

الملحق رقم (1)

المرفق باللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م

بشأن نظام التأمين الصحي

الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

خدمات العلاج الطبي الأساسية التي يتم تقديمها بموجب وثيقة التأمين الصحي الأساسية

أولاً/ المنافع الصحية:

1. جميع مصاريف الكشف الطبي والفحص والتشخيص والعلاج لدى الأطباء العاملون والأخصائيين في العيادات والمراكز الصحية والأدوية المحددة لعلاج المؤمن له وفقاً لجدول الوثيقة.
2. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد.
3. معالجة أمراض الأسنان واللثة.
4. الاجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة.
5. الحالات النفسية الحادة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
6. الحالات المرضية المعدية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.
7. خدمات الفحوصات المخبرية.
8. جميع خدمات التشخيص بالأشعة بكافة أنواعها، وبالنسبة للفحص بالرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية وتنظير البطن يشترط الحصول على موافقة جهة التأمين المؤمن لديها المنتفع مسبقاً في غير الحالات الطارئة.
9. خدمات العلاج الطبيعي للحالات العلاجية.
10. قيمة الأدوية في الوصفة الطبية وفقاً للقرارات المنظمة في هذا الشأن.
11. خدمات الفحص والتشخيص والعلاج لدى الأطباء العاملون والأخصائيين لأمراض النساء والحمل في المراكز والعيادات المحددة لعلاج المؤمن لها.
12. خدمات العلاج الطبي للحالات الطارئة.
13. خدمات نقل حالات الطوارئ داخل الدولة من خلال جهات معتمدة.
14. إقامة مرافق واحد لمريض معه في نفس الغرفة في الحالات الحرجة بناء على توصية الطبيب المعالج.
15. خدمات الإقامة في المستشفيات للولادة بكافة أنواعها.

ثانياً/ مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

الملحق رقم (2)
المرفق باللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م
بشأن نظام التأمين الصحي
الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

خدمات العلاج الطبي المستثناة التي يتم تقديمها بموجب
وثيقة التأمين الصحي المكملة

- هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:
1. الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
 2. الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
 3. المعالجة التي يتلقاها المؤمن له بدون مقابل.
 4. جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائط خارجية عنيفة.
 5. اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المرخص.

6. مصاريف انتقال الشخص المؤمن له بوسائل نقل غير سيارات الإسعاف المرخص لها بذلك.
7. خدمات العلاج الطبي أو التكاليف الناتجة عنهما لعلاج أمراض تساقط الشعر في منطقة معينة: ((الصلع، تساقط الشعر الطبيعي، قشر الشعر، الشعر المستعار)).
8. المعالجة النفسية أو الاضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة.
9. خدمات اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها وإزالة التحسس، وأي فحوصات بدنية أو نفسية أو التي تتعلق بالطب النفسي أو الأبحاث التي تجرى أثناء هذه الفحوصات بخلاف تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج.
10. الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.
11. أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن عليه أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن عليه، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حينما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج.
12. معالجة البثور (حبّ الشباب) أو أية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة.
13. حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم.
14. الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة.
15. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
16. الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة، ما عدا التي تتطلبها حالة المؤمن له بموجب قرار طبي بالمرفق الصحي المعتمد من وزارة الصحة.
17. التغييرات الطبيعية لسن اليأس للمؤمن عليها ويشمل ذلك تغييرات الطمث.
18. الخدمات الطبية غير الضرورية طبيياً.
19. الرعاية الخاصة المنزلية، التمريض الخاص، الرعاية لأجل السفر.
20. الرعاية الخاصة وتشمل: ((الرعاية التي ليست لغرض العلاج الطبي = الخدمات الطبية التي لا تؤدي إلى تحسن حالة المريض أو التي لا يحدث بسببها تغيير في حالته الصحية)).
21. الخدمات التي لا تتطلب خدمة مستمرة من كادر طبي متخصص.
22. خدمات الراحة والمتطلبات الشخصية: ((قص الشعر – الخدمات التجميلية – خدمات الضيوف – خدمات المماثلة ومستلزماتها)).
23. العمليات التجميلية لتحسين المظهر الخارجي للجسم وكذلك عمليات استبدال الثدي الصناعي وتعتبر العمليات التجميلية لتحسين وظيفة العضو المصاب في حالات الإصابات والمرض أو التشوهات الخلفية وكذلك عمليات إعادة بناء الثدي بعد الجراحات السرطانية ضمن خدمات العلاج الطبي الأساسية.
24. العلاج الجراحي وغير الجراحي المتعلق بالبدانة بما فيها البدانة المفرطة وأي برامج أو خدمات أو مستلزمات أخرى للتحكم في الوزن.
25. خدمات العلاج الطبي المستخدمة لأغراض التجارب والفحوصات والأبحاث غير المعترف بها طبيياً وكذلك الأجهزة والمعدات والحميات الصيدلانية.
26. خدمات العلاج الطبي التي تتم خارج شبكة مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين عدا حالات العلاج الطارئ.
27. الخدمات والمستلزمات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.

28. سحب عينة من السائل الأمنيوسي (ما حول الجنين) لغير ضرورة طبية.
29. علاج وخدمات وجراحات العقم والتعقيم.
30. علاج وخدمات منع الحمل.
31. الخدمات العلاجية الخاصة بالخصوبة والعقم: ((دوالي الحبل المنوي، تعدد أكياس المبيض، تكيس المبايض، اضطرابات الهرمون، الاضطرابات والضعف الجنسي)).
32. الأجهزة التعويضية والمعدات الطبية المستهلكة الواردة في الخدمات الأساسية إلا في حالة الحصول على موافقة جهة التأمين.
33. التكاليف والمستلزمات والمهمات المتعلقة بممارسة الأنشطة الخطرة وعلى سبيل المثال: ((كافة أشكال رياضة الطيران، رياضة سباق السيارات، سباقات الرياضة المائية، رياضة تسلق الجبال، رياضة ركوب الخيل، الرياضة العنيفة مثل: " الجودو والملاكمة والمصارعة، رياضة ألعاب القفز، الأنشطة الرياضية للمحترفين ")).
34. العلاج باستخدام هرمونات النمو.
35. أمراض الصحة العقلية سواء العلاج بالعيادات الخارجية أو الإيواء بالمستشفى ما لم تكن حالة اضطراب عقلي مؤقت أو رد فعل حاد للإجهاد.
36. مستلزمات علاج المرضى المتضمنة: ((الجوارب المرنة وضمادات الحرير والنشاش والإبر وأشرطة فحص السكري والمنتجات المماثلة لها، الأدوية والعلاج غير الموصوف باستثناء المستلزمات الناتجة عن خدمات العلاج الطبي المقدمة في حالات الطوارئ،
37. الخدمات المقدمة من قبل أي مقدم خدمة علاج طبي له صلة بالمريض الشخص المؤمن له أو أحد أفراد عائلته الشخص المؤمن له، بما في ذلك الزوج أو الزوجة أو الأبناء.
38. خدمات العلاج الطبي الخاصة بتعديل ارتخاء أربطة العمود الفقري أو تشخيص وعلاج الهيكل العظمي بأي طريقة باستثناء علاج الكسور وخلع الأطراف.
39. خدمات العلاج الطبي بالوخز بالإبر الصينية والضغط الإبري والتنويم المغناطيسي والرولفينج والعلاج بالتدليك والعلاج بالعمود وكافة أشكال العلاج بالطب البديل.
40. كافة خدمات العلاج والتشخيص الخاصة بطفل الأنابيب ونقل الأجنة أو نقل البويضات أو الحيوانات المنوية.
41. خدمات انحراف الحاجز الأنفي والاستئصال الجزئي لقرنية الأنف.
42. خدمات العلاج الطبي للأمراض المزمنة التي تحتاج إلى غسل كلوي أو بروتوني وكذلك الفحوصات والإجراءات الطبية الخاصة بها.
43. خدمات العلاج الطبي والفحوصات لمرضى التهاب الكبد الوبائي عدا مرضى الالتهاب (أ).
44. العيوب والأمراض الخلقية لحديثي الولادة والتشوهات ما لم تكن مهددة للحياة.
45. خدمات العلاج الطبي لعته الشيوخوخة ومرض الزهايمر.
46. خدمات العلاج الطبي للختان.
47. أي علاج أو فحوصات أو إجراءات أخرى للمرضى الذين تم إيوائهم بالمستشفى والتي يمكن إجرائها في العيادة الخارجية دون الإخلال بصحة المؤمن له.
48. أية فحوصات أو خدمات علاجية لأغراض غير طبية (فحوصات للعمل أو السفر أو الترخيص أو التأمين).
49. المستلزمات غير الطبية أو العلاجية مثال: ((غسول الفم، معجون الأسنان، مواد التعقيم، وصفات الحليب، ملحقات الأغذية، منتجات العناية بالبشرة، الشامبو، الفيتامينات المتعددة)) ما لم يتم وصفها

كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامين الشائع وجميع المعدات التي لا تستخدم بشكل أساسي في تحسين الحالات المرضية أو الإصابات على سبيل المثال إلا الحصر لتلك التي تتعلق بمكيفات الهواء أو أنظمة تنظيف الهواء أو اقواس الدعم والأصناف ومعدات التمارين والمستلزمات الصحية للنظافة الشخصية)).

50. أكثر من استشارة أو متابعة مع المتخصص الطبي في اليوم الواحد ما لم يتم تحويله من قبل الطبيب.
51. خدمات تشخيص وعلاج زراعة الأعضاء والأنسجة للمتبرع والمستقبل.

الملحق رقم (3)

المرفق باللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م

بشأن نظام التأمين الصحي

الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

خدمات العلاج الطبي خارج نطاق التأمين الصحي

1. الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن له نتيجة أي عمليات عسكرية أيا كان نوعها.
2. الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن له نتيجة الحروب بكافة أنواعها أو الإصابات الناتجة عن الأعمال الإرهابية.
3. خدمات العلاج الطبي للإصابات والحوادث الناتجة عن الطاقة النووية أو التلوث الكيميائي.
4. الإصابات الناتجة عن الكوارث الطبيعية وعلى سبيل المثال: ((الهزات الأرضية، الزلازل، الأعاصير، الزوابع، أي نوع آخر من الكوارث الطبيعية))).
5. الإصابات الناتجة عن الأفعال الإجرامية التي يقوم بها المؤمن له أو مقاومة السلطة.
6. خدمات العلاج الطبي لمرضى الإيدز ومضاعفاته.
7. جميع الحالات الناتجة عن استخدام الكحوليات أو العقاقير المخدرة أو مواد الهلوسة.
8. أية فحوصات أو علاج غير مقرر من طبيب.
9. الإصابات الناتجة عن محاولات الانتحار والإصابات التي يسببها الشخص لنفسه.
10. خدمات تشخيص وعلاج مضاعفات الأمراض المستتثة.
11. جميع خدمات العلاج في حالات تفشي الأوبئة المعترف بها دولياً أو محلياً.

الملحق رقم (4)
المرفق باللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م
بشأن نظام التأمين الصحي
الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

وثيقة التأمين الصحي

القسم الأول: التعريفات

- لأغراض هذا التأمين فإن الكلمات والعبارات والتعابير التالية سوف تُفسَّر أينما وردت في الوثيقة أو ملاحقها أو مرفقاتها وفقاً للتعريفات الواردة أدناه:
- الحادث: إصابة عرضية أو حَدَث عَرَضِي غير مُتَوَقَّع يقع خلال مدة التأمين.
 - العلة: المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص قبل وخلال مدة التأمين.
 - الحساسية: تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، 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، الحكاك، الحمى القشئية، الأكزيما، الصداع.
 - المنتفع (المؤمن له): الشخص المشمول بالقانون (الموظف أو المُعال) المدرج في جدول الأشخاص المؤمن لهم المرفق بهذه الوثيقة.
 - المنفعة: نفقات توفير الخدمة الطبية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
 - القسط (الاشتراك): هو المبلغ المتوجب الدفع من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
 - النشوئ الخَلقي: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي.
 - التغطية التأمينية: هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمنتفع المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة.

- نسبة الاقتطاع/التحُمّل (المشاركة في الدفع): هي النسبة المحددة في جدول الوثيقة التي يدفعها المنتفع (المؤمن له) عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملة جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة، وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأدوية وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس لكل إجراء على حدة.
- الموظف: أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى حامل الوثيقة ومسجل بتلك الصفة في المَعَال:
- 1. الزوج / الزوجات المسجلون بهذه الصفة في سجلات حامل الوثيقة.
- 2. أولاد الموظف أو أولاد أي من الزوج أو الزوجات أو الأولاد المكفولون قانوناً المعتمدون في إعالتهم على الموظف والمسجلين بتلك الصفة في سجلات حامل الوثيقة.
- المستندات المؤيدة للمطالبة: جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر الشخص المؤمن له وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وسداد التكاليف، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، والفواتير، والإيصالات، والوصفات الطبية، تقرير الطبيب، و الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.
- أساس التقييد المباشر أو على حساب جهة التأمين: تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم أو مقدّم خدمات العلاج الطبي المعيّنين من قِبَل جهة التأمين حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب جهة التأمين.
- تاريخ الابتداء: التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبدأ عنده التغطية التأمينية.
- تاريخ النفاذ: التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه جهة التأمين لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن عليه في الوثيقة.
- الملحق: مستند تصدره جهة التأمين على نموذج رسمي مؤرخ وموقع عليه من موظف مخول بذلك كدليل على صحة أي تعديل في الوثيقة، بحيث لا يمس التغطية الأساسية، بناءً على طلب خطي من حامل الوثيقة.
- المستشفى: مرفق صحي معتمد من وزارة الصحة، ومقبول من حامل الوثيقة وجهة التأمين ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم المعالجة التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة، وإن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور المنامة أو الضيافة أو الاستراحات أو دور النقاهاة أو المصحات أو أماكن رعاية الأشخاص المُتَحَفِّظ عليهم أو ماوى كبار السن أو المضطربين عقلياً أو أي مكان يُستخدم أساساً لإيواء ومعالجة مدمني المخدرات أو الكحول.
- التنويم في المستشفى: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض مُنَوَّم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي بناءً على تحويل من طبيب مرخص.
- التأمين: البَيِّنَةُ الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.
- الطبيب المأذون له بمزاولة المهنة: مُزاوِل مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل المأذون له بمزاولة مهنة الطب قانوناً ويكون مؤهلاً ومقبولاً من حامل الوثيقة وجهة التأمين لتقديم المعالجة التي يمكن المطالبة بالتعويض عن تكاليفها المادية بموجب هذه الوثيقة.
- حدود التغطية: الحد الأقصى لمسؤولية جهة التأمين كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه وذلك قبل تطبيق أي اقتطاعات / تحمّلات .

- مقدم خدمة العلاج الطبي: المرافق الصحية العامة والخاصة المعتمدة المرخص لها وفقاً للتشريعات المعمول بها بتقديم الخدمات الطبية في الدولة وعلى سبيل المثال: المستشفيات والمراكز الطبية والمصحات والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص والعلاج بالإشعاع والصيدليات.
- الحمل والولادة: أي حالة حمل (و / أو) ولادة يشمل ذلك الولادة الطبيعية والقيصرية والاجهاض.
- جراحة أو معالجة اليوم الواحد: الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للتنويم في مستشفى أو مركز معالجة ليوم واحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي.
- المعالجة في العيادات الخارجية: تردد الشخص المؤمن له على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علة.
- جهة التأمين: هي أدوات التأمين المحددة بالقانون رقم (3) لسنة 2005م بشأن الإشراف والرقابة على نشاط التأمين، وبالقانون رقم (20) لسنة 2010م بشأن نظام التأمين الصحي.
- شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: هي مجموعة مقدمي الخدمة الطبية المعتمدين من وزارة الصحة المحددين من قبل جهات التأمين لتقديم الخدمة الطبية لصاحب العمل / حامل الوثيقة على حساب جهة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:
- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية).
- المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة).
- المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
- مدة سريان المفعول: عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الاشتراك المبين في الجدول.
- مدة التأمين: تعني المدة المبيّنة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.
- حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- المصاريف الطبية المعقولة والمعتادة :
- 1. المصاريف الطبية التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء المرخصين أو المستشفيات في الدولة على أن تكون تلك الأتعاب نظير معالجة حالة مماثلة وأن يكون أولئك الأطباء المرخصون أو المستشفيات مماثلين تأهيلاً ومنزلةً لمن قدموا المعالجة.
- 2. المعالجة الطبية التي لا تختلف جذرياً عما يعتبره الطبيب المرخص مقبولاً باعتباره عادياً وطبيعياً بالنسبة لأي علة معينة تتم المطالبة بالمصاريف الطبية المتعلقة بها بموجب هذه الوثيقة.
- أساس تعويض البديل : الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها الشخص المؤمن له ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق الاقتطاع / التحمل.
- مصاريف إعادة رفات المتوفي إلى موطنه الأصلي: جميع مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.
- الأخطار الشخصية: أي ممارسة يقوم بها الشخص لنشاطات متعارف على أنها منطوية على مخاطر التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن تحدث مضاعفة لمرض أو إصابة سابقة.
- الاحتيال: التضليل المتعمد من قبل شخص أو جهة بغرض استغلال الرعاية الصحية وتشويه الحقائق أو الخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.

- إساءة الاستخدام: ممارسات غير متعمدة من قبل أفراد أو جهات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.
- الوسائط الخارجية العنيفة: أي وسائط ينتج عنها حادث أو إصابة للمؤمن له.
- الحالات النفسية الحادة: اضطراب في التفكير أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها، يكون هذا الاضطراب شديداً إذا سبب خللاً في أي اثنين من الوظائف التالية:
- 1. حسن التقدير (تقدير الأمور حسنها أو سوءها ليس بصحته وخطأه وغنما بطريقة اتخاذ القرار).
- 2. السلوك الانساني.
- 3. القدرة على تمييز الواقع.
- 4. مواجهة متطلبات الحياة الاعتيادية.
- وتُغطي وثيقة التأمين الصحي تشخيص وعلاج هذه الحالات خلال فترة تمتد ما بين يوم إلى أقل من ثلاثة أشهر.
- إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي): جزء مكمل للرعاية الصحية الشاملة وتطبيقاتها من أجل إعادة الشخص الذي يُعاني من ضعف مستمر إلى أفضل مستوى من الأداء في حياته الأسرية والاجتماعية والذي بدوره سيزيد من فاعلية نظام الرعاية الصحية الذي يُمكن أن يُفاس بالتكلفة وتحليل المنافع وتُغطي وثيقة التأمين الطبي إجراءات وفحوصات التشخيص والعلاج لحالات خلال مدة سريان الوثيقة.

القسم الثاني: خدمات العلاج الطبي الأساسية / المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن خدمات العلاج الطبي الأساسية سوف تعني المصاريف الفعلية المُنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة، غير مستثناة بموجب القسم الثالث، يصفها طبيب مُرخص بسبب علة تعرض لها الشخص المؤمن له، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه، وبناءً عليه سوف هذه الخدمات:

أولاً/ المنافع الصحية:

1. جميع مصاريف الكشف الطبي والفحص والتشخيص والعلاج لدى الأطباء العاملون والأخصائيين في العيادات والمراكز الصحية والأدوية المحددة لعلاج المؤمن له وفقاً لجدول الوثيقة.
2. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد.
3. معالجة أمراض الأسنان واللثة.
4. الاجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة.
5. الحالات النفسية الحادة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
6. الحالات المرضية المعدية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.
7. خدمات الفحوصات المخبرية.

8. جميع خدمات التشخيص بالأشعة بكافة أنواعها، وبالنسبة للفحص بالرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية وتنظير البطن يشترط الحصول على موافقة جهة التأمين المؤمن لديها المنتفع مسبقاً في غير الحالات الطارئة.
9. خدمات العلاج الطبيعي للحالات العلاجية.
10. قيمة الأدوية في الوصفة الطبية وفقاً للقرارات المنظمة في هذا الشأن.
11. خدمات الفحص والتشخيص والعلاج لدى الأطباء العاملون والأخصائيين لأمراض النساء والحمل في المراكز والعيادات المحددة لعلاج المؤمن لها.
12. خدمات العلاج الطبي للحالات الطارئة.
13. خدمات نقل حالات الطوارئ داخل الدولة من خلال جهات معتمدة.
14. إقامة مرافق واحد لمريض معه في نفس الغرفة في الحالات الحرجة بناء على توصية الطبيب المعالج.
15. خدمات الإقامة في المستشفيات للولادة بكافة أنواعها.

ثانياً/ مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

القسم الثالث: خدمات العلاج الطبي المستثناة

- هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:
1. الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
 2. الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
 3. المعالجة التي يتلقاها المؤمن له بدون مقابل.
 4. جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائط خارجية عنيفة.
 5. اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المرخص.
 6. مصاريف انتقال الشخص المؤمن له بوسائل نقل غير سيارات الإسعاف المرخص لها بذلك.
 7. خدمات العلاج الطبي أو التكاليف الناتجة عنهما لعلاج أمراض تساقط الشعر في منطقة معينة: ((الصلع، تساقط الشعر الطبيعي، قشر الشعر، الشعر المستعار)).
 8. المعالجة النفسية أو الاضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة.
 9. خدمات اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها وإزالة التحسس، وأي فحوصات بدنية أو نفسية أو التي تتعلق بالطب النفسي أو الأبحاث التي تجرى أثناء هذه الفحوصات بخلاف تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج.
 10. الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العمق أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.

11. أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن عليه أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن عليه، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حيثما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج.
12. معالجة البثور (حب الشباب) أو أية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة.
13. حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم.
14. الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة.
15. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
16. الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة، ما عدا التي تتطلبها حالة المؤمن له بموجب قرار طبي بالمرفق الصحي المعتمد من وزارة الصحة.
17. التغيرات الطبيعية لسن اليأس للمؤمن عليها ويشمل ذلك تغيرات الطمث.
18. الخدمات الطبية غير الضرورية طبياً.
19. الرعاية الخاصة المنزلية، التمرريض الخاص، الرعاية لأجل السفر.
20. الرعاية الخاصة وتشمل: ((الرعاية التي ليست لغرض العلاج الطبي = الخدمات الطبية التي لا تؤدي إلى تحسن حالة المريض أو التي لا يحدث بسببها تغير في حالته الصحية)).
21. الخدمات التي لا تتطلب خدمة مستمرة من كادر طبي متخصص.
22. خدمات الراحة والمتطلبات الشخصية: ((قص الشعر – الخدمات التجميلية – خدمات الضيوف – خدمات المماثلة ومستلزماتها)).
23. العمليات التجميلية لتحسين المظهر الخارجي للجسم وكذلك عمليات استبدال الثدي الصناعي وتعتبر العمليات التجميلية لتحسين وظيفة العضو المصاب في حالات الإصابات والمرض أو التشوهات الخلفية وكذلك عمليات إعادة بناء الثدي بعد الجراحات السرطانية ضمن خدمات العلاج الطبي الأساسية.
24. العلاج الجراحي وغير الجراحي المتعلق بالبدانة بما فيها البدانة المفرطة وأي برامج أو خدمات أو مستلزمات أخرى للتحكم في الوزن.
25. خدمات العلاج الطبي المستخدمة لأغراض التجارب والفحوصات والأبحاث غير المعترف بها طبياً وكذلك الأجهزة والمعدات والحميات الصيدلانية.
26. خدمات العلاج الطبي التي تتم خارج شبكة مقدمي خدمات العلاج الطبي المعتمدين عدا حالات العلاج الطبي الطارئ.
27. الخدمات والمستلزمات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.
28. سحب عينة من السائل الأمنيوسي (ما حول الجنين) لغير ضرورة طبية.
29. علاج وخدمات وجراحات العقم والتعقيم.
30. علاج وخدمات منع الحمل.
31. الخدمات العلاجية الخاصة بالخصوبة والعقم: ((دوالي الحبل المنوي، تعدد أكياس المبيض، تكيس المبايض، اضطرابات الهرمون، الاضطرابات والضعف الجنسي)).
32. الأجهزة التعويضية والمعدات الطبية المستهلكة الواردة في الخدمات الأساسية إلا في حالة الحصول على موافقة جهة التأمين.
33. التكاليف والمستلزمات والمهمات المتعلقة بممارسة الأنشطة الخطرة وعلى سبيل المثال: ((كافة أشكال رياضة الطيران، رياضة سباق السيارات، سباقات الرياضة المائية، رياضة تسلق الجبال،

رياضة ركوب الخيل، الرياضة العنيفة مثل: الجودو والملاكمة والمصارعة، رياضة ألعاب القفز، الأنشطة الرياضية للمحترفين " ((.

34. العلاج باستخدام هرمونات النمو.
35. أمراض الصحة العقلية سواء العلاج بالعيادات الخارجية أو الإيواء بالمستشفى ما لم تكن حالة اضطراب عقلي مؤقت أو رد فعل حاد للإجهاد.
36. مستلزمات علاج المرضى المتضمنة: ((الجوارب المرنة وضمادات الحرير والشاش والإبر وأشرطة فحص السكري والمنتجات المماثلة لها، الأدوية والعلاج غير الموصوف باستثناء المستلزمات الناتجة عن خدمات العلاج الطبي المقدمة في حالات الطوارئ،
37. الخدمات المقدمة من قبل أي مقدم خدمة علاج طبي له صلة بالمريض الشخص المؤمن له أو أحد أفراد عائلته الشخص المؤمن له، بما في ذلك الزوج أو الزوجة أو الأبناء.
38. خدمات العلاج الطبي الخاصة بتعديل ارتخاء أربطة العمود الفقري أو تشخيص وعلاج الهيكل العظمي بأي طريقة باستثناء علاج الكسور وخلع الأطراف.
39. خدمات العلاج الطبي بالوخز بالإبر الصينية والضغط الإبري والتنويم المغناطيسي والرولفينج والعلاج بالتدليك والعلاج بالعمود وكافة أشكال العلاج بالطب البديل.
40. كافة خدمات العلاج والتشخيص الخاصة بطفل الأنابيب ونقل الأجنة أو نقل البويضات أو الحيوانات المنوية.
41. خدمات انحراف الحاجز الأنفي والاستئصال الجزئي لقرنية الأنف.
42. خدمات العلاج الطبي للأمراض المزمنة التي تحتاج إلى غسل كلوي أو بروتوني وكذلك الفحوصات والاجراءات الطبية الخاصة بها.
43. خدمات العلاج الطبي والفحوصات لمرضى التهاب الكبد الوبائي عدا مرضى الالتهاب (أ).
44. العيوب والأمراض الخلقية لحديثي الولادة والتشوهات ما لم تكن مهددة للحياة.
45. خدمات العلاج الطبي لعته الشيوخوخة ومرض الزهايمر.
46. خدمات العلاج الطبي للختان.
47. أي علاج أو فحوصات أو إجراءات أخرى للمرضى الذين تم إيوائهم بالمستشفى والتي يمكن إجرائها في العيادة الخارجية دون الإخلال بصحة المؤمن له.
48. أية فحوصات أو خدمات علاجية لأغراض غير طبية (فحوصات للعمل أو السفر أو الترخيص أو التأمين).
49. المستلزمات غير الطبية أو العلاجية مثال: ((غسل الفم، معجون الأسنان، مواد التعقيم، وصفات الحليب، ملحقات الأغذية، منتجات العناية بالبشرة، الشامبو، الفيتامينات المتعددة)) ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامين الشائع وجميع المعدات التي لا تستخدم بشكل أساسي في تحسين الحالات المرضية أو الاصابات على سبيل المثال إلا الحصر لتلك التي تتعلق بمكيفات الهواء أو أنظمة تنظيف الهواء أو اقواس الدعم والأصناف ومعدات التمارين والمستلزمات الصحية للنظافة الشخصية ((.
50. أكثر من استشارة أو متابعة مع المتخصص الطبي في اليوم الواحد ما لم يتم تحويله من قبل الطبيب.
51. خدمات تشخيص وعلاج زراعة الأعضاء والأنسجة للمتبرع والمستقبل.

القسم الرابع: خدمات العلاج الطبي خارج نطاق التأمين الصحي

هذه الوثيقة لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الوطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن:

1. الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن له نتيجة أي عمليات عسكرية أيا كان نوعها.
2. الإصابات أو الأمراض التي تصيب المؤمن له نتيجة الحروب بكافة أنواعها أو الإصابات الناتجة عن الأعمال الإرهابية.
3. خدمات العلاج الطبي للإصابات والحوادث الناتجة عن الطاقة النووية أو التلوث الكيميائي.
4. الإصابات الناتجة عن الكوارث الطبيعية وعلى سبيل المثال: ((الهزات الأرضية، الزلازل، الأعاصير، الزوابع، أي نوع آخر من الكوارث الطبيعية)).
5. الإصابات الناتجة عن الأفعال الإجرامية التي يقوم بها المؤمن له أو مقاومة السلطة.
6. خدمات العلاج الطبي لمرضى الإيدز ومضاعفاته.
7. جميع الحالات الناتجة عن استخدام الكحوليات أو العقاقير المخدرة أو مواد الهلوسة.
8. أية فحوصات أو علاج غير مقرر من طبيب.
9. الإصابات الناتجة عن محاولات الانتحار والإصابات التي يسببها الشخص لنفسه.
10. خدمات تشخيص وعلاج مضاعفات الأمراض المستتناة.
11. جميع خدمات العلاج في حالات تفشي الأوبئة المعترف بها دولياً أو محلياً.

القسم الخامس: 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 مُخَوَّل رسمياً من جهة التأمين كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أثبت ذلك بملحق مُوقَّع من موظف مُخَوَّل رسمياً من جهة التأمين.

(2) السجلات والتقارير:

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع الموظفين ومُعالِيهم المؤمن لهم بموجب هذه الوثيقة، يحتوي 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 لجهة التأمين - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قَدَّمها حامل الوثيقة وتلتزم جهة التأمين، متى ما طُلب منها ذلك، بتزويد حامل الوثيقة بأية بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بالنسبة للأشخاص المؤمن لهم.

(3) المؤهلون للتأمين:

1. بالنسبة للموظفين: فإن أي شخص مستوف لتعريف الموظف سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

2. بالنسبة للمُعاليين: إن أي شخص مستوف لتعريف المُعال سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة على أن يعول ذلك الشخص موظف مؤهل.
إذا كان أي شخص مُعرّف كُمعال هو أيضاً مؤهل للتأمين بوصفه موظفاً فإن تمتعه بالتأمين بصفته مُعالياً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة. وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما موظفين فإن الأولاد سوف يصبحون مؤهلين فقط كُمعاليين من قبل الزوج.

(4) سداد الاشتراك:

1. يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك التأمين الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن عليه، وذلك عند ابتداء التغطية التأمينية أو حسب ما يتم الاتفاق عليه مع جهة التأمين.
2. في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك، في هذه الحالة تكون جهة التأمين ملزمة بإبلاغ الهيئة بذلك.

(5) تواريخ نفاذ التغطية :

1. بالنسبة للموظفين : يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للموظف الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، وكل شخص يلتحق بالعمل في وقت لاحق سوف تبدأ تغطيته من تاريخ التحاقه بالعمل لدى حامل الوثيقة أو وصوله للدولة.
2. بالنسبة للمُعاليين: يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمُعاليين من التاريخ الذي أصبح فيه الموظف والمسؤول عن إعالتهم مؤمناً له أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة مُعاليين.

(6) إضافة وحذف "الأشخاص المؤمن لهم" و " الاشتراكات " المتعلقة بذلك:

1. على حامل الوثيقة أن يُعلن فوراً وخطياً لجهة التأمين عن كل الموظفين أو المُعاليين المراد تغطيتهم بالتأمين بعد تاريخ ابتداء الوثيقة، وتقوم جهة التأمين باحتساب الاشتراك الإضافي الواجب أدائه فوراً عن الأشخاص الذين يتم إدراجهم في جدول الأشخاص المؤمن لهم وذلك على أساس تناسبي من تاريخ شمولهم بالتغطية.
2. على حامل الوثيقة أن يشعر جهة التأمين خطياً خلال ثلاثين يوماً من تاريخ الإنهاء المطلوب عن جميع الأشخاص المؤمن لهم (الموظفين و / أو المعاليين) الذين تنتهي تغطيتهم التأمينية قبل انقضاء مدة التأمين، ولا يحق لجهة التأمين رد الجزء النسبي من الاشتراك المتعلق بهؤلاء الأشخاص عن المدة المتبقية من التأمين ما لم يقم حامل الوثيقة بتزويد جهة التأمين بما يثبت مغادرة الشخص المؤمن له للدولة في حالة المغادرة النهائية، أو ما يثبت شمول المؤمن له ببرنامج تغطية تأمينية آخر مقبول في حالة نقل كفالتة.

(7) انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن عليهم :

1. بالنسبة للموظفين: ينتهي تلقائياً تأمين أي موظف بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:
(أ) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في جدول الوثيقة.
(ب) عند استنفاذ حد المنفعة القصوى التي تنص عليه الوثيقة.
2. بالنسبة للمُعاليين: تنتهي تلقائياً تغطية المُعال بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

أ) فقدان المُعال لصفته التأمينية كُمعال وفقاً لأحكام البند 11 (ب) من التعريفات بموجب القسم الأول من الوثيقة.

ب) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.

ج) لدى استنفاد حد المنفعة القصوى المنصوص عليه بموجب هذه الوثيقة.

3. 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 مبالغ التغطية الواردة في جدول الوثيقة.

4. في حالة إنهاء هذه الوثيقة لأي سبب يوجب على حامل الوثيقة أن يعيد لجهة التأمين على الفور جميع بطاقات التأمين الصحي الصادرة المتعلقة بأساس التقييد المباشر على حساب جهة التأمين لدى شبكة مقدمي خدمة العلاج الطبي المعتمدين وكذلك الحال بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه تنتهي مدة تغطيته، ويكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض جهة التأمين عن كل المصاريف والنفقات الطبية الناتجة عن تقصيره في التقييد بذلك.

(8) تحقيق جهة التأمين من حالة المؤمن له :

1. يحق لجهة التأمين، - ويجب أن تُتاح لها الفرصة - ، من خلال جهة طبية معتمدة، فحص الشخص المؤمن له الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بحد أقصى قدره مرتان، وذلك خلال سنتين يوماً من تاريخ تسلم المطالبة.
2. على حامل الوثيقة أو الشخص المؤمن له أن يتعاون ويسمح بالقيام، على نفقة جهة التأمين بالأعمال الضرورية التي تطلبها جهة التأمين في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير.

(9) عدم ازدواجية المنافع:

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة قابلة للأداء لشخص مؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة، ويكون مغطى أيضاً بالنسبة لتلك النفقات، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، فعند تكون جهة 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 جهة التأمين لدى شبكة مقدمي خدمة العلاج الطبي المعتمدين:

تصدر جهة التأمين بطاقة تأمين صحي لكل شخص مؤمن عليه يحق له بموجبها تلقي الخدمة الصحية لدى شبكة مقدمي خدمة العلاج الطبي المعتمدين دون أن يطلب منه تسديد نفقات تلك الخدمات. يرسل مقدمو خدمة العلاج الطبي المعيّنين لجهة التأمين، وعلى أساس شهري جميع النفقات الطبية المُتكدّبة بموجب الوثيقة. وتقوم جهة التأمين بتقييم تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ

النفقات حد المنفعة القصوى، وفي حالة تجاوز ذلك الحد يحق لجهة التأمين المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن 60 يوماً من تاريخ إبلاغه بها.
وفي حالة عدم تقييد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف لجهة التأمين خلال المدة المحددة يحق لجهة التأمين رفع الأمر إلى الهيئة لاتخاذ ما يلزم.
ولجهة التأمين الحق في حذف أو استبدال أي من أو جميع مقدمي خدمة العلاج الطبي المعيّنين لأغراض هذه الوثيقة، خلال مدة سريانها، شريطة موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديلٍ عنهم بنفس المستوى.

(11) الاقتراع/التحمّل :

مع عدم الإخلال بالتسهيلات الممنوحة بمقتضى القيد المباشر على حساب جهة التأمين، فإنه لشرط مُلزم وإجباري أن يقوم الشخص المؤمن له بدفع مبلغ الاقتراع / التحمّل (إن وجد) حسب القيمة المدفوعة لدى مركز خدمة العلاج الطبي وفق عقد المركز مع جهة التأمين، وأي محاولة من جانب الشخص المؤمن له للامتناع عن الدفع سوف تعتبر إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويبطل مفعولها بالنسبة لهذا الشخص لحين سداد مبلغ الاقتراع.

(12) أساس تعويض البديل:

في الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن له الحصول على المعالجة الطبية الطارئة خارج المراكز والمستشفيات المعتمدة من قبل جهة التأمين، على أساس تعويض البديل، وفي هذه الحالة تقوم جهة التأمين، وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحدياتها واستثناءاتها، بتعويض حامل الوثيقة عن النفقات والمصاريف القابلة للاستعاضة شريطة تزويد جهة التأمين خلال 30 يوماً من تكبد تلك النفقات، بالمستندات المؤيدة التي تطلبها.

(13) الإلغاء:

يجوز لحامل الوثيقة إنهاء هذا التأمين، في أي وقت، بموجب إشعار خطي يرسل لجهة التأمين قبل ثلاثين يوماً على الأقل من تاريخ الإنهاء المطلوب. ويلزم حامل الوثيقة في هذه الحالة بتزويد جهة التأمين بما يثبت:
1. إبرام وثيقة تأمين أخرى مع جهة تأمين، أو شمول المؤمن لهم بالتغطية الصحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة وذلك في حالة نقل الكفالة.

2. مغادرة المؤمن لهم الدولة في حالة المغادرة النهائية.

وفي هذه الحالة تكون جهة التأمين ملزمة خلال ستين يوماً من تاريخ الإنهاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن له لم تتجاوز مطالباته 75% من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي: (الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ÷ 365.25 يوماً × عدد الأيام المتبقية).

وفي حالة توقف حامل الوثيقة عن رد النفقات التي تتجاوز حد المنفعة القصوى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (10) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة العمل على أساس التقييد المباشر على حساب جهة التأمين، يحق لجهة التأمين الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة، إن وجدت، واستخدامها في

المقام الأول للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي المعالجة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أدائها لجهة التأمين.

(14) الموافقات:

يتم الرد على طلب الموافقات من قبل جهة التأمين إلى مقدمي خدمة العلاج الطبي على تقديم الخدمة الصحية للمنتفعين خلال مدة لا تزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة.

(15) صيغة الجنس:

لأغراض هذه الوثيقة فإن الكلمات المستعملة بصيغة المذكر تُعتبر مندرجة كذلك على الإناث.

(16) الإشعارات:

1. كل إشعار أو مخاطبة أخرى لجهة التأمين تتطلبها هذه الوثيقة يجب أن تكون مكتوبة أو مطبوعة.
2. جهة التأمين غير مُلزمة بأي حال من الأحوال بإشعار حامل الوثيقة بموعد انتهاء مدة هذه الوثيقة.

(17) التقيد بأحكام الوثيقة:

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

(18) تسوية المنازعات:

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه عن طريق الهيئة و اللجان المشكلة بقرار الوزير المختص للنظر في مخالفات أحكام القانون وهذه اللائحة.

لقد قرأ حامل الوثيقة أحكام هذه الوثيقة مع جدولها ووافق عليها.

توقيع حامل الوثيقة: التاريخ: / / 2013م

توقيع جهة التأمين: التاريخ: / / 2013م

الملحق رقم (5)

المرفق باللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م

بشأن نظام التأمين الصحي
الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

عقد استرشادي لتقديم خدمات رعاية صحية

إنه في تاريخ: الموافق:

قد تم الاتفاق بين كل من:

طرف أول: ومقرها الرئيسي:
(اسم شركة التأمين)
(المدينة)
(اسم)

رقم الهاتف: رقم الفاكس: البريد الالكتروني:
ويمثلها السيد: وصفته:

طرف ثاني: ومقرها:
(نوع المرفق الصحي واسمه)
(اسم المدينة)

رقم الهاتف: رقم الفاكس: البريد الالكتروني:
ويمثلها السيد: وصفته:
ويمثلها السيد: وصفته:
على ما يلي:

تمهيد

طبقاً لأحكام القانون رقم (20) لسنة 2010م بشأن نظام التأمين الصحي ولائحته التنفيذية ووثيقة التأمين الصحي وحيث أن الطرف الأول يقوم بإصدار وثائق تأمين صحي تلزمه بدفع تكاليف الرعاية الصحية للمؤمن عليهم؛ وبما أن الطرف الثاني قد أبدى رغبته واستعداده للقيام بتقديم كافة الخدمات الطبية والعلاجية للمؤمن عليهم بموجب وثيقة التأمين الصحي وأية ملاحق مكملة يصدرها الطرف الأول؛ فعليه فقد تم الاتفاق بين الطرفين على البنود التالية:

البند الأول

يعتبر التمهيد أعلاه جزء لا يتجزأ من العقد.

البند الثاني

يلتزم الطرفان بتوفير الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة والتي تتفق والأساليب الطبية الحديثة المقبولة عامة مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق من تقدم في مجال الطب.

البند الثالث

يلتزم الطرفان التزاماً تاماً بكل ما جاء في وثيقة التأمين الصحي من تعاريف وأحكام وشروط عامة ومنافع واستثناءات وواجبات والتزامات.

البند الرابع

يقدم الطرف الثاني خدماته الطبية وفقاً للأحكام والشروط والأسعار التي ينظمها هذا العقد وأية ملاحق ملحقة به والتي تعتبر جزءاً لا يتجزأ منه و مكملة له.

البند الخامس

لا يجوز للطرف الثاني التقدم بمطالبات للطرف الأول عن خدمات لا تتوافق والأساليب المتبعة أو المعايير الطبية المقبولة.

البند السادس

يلتزم الطرف الثاني بأن تكون الإجراءات الطبية المتخذة مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية لإنجاز المهمة.

البند السابع

يلتزم الطرف الثاني بالإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية وذلك حسب متطلبات وزارة الصحة في هذا الشأن.

البند الثامن

يلتزم الطرف الثاني بسرعة وسهولة توفير الخدمات العلاجية للمنتفعين.

البند التاسع

يلتزم الطرفان بمعايير خدمة " طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج " الواردة في الملحق (7) من هذه اللائحة وعلى وجه الخصوص بما يلي:

1. يلتزم الطرف الأول بسرعة البت في طلبات إعطاء الموافقات المرفوعة من قبل الطرف الثاني على تقديم العلاج للمنتفعين في مدة أقصاها ستون دقيقة من استقباله للطلب .
2. يجب على الطرف الثاني التأكد من أن الخدمة المطلوبة مطابقة لشروط العقد.
3. في الحالات الطارئة؛ يتم البدء في معالجة المريض مباشرة دون أدنى تأخير ومن ثم يبدأ في إجراءات طلب الموافقة.

البند العاشر

يلتزم الطرف الثاني بالإسراع بمطالبة الطرف الأول بتسوية مستحقاته المترتبة على علاج المنتفعين وبالشكل المتفق عليه مع جهة التأمين خلال مدة لا تزيد عن تسعين يوماً من تاريخ الاستحقاق.

البند الحادي عشر

1. يلتزم الطرف الأول بسداد مستحقات الطرف الثاني في مدة لا تزيد عن ستين يوماً من تاريخ استلام المطالبة.
2. على الطرفين الاتفاق على تسوية مبلغ المطالبات وفي حالة عدم الاتفاق يمكن لأي منهما إحالة الخلاف إلى الهيئة للفصل فيه.

البند الثاني عشر

على الطرف الثاني التحقق من هوية المنتفع، وفي حالة قيام الطرف الثاني بعلاج شخص من غير المنتفعين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.

البند الثالث عشر

يقدم الطرف الثاني خدماته الطبية المختلفة للمؤمن عليهم بموجب وثائق التأمين الصحي وأي ملاحق أخرى مكملة سارية المفعول والتي يقدمها الطرف الأول ويقبلها الطرف الثاني محتوية الشروط العامة والمنافع والاستثناءات والتي على ضوءها يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية؛ وأن لا يتقاضى الطرف الثاني تكاليف العلاج بأنواعه المختلفة التي تنطبق عليها شروط وحدود وثائق التأمين الصحي من المؤمن لهم و يلتزم الطرف الأول بأداء هذه التكاليف طبقاً لأحكام هذا العقد.

البند الرابع عشر

إن التزام الطرف الثاني بتقديم الخدمات الطبية للمؤمن عليهم لدى الطرف الأول يتطلب أن يبذل العناية القصوى في تقديم هذه الخدمات الطبية بكافة أنواعها وفروعها وطبقاً للقواعد والأعراف المهنية الطبية وبالتالي يسأل مسؤولية كاملة عن أي تقصير أو إهمال أو خطأ مهني في التشخيص أو العلاج أو إجراء العمليات الجراحية أو عدم تقديم الخدمات الطبية المطلوبة أو الامتناع عن علاج المرض بدون سبب أو بذل عناية أقل من العناية الواجبة.

وبالتالي فيلتزم بأي تعويض عن أي أضرار مباشرة أو غير مباشرة تصيب أيّاً من المؤمن لهم أو الطرف الأول وهو كذلك مسؤول مسؤولية كاملة عن أخطاء وتقصير وإهمال أي من الأطباء الذين يعملون لديه ومساعدتهم والممرضين وأي من العاملين لديه بدون أي استثناء.

كما أن المسؤولية تكون على الطرف الثاني في حالة قيام أحد موظفيه أو أطبائه بإساءة استخدام أو بتحايل أو بتزوير في تقديم الخدمة؛ وذلك في إطار الأنظمة واللوائح النافذة ويلتزم الطرف الأول بالمسؤولية الكاملة لما قد يترتب على رفض طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج المرفوع من قبل الطرف الثاني المطابق لشروط العقد والمشمول بوثيقة التأمين الصحي وأيّة ملاحق إضافية مكملة.

البند الخامس عشر

يجب على الطرف الأول إبلاغ الطرف الثاني بانضمام حامل الوثيقة الى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت وعن أية وثائق تأمينية تم الغاؤها.

البند السادس عشر

يلتزم الطرف الثاني بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وأن يهيب ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.

البند السابع عشر

يلتزم الطرفان بمقدار أجور الخدمات وإجراءات التسوية وتسوية المبالغ المستحقة عن الوصفات الطبية التي تم صرفها.

البند الثامن عشر

أي خلاف أو نزاع ينشأ عن تطبيق هذا العقد وأية ملاحق به ملحقة أو مكملة له ولم يمكن حله ودياً يتم الفصل فيه عن الهيئة.

البند التاسع عشر

لا يجوز للطرف الثاني التنازل عن إلزام المؤمن لهم بالمشاركة في دفع جزء من تكاليف العلاج (حسب ما هو منصوص عليه في الوثيقة الموحدة وأية ملاحق إضافية مكملة).

البند العشرون

مدة هذا العقد (.....) من تاريخ التوقيع عليه من كل من الطرفين ويجدد لمدة أو لمدد مماثلة باتفاق الطرفين الكتابي.

وفي حالة عدم رغبة أي من الطرفين في تجديد هذا العقد عند نهاية المدة الجارية فعليه إخطار الطرف الآخر كتابة بعدم رغبته في التجديد قبل موعد انتهاء المدة الجارية للعقد بستين يوماً على الأقل وذلك بموجب كتاب مسجل مصحوب بعلم الوصول إلى الطرف الثاني. كما يُلغى هذا العقد تلقائياً إذا ألغت وزارة الصحة اعتماد الطرف الثاني.

البند الحادي والعشرون

يجوز للطرف الأول إلغاء هذا العقد مع الطرف الثاني؛ مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما؛ إذا لمس من الطرف الثاني إخلالاً كاملاً أو جزئياً بتقديم الخدمة.

وفي هذه الحالة يخطر الطرف الأول الطرف الثاني بالإلغاء كتابة بموجب كتاب مسجل مصحوب بعلم الوصول إلى الطرف الثاني قبل موعد الإلغاء بثلاثين يوماً. كما يجوز للطرف الثاني إلغاء العقد في حالة عدم وفاء الطرف الأول بسداد التزاماته المالية المستحقة الأداء لمدة تسعين يوماً من تاريخ استلام المطالبة، ولا يشمل لفظ "التزامات مالية" أي مبالغ قيد المراجعة من قبل الطرفين أو أي مبالغ جاءت مخالفة للعقد و تم خصمها من حساب الطرف الثاني على أن يتبع الطرف الثاني نفس الإجراءات المنصوص عليها في هذا البند في حالة رغبته إلغاء هذا العقد.

البند الثاني والعشرون

لا يؤثر انتهاء العمل بهذا العقد طبقاً للبند العشرون أو الغاؤه طبقاً للبند الحادي والعشرين على حقوق والتزامات أي من الطرفين تجاه الآخر على الوجه التالي:

1. تنتهي مسؤولية الطرف الأول عن أي تكاليف أو علاجات تتم بعد التاريخ المحدد لانتهاء العقد أو الغائه فيما عدا الحالات التالية:

أ) أية حالات تنويم تمت الموافقة المسبقة عليها قبل الانتهاء أو الإلغاء وما زال المريض تحت العلاج.

ب) أي مطالبات قائمة للطرف الثاني لم يحن بعد موعد إرسالها إلى الطرف الأول.

ج) أي مطالبات قائمة لدى الطرف الأول ولم تتم تسويتها بعد.

د) أي مطالبات كانت قد تم الموافقة عليها مسبقاً.

فهذه المطالبات تنطبق عليها شروط ومواعيد السداد المتفق عليها بين الطرفين.

2. تنتهي مسؤولية الطرف الثاني بالنسبة لمدة العقد السارية بانتهاء السنة التأمينية لكل وثائق التأمين

الصحي المبلغة له ولكن عليه أن يستمر في تقديم الخدمات التأمينية المبينة في هذا العقد بعد تاريخ

انتهاء مدة هذا العقد إلى أن تنتهي المدة التأمينية الجارية للوثائق المبلغة له والتي يقوم بتقديم

الخدمات الطبية للمؤمن عليهم بموجبها وتنطبق على العلاجات التي يقوم الطرف الثاني بتقديمها

بعد انتهاء أو إلغاء العقد الحالي ذات القواعد والأحكام والشروط وأسعار الملاحق الواردة به.

البند الثالث والعشرون

يلتزم الطرفان بأحكام قانون التأمين الصحي ولائحته التنفيذية ووثيقة التأمين الصحي وأية تعليمات تصدر عن الجهة المختصة أو وزارة الصحة؛ و يُلغى هذا العقد تلقائياً إذا ألغت وزارة الصحة اعتماد الطرف الثاني.

وعلى ذلك جرى التوقيع:

طرف ثاني:

التوقيع:

التاريخ:

الختم:

طرف أول:

التوقيع:

التاريخ:

الختم:

الملحق رقم (6)
المرفق باللائحة التنفيذية للقانون رقم (20) لسنة 2010م
بشأن نظام التأمين الصحي
الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم () لسنة 2013م

طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج

استناداً على المادة (74) من اللائحة التنفيذية لقانون الضمان الصحي التعاوني والتي نصها: " باستثناء الحالات الطارئة، يجب على جهة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج خلال سنتين دقيقة "

معايير الخدمة:

1. الحالات التي يحتاج لها طلب موافقة:
 - أ) المعالجة في العيادات الخارجية إذا كانت تكلفة العلاج للمرة الواحدة يحتمل أن تزيد عن
 - ب) حالات التنويم، معالجة اليوم الواحد، العمليات الجراحية للحالات غير الطارئة.
 - ج) التنويم للحالات الطارئة خلال 24 ساعة من الدخول.
 - د) جلسات العلاج الطبيعي بعد الجلسة الأولى.
2. في الحالات الطارئة يتم البدء في معالجة المريض مباشرة دون أدنى تأخير وبعد ذلك يتم البدء في إجراءات طلب الموافقة.
3. يجب على مقدم خدمات العلاج الطبي أن يلتزم دائماً بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة () من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني وأن يهيب ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.
4. يجب استخدام نموذج طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج المعتمد من وزارة الصحة من قبل مقدمي خدمات العلاج الطبي عند طلب الموافقة.
5. يجب على مقدمي خدمات العلاج الطبي كتابة كافة المعلومات الطبية اللازمة على نموذج طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج المعتمد وبوضوح.
6. يجب على جهة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج في مدة أقصاها سنتين دقيقة من استقبال الطلب ؛ حسب ما هو موضح على طلب الموافقة المرسل من قبل مقدم خدمة العلاج الطبي.

7. يجب توضيح تاريخ ووقت طلب الموافقة من قبل مقدم خدمة العلاج الطبي على الطلب وتاريخ ووقت الرد من قبل جهة التأمين على نفس الطلب .
8. بعد إسلام جهة التأمين طلب الموافقة المرسل من مقدم خدمة العلاج الطبي يجب أن يتم الرد مباشرة بتأكيد الاستلام وأنه قيد الإجراء.
9. في حالة عدم استلام مقدم خدمة العلاج الطبي الرد على طلب الموافقة في مدة أقصاها ستين دقيقة من إرساله؛ مع التأكد من استلام الطلب من قبل جهة التأمين أثناء هذه الستون دقيقة؛ يتم التعامل من قبل طالب الخدمة مع الطلب على أساس الموافقة.
10. في حالة عدم موافقة جهة التأمين على طلب الموافقة فيجب توضيح ذلك كتابياً مع بيان الأسباب خلال الستين دقيقة من استلام الطلب.
11. في حال الاختلاف يتم الرجوع الى استشاري ليبي حيادي غير متفرغ من العاملين في القطاع العام في مجال التخصص محل الخلاف تتحمل تكلفته جهة التأمين.
12. يجب على كافة جهات التأمين ومقدمي خدمات العلاج الطبي إنشاء سجلاً يدون به كل طلبات الموافقات وما آلت اليه؛ وتقديمه للجهات المعنية عند الطلب.