5. وفي حال لم يتم إعادة البطاقة، لن تقوم بوبا العربية بدفع أي تكاليف تترتب على البطاقة بعد تاريخ إلغاء أو انتهاء العضوية ، وسيكون من مسؤولية العميل دفع أو تعويض هذه التكاليف وسيتم إعلام العميل بمجموع جميع هذه التكاليف وتفاصيلها

3.6. يحق لبوبا العربية تغيير تصميم بطاقات العضوية أو آلية التحقق للحصول على التغطية الطبية لدى مزودي الخدمة الصحية .

Appendix (4): Fraud, Misuse and Misinformation

1. For the purposes of this Insurance Policy and without prejudice to the provisions of Articles 44 and 45 in Chapter Two/Section one under "definitions", and in light of the importance of combating and limiting fraud and misuse behavior, in order to preserve the rights and obligations contained in this Insurance Policy, below actions – but not limited to -will fall under Fraud and Misuse:

- (a) The client given his/her Membership Card to others to unlawful use of the insurance coverage.
- (b) Presenting untrue and /or forged bills either the client had a knowledge of or not.
- (c) Concealing any information from Bupa Arabia in a bad faith.
- (d) Collusion with service providers to provide invoices for fictitious services, either partially or completely.
- (e) Doing any wrongful acts that would obtain medications in illegal or abnormal amounts e.g. visiting doctors suspiciously to obtain medications or fictitious services.
- (f) Presenting untrue and /or forged information prior to engage into the Insurance Policy.

2. In all cases, the parties agreed that if Bupa Arabia finds evidence of any fraud or misuse prior activation of the insurance policy or during the term of the insurance policy and any act that may be interpreted as fraudulent, or any other act or attempt to invalidate the terms and conditions of this Insurance Policy, this act or attempt by the Client constitutes a fundamental breach of this Insurance Policy and is entitled to Bupa Arabia and without prejudice to any other rights enjoyed by Bupa Arabia under this Insurance Policy or by law. Bupa Arabia shall terminate the Insurance Policy and notify the CCHI or/and the Governmental authorities if needed.

الملحق رقم (4): الإحتيال و سوء الإستخدام و التضييل

1. لأغراض هذه وثيقة التأمين و دون الاخلال بما ورد في البند (44) و (45) في الفصل الثاني/القسم الأول مندرجة تحت بند التعريفات، ونظراً لأهمية مكافحة أعمال الإحتيال و سوء الاستخدام و الحد منها، حفاظاً على الحقوق و الالتزامات الواردة في هذه وثيقة التأمين، يندرج تحت الإحتيال و إساءة الاستخدام – على سبيل المثال لا الحصر – الأفعال الآتية:

- (أ) قيام العميل بإعطاء بطاقة العضوية لشخص آخر للاستفادة من التغطية التأمينية بدون وجه حق.
- (ب) تقديم فواتير غير صحيحة أو مزورة سواء بعلم العميل أو بدون علمه.
- (ج) إخفاء معلومات بسوء نية عن بوبا العربية.
- (د) التواطؤ مع مقدمي الخدمة لتقديم فواتير عن خدمات وهمية سواءاً جزئياً أو كلياً.
- (هـ) القيام بأي عمل من شأنه الحصول على أدوية بكميات غير نظامية أو غير طبيعية مثل زيارة الأطباء بشكل يثير الشبهة للحصول على أدوية أو خدمات وهمية.
- (و) تقديم معلومات غير صحيحة أو مزورة عند إبرام الوثيقة.

2. في جميع الأحوال وباتفاق الطرفين على أنه إذا عثرت بوبا العربية على دليل لأي إحتيال، أو سوء استخدام، قبل إبرام الوثيقة أو خلال مدة الوثيقة، أو أي عمل يمكن أن يُفسّر كنزعة إحتيال، أو أي عمل آخر، أو محاولة لإبطال الأحكام والشروط لوثيقة التأمين وبشكل هذا الخطأ أو العمل أو المحاولة من جانب العضو انتهاكاً أساسياً لوثيقة التأمين هذه، فإن هذا يخول بوبا العربية و دون المساس بأي حقوق أخرى تتمتع بها، بموجب وثيقة التأمين هذه أو بحكم القانون، أن تقوم بوبا العربية بإنهاء وثيقة التأمين، و إشعار مجلس الضمان الصحي بذلك و/أو الجهات الحكومية المختصة في حال لزم الأمر.

Appendix No. (5) : General Conditions

1. Correspondence:

Communications between Bupa Arabia and the Client shall be made to the addresses indicated before each party in the preamble of the insurance agreement in order to be effective in the other party's right, and in the case of changing the address of either party, that party has to inform the other party of such change immediately, and if there is any inquiries it shall be done through :

(a) Complaints:

If Client is not satisfied with the service in any way, it must communicate with Bupa Arabia by sending an email to: Complaints@bupa.com.sa

(b) Costumer Service:

customer service (from within the Kingdom) 800 244 0307
Telephone (outside the Kingdom) + 9668002440307
Email: Customer.Care@bupa.com.sa

2. Governing law and dispute resolution: This Insurance Policy is subject to all applicable laws in the Kingdom of Saudi Arabia. In the event of any dispute between the Client and the company, the parties shall undertake all efforts to resolve the dispute amicably. If the dispute is not resolved, the dispute shall be referred to the competent judicial authority for decision.

3. Confidentiality: All data, prices and information provided are private to the parties and may not be disclosed in any way.

4. Amendments: Bupa Arabia has the right, in light of new Laws and Regulation and/or when necessary to amend the Insurance policy, Bupa Arabia will notify the client of such amendments. The amendments shall be effective after 15 days of the Notification date.

5. Complete of Documentants and/or Infromation: the Client aknowledge that all documents and information provided to Bupa Arabia in order to get health insurance services which will be priced upon, prepared Insurance policy and printitng cards are complete and it is not insufficient. Bupa Arabia shall not held liable nor responsible either financial or moral from the insufficiency of the documents and led to non benefit from the policy.

6. Copies and language: This Insurance Policy has been reproduced in two original copies, each of which has received its own copy to work with. As well as in Arabic and English, and in case of contradiction in the interpretation of any of the provisions of this document, the Arabic text shall prevail.

7. Bupa Arabia may report any Insurance Policy that is concluded for a period of three or more months without any claim to CCHI and to other regulatory and / or governmental bodies.

الملحق رقم (5) : أحكام عامة

1. المراسلات: يجب أن تتم المراسلات بين بوبا العربية وحامل الوثيقة على العناوين المبينة أمام كل طرف في مقدمة وثيقة التأمين، كي تكون نافذة في حق الطرف الآخر، ويضاف إلى هذه المراسلات البريد الإلكتروني الذي يعتبر نافذاً في حق الطرفين، وفي حال وجود أي تغيير في أي من بيانات الاتصال للأطراف، فإنه يجب إخطار الطرف الآخر مباشرة، وعند وجود شكاوى أو طلبات يجب أن تتم خلال القنوات الآتية:

(أ) الشكاوى:

إذا كان حامل الوثيقة غير راضٍ عن الخدمة بأي شكل كان، فإن عليه أن يتواصل مع بوبا العربية عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى:

Complaints@bupa.com.sa

(ب) خدمة العملاء:

هاتف خدمة العملاء (من داخل المملكة) 800 244 0307 ، هاتف

(من خارج المملكة) +9668002440307 أو البريد :

Customer.Care@bupa.com.sa

2. القانون واجب التطبيق و حل النزاعات: تخضع هذه الوثيقة لكافة القوانين المتبعة في المملكة العربية السعودية ، وفي حال وجود أي نزاع بين حامل الوثيقة و الشركة يقوم الطرفان بكامل الجهود على حل النزاع ودياً و في حال لم يتم حل النزاع يحال النزاع الى الجهة القضائية المختصة للفصل فيه.

3. السرية: جميع البيانات و الاسعار والمعلومات التي تم تقديمها هي خاصة بالطرفين و لا يجوز باي حال من الاحوال إفشائها.

4. التعديلات: يحق لبوبا العربية في حال و جود أي تعديلات في الانظمة و التشريعات أو/ و في حال ضرورة اجراء تعديل على وثيقة التأمين، ستقوم بوبا العربية بإخطاركم بالتعديلات و سيتم تفعيلها و العمل بها بعد مرور 15 يوم من تاريخ الاخطار.

5. كفاية المستندات أو/و المعلومات: يقر العميل أن جميع المستندات المقدمة لبوبا العربية في سبيل الحصول على خدمات التأمين الصحي و التي تتم بناءاً عليها حساب التسعير واعداد وثائق التأمين و البطاقات كاملة و لا يشوبها نقص ، ولا تتحمل بوبا العربية أي التزامات او مسؤوليات مالية او معنوية جراء عدم كفاية المستندات أو/و جراء عدم منفعة العميل و المؤمن لهم نتيجة عدم تزويد بوبا العربية بالمستندات و المتطلبات الكاملة.

6. نسخ الوثيقة واللغة المعتمدة: حثرت هذه الوثيقة من نسختين أصليتين، استلم كل طرف النسخة الخاصة به للعمل بها. كما حثرت باللغتين العربية والإنجليزية، وفي حال التعارض في تفسير أي من نصوص هذه الوثيقة فإن النص العربي هو النص المحكم والنهائي لهذه الوثيقة.

7. لبوبا العربية الإبلاغ عن أي وثيقة يمضي على إبرامها مدة تعادل أو تزيد عن ثلاثة (3) أشهر دون أي يأتي عليها مطالبة مالية لمجلس الضمان الصحي التعاوني وإلى جهات رقابية و/أو حكومية أخرى.

8. Taxes and Fees: The prices of this Insurance policy are included with Value Added Tax and does not included any other taxes – if any -, in case that any modifications of the current legislations or new legislations, Bupa Arabia has the right to change the prices of this Insurance policy as per the modifies and/ or the new legislations

9. If the policyholder qualifies for any excess insurance operations based on the policy of distributing surplus insurance operations issued by Insurance Authority (IA) after the expiry of the health insurance policy, the client agrees that Bupa Arabia will transfer the amount to the Policyholder on the Bank details below:

IBAN 1:

IBAN 2:

10. National Address:

Following to Insurance Authority (IA)'s Regulations and directions , which stated that the Policyholder shall provide it's National Address to Bupa Arabia when engaging into an Insurance Policy, in case that the Policyholder did not provide a valid National Address, there shall be no Insurance Policy issued and sell starting of 17/02/2018 G correspondence 01/06/1439H

11. Membership guide and information (leaflets) will be sent to the client through the email, the Client will commit to distribute it to the employees.

12. The policyholder agrees to give Bupa Arabia the right to inquire of the Policyholder information, register and upload the Policyholder information with the Saudi Credit Bureau (SIMAH) in the event of non-compliance with the payment of the entire dues from insurance premiums or others – for example- additions costs to Bupa Arabia on the agreed dates either during the validity of the policy or in case of termination or cancellation.

13. Bupa Arabia has the right to validate all the member details of the new policy holder through governmental portals such as "Yakeen" to ensure they match the governmental records. Any discrepancy in the data with regard to age, gender, and any member not under the sponsorship of the company may result in a price change compared to the initial quotation provided by Bupa Arabia.

14. Following to Insurance Authority (IA)'s Laws, Regulations and directions, that prohibit dealing with cash in the financial transactions related to insurance operation of all of its kinds, the alternative allowed payments methods other than cash are -but not limited to- the following (SARIE Transfer, SADAD Payment, MADA Payment, Credit Cards Payment or/and any Insurance Authority (IA) approved electronic mode of payment).

15. All the supplements mentioned in Chapter II, such as (Annexes from 1 to 7) of the insurance policy is referred to The provisions and conditions of the cooperative health insurance policy approved approved by Ministerial Resolution No. (3/18/1R) and the date of 12/05/1439 H

8. الرسوم و الضرائب: الاسعار الواردة في وثيقة التأمين تشمل ضريبة القيمة المضافة و لا تشمل الرسوم والضرائب الأخرى – إن وجدت- وفي حال تعدلت التشريعات أو/و تم سن تشريعات جديدة يحق لبوبا تغيير أسعار وثيقة التأمين بموجب التشريعات المعدلة أو / و الجديدة.

9. في حال تأهل حامل الوثيقة لأي فائض من عمليات التأمين بناءً على سياسة توزيع فائض عمليات التأمين الصادرة من هيئة التأمين بعد انتهاء مدة وثيقة التأمين الصحي، يوافق العميل على أن بوبا العربية ستقوم بتحويل الفائض إلى أي من الحسابات البنكية لحامل الوثيقة المشار إليها أدناه:

الايان 1:

الايان 2:

10. العنوان الوطني:

تماشيًا مع أنظمة وتوجيهات هيئة التأمين، فإنه يُشترط على حامل الوثيقة تزويد بوبا العربية بالعنوان الوطني، وفي حال لم يقدم حامل الوثيقة (العنوان الوطني) فإنه لا يحق بيع أو إصدار أي وثيقة تأمين بدءًا من تاريخ 17/02/2018 الموافق 01/06/1439 هـ.

11. يتم تزويد العميل بمنشورات وكتيب العضوية عن طريق التسجيل في الموقع أو التطبيق الخاص بوبا العربية، ويلتزم العميل بإخطار منسوبيه.

12. يوافق حامل الوثيقة على أحقية بوبا العربية في الاستعلام عن معلومات حامل الوثيقة و تسجيل ورفع بيانات حامل الوثيقة لدى الشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة) في حال عدم الالتزام بسداد كامل المستحقات عليه من أقساط تأمينية أو غيرها مثل – مبالغ الإضافات- لصالح بوبا العربية في التواريخ المتفق عليها سواء أثناء سريان الوثيقة أو في حال انتهائها أو إلغائها.

13. بوبا العربية لها الأحقية في التأكد من بيانات حامل الوثيقة عن طريق الخدمات الحكومية مثل – على سبيل المثال لا الحصر- خدمة يقين للتأكد من تطابق جميع البيانات مع ما هو مدون لدى السجلات الحكومية، وجود أي اختلاف في البيانات المتعلقة بالعمر الجنس و وجود أي موظف غير تابع لنفس رقم الكفيل الخاص بالعمل قد يؤدي إلى اختلاف التسعيرة المبدئية المرسله من بوبا العربية للمؤمن لهم.

14. تماشيًا مع أنظمة ولوائح وتوجيهات هيئة التأمين، فإنه يُحظر التعامل بالنقد في التعاملات المالية المتعلقة بالعمليات التأمينية بجميع أنواعها، ويتم العمل بآليات الدفع المسموحة والبديلة عن النقد، على سبيل المثال لا الحصر (التحويل المصرفي من خلال نظام سريع، نظام سداد، نظام مدى، البطاقات الائتمانية و/أو من خلال وسائل الدفع الإلكترونية المعتمدة من قبل هيئة التأمين).

15. جميع الملاحق المذكورة في الفصل الثاني مثل (الملاحق من 1 حتى 7) من وثيقة التأمين يتم الرجوع إليها في الاحكام والشروط الخاصة بوثيقة الضمان الصحي التعاوني المقررة في المعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (3/18/1) و تاريخ 12/05/1439.

Appendix No.6 :Terms and Condition use of Bupa Arabia's web services and Cybersecurity:

This Appendix sets forth the terms and conditions of the use of Bupa Arabia's web services to its clients in accordance with the regulations of Insurance Authority (IA) and the Council of Cooperative Health Insurance. Bupa Arabia has formulated these terms and conditions to protect the clients' information and to confirm Bupa Arabia's commitment to the privacy of this information when using Bupa web services, this Appendix shall form an integral part of the insurance policy.

1. Definitions:

1.1. Bupa Online Services: A 24/7 service that allows Group Secretaries to access Bupa Arabia's online services.

1.2. The Relevant Regulatory Parties intended here as:

- Insurance Authority (IA)
- Counsel of Cooperative Health Insurance (CCHI)

1.3. The Authorized Person: A person authorized to access the online service; mainly known as the "Group Secretary".

1.4. Using the Online Service: The usage of the online services is strictly limited to those authorized by the customer.

1.5. User Account: A unique username and password is issued in benefit of the customer.

1.6. Membership Maintenance:

Membership maintenance consists of – but not limited to:-

- Add Employee & Dependents
- Add Dependents
- Delete an Employee and Dependents
- Delete Dependents.
- Change Class.
- Change Branch.
- Membership Card Replacement (lost card - Data correction)

1.7. Other Services:

- (a) Claims query
- (b) Pre-authorization query
- (c) Table of benefits query
- (d) Network Providers query

1.8. Owner of personal data: the individual to whom the personal data relates, his representative, or the legal guardian over him.

1.9. Personal data: Every statement - whatever its source or form - that would lead to the identification of an individual specifically, or make it possible to identify him directly or indirectly, including: name, personal identification number, addresses, contact numbers, and license numbers Records, personal property, bank account and credit card numbers, still or moving photos of an individual, and other data of a personal nature

الملحق رقم (6) : شروط وأحكام استخدام خدمات بوبا العربية الالكترونية و الامن السيبراني:

يحدد هذا الملحق شروط وأحكام استخدام خدمات بوبا العربية الالكترونية والتي تقدمها شركة بوبا العربية لعملائها وفقاً لأنظمة ولوائح هيئة التأمين ومجلس الضمان الصحي، وقد قامت بوبا العربية بصياغة هذه الشروط والأحكام لحماية معلومات العميل وتأكيد التزام بوبا العربية بخصوصية هذه المعلومات عند استخدام خدمات بوبا العربية الالكترونية، ويعد هذا الملحق جزءاً لا يتجزأ من وثيقة التأمين.

1. التعاريف:

1.1 خدمات بوبا الإلكترونية: هي خدمة تقدمها بوبا العربية على مدار الساعة وخلال أيام الأسبوع لعملائها ليتسنى لهم المتابعة والاستفسار عن العمليات التي تمت مسبقاً.

1.2. الجهات الرقابية ذات الصلة:

(أ) هيئة التأمين.

(ب) مجلس الضمان الصحي.

1.3 الشخص المخول: هو الشخص المخول له بالدخول إلى الموقع ويرمز له بسكرتير المجموعة.

1.4 استخدام الخدمات الإلكترونية: يقتصر استخدام هذه الخدمات على الشخص أو الأشخاص المخولين من قبل العميل.

1.5 حساب المستخدم: سيتم إصدار اسم مستخدم وكلمة سر خاصة لحساب العميل.

1.6 الإضافات والتعديل:

تشتمل – عل سبيل المثال لا الحصر- عمليات الإضافة والتعديل على:

- إضافة موظف جديد وعائلته.
- إضافة عائلة موظف مؤمن.
- إلغاء الموظف وعائلته.
- إلغاء عائلة الموظف.
- تعديل درجة تغطية الموظف وعائلته.
- انتقال الموظف إلى فرع آخر.
- استبدال بطاقة العضوية (بدل فاقد – تصحيح معلومات)

1.7. خدمات أخرى:

(أ) الاستعلام عن المطالبات.

(ب) الاستعلام عن الموافقات المسبقة.

(ج) الاستعلام عن جدول المزايا.

(د) الاستعلام عن شبكة المستشفيات.

1.8. صاحب البيانات الشخصية: الفرد الذي تتعلق به البيانات الشخصية أو من يمثله أو من له الولاية الشرعية عليه.

1.9. البيانات الشخصية: كل بيان -مهما كان مصدره أو شكله- من شأنه أن يؤدي إلى معرفة الفرد على وجه التحديد، أو يجعل التعرف عليه ممكناً بصفة مباشرة أو غير مباشرة، ومن ذلك: الاسم، ورقم الهوية الشخصية، والعناوين، وأرقام التواصل، وأرقام الرخص والسجلات والممتلكات الشخصية، وأرقام الحسابات البنكية والبطاقات الائتمانية، وصور الفرد الثابتة أو المتحركة، وغير ذلك من البيانات ذات الطابع الشخصي

1.10. Processing: Any operation performed on personal data by any means, manual or automated, including: collection, recording, archiving, indexing, arranging, coordinating, storing, modifying, updating, merging, retrieval, use, disclosure, transmission, publication, and sharing. In data or interconnection, blocking, erasure, and destruction.

1.11. Collection: The control authority obtains personal data in accordance with the provisions of the system, whether from its owner directly, or from his representative, or from someone who has legal guardianship over him, or from another party.

1.12 Destroy: Every action removes personal data and make it impossible to access or restore it again.

1.13. Disclosure: Enabling any person - other than the controller - to obtain, use or access personal data by any means and for any purpose.

1.14. Transfer: Transfer of personal data from one place to another for processing.

1.15. Publication: Broadcasting or making available any personal data through a written, audio, or visual means of publication.

1.10. المعالجة: أي عملية تُجرى على البيانات الشخصية بأي وسيلة كانت يدوية أو آلية، ومن ذلك: عمليات الجمع، والتسجيل، والحفظ، والفهرسة، والترتيب، والتنسيق، والتخزين، والتعديل، والتحديث، والدمج، والاسترجاع، والاستعمال، والإفصاح، والنقل، والنشر، والمشاركة في البيانات أو الربط البيني، والحجب، والمسح، والإتلاف.

1.11. الجمع: حصول بوبا العربية على البيانات الشخصية وفقاً لأحكام نظام حماية البيانات الشخصية السعودي، سواءً من صاحبها مباشرةً أو ممن يُمثله أو ممن له الولاية الشرعية عليه أو من طرف آخر.

1.12. الإتلاف: كل عمل يؤدي إلى إزالة البيانات الشخصية ويجعل من المتعذر الاطلاع عليها أو استعادتها مرة أخرى.

1.13. الإفصاح: تمكين أي شخص -عدا جهة التحكم- من الحصول على البيانات الشخصية أو استعمالها أو الاطلاع عليها بأي وسيلة ولأي غرض.

1.14. النقل: نقل البيانات الشخصية من مكان إلى آخر لمعالجتها.

1.15. النشر: بث أي من البيانات الشخصية عبر وسيلة نشر مقروءة، أو مسموعة، أو مرئية، أو إتاحتها.

1.16. Sensitive Data: Every personal statement that includes a reference to an individual's ethnic or tribal origin, religious, intellectual, or political belief, or indicates his membership in civil associations or institutions. As well as criminal and security data, bio-identifying data, genetic data, credit data, health data, location data, and data that indicates that an individual is unknown to one or both parents.

1.17. Health data: Every personal statement related to an individual's health status, whether physical, mental, psychological, or related to his health services.

Health Services: Services related to the health of the individual, including preventive, curative, rehabilitative, hypnotic, and drug provision.

1.18. Credit data: Every personal statement related to an individual's request for, or obtaining, financing, whether for a personal or family purpose, from an entity that exercises finance, including any statement related to his ability to obtain credit, his ability to meet it, or his credit history.

1.16. البيانات الحساسة: كل بيان شخصي يتضمن الإشارة إلى أصل الفرد العرقي، أو أصله القبلي، أو معتقده الديني، أو الفكري أو السياسي، أو يدل على عضويته في جمعيات أو مؤسسات أهلية. وكذلك البيانات الجنائية والأمنية، أو بيانات السمات الحيوية التي تحدد الهوية، أو البيانات الوراثية، أو البيانات الائتمانية، أو البيانات الصحية، وبيانات تحديد الموقع، والبيانات التي تدل على أن الفرد مجهول الأبوين أو أحدهما.

1.17. البيانات الصحية: كل بيان شخصي يتعلق بحالة الفرد الصحية، سواءً الجسدية، أو العقلية، أو النفسية، أو المتعلقة بالخدمات الصحية الخاصة به.

الخدمات الصحية: الخدمات المتعلقة بصحة الفرد، ومن ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية والتنويم وتوفير الدواء.

1.18. البيانات الائتمانية: كل بيان شخصي يتعلق بطلب الفرد الحصول على تمويل، أو حصوله عليه، سواءً لغرض شخصي أو عائلي، من جهة تُمارس التمويل، بما في ذلك أي بيان يتعلق بقدرته على الحصول على ائتمان، أو بقدرته على الوفاء به، أو بتاريخه الائتماني..

2. Bupa Arabia is not responsible for economic losses or other damages due to technical problems, network Load or service breaks caused by administrative action. Bupa Arabia will not notify the customers about any service interruptions of substantial duration required by maintenance.

3. Bupa Arabia will issue and send to its customer's designated user-IDs and passwords which will enable Customer to access their web accounts.

2. بوبا العربية ليست مسؤولة عن الخسائر الاقتصادية أو أي أضرار أخرى ناتجة عن مشاكل فنية قد تحدث بسبب انقطاع الخدمة، لن تقوم بوبا العربية بإبلاغ المستخدمين في حال تعرضت الخدمة إلى انقطاع بغض النظر عن مسببات هذا الانقطاع وإلى الوقت الذي تحتاجه بوبا العربية لإعادة تنشيط الخدمة مرة أخرى.

3. تقوم بوبا العربية بإصدار اسم مستخدم وكلمة مرور خاصة لكل عميل وإرسالها لهم مما سيتيح لهم فرصة لاستخدام خدمات بوبا العربية الإلكترونية.

4. Client undertakes to maintain the Passwords in strict confidence and not to provide the Passwords to any third party and to be responsible for the security, integrity and appropriate authorized use of Bupa Arabia's web services.

5. Client shall notify Bupa Arabia promptly if there is a loss or compromise of any Passwords or username and Client will be solely responsible for all legal actions and financial liabilities incurred as a result of such incident resulting from the Customer's negligence or intentional misconduct and when the client discovers a Cybersecurity Incident or encounters Suspicious Activities that relate to Bupa Arabia's web services or Client systems that interact at any time with a Bupa Arabia system.

6. Client shall notify Bupa Arabia promptly if any of the authorized users resigned or was terminated from the Clients' organization in order to secure a new username and password. Client will be solely responsible for all legal actions and financial liabilities incurred as a result of such incident resulting from the Client's negligence or intentional fraud.

7. Any unauthorized use of user IDs or Passwords by Customer will constitute a material breach of this Appendix.

8. Customer agrees and fully understands that any amendments requested through Bupa Arabia's web services will be reflected on their invoices once the process is finalized and approved.

9. Customer agrees to assure a solid documentation process within their organization to secure any documents such as Saudi ID, Iqama's copy or any other relevant documents that may be required in relation to membership maintenance by Bupa Arabia based on Clause No. 85 of the Implementing Regulations of the CCHI Law

10. Fixing fault situations will mainly be done during office hours. The service does not include correcting problems caused by hardware and/or software of the user.

11. Customer is fully responsible for any consequences such as delay in activating members in "Passport Office" or card delivery due to any wrong data uploaded on Bupa's website.

12. Bupa Arabia reserves the right to modify or change the foregoing Terms & Conditions as it deems necessary and in accordance to Insurance Authority (IA) and CCHI regulations without reference and/or inform the client.

13. The Client shall provide Bupa Arabia of a clear copy of Saudi ID or Iqama for those whom will be authorized to accessing the online service and /or any documents that may be required for registration and auditing in relation to membership maintenance.

14. Bupa Arabia reserves the right to conduct a Cybersecurity Assessment once per calendar year or more frequently upon the occurrence of any of the following:

- Suspicious Activities;
- a Cybersecurity Incident in respect of a client's system; and
- a Cybersecurity Incident in respect of a Bupa Arabia system.

4. يقر العميل على الحفاظ على اسم المستخدم وكلمة المرور في مكان آمن وعدم إعلام أي طرف ثالث غير مصرح له وأن يكون مسؤولاً عن الأمن والنزاهة والاستخدام المناسب المصرح به لخدمات بوبا العربية الإلكترونية.

5. على العميل إبلاغ بوبا العربية فوراً في حال تم فقدان اسم المستخدم وكلمة المرور نتيجة الإهمال أو في حال تم تسريبه لطرف ثالث غير مصرح له أو حادثة الأمن السيبراني أو واجه أنشطة مشبوهة تتعلق بخدمات بوبا العربية الإلكترونية أو أنظمة العميل التي تتفاعل في أي وقت مع نظام بوبا العربية ويتحمل العميل مسؤولية العمليات التي تمت على حسابه جراء ذلك وما يترتب عليها من أمور مالية وقانونية.

6. على العميل إبلاغ بوبا العربية فوراً في حال استقال الموظف المخول بإجراء العمليات أو في حال إنهاء خدماته من الشركة أو المؤسسة حتى يتم إلغاء اسم المستخدم الخاص به وإصدار اسم مستخدم جديد وكلمة مرور جديدة، ويتحمل العميل المسؤولية الكاملة جراء إهماله أو إساءة استعماله المتعمده وما يترتب عليها من أمور مالية و/أو قانونية.

7. أي استخدام غير مصرح به لاسم المستخدم أو كلمة المرور من قبل العميل أو الموظف المخول يشكل خرقاً مادياً لهذا الملحق.

8. يوافق العميل ويعي أن أي عملية تتم من خلال الخدمات الإلكترونية ستظهر على الفواتير التي تصدر بشكل شهري متى ما تمت العملية بنجاح.

9. يوافق العميل على إنشاء آلية أرشفة آمنة ومناسبة داخل شركته أو مؤسسته يتم من خلالها حفظ كل الأوراق المتعلقة بالموظفين المؤمن عليهم، بالإضافة إلى عوائلهم مثل صور الإقامات وجوازات السفر أو الهويات الوطنية للسعوديين أو أي أوراق إضافية تطلبها بوبا العربية على- سبيل المثال لا الحصر - الخاصة بعمليات الحذف والإضافة استناداً إلى البند رقم 85 من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

10. تعديل الأخطاء سيتم خلال أوقات الدوام الرسمية فقط وهذا البند لايشمل المشاكل الناتجة عن الأجهزة و/أو الشبكة الخاصة بالمستخدم.

11. يتحمل العميل المسؤولية الكاملة عن المعلومات التي يتم تسجيلها في الموقع ويتحمل مسؤولية التأخير في تفعيل المؤمن عليهم لدى الجوازات في حال كانت المعلومات المدخلة غير صحيحة.

12. تحتفظ بوبا العربية بحق تعديل أو تغيير الشروط والأحكام حسب ما تراه ضرورياً وطبقاً لقرارات وتعاميم هيئة التأمين ومجلس الضمان الصحي التعاوني دون الرجوع و/أو إبلاغ العميل.

13. يلتزم العميل بتزويد بوبا العربية صورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو الإقامة للأشخاص المخولين باستخدام الخدمات الإلكترونية. و /أو أي مستندات أخرى والتي قد تطلب لاحقاً بغرض التسجيل أو التدقيق في العمليات التي تمت مسبقاً.

14. تحتفظ بوبا العربية بحقها في إجراء تقييم للأمن السيبراني مرة في كل سنة تقويمية أو أكثر عند حدوث أي مما يلي:

- الأنشطة المشبوهة ؛
- حادثة الأمن السيبراني فيما يتعلق بنظام العميل ؛
- حادثة الأمن السيبراني فيما يتعلق بأنظمة بوبا العربية

15. Bupa Arabia reserves the right, exercisable at its sole discretion, to cancel the access of CLIENT or any of its individual personnel or agents to any Bupa Arabia system and disable the connections of CLIENT's computer systems to Bupa Arabia's systems. Such action shall be in addition to and not in substitution of any right available to Bupa Arabia under this Agreement or at law and shall not relieve CLIENT of any obligation to perform under this Agreement.

16. Bupa Arabia is responsible for protecting client and beneficiary data, maintaining its confidentiality, and not using this data for illegal purposes.

17. When providing sales or renewal services through its website, Bupa Arabia is committed to taking all necessary security measures to protect information exchanged with clients electronically and to provide the latest technologies and programs to ensure the protection and safety of cash payments through the company's website.

18. Bupa Arabia is committed to maintaining the confidentiality of client and beneficiary data and not to disclose it except for the following:

- (a) When its disclosure is a mandatory matter imposed by the competent government authorities (such as: The Ministry of the Interior, the courts, etc.)
- (b) When information is disclosed with the written consent of the client or beneficiary

19. Bupa Arabia has appropriate work procedures and effective control systems to protect client and beneficiary data, and to detect and address abuses that have occurred or are expected to occur.

20. Bupa Arabia obliges its employees, whether permanent or temporary, self-employed employees or company representatives, to sign a confidentiality form regarding client and beneficiary data and ensure that their personal information is not disclosed, and access is prohibited, and it is restricted to authorized persons only, whether they are on the job or after they leave their jobs.

21. The client and Bupa Arabia agree that it shall not use, disclose or communicate to anyone other than its subcontractors and affiliates without the prior written consent of the other party any confidential information of the disclosing party that may come to the receiving party's knowledge or possession.

15. تحتفظ شركة بوبا العربية بحقوقها ، وفقاً لتقديرها الخاص ، في إلغاء وصول العميل أو أي من موظفيها أو وكلائها إلى أي نظام إلكتروني تابع لبوبا العربية وتعطيل اتصالات أنظمة الكمبيوتر الخاصة بالعميل إلى أنظمة بوبا العربية. يجب أن يكون هذا الإجراء إضافة إلى أي حق متاح لـ "بوبا العربية" ولا يحل محله بموجب هذه الاتفاقية أو القانون ، ويجب أن لا يعفي العميل من أي التزام لتنفيذه بموجب هذه الوثيقة.

16. بوبا العربية مسؤولة عن حماية بيانات العميل والمستفيد والمحافظة على سريتها وعدم استخدام هذه البيانات لأغراض غير نظامية.

17. تلتزم بوبا العربية عند تقديم خدمات البيع أو التجديد عبر موقعها الإلكتروني أن تتخذ كافة التدابير والإجراءات الأمنية اللازمة لحماية المعلومات المتبادلة مع العملاء إلكترونياً وتوفير أحدث التقنيات والبرامج لضمان حماية وسلامة عمليات دفع المبالغ النقدية من خلال موقع الشركة الإلكتروني.

18. تلتزم بوبا العربية بالمحافظة على سرية بيانات العملاء والمستفيدين وعدم الكشف عنها باستثناء الاتي:
(أ) عندما يكون الكشف عنها أمراً إلزامياً تفرضه السلطات الحكومية المختصة (مثل: وزارة الداخلية، المحاكم.. الخ).
(ب) عندما يتم الكشف عن المعلومات بموافقة العميل أو المستفيد الكتابية

19. لدى بوبا العربية إجراءات العمل المناسبة والأنظمة الرقابية الفعالة لحماية بيانات العملاء والمستفيدين واكتشاف ومعالجة التجاوزات التي حدثت أو المتوقعة حدوثها.

20. تقوم بوبا العربية بالزام موظفيها، سواءً الدائمين أو المؤقتين وموظفي أصحاب المهن الحرة أو ممثلي الشركة بالالتزام بالمحافظة على السرية بشأن بيانات العملاء والمستفيدين والتأكد من عدم كشف معلوماتهم الشخصية ومنع الدخول عليها واقتصرها على الأشخاص المخولين فقط سواء كانوا على رأس العمل أو بعد تركهم لوظائفهم.

21. يتفق كل من العميل وبوبا العربية على أنه لا يجوز له استخدام أو إفشاء أو إبلاغ أي شخص بخلاف المقولين من الباطن التابعين له والشركات التابعة له دون موافقة كتابية مسبقة من الطرف الآخر بأي معلومات سرية.

22. Bupa Arabia collects personal data only from the client directly and does not process such data except to achieve the purpose for which it was collected. However, Bupa Arabia may collect personal data directly from someone other than its owner, or process it for a purpose other than the one for which it was collected, in the following cases:

If the owner of the personal data agrees to this, in accordance with the provisions of the Personal Data Protection Law

- (a) If the personal data is publicly available or was collected from a publicly available source.
- (b) If the data collection is required for security purposes, to implement another system, or to fulfill judicial requirements in accordance with the provisions specified by the regulations.
- (c) If compliance with this prohibition may cause harm to the owner of personal data or affect his vital interests; According to the provisions specified by the regulations.
- (d) If the collection or processing of personal data is necessary to protect the health or public safety or to protect the life or health of a particular individual or individuals.
- (e) If the personal data will not be recorded or stored in a form that makes it possible to identify its owner and know him directly or indirectly.

23. Bupa Arabia takes the necessary organizational, administrative and technical measures and means to ensure the preservation of personal data, including when it is transferred.

24. Bupa Arabia limits the right of access to health data - including medical files - to the minimum number of employees or workers and only to the extent necessary to provide the necessary health services.

Bupa Arabia also restricts health data processing procedures and processes to a minimum number of employees and workers to provide health services or provide health insurance programs.

25. Bupa Arabia notifies the owner of personal data when a request for disclosure of his credit data is received from any party.

26. Bupa Arabia does not photocopy or copy official documents that identify the owner of personal data, except when this is in implementation of the provisions of a law, or when a competent public authority requests the photocopying or copying of such documents.

27. The customer is not entitled to request access to the health data of the insured unless Bupa Arabia is provided with the written consent of the insured concerned with the request to obtain health data.

22. لا تقوم بوبا العربية بجمع البيانات الشخصية إلا من العميل مباشرةً، ولا تقوم بمعالجة تلك البيانات إلا لتحقيق الغرض الذي جُمعت من أجله. ومع ذلك، يجوز لبوبا العربية جمع البيانات الشخصية من غير صاحبها مباشرةً، أو معالجتها لغرض آخر غير الذي جمعت من أجله، وذلك في الأحوال الآتية:

إذا وافق صاحب البيانات الشخصية على ذلك، وفقاً لأحكام نظام حماية البيانات الشخصية

- (أ) إذا كانت البيانات الشخصية متاحة للعموم، أو جرى جمعها من مصدر متاح للعموم.
- (ب) إذا كان جمع البيانات مطلوباً لأغراض أمنية أو لتنفيذ نظام آخر أو لاستيفاء متطلبات قضائية وفق الأحكام التي تحددها اللوائح.
- (ج) إذا كان التقيد بهذا الحظر قد يلحق ضرراً بصاحب البيانات الشخصية أو يؤثر على مصالحه الحيوية؛ وفق الأحكام التي تحددها اللوائح.
- (د) إذا كان جمع البيانات الشخصية أو معالجتها ضرورياً لحماية الصحة، أو السلامة العامة، أو حماية حياة فرد، أو أفراد معينين، أو حماية صحتهم.
- (هـ) إذا كانت البيانات الشخصية لن تُسجل أو تُحفظ في صيغة تجعل من الممكن تحديد هوية صاحبها ومعرفته بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

23. تقوم بوبا العربية باتخاذ ما يلزم من إجراءات ووسائل تنظيمية وإدارية وتقنية تضمن المحافظة على البيانات الشخصية، بما في ذلك عند نقلها.

24. تقوم بوبا العربية بقصر حق الاطلاع على البيانات الصحية - بما فيها الملفات الطبية - على أقل عدد ممكن من الموظفين أو العاملين وبالقدر اللازم فقط لتقديم الخدمات الصحية اللازمة. كما تقوم بوبا العربية بتقييد إجراءات وعمليات معالجة البيانات الصحية إلى أقل قدر ممكن من الموظفين والعاملين لتقديم الخدمات الصحية أو توفير برامج التأمين الصحي.

25. تقوم بوبا العربية بإشعار صاحب البيانات الشخصية عند ورود طلب الإفصاح عن بياناته الائتمانية من أي جهة.

26. لا تقوم بوبا العربية بتصوير الوثائق الرسمية التي تحدد هوية صاحب البيانات الشخصية أو نسخها، إلا عندما يكون ذلك تنفيذاً لأحكام نظام، أو عندما تطلب جهة عامة مختصة تصوير تلك الوثائق أو نسخها.

27. لا يحق للعميل طلب الحصول على البيانات الصحية الخاصة بالمؤمن له إلا في حالة تزويد بوبا العربية بموافقة كتابية من قبل المؤمن له المعني بطلب الحصول على البيانات الصحية.

Appendix No. 7: Health Services Provider Network

Both parties acknowledge that the agreed list of Health Services Provider Network will be provided to the Client.

الملحق رقم (7) : شبكة مقدمي الخدمة الطبية

اتفق الطرفان على أنه سيتم تزويد العميل بقائمة شبكة مقدمي الخدمة الطبية المعتمدة المتفق عليها والخاصة بوثيقة التأمين الصحي التابعة للعميل.

Appendix No.8 : Table of insured Members

الملحق رقم (8) : جدول الأعضاء المؤمن لهم

Company Name اسم الشركة	Qimam Association for Youth		
Contact Person Name اسم مسؤول العقد		Inception Date تاريخ بداية العقد	25/12/2024
Payment Terms شروط الدفع	100	Contract End Date تاريخ انتهاء العقد	24/12/2025
Sales Type نوع العقد	New Sales	Number of Members عدد الاعضاء	21

Sl. No.	Members Full Name اسم العضو	ID Number رقم الهوية / الاقامة	Birth Date تاريخ الميلاد	Age العمر	Gender الجنس	Relation القرابة	Scheme الفترة	Marital Status الحالة الاجتماعية	Annual Premium After VAT (SR)* الاشتراك السنوي*
1	Ayman Ali Abdu Ghibban	2094727464	22/12/1991	33	Male	Employee	Classic 4.1	Married	3,316.60
2	Sumayyah Mahmoud Mohammed Alhasani	2120771635	18/12/1993	31	Female	Wife	Classic 4.1	Married	6,573.40
3	Ahmed Abdullah H Eqab	1114326497	29/11/2000	24	Male	Employee	Classic 4.1	Single	2,707.10
4	Alhassan Mohammed Ali Alshaikhi	1113209538	23/11/1999	25	Male	Employee	Classic 4.1	Married	2,856.60
5	Najat Majed Sughayyir Othman	1127220463	31/10/2004	20	Female	Wife	Classic 4.1	Married	4,120.45
Group Total Scheme			5						SAR 19,574.15
6	Abdullah Aiman Ali Ghabban	2472118302	10/07/2019	5	Male	Son	Classic 4.1-S	Single	2,669.15
7	Rian Aiman Ali Ghabban	2529107753	29/08/2022	2	Male	Son	Classic 4.1-S	Single	4,611.50
Group Total Scheme			2						SAR 7,280.65
8	Faisal Faqih Hassan Alribi	1087171334	29/09/1992	32	Male	Employee	Essential 3.1	Married	1,623.80
9	Haifa Ali Mohammed Alribi	1123647289	06/12/2003	21	Female	Wife	Essential 3.1	Married	2,424.20
10	Fahad Abdullah Bin Hameed Alshaikh	1098639659	17/02/1997	27	Male	Employee	Essential 3.1	Single	1,411.05
11	Ali Hassan Abdulrahman Baras	2118558259	28/09/1993	31	Male	Employee	Essential 3.1	Married	1,623.80
12	Asma Omar Hussein Baras	4668045828	30/08/2003	21	Female	Wife	Essential 3.1	Married	2,424.20
13	Jehad Abdulqader Gabal Gharamah	2044910145	26/09/1984	40	Male	Employee	Essential 3.1	Married	2,347.15
14	Asmaa Ait Lkaid	4821558402	08/05/1997	27	Female	Wife	Essential 3.1	Married	3,422.40
Group Total Scheme			7						SAR 15,276.60

Sl. No.	Members Full Name اسم العضو	ID Number رقم الهوية / الاقامة	Birth Date تاريخ الميلاد	Age العمر	Gender الجنس	Relation القرابة	Scheme الفئة	Marital Status الحالة الاجتماعية	Annual Premium After VAT (SR)* الاشتراك السنوي*
15	Nagham Gehad Abdulqader Gharamah	4842495717	19/02/2013	11	Female	Daughter	Essential 3.1-S	Single	1,238.55
16	Taghreed Gehad Abdulqader Gharamah	4842494827	17/12/2014	10	Female	Daughter	Essential 3.1-S	Single	1,238.55
Group Total Scheme			2						SAR 2,477.10
17	Hassan Hussain Hussain Almalki	1051999405	12/12/1987	37	Male	Employee	Premium 2.1	Married	7,182.90
18	Nadiyah Hassan Abdulrahim Almalki	1013887516	21/10/1985	39	Female	Wife	Premium 2.1	Married	13,457.30
Group Total Scheme			2						SAR 20,640.20
19	Mera Hassan Hussain Almalki	1176284584	31/05/2015	9	Female	Daughter	Premium 2.1-S	Single	5,353.25
20	Ammar Hassan Hussain Almalki	1196946600	14/05/2020	4	Male	Son	Premium 2.1-S	Single	7,797.00
21	Hassan Hasan Hussain Almalki	1177254628	30/08/2013	11	Male	Son	Premium 2.1-S	Single	3,579.95
Group Total Scheme			3						SAR 16,730.20
Grand Total المجموع								SAR 81,978.90	

* The Annual Perimum VAT inclusive.

* الإشتراك السنوي شامل ضريبة القيمة المضافة

VAT Calculation

حساب ضريبة القيمة المضافة

Total (Before VAT)	71,286.00	المجموع قبل الضريبة
VAT 15%	10,692.90	15% قيمة الضريبة
Grand Total	81,978.90	المجموع