

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية
الصحية
ضمن إطار برنامج (عائلي)

تعريفات

تكون للكلمات والمصطلحات والعبارات المستعملة في هذه الوثيقة المعاني المبينة في ما يلي:

1. المتعاقد

الشخص الذي يملئ طلب وثيقة تأمين للعناية الصحية بصفته الشخصية و/أو باسم ولحساب المؤمن له و/أو الأشخاص التابعين الذين هم على عاتقه، والذي تكون شركة التأمين قد وافقت على طلبه رسمياً ووفقاً للأصول.

2. شركة التأمين

شركة التأمين المسجلة أصولاً، والمجاز لها العمل في سورية والتي تكفل تسديد كلفة التغطية المنصوص عنها في هذه الوثيقة.

3. شركة إدارة النفقات

شركة إدارة النفقات المكلفة من قبل شركة التأمين من أجل متابعة أعمال إدارة هذه الوثيقة، ومساعدتها في سياق حسن تطبيق أحكامها ومراقبة تنفيذها وذلك من خلال مراكز خدماتها وبواسطة أطبائها المنتدبين ومدوبيها المتخصصين.

تقوم شركة إدارة النفقات بشكل خاص بتأكيد حق المؤمن له بالاستفادة من التغطية المطلوبة وبالتالي اتخاذ القرار بمنح أو رفض موافقة شركة التأمين على التغطية، ولأجل ذلك تراقب شركة إدارة النفقات الملفات الإدارية والحسابية والطبية العائدة للمؤمن له ويتابع ذلك مع الأطباء المعالجين والمشفى وفقاً للحاجة.

4. المؤمن له

المتعاقد و/أو أي فرد آخر من الأشخاص التابعين الواردة أسماؤهم في طلب التأمين أو المضافين لاحقاً، والذين تكون شركة التأمين قد أبدت موافقتها الخطية على قبولهم.

5. الأشخاص التابعين

الأشخاص الذين يعولهم المتعاقد و/أو المؤمن له، حسب الحالة والمعددين فيما يلي: الزوج أو الزوجة (زوجات)، الأولاد غير المتزوجين الذين تتراوح أعمارهم بين 14 يوماً و18 سنة، أو 25 سنة إذا كان ما زال طالباً بدوام كامل في إحدى الكليات أو الجامعات.

6. بطاقة الاستفادة

بطاقة شخصية تصدر باسم كل مؤمن له، وتسهل استفادته من خدمات العناية الصحية التي تغطيها هذه الوثيقة وهي ملك لشركة التأمين.

7. الخطة الصحية المطبقة

مجموعة منافع وتقديمات العناية الصحية المشمولة بالوثيقة و المعددة فيها مع تحديد نطاق التغطية وحدودها واستثناءاتها، إضافة إلى تلك التي يشار إلى شمولها بالتغطية صراحة في الشروط الخاصة للوثيقة العائدة لكل مؤمن له.

8. تغطية الفحوصات الخارجية والأدوية وفق وصفة طبية

معاملة تتم عبر نظام إلكتروني معين من خلال بطاقة استفادة المؤمن له الشخصية، تتيح له الاستفادة من تغطية الفحوصات الخارجية و/أو من تغطية الأدوية وفق وصفة طبية حين تكون هذه التغطية مشمولة بالوثيقة. إن عدد المعاملات محدد لكل مؤمن له خلال الفترة التعاقدية شرط أن تتم كل معاملة بالاستناد إلى تقرير طبي نظامي (لا يعود تاريخه لأكثر من خمسة عشر يوماً قبل تاريخ المعاملة) محرر ومؤرخ وموقع ومختوم وفقاً لأصولاً من قبل طبيب المؤمن له المعالج صاحب الاختصاص المعني بمرض المؤمن له.

إن إتمام معاملة تغطية الفحوصات الخارجية / الأدوية وفق وصفة طبية وفقاً للشروط والإجراءات سابقة الذكر يشكل شرطاً أساسياً لاستفادة المؤمن له من تغطية الفحوصات الخارجية و/أو الأدوية وفق وصفة طبية.

**وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية
الصحية
ضمن إطار برنامج (عائلي)**

9. زيارة الطبيب

إجراء يسمح للمؤمن له بالاستفادة من تغطية زيارة الطبيب حين تكون هذه التغطية مطبقة. إن عدد الزيارات خلال الفترة التعاقدية محدد لكل مؤمن له، ويجب أن يغطي بالاستناد إلى تقرير طبي معبأ وموقع ومختوم أصولاً صادر عن طبيب المؤمن له المعالج. إن زيارة الطبيب وحسن تطبيق الشروط والإجراءات سابقة الذكر شرط أساسي للاستفادة من تغطية زيارة الطبيب.

10. المبلغ المقتطع | التحمل

نسبة مئوية من نفقة العلاج يتوجب على المتعاقد أو المؤمن له أن يسدها لمقدم الخدمة إذا ورد ذلك في الشروط الخاصة.

11. فئة الأخطار

هي عبارة عن نتيجة تصنيف المؤمن لهم في فئات أخطار مختلفة بحس معايير طبية موحدة ومحددة في نشرة تعريفات شركة التأمين.

12. التقرير الطبي لدخول المستشفى

نموذج خاص (متوفر لدى شركة إدارة النفقات والمشافي المعتمدة) يتوجب على الطبيب المعالج تحريره وعرضه على شركة إدارة النفقات مسبقاً قبل دخول المؤمن له إلى المشفى؛ إن التقرير الطبي لدخول المشفى المحدد أعلاه يشكل شرطاً إلزامياً لاستفادة المؤمن له من نطاق التغطية الاستشفائية المطبقة.

13. تاريخ الانتساب

في الساعة صفر من اليوم والشهر والسنة الواردة في الشروط الخاصة للوثيقة، التي فيها جرت الموافقة على انتساب المؤمن له للمرة الأولى لدى شركة التأمين ضمن إطار هذه الوثيقة.

14. تاريخ سريان التجديد:

في الساعة صفر من اليوم والشهر والسنة الواردة في الشروط الخاصة للوثيقة، التي تعتبر فيها شركة التأمين موافقة صراحة على تجديد هذه الوثيقة بدون انقطاع، تبعاً لتوقيع المتعاقد على مستندات الوثيقة وتسديده لقسط التأمين المستحق بتاريخه.

15. المراكز المعتمدة ضمن الشبكة الطبية:

المراكز الطبية التي توفر خدمات عناية صحية معينة (مثلاً: المشافي والمراكز الطبية والعيادات المتكاملة والصيديات والمخابر ومراكز العلاج الفيزيائي والأطباء) التي تمتد على مجمل الأراضي السورية والمعتمدة من قبل إدارة النفقات في شبكة مقدمي الخدمات الصحية لتقديم جزء أو كل الخدمات الطبية المتوفرة لديها.

كذلك إن قائمة المراكز المعتمدة متوفرة عند الطلب لدى شركة التأمين أو شركة إدارة النفقات للاطلاع عليها. إن هذه المراكز أو المشافي أو جزء من خدماتها أو أقسامها قابلة للتعديل خلال فترة الوثيقة التعاقدية (إضافة أو شطب) دون الحاجة لإبلاغ المتعاقد أو لأخذ موافقته.

16. الحالة أو العاهة الموجودة سابقاً

الحالة الموجودة سابقاً هي مرض أو إصابة موجودة طبيياً قبل تاريخ انتساب المؤمن له، سواء كان يعلم بها المؤمن له أم لا. على المتعاقد والمؤمن له الإفصاح والتصريح عن حالتهم الصحية وعن حالة الأشخاص المعالين من قبلهم وعن أية واقعة متعلقة بذلك بشكل كامل.

الأحكام والشروط العامة

المادة 1: الوثيقة:

أ- إن الطلب واستمارة الأسئلة الطبية للمتعاقد والمؤمن له في حال وجوده، والمقدمة والشروط الخاصة للوثيقة (بما فيها على سبيل المثال وليس الحصر، قائمة الإحصاءات المقبولة والحدود والاستثناءات الخاصة إن وجدت) والتعريفات والأحكام والشروط العامة وخطط العناية الصحية المطبقة مع ما تتضمنه من نطاق تغطيات العناية الصحية المقدمة بحدودها واستثناءاتها، بالإضافة إلى كافة الملحقات والتعديلات العائدة لأي من الوثائق المذكورة، تشكل جميعها الاتفاق الكامل بين فرقاء هذه الوثيقة (يشار إليها في ما يلي بالوثيقة).

ب- يمكن أن تعدل هذه الوثيقة في أي وقت كان، باتفاق شركة التأمين والمتعاقد ومن دون موافقة أو تدخل المؤمن له.

**وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية
الصحية
ضمن إطار برنامج (عائلي)**

- ج- إن أي تعديل أو إضافة إلى الوثيقة يكون باطلاً إلا إذا جرى خطياً ووقع وختم من قبل شركة التأمين. لا صلاحية لأي وسيط تأمين بأن يعدل هذه الوثيقة أو أن يعفي من تطبيق أي من أحكامها.
- د- في حال طبقت شركة التأمين استثناءات و/أو حدود خاصة، يعتبر المتعاقد أنه وافق عليها، باسمه وباسم ولحساب جميع الأجراء والأشخاص الذين هم على عاتقهم المعددين في طلب التأمين و/أو قائمة الإحصاء المقبولة، بمجرد استلامه لمستندات الوثيقة و/أو لبطاقات الاستفادة المتعلقة بها.

المادة 2: النطاق العام للتغطية:

تتعهد شركة التأمين، مقابل تسديد قسط التأمين من قبل المتعاقد، بتغطية جميع خدمات العناية الصحية المعتادة والمألوفة والمعقولة، والمصاريف المتعلقة بها التي تكبدها المؤمن له ضمن خطة عناية صحية مطبقة، خلال سريان هذه الوثيقة ووفقاً لأحكامها وشروطها وحدودها واستثناءاتها.

المادة 3: حدود التغطية العامة:

أ- الحدود المالية:

لا تطبق حدود مالية للمؤمن له الواحد، خلال الفترة التعاقدية للوثيقة ما لم يحدد خلاف ذلك في الشروط الخاصة بها.

ب- درجة الاستشفاء:

إن درجة الاستشفاء المطبقة للمؤمن له خلال الفترة التعاقدية تطابق درجة الاستشفاء التي يستفيد منها المؤمن له كما هي محددة في الشروط الخاصة للوثيقة، باستثناء ما هو وارد خلافاً لذلك في الخطة الاستشفائية.

ج- التغطية المزدوجة و/أو الإضافية:

في حالات التغطية المزدوجة و/أو الإضافية و/أو المتلازمة مع تقديمات أخرى، (مثلاً ضمان، برنامج مقدم من أرباب العمل، طوارئ عمل، برنامج صندوق تعاضد، غيره...) سوف تغطي شركة التأمين الفرق بين التغطية التي يستفيد منها ضمن إطار تغطية أخرى أو إضافية أو متلازمة، وسائر التغطيات الأخرى التي يستفيد منها ضمن هذه الوثيقة، بغض النظر عما إذا تمكن المؤمن له من الحصول على التغطية الأخرى أو المتلازمة أو الإضافية أم لا.

د- السن :

تقتصر تغطية التأمين على المؤمن لهم الذين تتراوح أعمارهم بين 14 يوماً و 70 سنة ضمناً (على أنه يعتبر السن الأقصى القابل للتأمين للدخول الأول فقط هو 60 سنة ومادون). يحسب السن بطرح سنة الولادة من السنة التي تصبح خلالها الوثيقة سارية.

هـ- الامتداد الجغرافي:

تشمل تغطية التأمين النفقات الطبية المتكبدة في سورية وفي بعض الحالات في العالم وفقاً للأحكام والشروط والحدود والاستثناءات المنصوص عنها في هذه الوثيقة.

المادة 4: تسديد المطالبات:

أ- التسديد المباشر:

1. كإجراء عادي معتمد، تقوم شركة التأمين بتسديد المطالبات مباشرة إلى المركز المعتمد في الشبكة الطبية المعتمدة في سورية، استناداً إلى موافقة مسبقة على التغطية المعرف عليها فيما يأتي ضمن الحدود المسموح بها في هذه الوثيقة وذلك عن طريق شركة إدارة النفقات ولا تسدد أية مطالبات للمؤمن له مباشرة باستثناء الحالات التي تكون فيها إجراءات إعادة المبالغ المسددة مطبقة.

يتم اتخاذ قرار التغطية من قبل شركة إدارة النفقات تبعاً للخدمات الإدارية والتقنية التي يقدمها وبناء على السلطات الممنوحة له وذلك باسم ولحساب شركة التأمين، يحدد فيه خدمة العناية الصحية المغطاة كما يمكن لهذا القرار أن يحدد شروط ومدى التغطية الموافق عليها.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

2. تطبيق إجراءات الموافقة على التغطية المنصوص عنها في ما يلي فقط عندما تكون خدمات العناية الصحية المطلوبة من مركز معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية، وذلك بعد اتباع المؤمن له للأصول الواردة فيما يلي المتعلقة بكل حالة من الحالات التالية:

أ- في حالات الاستشفاء غير الطارئ لدى مركز معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية سواء تتطلب حالته المكوث ليلة على الأقل في المشفى أم لا، كما هو محدد في الوثيقة، على المؤمن له الاستحصال على الموافقة على التغطية من شركة إدارة النفقات للاستفادة من الخدمات الصحية المغطاة وذلك بتقديمه نموذج التقرير الطبي لدخول المشفى معبأ وفقاً للأصول (Medical Report for Admission M.R.A).

ب- في حالات الاستشفاء الطارئ لدى مركز معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية للمكوث ليلة على الأقل فيه، كما هو محدد في الوثيقة، على المؤمن له طلب الموافقة على التغطية من شركة إدارة النفقات، فور دخوله المشفى، على أن لا يتأخر ذلك عن يوم العمل التالي للدخول إذا ما حصل في يوم عطلة.

ج- في الحالات التي يطلب فيها خدمة صحية لدى قسم الطوارئ في مشفى معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية، ولا تتطلب المكوث في المشفى لأية ليلة، يتلقى المؤمن له العلاج المتوجب له على أن يودع بطاقة استقائه لدى المشفى المذكور لحين صدور قرار شركة إدارة النفقات بشأن التغطية حيث يتوجب على المؤمن له تسديد بدل العلاج من جيبه الخاص في حال تبين أن الحالة غير مشمولة بالتغطية.

3. يحق لشركة إدارة النفقات، بعد تقييم كل حالة من الحالات وبحسب السلطات الممنوحة له من الشركة المؤمنة، أن يمنح أو يرفض الموافقة على التغطية استناداً إلى أحكام وشروط وحدود واستثناءات الوثيقة. ينقل هذا القرار إلى المؤمن له من خلال المكتب الإقليمي المعني، أو مندوب شركة إدارة النفقات أو مركز الخدمات الصحية.

ب- إعادة التسديد:

كإجراء استثنائي، يمكن أن تعاد إلى المؤمن له كلياً أو جزئياً المبالغ المسددة من قبله عن أتعب ونفقات ومصاريف خدمة عناية صحية مغطاة بموجب هذه الوثيقة، شرط التقيد بإجراءات إعادة المبالغ المسددة الخاصة المنصوص عنها في ما يلي:

1- يجب أن يوجه طلب خطي لإعادة المبالغ المسددة مباشرة إلى شركة التأمين، مرفقاً بجميع الوثائق المساندة المطلوبة (مثلاً: الفاتورة الأصلية المفصلة، الإيصالات الأصلية، التقرير الطبي عند الخروج، التقارير والوثائق الطبية ونتائج الفحوصات).

2- يمكن تطبيق إجراءات إعادة المبالغ المسددة في الحالات التالية حصرياً:

أ- عند سلوك المؤمن طريق المراجعة الموجه ضد قرار رفض الموافقة على التغطية لدى مركز معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية.

ب- في حالات العناية الاستشفائية الطارئة (كما هي محددة في نطاق تغطية الاستشفاء) في مشفى غير معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية.

ج- عندما يحصل المؤمن له على موافقة التغطية المسبقة من شركة إدارة النفقات بشأن خدمات عناية استشفائية في مركز غير معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية.

د- في حالة الضرورة الطبية عندما يكون العلاج الاستشفائي المطلوب غير متوفر في مشفى معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية شرط حصول المؤمن له على موافقة مسبقة من شركة إدارة النفقات لتغطية الخدمات الاستشفائية المقدمة في مشفى غير معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية.

3- في الحالات المشار إليها في الفقرتين (أ) و (ب) أعلاه، تتم إعادة تسديد الأتعب والنفقات الطبية المتكبدة على أساس التعريفات التفضيلية المطبقة عند تكبدها على شركة التأمين لدى مركز مواز مشارك في الشبكة الطبية المعتمدة في سورية. أما في الحالة المشار إليها في الفقرة (ج)، فيتم إعادة تسديد الأتعب والنفقات المتكبدة على أساس 80% من التعريفات التفضيلية كما هو وارد أعلاه. أما في الحالة المشار إليها في الفقرة (د)، فيتم إعادة تسديد الأتعب والنفقات الصحية المتكبدة في سورية، ليس على أساس الفاتورة المقدمة بل على أساس معدل الاستشفاء في أقسام العناية الفائقة التي وافقت عليها شركة إدارة النفقات. إن احتساب معدل المصاريف اليومية هذه سيتم على الشكل التالي:

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

يتم اعتماد المتوسط اليومي للأتعاب والمصاريف المتكبدة للاستشفاء العادي و/أو في العناية الفائقة لدى مركز مواز مشارك في الشبكة الطبية المعتمدة في سورية، إذا كان العلاج قد تم في سورية، بالنسبة لجميع أنواع العمليات الجراحية (في حال كانت الفاتورة موضوع المطالبة، تتعلق بعمل جراحي) أو بالنسبة لجميع أنواع الإجراءات الطبية (في حال كانت الفاتورة موضوع المطالبة، تتعلق بإجراء طبي). ويرتكز هذا المتوسط على درجة الاستشفاء التي يستفيد منها المؤمن له والتعرفة التفضيلية والإحصاءات المتعلقة بها المتوفرة لدى شركة إدارة النفقات للسنة التي جرى خلالها الاستشفاء.

- 4- في جميع الحالات السابقة، الواردة في الفقرة ب(3)، لا يجوز أن يتخطى المجموع الموافق عليه مبلغ الفاتورة الإجمالي موضوع المطالبة.
- 5- في جميع الحالات المشار إليها في الفقرتين ب(2) و ب(3) أعلاه، تتم إعادة المبالغ المسددة بشرط أن يكون المؤمن له قد قدم مطالبة لدى شركة التأمين خلال: 30 يوماً من تاريخ الخروج إذا قدمت خدمات العناية الصحية في سورية، أو 60 يوماً من تاريخ الخروج من المشفى في حال قدمت الخدمات في الخارج.
- 6- في جميع الحالات الطارئة، يمكن أن يتم إعادة التسديد بشرط إضافي هو إعلام شركة التأمين أو شركة إدارة النفقات بالاستشفاء خلال 24 ساعة من تاريخ الدخول.
- 7- في جميع الحالات غير الطارئة، عندما تطلب خدمة صحية في مركز غير معتمد ضمن الشبكة الطبية المعتمدة في سورية، يتم إعادة التسديد شرط أن يكون المؤمن له قد استحصل مسبقاً من شركة إدارة النفقات على موافقة تغطية خاصة.

المادة 5: رفع السرية الطبية:

- أ- تتمتع شركة التأمين بحق وإمكانية معاينة المؤمن له والاستقصاء حول ماضي وواقع الوضع الصحي للمؤمن له وتطوره والتحقق عن ظروف جميع المطالبات من دون استثناء (مثلاً: الاطلاع على الملفات الإدارية والطبية)، متى وبقدر ما يكون ذلك ضرورياً، ضمن المعقول، وذلك قبل أو خلال أو بعد تقديم أية خدمة عناية صحية. ولهذا الغرض وافق المتعاقد والمؤمن له بالتنازل عن حقهم بالسرية الطبية لصالح شركة التأمين وشركة إدارة النفقات ومندوبي شركة إدارة النفقات. وبموجبه يعطي المتعاقد والمؤمن له الأشخاص المذكورين أعلاه، مطلق الصلاحية للاطلاع على كافة المعلومات الطبية والإدارية المتوفرة عن المؤمن له لدى أي مركز طبي (مشفى، طبيب، مختبر) أو شركة تأمين أو هيئة تأمينية أخرى أو غيره واستلام نسخة عنها واستعمالها عندما تدعو الحاجة. كما يفوض المتعاقد والمؤمن له بموجب شركة إدارة النفقات ومندوبي شركة إدارة النفقات بإعطاء طبيبيهم المعالج، ضمن إمكانياتهم ودون أن يشكل ذلك أي التزام من قبلهم، المعلومات المتوفرة لديهم حول حالتهم الصحية.
- ب- يمكن أن تطلب شركة إدارة النفقات من المؤمن له عند دخول أي مركز من مراكز مقدمي الخدمات الصحية أن يوقع على نص تنازل عن السرية الطبية المتوافق مع الفقرة أعلاه. على المؤمن له حينها أن يوقع على هذا المستند كشرط للاستفادة من تغطية التأمين.

المادة 6: الأقساط:

- أ- إن الأقساط هي سنوية يسدها المتعاقد وفقاً للأحكام والشروط المنصوص عنها في الشروط الخاصة لهذه الوثيقة، وتتضمن النفقات والضرائب والرسوم.
- ب- تضبط الأقساط صعوداً أو نزولاً وفقاً لإضافة أو شطب المؤمن لهم خلال الفترة التعاقدية، وتحسب عن كل مؤمن له بنسبة الفترة المتبقية من صلاحية الوثيقة لمجمل القسط السنوي، باستثناء الأتعاب الإدارية التي هي غير قابلة لإعادة التسديد.
- ج- تدخل الأتعاب الإدارية ضمن القسط السنوي الإجمالي، وتسدد مرة واحدة بكاملها وبشكل مسبق من قبل المتعاقد عن كل مؤمن له بمفرده. و تحسب على أساس مبلغ أو نسبة معينة عن كل برنامج عناية صحية مطبق منصوص عنه في جدول الأقساط.
- د- شرط سداد قسط التأمين

يلتزم المؤمن له بسداد قيمة قسط التأمين عند استلام الوثيقة الأصلية.

يثبت قيام المؤمن له بالتزامه حصراً عن طريق سند قبض موقع ومختوم بخاتم الشركة أصولاً.

لا تعتبر هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم تقترن بسند القبض المذكور في الفقرة الثانية و تعتبر ملغاة من تلقاء نفسها دون الحاجة إلى إنذار.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

لا تعتبر شركة التأمين مسؤولة عن تعويض أي ضرر استناداً إلى أي وثيقة لم تكتمل شروط سداد قسط التأمين عنها وفقاً للآلية المذكورة المادة.
هـ- إن تسديد القسط بكامله أو جزئياً (الدفعة الأولى من القسط) عند تقديم الطلب الأول أو عند أي طلب تجديد لاحق لا يلزم شركة التأمين ولا يشكل موافقة على الطلب المقدم. لا تتحقق موافقة شركة التأمين إلا بإصدار الوثيقة رسمياً وموقعة ومختومة بحسب الأصول أو بإصدار إفادة التجديد.

المادة 7: الفترة التعاقدية والتجديد:

- أ- إن فترة هذه الوثيقة التعاقدية محددة في الشروط الخاصة للوثيقة، تبدأ من تاريخ السريان وحتى تاريخ انتهائها. وبنهاية الفترة التعاقدية، لا يطلب أي إشعار بالفسخ ولا تعطى أية فترة سماح.
- ب- إن طرفي هذه الوثيقة ليسا ملزمين بتجديدها، لكن يمكنهما الاتفاق على عقد وثيقة جديدة، إما بذات الشروط أو بأحكام وبشروط مختلفة، بعد أن تكون شركة التأمين قد درست طلب التجديد وقائمة الإحصاء المقدمين من المتعاقد. إن شركة التأمين ليست ملزمة بتبرير قرارها برفض طلب التجديد أو بتعديل أحكام وشروط الوثيقة.
- ج- إذا رفضت شركة التأمين طلب التجديد، يعاد كامل مبلغ الدفعة الأولى من القسط إلى طالب التجديد.
- د- تدخل الوثيقة المجددة حيز التنفيذ لفترة تعاقدية جديدة ابتداءً من التاريخ المحدد في الشروط الخاصة الجديدة للوثيقة المرفقة بطلب التجديد، ووفقاً للأحكام والشروط والحدود والاستثناءات المحددة فيها أو في وثائق الوثيقة الجديدة التي قد تصدر (مثلاً: الشروط الخاصة للوثيقة، نطاق التغطيات، قائمة الإحصاء المقبولة، جدول الأقساط والأتعاب الإدارية).

المادة 8 : فسخ الوثيقة من قبل المتعاقد:

- أ- يمكن فسخ هذه الوثيقة من قبل المتعاقد لدى استلام شركة التأمين إشعاراً خطياً مرفقاً ببطاقة (أو بطاقات) الاستفادة.
- ب- للمتعاقد وحده الحق استعادة القسط الصافي فقط محسوباً على أساس "الفترة المتبقية" ويستثنى من حساب القسط الواجب اعادته، القسط المتعلق بالخطأ التي يكون المؤمن له قد استفاد من تغطيتها والرسوم الإدارية الخاصة بشركة إدارة النفقات الطبية.

المادة 9 : فسخ الوثيقة من قبل شركة التأمين:

- أ - يمكن فسخ هذه الوثيقة من قبل شركة التأمين عن طريق ارسال اشعاراً خطياً مدته - 30 يوماً من تاريخ ارساله.
- ب - يحق لشركة التأمين فسخ وثيقة التأمين دون ارسال اشعار خطي بذلك وبشكل فوري في الحالات التالية:

- عدم سداد قسط التأمين
- التصريح الخاطئ والتكتم

المادة 10 : معلومات تأمينية

أ- على المتعاقد والمؤمن له تزويد شركة التأمين و/أو شركة إدارة النفقات بكافة المعلومات والتفاصيل التي تطلبها شركة التأمين أو شركة إدارة النفقات بهدف إدارة هذه الوثيقة. ولهذا الغرض، على المتعاقد أن يسمح لشركة التأمين أو شركة إدارة النفقات بالاطلاع على دفاتره وسجلاته التي يمكن أن تشكل مصدراً معقولاً لمعلومات تتعلق بالوثيقة يمكن أن تهم شركة التأمين.

ب- خلال سريان هذه الوثيقة، على المتعاقد أن يعلم شركة التأمين بأي تغيير قد يطرأ في مهنة المؤمن له أو عمله، عندما تحمل هذه خطراً أكبر من المصرح عنها في بداية تأمين المؤمن له. يجب أن يحصل هذا الإعلام خلال 15 (خمس عشرة) يوماً من تاريخ حصول التغيير. لشركة التأمين الحق بإنهاء تغطية التأمين لهؤلاء المؤمن لهم المعنيين أو أن تضع نسبة أقساط جديدة. وإذا لم يحصل ذلك، فإن جميع المطالبات الناتجة عن المهنة الجديدة لا تغطي بموجبه.

المادة 11: التصريح الخاطئ والتكتم:

- أ- إن أي تصريح كاذب أو تكتم يحصل من قبل المتعاقد يبطل هذه الوثيقة منذ تاريخ سريانها، دون الحاجة إلى إشعار خطي ودون استعادة أي قسط.
- ب- إن أي تصريح كاذب أو تكتم يحصل من قبل المؤمن له يبطل تغطيته ضمن هذه الوثيقة منذ تاريخ سريانها، دون الحاجة إلى إشعار خطي ودون استعادة أي قسط.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

ج- مع الاحتفاظ بحق شركة التأمين بفسخ الوثيقة أو بإبطالها لاعتبارها باطلة استناداً لأي أساس قانوني، يحق لشركة التأمين أن ترفض أية تغطية واردة في الوثيقة في حال التصريح الخاطئ أو النكتم عن حالة صحية معينة من قبل أحد المؤمن لهم، إلى أن يتم تعديل الوثيقة لاستثناء الحالات الصحية و/أو أجهزة الجسم الوظيفية موضوع النكتم أو التصريح الخاطئ، وبالتالي تشكل وتعتبر كاستثناء خاص للوثيقة.

المادة 12: إضافة مؤمن لهم جدد:

- أ- إن الأجراء الذين وظفوا حديثاً أو الأعضاء المنتسبين حديثاً والأشخاص التابعين لهم حديثاً (مثلاً: الزوجة الجديدة أو المولود الجديد للمؤمن له) الذين ينطبق عليهم التعريف الوارد في بند التعريفات، هم مؤهلون للإضافة إلى هذه الوثيقة خلال الوقت الذي تكون فيه سارية المفعول.
- ب- يجري النظر في إضافة مؤمن لهم جدد تبعاً لاستلام شركة التأمين لطلب خطي يكون قد ملاءم المتعاقد لهذا الغرض مرفقاً بالقسط أو جزء القسط المناسب، وذلك خلال 30 (ثلاثين) يوماً من تاريخ توفر شروط الإضافة، على أن تتوفر في الأشخاص المطلوب إضافتهم أيضاً شروط القابلية للتأمين. تصبح الإضافة سارية ابتداءً من تاريخ صدور موافقة شركة التأمين الرسمية والخطية على طلب التعاقد.
- ج- إن المولود الجديد القابل للتأمين طبياً، وفقاً لرأي شركة التأمين، وإرادة منفردة، سوف يضاف إلى الوثيقة، دون مقابل، عند بلوغه الـ 14 يوماً من العمر وللفترة التعاقدية الباقية من تغطية والدته وسوف يستفيد من الشروط والأحكام ذاتها، بما في ذلك الخطط التي تستفيد منها والدته.

المادة 13: شطب المؤمن لهم:

- أ- إن المؤمن له المتوفى، أو المؤمن له المتزوج حديثاً أو أي مؤمن له آخر لم يعد يستوفي شروط الأشخاص التابعين أو الأجير، يجب أن يشطب من هذه الوثيقة. على المتعاقد أن يعلم شركة التأمين خطياً و فوراً لدى تحقق أي من هذه الحالات المذكورة وأن يسلم هذه الأخيرة إشعاراً مرفقاً ببطاقة أو بطاقات الاستعادة.
- ب- إذا لم تسدد أية مطالبات، أو لم يكن متوجباً تسديد أية مطالبات من قبل شركة التأمين بموجب الوثيقة لصالح المؤمن له الذي جرى شطبه، يحق للمتعاقد استعادة القسط محتسب على أساس القسط الصافي بنسبة الفترة المتبقية من صلاحية الوثيقة.
- إلا أنه، إذا كان الشطب يتعلق بمؤمن له متوفى كان يستفيد من تسديد القسط على دفعات كما هو مبين في الشروط الخاصة للوثيقة، يحق للمتعاقد استعادة قسط التأمين عندما يكون ذلك مطبقاً، كما هو محدد أعلاه، ولو كان قد جرى تسديد مطالبات خلال الفترة التعاقدية، شرط أن يتقدم المتعاقد بشهادة وفاة رسمية خلال فترة شهرين من تاريخ وفاة المؤمن له.

المادة 14: واجبات إعادة التسديد من قبل المتعاقد:

- يتوجب على المتعاقد أن يعيد لشركة التأمين مجموع قيمة المطالبات التي تكون قد سددتها هذه الأخيرة وذلك في الحالات التالية:
- أ- عند تسديد أي مبلغ غير متوجب (مثلاً: التحمل).
- ب- إذا سددت شركة التأمين مبلغ يفوق حدود التغطية المنصوص عنها في الوثيقة.
- ج- الاستعمال المفرط أو سوء استعمال التغطيات المنصوص عنها في هذه الوثيقة.
- د- الاستعمال المفرط أو سوء استعمال لبطاقات الاستعادة أو أي مستند آخر مسلم مع الوثيقة.

المادة 15: فقدان بطاقة الاستعادة:

إذا فقدت بطاقة الاستعادة، على المؤمن له إعلام شركة التأمين خطياً في الحال، وإلا يتحمل المتعاقد جميع المبالغ التي تتفق نتيجة استعمال البطاقة المفقودة التي لم يعلن عنها.

المادة 16: عدم التنازل عن الحقوق:

مع مراعاة حقوق شركة التأمين الناتجة عن تطبيق القانون العام أو أي من أحكام هذه الوثيقة (بشكل خاص أحكام المادتين 1 (ب) و14، إن أية تغطية قد تمنحها شركة التأمين إلى المؤمن له في بعض الحالات فيما يتجاوز أو يخالف ما نصت عليه هذه الوثيقة بالتحديد إن لجهة شروط أو مدى التغطية والحدود والاستثناءات والأصول الإدارية المطبقة عليها، لا يمكن أن تفسر على أنها تنازل ضمني من قبل شركة التأمين عن حقوقها ولا يمكن أن تشكل حقوقاً محفوظة للمتعاقد أو المؤمن له.

المادة 17: الاحلال | الاستبدال:

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

تحل شركة التأمين محل المؤمن له في جميع الحقوق والمطالبات والملاحقات التي قد تكون لهذا الأخير ضد أي طرف ثالث مسؤول عن أي موجب أو مصاريف تحصل لأي سبب كان ضمن حدود التغطيات التي تكون شركة التأمين قد تكبدتها. في هذه الحالة يتعهد المتعاقد والمؤمن له بالامتثال عن توقيع أي إبراء دون موافقة مسبقة خطية من شركة التأمين ويأخذ المؤمن له على عاتقه مسؤولية الدفع والاهتمام المتوقعين، كما لو كانا بذاتهما مستدعيان. وإذا خالفا هذا التعهد، يكونان مسؤولين بأن يعيدا إلى شركة التأمين كافة المبالغ التي كان بالإمكان استيفائها من الطرف الثالث والتي تكون شركة التأمين قد تحملتها.

المادة 18: الإشعارات:

ترسل جميع الإشعارات والتبليغات بواسطة البريد للمؤمن له أو برقياً أو بواسطة البريد السريع. وهي تعتبر صحيحة وقانونية إذا أرسلت على عناوين أطراف هذه الوثيقة المذكورة في المقدمة وفي طلب المتعاقد. إن أي تغيير في العنوان يبقى غير نافذ إلا إذا أبلغ خطياً إلى الطرف الآخر.

المادة 19: العناوين:

إن جميع العناوين المذكورة في هذه الوثيقة قد وضعت تسهياً للمراجعة فقط، وليس لتعريف أو تحديد أو وصف نطاق مندرجات هذا العقد أو الهدف منها.

المادة 20: المراجعات القانونية:

من المفهوم والمتفق عليه بأن هذا التأمين خاضع لقوانين الجمهورية العربية السورية وأن محاكم دمشق هي وحدها صاحبة الاختصاص بالفصل في أي خلاف أو ادعاء أو دعوى أو مطالبة تثار استناداً لهذه الوثيقة.

الخطة الاستشفائية الفردية

نطاق تغطية العناية الصحية الاستشفائية

تغطي شركة التأمين حصراً حالات العناية الصحية الاستشفائية التالية :

1. علاج (طبي أو جراحي أو بالمنظار) للحالات الصحية المغطاة شرط أن لا يكون بالإمكان علاجها على أساس عناية صحية خارجية، كما هو محدد في ما يلي، وأن يتطلب هذا العلاج إقامة غير منقطعة في المشفى تبدأ ضمن الفترة التعاقدية لهذه الوثيقة.
2. كافة إجراءات التشخيص بالتنظير وكافة الإجراءات الجراحية (العادية أو بالمنظار) وكافة العلاجات التي تعود لحالات طبية مغطاة، التي لا تتطلب إقامة في المشفى ولو لليلة واحدة. تغطي هذه الحالات في "قسم علاج اليوم الواحد" في الدرجة المعتمدة مع المشفى، أي كانت درجة الاستشفاء المنتسب إليها المؤمن له؛ مثل التنظير الهضمي على سبيل المثال وليس الحصر، المعالجة الكيماوية Chemotherapy ، المعالجة بالأشعة Radiotherapy واستئصال غدة ليمفاوية ...Excision of Lymph node
3. العلاجات الطارئة المحددة كما يلي: العلاج (طبي أو جراحي) الذي لا يمكن أن يؤجل والمقدم في غرفة الطوارئ في المشفى، والناجم عن حادث أو ظرف مرضي مفاجئ بسبب قلقاً مهنياً مشروعاً لإمكانية وجود مشكلة طبية جديّة، على أن يكون مشمول بتغطية هذه الوثيقة.
4. الفحوصات التي تسبق الجراحة، والمقتصرة تحديداً على ما يلي: الفحوصات الطبية الأساسية التي تجرى في المشفى قبل إجراء العمل الجراحي والتي تشكل شرطاً مسبقاً لحسن أداء التخدير.
5. العلاج الفيزيائي المتعلق بعمل استشفائي مغطى سواء أجزى العلاج الفيزيائي داخل المشفى أو خارجه، خلال فترة سريان الوثيقة.
6. العلاج الطبي الذي يحتاج لخدمة استشفائية أو خدمة مماثلة يمكن البدء بتقديمه ضمن مركز استشفائي، ومن ثم إكماله لفترة محددة في منزل المؤمن له على ألا يشمل فترة النقاهة، من قبل هيئة متخصصة لتأدية الخدمة الاستشفائية في المنزل وذلك بناء على قرار وموافقة الطبيب المعالج وبعد الحصول على موافقة مسبقة من قبل شركة إدارة النفقات، دون أن يُعرض ذلك صحة المريض للخطر.
7. في حال وفاة المؤمن له بعد دخوله إلى المشفى وخلال استشفائه عن حالة عناية صحية مغطاة ضمن هذه الوثيقة، تسدد شركة التأمين مبلغاً حده الأقصى 1,000,000 ليرة سورية كمصاريف دفن وبرد.

حدود تغطية العناية الصحية الاستشفائية

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

1. درجة الاستشفاء:

يكون المؤمن له مغطى في سورية في درجة الاستشفاء المحددة في الشروط الخاصة لهذه الوثيقة باستثناء الإجراءات الاستشفائية التي لا تتطلب إقامة في المشفى، الواردة في الفقرتين 2 و3 من نطاق تغطية العناية الصحية الاستشفائية و التي تقدم للمؤمن له في أقسام المشفى الخارجية.

1. الولادة :

أ. عندما تكون الولادة مغطاة بموجب هذه الوثيقة، تأخذ شركة التأمين على عاتقها تكاليف التخدير القطني للأم أثناء الولادة إضافة إلى منامة الطفل في سرير (Nursery) و/أو الحاضنة (Incubator) منذ ولادته ولفترة أقصاها 6 أيام بصرف النظر عن مدة إقامة الوالدة شريطة ان لا تكون هذه المدة منقطعة، بالإضافة إلى اختبار غوثري وكلفة استشارة واحدة لطبيب الأطفال المعالج. يطبق ما ورد أعلاه على الإقامة المغطاة في حالتي الولادة الطبيعية أو القيصرية.

ب. إن هذه الإضافات لا تشكل أي حق مكتسب للمولود الحديث في أي تغطية أو ميزة أخرى أياً كان نوعها.

ت. في جميع الأحوال، تأخذ شركة التأمين على عاتقها نفقات ومصاريف عملية الختان للمولود الجديد الذكر إذا أجريت خلال فترة الإقامة في المشفى للولادة.

2. تكون مشمولة بالتغطية عملية استئصال الزائدة الدودية Appendectomy بالجراحة التقليدية فقط.

3. في جميع الأحوال، بالنسبة للمؤمن له الذي يكون قد دخل المشفى خلال فترة سريان الوثيقة وانتهت مدة وثيقته لأي سبب كان في حين ما يزال في المشفى، يحق له الاستفادة على أساس الوثيقة الأخيرة لمدة أقصاها ثلاثين يوم استشفاء غير منقطع تلي تاريخ انتهاء الوثيقة بغض النظر إذا تم تجديد الوثيقة خلال وجوده في المشفى أم لا.

استثناءات تغطية العناية الصحية الاستشفائية

لا تغطي شركة التأمين الحالات التالية والاختلاطات والنتائج المرتبطة بها:

1. كل الحالات و/أو الحدود و/أو الاستثناءات الواردة في الشروط الخاصة لهذه الوثيقة أو في تعديلاتها بالنسبة لأي من المؤمن لهم.
2. جميع خدمات العناية الصحية الخارجية (مثلاً: فحوص التشخيص، والفحوص الروتينية والعلاجات، كالخدمات التي يقدمها الطبيب في مكتبه أو عيادته أو مركز طبي أو في أقسام المشفى الخارجية) ولكنها لا تستوجب إلزاماً إقامة في المشفى حتى لو كان لها حاجة طبية وحتى ولو كانت هذه الخدمات مشمولة بتغطية خطة العناية الصحية الخارجية.
3. أية حالة استشفاء ليست ملزمة طبياً لصحة المؤمن له (مثلاً: جراحة تصحيح البصر - التبرع بعضو).
4. أي علاج أو إجراء طبي لا يزال اختياريًا.
5. الأمراض المعترف بها من قبل منظمة الصحة العالمية بوصفها وباء أو جائحة.
6. المطالبات المتعلقة بحالات مرضية موجودة سابقاً. الحالة الموجودة سابقاً هي حالة صحية أو عاهة موجودة طبياً قبل تاريخ انتساب المؤمن له، سواء كان هذا الأخير عالماً أو غير عالم بها.

أ. يلغى هذا الاستثناء بعد مرور اثني عشر شهراً على تاريخ انتساب المؤمن له، باستثناء الحالات التي ترد في الشروط الخاصة للوثيقة.

ب. لا يكون للإلغاء الحكمي لاستثناء الحالات الموجودة سابقاً أي تأثير على الاستثناءات الأخرى المنصوص عنها في الوثيقة والتي تبقى سارية المفعول.

ج. في جميع الحالات، يبقى على المتعاقد وعلى المؤمن له واجب الإفصاح والتصريح الكاملين عن حالتهما الصحية وعن حالة الأشخاص التابعين الصحية وعن أية واقعة متعلقة بذلك. وبالتالي إن أي تصريح خاطئ أو أي تكتم يحصل من قبل المتعاقد و/أو المؤمن له يجري اكتشافه في أي وقت من الأوقات، يبطل هذه الوثيقة منذ تاريخ سريانها دون الحاجة إلى أي إشعار خطي، وذلك عملاً بأحكام المادة 11 من الوثيقة، حتى ولو كان المتعاقد و/أو المؤمن له قد استفاد من إلغاء استثناء الحالة الموجودة سابقاً أو من ميزة ضمانة التجديد.

7. أية عملية جراحية أو علاج يتعلق بجهاز القلب والشرابين. يرفع هذا الاستثناء بعد مرور ثلاثة أشهر من تاريخ انتساب المؤمن له، إلا إذا كان يقع ضمن إطار الحالة الموجودة سابقاً، وفي هذه الحالة يطبق الاستثناء رقم 5 إلا إذا ورد نص خلاف ذلك في الشروط الخاصة للوثيقة.

8. حالات اضطرابات النوم والفحوصات المتعلقة بها كالـ Polysomnography وعلاجاتها الطبية والجراحية.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية
الصحية
ضمن إطار برنامج (عائلي)

9. الحالات الخلقية والمضاعفات الناتجة عنها. وتحدد الحالات الخلقية كما يلي: الأمراض والعيوب والتكوين الخلقي والعيوب الموجودة عند الولادة، سواء بشكل واضح أو بشكل محتمل قد يظهر لاحقاً. إلا أن الحالات الخلقية المعدة حصراً في الجدول المبين أدناه تكون مشمولة بالتغطية شرط توفر الشروط التالية:

- أ. أن تكون ولادة المؤمن له قد جرت تغطيتها ضمن نظام ادارة النفقات.
ب. أن تكون وثيقة المؤمن له سارية المفعول ومجددة دون انقطاع ضمن نظام ادارة النفقات منذ بلوغه اليوم الرابع عشر من العمر.

جدول الحالات الخلقية المشمولة بالتغطية عند توفر الشروط المحددة أعلاه		
Tongue Tie	لجام اللسان	1
Thyrioglossal cyst	كيس درقي لساني	2
Bronchogenic Cysts	كيس قصبي المنشأ	3
Cystic adenomatoid malformation	تشوه كيسي غدmani	4
Esophageal Atresia	رتق (انسداد) المريء	5
Gastrooesophagial reflux	القلس المعدي المريئي	6
Diaphragmatic Hernia	الفتق الحجابي	7
Pyloric stenosis	ضيق بوابة الاثني عشر	8
Duodenal Atresia	رتق (انسداد) الاثني عشر	9
Intestinal Atresia	رتق (انسداد) الامعاء	10
Biliary Atresia	رتق (انسداد) المجاري المرارية	11
Congenital (Hirschprung) Megacolon	ضخامة القولون الولادي	12
Imperforate anus	عدم انتقاب الشرج	13
Omphalocele	فتق سري ولادي	14
Laparoschisis	انشقاق بطني	15
Bladder Extrophy and Extrophy of Lower abdomen	انقلاب المثانة الخارجي	16
Hernia	الفتق	17
Urinary reflux	القلس البولي	18
U-P junction	تضيق الوصل الحويضي الحالب	19
Megaureter	تضخم الحالب	20
Posterior urethral valves	الصمام الخلفي للاحليل	21
Hydronephrosis	موه (استسقاء) الكلية	22
Hypospadias	(احليل) تحتي	23
Epispadias	(احليل) فوق	24
Undescendent testis	الخصية الهاجرة	25

بالإضافة لما سبق، تغطي شركة التأمين العلاج الطبي داخل المشفى من يرقان حديثي الولادة الغيزيولوجي العابر (الصغيرة) للمولودين حديثاً ضمن نظام شركة ادارة النفقات المؤهلين للضمان منذ ولادتهم وبصرف النظر عن إقامة الوالدة.
لا تشكل هذه الاضافة أي حقوق مكتسبة للمولود الجديد ضمن أي تغطية أخرى أو تقديمات أياً كان نوعها.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

10. حالات الفتوق بكل أنواعها بما يشمل فتق النواة اللبية (الديسك) خلال الأشهر الاثني عشر الأولى لانتساب كل مؤمن له. يلغى هذا الاستثناء إذا جددت الوثيقة لتغطي المؤمن لهم أنفسهم بالأحكام والشروط نفسها.
11. حالات الغسيل البريتواني وغسل الكلى وعملية الوصل الشرياني الوريدي arterio venostomy المتعلق به. إلا أنه، وخلافاً لهذا الاستثناء، تكون جلسات غسل الكلى للقصور الكلوي الحاد التي تجرى أثناء فترة الاستشفاء الأولى وحتى الخروج من المشفى مشمولة بالتغطية بشكل حصري.
12. حالات الأمراض العقلية والنفسية، والانهيارات العصبية، والاختبارات والتقييمات السيكلوجية.
13. فترات الاستراحة، والإقامة في المصحات والعناية بالخلوة وفترات الحجر الصحي وأنظمة التغذية الخاصة والإجراءات والأعمال الجراحية المتعلقة بضبط الوزن والتكاليف المتعلقة بالنفاضة حتى في الحالات التي يكون فيها الاستشفاء الأول مغطى بموجب الوثيقة.
14. أية مطالبة نتيجة الانتحار أو إلحاق الأذى بالذات أو التسبب عمداً بإصابة للذات أو أية محاولة من هذا القبيل إن كان المؤمن له سليم العقل أو مصاب بأي اختلال نتيجة مرض أو اضطراب نفسي أو فكري.
15. أية مطالبة نتيجة شرب الكحول و/أو المخدرات و/أو المركبات المماثلة لها والإدمان أو أي استعمال مفرط في الأدوية من دون مراقبة طبية، وكل ما ينتج عنها من مفاعيل.
16. أية مطالبة نتيجة لاشتراك المؤمن له الفعلي (Active participation or involvement) في أي من الأحداث التالية: الحروب والأعمال المشابهة، أعمال الشغب والجرائم والجنگ وكذلك أية مطالبة ناتجة عن مشاركة المؤمن له في أعمال غير قانونية خلال إقامته في السجن.
17. أية مطالبة نتيجة مشاركة المؤمن له (إن على سبيل الهواية أو على سبيل الاحتراف) في ألعاب رياضة خطيرة، (مثلاً: سباق السيارات أو الدراجات النارية، الغطس العميق Scuba-diving، الغطس باستعمال الأنابيب Snorkeling، القفز بحبل البنجي، القفز المظلي، الطيران الشراعي، الطائرة ذات الشكل دلتا، وجميع ألعاب الفنون القتالية...).
18. أي مطالبة نتيجة تعرض المؤمن له للإشعاعات المؤذية والتلوث الكيميائي أو النووي (الكوارث).
19. كل العلاجات الطبية أو الجراحية للأسنان واللثة بما في ذلك الخراجات والوجبات وخلل المفصل الفكي السفلي Disorders of the Temporomandibular joints؛ إلا أنه وخلافاً لهذا الاستثناء، تكون مشمولة بالتغطية علاجات الأسنان واللثة التي تتوفر فيها الشروط التالية مجتمعة:
 - أ. أن يكون علاج الأسنان واللثة ضرورياً نتيجة حادث يتعرض له المؤمن له خلال فترة سريان هذه الوثيقة.
 - ب. أن يكون هذا الحادث مشمولاً أساساً بالتغطية.
 - ج. أن يتم تقديم علاج الأسنان واللثة مباشرة بعد وقوع الحادث أو خلال مهلة ستة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث. وبالتالي لا تغطي شركة التأمين أي علاج بعد انقضاء ستة أشهر على تاريخ الحادث.
 - د. أن يقترن العلاج بموافقة خطية مسبقة من شركة إدارة النفقات.
 - هـ. أن تكون الوثيقة بتاريخ إجراء عملية الترميم لا تزال سارية المفعول أو مجددة بدون انقطاع.
20. أية جراحة تجميلية و/أو بلاستيكية. إلا أنه وخلافاً لهذا الاستثناء، يكون ما يلي مشمولاً بالتغطية:
 - أ. الجراحة التجميلية و/أو البلاستيكية التي تكون ضرورية نتيجة حادث يتعرض له المؤمن له خلال فترة سريان هذه الوثيقة، على أن تتوفر فيها الشروط التالية مجتمعة:
 - i. أن يكون الحادث مشمولاً أساساً بالتغطية
 - ii. أن يتم إجراء الجراحة مباشرة بعد وقوع الحادث أو خلال مهلة تسعة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث؛ وبالتالي لا تغطي شركة التأمين أي جراحة بعد انقضاء تسعة أشهر على تاريخ الحادث.
 - iii. أن يقترن العلاج بموافقة خطية مسبقة من شركة إدارة النفقات.
 - iv. أن تكون الوثيقة بتاريخ إجراء عملية الترميم لا تزال سارية المفعول أو مجددة بدون انقطاع.
 - ب. عملية ترميم الثدي اللاحقة لعملية استئصاله كلياً أو جزئياً نتيجة ورم خبيث حيث لا تكون البدائل مشمولة بالتغطية، على أن تتوفر فيها الشروط التالية مجتمعة:

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية
الصحية
ضمن إطار برنامج (عائلي)

- i. أن تكون عملية الاستئصال أساساً مشمولة بالتغطية،
- ii. أن يتم إجراء عملية الترميم ضمن مهلة 6 أشهر كحد أقصى من تاريخ عملية الاستئصال؛ وبالتالي لا تغطي شركة التأمين أي جراحة بعد انقضاء ستة أشهر على تاريخ الاستئصال،
- iii. أن تكون الوثيقة بتاريخ إجراء عملية الترميم لا تزال سارية المفعول أو مجددة بدون انقطاع،
- iv. أن يقترن العلاج بموافقة خطية مسبقة من شركة إدارة النفقات.
21. أية عملية جراحية متعلقة بالأنف (كالعمليات المتعلقة بانحراف الوتره وضخامة القرينات على سبيل المثال وليس الحصر). إلا أنه، خلافاً لهذا الاستثناء، تكون مشمولة بالتغطية جراحة الأنف التي تكون ضرورية نتيجة حادث مشمول أساساً بالتغطية ويقع خلال فترة سريان الوثيقة، على أن تقترن جراحة الأنف في هذه الحالة بموافقة خطية مسبقة من شركة إدارة النفقات. إلا أنه، بعد مرور سنتين على تجديد غير منقطع للوثيقة للمؤمن لهم ذاتهم بالأحكام والشروط نفسها، يرفع هذا الاستثناء حصراً بالنسبة لعمليات الأنف المتوجبة نتيجة حاجة طبية وتبقى موافقة شركة إدارة النفقات المسبقة ضرورية في كل الأحوال.
22. جراحة وكلفة أي نوع من أنواع عمليات زرع ونقل الأعضاء بما في ذلك النخاع العظمي، سواء كان من المريض نفسه أو من شخص آخر، باستثناء العملية الجراحية المتعلقة بزرع قرنية العين بحيث تغطي كلفة الجراحة بدون كلفة القرنية إلا إذا كانت الحالة تتعلق بقرنية مخروطية.
23. كلفة جميع أنواع البدائل الاصطناعية والأطراف Prosthesis and Orthesis التي توضع للحلول مكان عضو أو نسيج أو خلية أو أية وظيفة ما من الجسم البشري بما في ذلك البدائل والأطراف والأنسجة القابلة للتحليل الذاتي resorbable باستثناء:
- i. الصمامات المتعلقة بجراحة القلب.
- ii. البدائل Prosthesis التابعة لعملية نتيجة حادث خطير حصل خلال سريان الوثيقة أو تجديدها اللاحقة (باستثناء الأطراف الاصطناعية). في هذه الحالة الأخيرة، تغطي البدائل شرط أن تكون قد وضعت للمؤمن له فوراً بعد الحادث وذلك أثناء سريان تغطيته ضمن إطار نظام شركة إدارة النفقات بدون انقطاع منذ تاريخ سريان الحادث وبتكاليف مالي 6,000,000 ليرة سورية كحد أقصى لكل مؤمن له خلال الفترة التعاقدية، وتمتد التغطية لتشمل البدائل Prosthesis الناتجة عن مرض وبتكاليف مالي بقيمة 3,000,000 ليرة سورية كحد أقصى لكل مؤمن له خلال الفترة التعاقدية.
- iii. القالب التاجي أو الشبكة الإكليلية (coronary stent) حتى 6,000,000 ليرة سورية كحد أقصى لكل مؤمن له خلال الفترة التعاقدية، فقط للمؤمن له الذي لا يستفيد من تغطية الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي و/أو أية تغطية مزدوجة أو إضافية.
- iv. الرقعة (Mesh) الخاصة بجراحة الفتق.
- شرط أن يكون الاستشفاء العائد للحالات المحددة أعلاه مغطى وفقاً لوثيقة المؤمن له.
24. كل تقديرات الأمومة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، كافة العلاجات و/أو الاختلاطات و/أو النتائج المرتبطة بالحمل، التي قد تجرى للمؤمن لها سواء أثناء الحمل أو الولادة بما في ذلك عملية الولادة أو الإجهاض المتوجب طبياً أو التخدير فوق الجوفية (Epidural)). يرفع هذا الاستثناء للمتعاقد و/أو زوجته في حال جُددت الوثيقة وكانت لا تزال تغطي نفس المؤمن لهم بالأحكام والشروط نفسها، بعد 280 يوم على الأقل من تاريخ انتساب كل منهم.
25. لا تكون عملية سحب عينة من السائل الأمنيوسي (Amniocentesis) ولا عملية الإجهاض غير المتوجب طبياً أو الإجهاض الإرادي مشمولة بالتغطية إطلاقاً.
26. لا تكون مشمولة بالتغطية أيضاً عملية ربط الأنايب وكل إجراءات منع الحمل ونتائجها وعلاجات العجز الجنسي، ولا العلاجات الخاصة بنقص الخصوبة والعقم وجميع الفحوصات التي تؤدي إلى كشفهما والأدوية والعلاجات العائدة لهما ونتائجهما بما فيها الجراحة بالمنظار Coelioscopy وعمل تنظير تجويف الرحم Hysteroscopy والتلقيح داخل الأنبوب وخارج الأنبوب، وكل عمليات التلقيح الاصطناعية الأخرى، وعملية تغيير الجنس، وكل الأدوية والعلاجات المتعلقة بالمنشطات الجنسية كالغياغرا وغيرها وكل ما ينتج عن تناولها من مفاعيل و/أو اختلاطاتها.
27. كل ما يتعلق بدوالي الحبل المنوي varicocele من علاج وفحوصات وجراحة وعواقبهم.
28. عمليات الـ Vertebroplasty تقويم العمود الفقري، Nucleoplasty، Kyphoplasty وجميع ما ينتج عنها والأدوية والعلاجات العائدة لها.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

29. الأمراض التي قد تنتقل جنسياً، فيروس ومرض فقدان المناعة المكتسب (الإيدز) والتهاب الكبد الوبائي ب و سي Hepatitis Type B & C ومرض الزهري Syphilis وجميع الفحوصات التي تؤدي إلى كشفه والأدوية والعلاجات العائدة له.
30. جميع العلاجات الطبية والجراحية لتساقط الشعر والشعرانية بما فيها تكاثر الشعر Hirsutism والعمليات التابعة لها وكل ما ينتج عنها من مضاعفات.
31. كل أنواع الأعمال الجراحية والعلاجات التي تجرى لعلاج داء الباركنسون بمختلف الوسائل المعتمدة.
32. كل أنواع الأعمال الجراحية والعلاجات التي تجرى لعلاج مرض الزهايمر Alzheimer بمختلف الوسائل المعتمدة.
33. كافة أنواع الفحوصات الجينية Gene والإجراءات المتعلقة بها (الطبية أو الجراحية) بما في ذلك الهندسة الوراثية والاستنساخ.
34. نفقات نقل الإسعاف الجوي، بالنسبة لنفقات نقل الإسعاف البري تبقى محدودة بثلاث مرات خلال البوليصة الواحدة سنوياً.
35. المعالجة الديناميكية بالضوء (مثلاً verteporfine ...) أو الغير مرخصة من الـ FDA (مثلاً Avastine Injection ...).
36. جميع العلاجات الطبية المتعلقة بالنطق.

أصول

يجب اتباع الأصول الواردة فيما يلي بالإضافة للأصول المحددة في الأحكام والشروط العامة للوثيقة، للاستفادة من التغطية ضمن هذه الخطة: في حال إعادة تسديد مصاريف البراد والدفن أو جزء منها، يتم التسديد من قبل شركة التأمين شرط تقدم ورثة المؤمن له الشرعيين بطلب إعادة تسديد مرفقاً بكافة المستندات الضرورية (مثل الفواتير....) وذلك ضمن فترة 60 يوماً من تاريخ وفاة المؤمن له.

الخطة الفردية / العائلية الخارجية (AMB)

نطاق تغطية العناية الصحية الخارجية (AMB)

في نطاق العناية الصحية الخارجية، تأخذ شركة التأمين على عاتقها فحوصات التشخيص، والعلاجات المعدة حصراً في ما يلي والتي لا تحتاج إلى إقامة في المشفى:

1. فحوصات التشخيص:

الأشعة (Radiology)، الطبقي المحوري (C.T.Scan)، التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، التخطيط بالأموح فوق السمعية (Ultrasonography)، تحاليل المختبر، فحوصات طب الذرة، تخطيط الرأس، تخطيط القلب، تخطيط العضلات، تخطيط السمع، فحوصات المجهود القلبي (Stress test)، فحوصات ضغط الأعصاب (Evoqued response)، تخطيط ضغط العين (Ocular Angiography)، تصوير القلب بالمواد المشعة (Thallium Myocardic Scintigraphy)، التصوير الصوتي للقلب (Echo cardiography)، التخطيط المتواصل (Holter Monitoring).

2. العلاجات:

المعالجة الفيزيائية (Physiotherapy) التي تلي حادث أو عملية مغطاة بالتأمين أو بوصفة طبيب عظمية أو عصبية، المعالجة بالحركة (Kinesitherapy) وجميعها تخضع لموافقة مسبقة من قبل شركة إدارة النفقات الطبية.

3. أتعاب الأطباء المعالجين المتعلقة بالتفسير الضروري للفحوصات المتخصصة تقنياً، شرط أن تكون قد أجريت من قبل المؤسسة نفسها التي أجرت الفحوصات.

حدود تغطية العناية الصحية الخارجية (AMB)

تقتصر جميع الخدمات الخارجية على خدمات العناية الصحية المقدمة من قبل المراكز المعتمدة لهذا البرنامج بصورة حصرية ضمن الشبكة الطبية المعتمدة سورية في سورية فقط وفقاً للأصول التالية:

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

- 1- تغطي شركة التأمين نسبة مئوية كما هو وارد في الشروط الخاصة للوثيقة، باستثناء أتعاب الطبيب المعالج من نفقات خدمات العناية الصحية الخارجية، لغاية عدد محدد من معاملات الفحوصات الخارجية للمؤمن له الواحد في السنة الواحدة كحد أقصى، كما هو وارد في الشروط الخاصة للوثيقة.
- 2- يكون استعمال التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) محصوراً بالأمراض العصبية والعظمية والركبية واستعمال صورة الفكين Panoramic محصوراً بالحالات التابعة لحادث. إن كلتي الحالتين مشروطتان بالاستحصال على موافقة مسبقة من شركة إدارة النفقات.
- 3- يكون فحص ترقق العظام Osteodensitometry مشروطاً بموافقة شركة إدارة النفقات المسبقة عليه.
- 4- إن استعمال تصوير القلب بالمواد المشعة (Thallium Myocardic Scintigraphy) وتصوير صوتي للبطن والحوض (Abdomino-Pelvic Ultrasound)، خاضعان لموافقة شركة إدارة النفقات المسبقة للتأكد من ضرورتهما الطبية.
- 5- تغطي شركة التأمين حصرياً ولمرة واحدة التخطيط الشكلي المفصل للجنين بالموجات فوق الصوتية Morphological Ultra Sound عن فترة الحمل الواحد فقط في حال إجرائه لولادة مغطاة.
- 6- الفحوصات التالية خاضعة لموافقة مسبقة: IGEspecific وInsulin وHLA وEchoDoppler وHormone
- 7- فحص الـ Ocular Coherence Tomograph. OCT المختص بالبصر للضرورات الطبية فقط.

استثناءات تغطية العناية الصحية الخارجية (AMB)

- إن جميع الاستثناءات المطبقة على خطة الاستشفاء تطبق على خطة التغطية الخارجية بما في ذلك الفحوصات الروتينية. كذلك تكون مستثناة الحالات التالية:
1. أتعاب الأطباء المعالجين.
 2. الفحوصات التي تهدف لتشخيص حالة العجز والعمى (مثلاً: فحص السائل المنوي، تصوير الرحم وملحقاته hysterosalpingography، زرع السائل المنوي، الصورة فوق الصوتية فوق الخصيتين testicular pelvic echodoppler).
 3. فحص مرض فقدان المناعة المكتسبة أو السيدا HIV،
 4. فحص مرض الزهري Syphilis، إلا في حال إجراء فحوصات ما قبل الزواج، وفقاً لأصول إعادة التسديد.
 5. فحص الـ Hepatitis Type B
 6. فحص الـ Pet Scan
 7. فحص الـ Volume Computed Tomograph, VCT 64 (multi-slides CT)
 8. فحص الـ Hepatitis Type C
 9. جميع الفحوصات المتعلقة بالحالات الخلقية والتلاسيما.
 10. فحص الـ GDX Glaucoma Diagnosis.

الخطة الفردية/العائلية للأدوية وفق وصفة طبية (PM)

نطاق تغطية الأدوية وفق وصفة طبية (PM)

تأخذ شركة التأمين على عاتقها، بموجب تغطية الأدوية وفق وصفة طبية، تلك الأدوية المرخصة من قبل وزارة الصحة السورية، بالأسعار المحددة من قبل هذه الأخيرة، والتي يكون الطبيب المعالج قد حددها في وصفته الطبية.

حدود تغطية الأدوية وفق وصفة طبية (PM)

1. تقتصر جميع تغطيات الأدوية وفق وصفة طبية على المستحضرات الموزعة حصراً في المراكز المعتمدة في الشبكة الطبية المعتمدة في سورية فقط.
2. إن قائمة الأدوية المقبولة والمعتمدة محددة في قائمة مودعة لدى شركة إدارة النفقات. يمكن للمؤمن له الاطلاع عليها عند الطلب. إن هذه القائمة قابلة للتعديل من وقت لآخر بقرار من شركة التأمين أو شركة إدارة النفقات.
3. تغطي شركة التأمين نسبة مئوية محددة من فاتورة الأدوية وفق وصفة طبية، باستثناء أتعاب الطبيب المعالج، لغاية عدد محدد من الوصفات الطبية للمؤمن له الواحد في السنة الواحدة كحد أقصى، كما هو وارد في الشروط الخاصة للوثيقة.

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

4. إن كمية الأدوية الموصوفة المغطاة لكل وصفة، محددة ومحصورة بالكمية المعتادة والمألوفة والمعقولة التي قد يحتاجها المريض لعلاج شهر واحد.
5. اللقاحات المغطاة هي اللقاحات ذات الجرعة الواحدة الإلزامية للحؤول دون الإصابة بالأمراض التالية:
لقاح الشلل، الخانوق / الشاهوق أو السعال الديكي / الكزاز، التهاب الكبد نوع A، التهاب الكبد الفيروسي نوع B، التهاب السحايا الناتج عن بكتيريا الأنفلونزا نوع ب، الحصبة، الانفلونزا، لقاح الرشح: لعمر فوق 50 سنة، لقاح الرئويات: لعمر فوق 65 سنة، الكزاز، الجدري، التيفوئيد، السحايا، السل، التثائي، الحصبة / أبو كعب / الحصبة الألمانية، الثلاثي اللاخوي، الرباعي الخلوي

استثناءات تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية (PM)

1. جميع المستحضرات والمسكنات التي يمكن الحصول عليها من دون وصفة طبية (مثلا: بانادول، باراسيتامول، سيتامول، مستحضرات التجميل، الفيتامينات، المستحضرات المعدنية، المستحضرات الصحية الشخصية والمنزلية) والعلاج بالمستحضرات النباتية والأعشاب إلا إذا كانت لعلاج حالة طبية مغطاة وذكرت صراحة في الشروط الخاصة للعقد.
2. مستحضرات التطهير (مثلا : ديتول، ماركريل، صابون).
3. مستحضرات العناية بالشعر.
4. مستحضرات العناية بالأسنان واللثة (مثلا : المستحضرات الصحية أو مستحضرات العلاج).
5. المنشطات الجنسية، مستحضرات وأدوية منع الحمل، وعلاج العقم والعجز والقحط.
6. الأدوية المستعملة لعلاج الأمراض العصبية (مثلا : الاضطراب العقلي، القلق، الاكتئاب والهوس). بالإضافة إلى المنشطات الذهنية، والمسكنات والمنومات.
7. مستحضرات الحمية الغذائية لجميع الأعمار (مثلا : الحليب، مستحضرات الحمية والمغذية).
8. المستحضرات الجلدية باستثناء تلك المتعلقة بعلاج أمراض الحساسية، أو الأمراض الملتهبة (مثلا : الجدري) أو نتائج الحوادث (مثلا : الحروق).
9. الأدوية المستعملة لعلاج الأمراض المزمنة (مثلا : السكري، الضغط، الكوليسترول، الصرع، باركنسون، أمراض القلب والسرطان)، يرفع هذا الاستثناء ضمن هذه الخطة بالنسبة للمؤمن له الذي يستفيد من ميزة الاستمرارية أو ضمانة التجديد ضمن إطار خطة الأدوية موضوع وصفة طبية، وفقاً للحدود والمبلغ المقتطع الوارد في الشروط الخاصة للوثيقة.
10. جميع أجهزة تصحيح السمع أو البصر (مثلا: العدسات والنظارات) والمستحضرات المستعملة لتنظيفها والحفاظ عليها.
11. المستحضرات لعلاج الأمراض المنتقلة جنسيا ولمرض فقدان المناعة المكتسب (SIDA).
12. جميع الاستثناءات التي تطبق على الخطة الاستثنائية تطبق كذلك على خطة تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية.

الخطة الفردية / العائلية لزيارة الطبيب (DV)

نطاق تغطية العناية الصحية لزيارة الطبيب (DV)

تغطي شركة التأمين ما يلي على انه تغطية العناية الصحية لزيارة الطبيب:

كامل الأتعاب والمصاريف المتعلقة بالخدمات والإجراءات الطبية الواردة أدناه والتي يؤديها طبيب عضو في الشبكة الطبية المعتمدة سورية فقط للعناية الصحية في عيادة هذا الأخير:

وثيقة ضمان فردية/عائلية للعناية الصحية ضمن إطار برنامج (عائلي)

- 1- المعاينة الخارجية المعتادة والمألوفة والمعقولة.
- 2- خدمات التشخيص التالية : قياس دوبلر صوتي للقلب، قياس دوبلر صوتي للشرابين، تخطيط القلب، فحوصات المجهود القلبي، قياس وظيفة التنفس، الفحوصات الصوتية الأخرى، تخطيط الرأس، تخطيط العضل، تخطيط السمع للمستفيدين من خطة العناية الصحية الخارجية.
- 3- العمليات الجراحية الصغيرة وإجراءات التشخيص بالتنظير التي لا تستدعي غرفة عمليات أو غرفة طوارئ أو خدمات استشفائية.
- 4- إعطاء اللقاحات التالية : لقاح الشلل (OPV)، لقاح الخناق، الشاهوق، التيتانوس (DPT)، الاختبار الجلدي للسسل (PPD)، التهاب الكبد الوبائي (Hepatitis B)، ايتش انفلونزا ب (HIB)، لقاح الحصبة والنكاف (ابو كعب) والحصبة الألمانية (MMR) للمستفيدين من خطة الأدوية موضوع وصفة طبية.

حدود تغطية العناية الصحية لزيارة الطبيب (DV)

1. تقتصر كافة تغطيات زيارة الطبيب على خدمات العناية الصحية التي يقدمها بصورة حصرية طبيب عضو في الشبكة الطبية المعتمدة في سورية فقط للعناية الصحية، في عيادة هذا الأخير حصراً. غير أنه وكاستثناء لما ورد أعلاه، إذا قدمت الخدمات الصحية من طبيب غير مشارك في الشبكة الطبية المعتمدة سورية للعناية الصحية، يمكن تطبيق أصول إعادة التسديد في الحالات التالية فقط ووفقاً للأحكام والشروط التالية:
 - أ. في حالات المعاينة الخارجية:

يعاد تسديد الأتعاب الطبية المغطاة على أساس التعرفة التفضيلية المطبقة لشركة التأمين لدى طبيب اختصاصي مشارك في الشبكة الطبية المعتمدة سورية للعناية الصحية .
 - ب. في حالات الصورة الصوتية للمرأة الحامل:

يعاد تسديد المصاريف والأتعاب الطبية المغطاة، على أساس التعرفة التفضيلية المطبقة لشركة التأمين لدى مركز مواز مشارك في الشبكة الطبية المعتمدة سورية للعناية الصحية.
 - ث. في حالات الأعمال الجراحية الصغيرة وإجراءات التشخيص بالتنظير:

يعاد تسديد الأتعاب والمصاريف الطبية، حتى نسبة أقصاها 80% من التعرفة المطبقة الحصول على موافقة مسبقة من الإداري.
 - د. في حالات اللقاح:

يعاد تسديد المصاريف الطبية المغطاة على أساس التعرفة التفضيلية المطبقة لشركة التأمين لدى مركز مواز مشارك في الشبكة الطبية المعتمدة سورية للعناية الصحية، إذا أعطي فقط لأولاد دون سن 15 سنة ضمناً.
2. تغطي شركة التأمين المعاينة الخارجية كما هي محددة ضمن فقرة (1) من نطاق التغطية، لغاية عدد أقصى من معاملات زيارات الطبيب لكل مؤمن له في السنة، كما هو محدد في الشروط الخاصة للوثيقة.
3. للاستفادة من تغطية إجراءات التشخيص المنصوص عليها في البند (2) من نطاق التغطية أعلاه، يجب أن يبرز المؤمن له للطبيب المعالج بطاقة الاستفادة الشخصية ومعاملة زيارة الطبيب لتعبئتها من قبل هذا الأخير.
4. للاستفادة من تغطية العمليات الجراحية الصغيرة وإجراءات التشخيص بالتنظير المنصوص عليها في البند (3) من نطاق التغطية أعلاه، يجب أن يقدم المؤمن له للطبيب المعالج استمارة "التقرير الطبي" المعتمد من الضامن لتعبئته وفق الأصول، ومن ثم تقديمه إلى شركة إدارة النفقات لأخذ الموافقة المسبقة على التغطية.
5. للاستفادة من تغطية اللقاحات المنصوص عليها في البند (4) من نطاق التغطية أعلاه، يجب أن يبرز المؤمن له للطبيب المعالج بطاقة الاستفادة الشخصية ومعاملة زيارة الطبيب.
6. تكون فترة المراجعة لنفس الطبيب خلال عشرة أيام.