



Spiral Health

GENERAL CONDITIONS

Version: August 2023
Code: 3007.2



Spiral
Safety



Contents

A - Basic Rules

1. Introduction
2. Definitions
3. General Terms & Conditions
4. Sanction Clause

B- Basic Covers

In-Hospital Healthcare Plan

1. In-Hospital Healthcare Benefits
2. Exclusions
3. Claims Administration

Annex Travel & Emergency Assistance Healthcare Cover

1. Definitions
2. Travel & Assistance Healthcare Benefits
3. Exclusions
4. Claims Administration

C- Additional Cover

Ambulatory Healthcare Plan (Optional)

1. Definitions
2. Ambulatory Healthcare Benefits
3. Exclusions
4. Claims Administration

A- BASIC RULES

1. Introduction

1.1 This Contract (as defined hereinafter in Section 2- Definitions) guarantees, subject to the Terms and Conditions contains herein or endorsed, the Healthcare coverage described in the attached Table of Benefits & Premiums hereafter called (T.B. & P.), provided always that the corresponding premiums are paid when due.

1.2 The Company (as defined hereinafter in Section 2- Definitions) guarantees, after applying the Deductible, if any, the payment of the Healthcare Benefits provided in this Contract, and up to the Maximum Yearly Limit per Case or up to the Maximum Lifetime Limit for every Insured, all shown in the (T.B. & P.).

1.3 This Contract is effective only after the applicant has been formally accepted in writing by the Company and remains in force in accordance with the Terms, Provisions and Conditions of this Contract. Wherever mentioned in this Contract, the masculine gender shall be deemed to include the feminine.

2. Definitions

Contract Definitions

2.1 Company: is the Insurance Company - SNA S.A.L. - duly registered and authorized to operate in Lebanon, the country where this Contract is issued and which is responsible for the payment of healthcare expense benefits in accordance with and subject to the Terms, Provisions and Conditions of this Contract and any attachment(s) thereto.

2.2 Contract: is the instrument through which the Company, subject to the application form(s), Terms, Provisions and Conditions, Limits and Exclusions provided herein, guarantees the payment of the Healthcare Benefits set forth in the (T.B. & P.) of the Contract.

2.3 Contract Owner: is the individual or the legal entity that applies for this Contract and whose application form has been formally accepted by the Company in his favor and/or in the name or for and on behalf of his Legal Dependents mentioned in the (T.B. & P.).

2.4 Insured: may be the Contract Owner and/or the Contract Owner's Legal Dependents who are formally accepted in writing by the Company and listed in the (T.B. & P.) of the Contract or in any subsequent endorsement. A newly born baby may be insured on condition that the Contract Owner submits a written request in this regard, which the Company may accept in case the underwriting conditions are fulfilled.

2.5 Legal Dependents: are the spouse(s) of the Contract Owner (excluding those legally separated), the unmarried children of the Contract Owner (including legally adopted children) aged under 18 (eighteen) years or 25 (twenty five) years old if still full-time students, as well as any other relative who is considered by law as a Legal Dependent of the Contract Owner.

2.6 Third Party Administrator: is the T.P.A. specified in the (T.B. & P.), who is acting in the name of, or for and on behalf of the Company in managing and administering all the healthcare claims of the Contract through its Local and Regional Offices and Delegates.

The T.P.A. Claims Center provides the Insured with guidance and information, verifies his eligibility to the Healthcare services and makes the decision, as whether to grant or not to grant the approval of coverage for a requested Healthcare Service. To that effect, the T.P.A. Claims Center provides the approval of coverage defined hereinafter under Authorization Form, to the selected Healthcare Provider, follows up the Insured's hospital stay and facilitates his discharge.

2.7 Healthcare Providers: are the providers of specific Healthcare Services (e.g. hospitals, medical centers, laboratories, physiotherapy centers, doctor's clinics and pharmacies) located on the Territorial Limits mentioned in the (T.B. & P.), formally adopted by the Company as participating in its Network of Providers, to cover at preferential rates the whole or part of the available Healthcare Services.

The network of healthcare providers approved by the company is comprehensive and includes at least one of the five university hospitals listed under article 5 of the ministerial decision number 186.

2.8 Insured Card: is a personalized insurance card issued in the name of each Insured to facilitate his access to the Healthcare Services covered under this Contract.

2.9 Pre - Existing Conditions: Pre-existing conditions are medical conditions or any related conditions for which one or more symptoms have been displayed at some point during your or your dependent's lifetime, irrespective of whether any medical treatment or advice was sought. Any such condition or related condition, about which you or your dependants could reasonably have been assumed to have known, will be deemed to be pre-existing. Conditions arising between completing the relevant application form and the effective date of the Contract will equally be deemed to be pre-existing. Such pre-existing conditions will also be subject to medical underwriting and if not disclosed, they will not be covered. Please refer to the special conditions under your (T. B. & P) to confirm if pre-existing conditions are covered.

2.10 Observation Period: The observation period is a **6 months** period commencing on the Contract first effective date for you or for any of your dependents, during which the Company reserves the right to re-underwrite your and/or your dependents' cases and change any condition of the Contract including the benefits, the limits, the exclusions or the premium.

2.11 Evidence of Insurability: The medical and/or nonmedical documentation supplied by or obtained from the Insured deemed necessary for the evaluation of the application form during the underwriting process.

2.12 Exclusions: are the specified conditions, illnesses, treatments, causes, services, circumstances or other terms that are expressly stated as not covered under this Contract.

2.13 Specific Exclusions: are the Exclusions that result from the underwriting process, which are determined by the Company to be applied specifically to a certain Insured and are shown in the (T.B. & P.).

2.14 Exclusion Waiting Period: is the specified number of hours/days/months following a Contract's Effective Date where certain Contract Benefits for illnesses, treatments, conditions, other services and any complication arising there from are not covered. Waiting Periods may be applied to all, some or none of this Contract's Exclusions and may or may not include a Lifetime restriction on coverage in the event this condition applies to the Contract Owner and/or the Insured during the Exclusion Waiting Period.

2.15 Initial Contract: is the first Contract the Contract Owner enrolls in.

2.16 Enrollment Date: is the day, month and year at noon specified in the (T.B. & P.), on which the Contract Owner

enrolls for the first time in this Contract.

2.17 Effective Date: is the day, month and year at noon specified in the (T.B. & P.), the insurance under this Contract takes effect for the first time or takes effect for each subsequent Renewal. Healthcare expense benefits begin on the Effective Date in accordance with and subject to the Terms, Provisions and Conditions of this Contract and any attachment(s) thereto.

2.18 Expiry Date: is the day, month and year at noon on which this Contract expires as specified in the (T.B. & P.). Healthcare expense benefits cease on this date unless Renewal has been effected.

2.19 Contract Period: is the length of time between the Enrollment Date and the Expiry Date of the Contract.

2.20 Contractual Period: is identified in the (T.B. & P.) of the Contract, as starting from the Effective Date till the Expiry date.

2.21 Renewal Date: is the day, month and year at noon upon which coverage under the Contract continues beyond its original term provided that payment of a Premium for the continuance of coverage has been effected. The Renewal Date usually coincides with the Expiry Date of the original Contract Period.

2.22 Endorsement: is any Amendment to the existing Contract, usually addition or deletion of an Insured or Plan for changes.

2.23 Amendment: is the formal document changing all or any of the provisions of the Contract.

2.24 Contract Cancellation Date: is the day, month and year at noon this Contract is stopped.

2.25 Physician's Report: is a special form of medical report that must be completed in a clear, detailed and precise way and without any ambiguity by the attending physician of the Insured subject to mandatory submission to the T.P.A. prior to any In-Hospital Healthcare Services.

2.26 Authorization Form: is the approval of coverage for direct payment provided by the T.P.A. for and on behalf of the Company, to cover a specific Healthcare Service solicited by the Insured. The Insured must obtain the Authorization Form from the T.P.A. Claims Center in order to benefit from a free access at a designated Healthcare Provider. The Authorization Form procedure is only applicable when the Healthcare Services are solicited at an approved Network.

2.27 Claim Reimbursement Request: is a written demand made to the Company by or on behalf of the Insured for

special reimbursement of Healthcare Expenses. This Request should be filled and addressed directly to the Company with all the requested supporting documents (e.g. discharge report, detailed original bill and original receipt, medical and examinations reports, diagnoses and results ...).

2.28 Eligible Healthcare Expenses: are the medical expenses determined by the Company/T.P.A. as covered by the Contract inclusive or not of Insured out-of-pocket amounts such as Limits and/or Deductible and/or Supplementary Coverage as defined in the (T.B. & P.).

2.29 Non-Eligible Healthcare Expenses: are the medical expenses that are determined by the Company/T.P.A. as not covered by the Contract.

2.30 Limit/s: is a Contract provision that sets a cap on types of Eligible Healthcare Expenses. Limit/s may be a) number of hospitalization days per lifetime, b) number of hospitalization days per year, c) a monetary amount per lifetime, d) a quantity amount per lifetime, e) a monetary amount per case per year, f) a quantity amount per case per year, g) a monetary amount per Claim, h) a quantity amount per Claim.

Coverage Definitions

2.31 Healthcare: is receiving a treatment or undergoing at an approved Healthcare Provider, any of the hospitalization cases enumerated in the In-Hospital Healthcare Benefits and/or any of the exams and treatments enumerated in the Ambulatory Healthcare and/or the Physician's Consultation and/or the Prescriptions of Medicines; provided that any of the above mentioned plans is clearly shown in the (T.B. & P.)

2.32 Confinement: is the uninterrupted stay for a defined period of time in a hospital followed by a discharge.

2.33 In-Patient: is the treatment, diagnostic procedures and/or other types of medical care administered to the Insured in a hospital which Medically Necessitate the Insured's Confinement to a hospital as a registered bed patient for 24 hours or more. Day-Hospitalization admissions are considered In-Patient.

2.34 Hospitalization: is the confinement of the Insured at a hospital upon a written advice of a physician for a minimum of an overnight stay for Medically Necessary surgery, treatment or other medical care related to an illness or injury which cannot be performed on an Out-Patient basis.

2.35 Day-Hospitalization: means the Surgery, diagnostic tests and/or medical treatment which are performed on a same day basis and which require specialized medical supervision and care in a Healthcare Provider's facility, prior, during and/or after the surgery, treatment and/or test; but do not Medically Necessitate an overnight stay.

2.36 Hospitalization Expenses: are the reasonable and customary Healthcare Expenses incurred as a result of the Hospitalization of Insured during a reasonable period of time. The additional bed expenses (extra-bed) for one parent accompanying a hospital-confined child aged 12 years and under, will also be covered. The cost of guest meals, telephone charges as well as any other accommodation services shall be considered as non medical expenses and consequently should be paid directly to the hospital by the Insured/Contract Owner.

2.37 Out-Patient: is the Ambulatory Healthcare (diagnostic tests and treatments) and/or Physician's Consultation and/or Prescriptions of Medicines which do not Medically Necessitate Hospitalization or specialized medical supervision and care in a hospital, prior, during and/or after a procedure.

2.38 Table of Benefits and Premiums: are the set of the Healthcare Benefits provided for in the Contract along with their Premiums, Limits and Exclusions specifically identified as approved for coverage for each Insured, called hereinafter (T.B. & P.).

2.39 Cause: is the term that broadly describes the reason an Insured seeks Healthcare (i.e. a fall, an accident, a check-up, a poisoning, etc.).

2.40 Illness: is a disease, impairment, interruption, cessation or disorder of bodily function(s), system(s) or organ(s) of the Insured which appear at least **48 hours** after the Enrollment Date of the Contract and which require Healthcare Services.

2.41 Injury: is a physical damage other than illness, including all related Conditions and recurrent symptoms which are usually caused by an Accident.

2.42 Accident: is a sudden, violent, external, visible, material, unforeseen, unintended accident occurring at least **24 hours** after the Enrollment Date of the Contract resulting directly and notwithstanding any other factor in a bodily injury that require Healthcare Services.

2.43 Accidental Injury: is an Accident which causes acute physical damage to the Insured, excluding underlying health problems or pre-existing conditions that may aggravate or enlarge the injury.

2.44 Emergency: is a health condition sustained as a result of sudden non-excluded Accident or Illness, raising a significant medical problem necessitating treatment (medical or surgical) to be performed exclusively within the Territory of Occurrence, which may not be delayed and which requires immediate Confinement to the hospital's emergency room whether followed by Hospitalization or

not. Confinement must be administered within **24 hours** of the accident or illness.

2.45 Maternity: is the normal childbirth or cesarean delivery of the legally married woman taking place after at least **10 months** of her Enrollment Date.

2.46 Congenital Anomaly: is a condition existing at or from birth which is a significant deviation from the common form or normal and for the purposes of this Contract will include both visible and hidden structural body deviations as well as chromosomal abnormalities.

2.47 Cosmetic Surgery: is any operative procedure or any portion of a procedure performed to improve physical appearance and/or treat a mental condition through change in bodily forms.

2.48 Case: is the reasonable expenditure necessarily incurred during the prevalence of this Contract for Healthcare Services resulting from an Accident or an Illness and arising from the same cause including any and all complications deriving there from. All bodily injuries sustained in any one accident shall be considered one case and all bodily disorders which are due to the same or related causes shall be considered one case as well.

2.49 Maximum Lifetime Limit: is the total number of hospitalization days for all cases that may be borne by the Company during the Lifetime of each Insured as determined in the (T.B. & P.) of the Contract (720 days). There are no lifetime financial limitations, unless stated otherwise in the (T.B. & P.).

2.50 Sub-Standard Risk Financial Limit: is the limit that The Company can, against an additional premium and at its sole discretion, agree to grant the Insured in writing a Sub-Standard Risk Financial Limit representing a Lifetime Limit applicable only for special cases. Upon renewal, the loading factor for Sub-Standard Risk premium calculation will remain unchanged so far the entire list of persons insured are also renewing their Contract with the Company. The eligibility period for Sub-Standard Risk classification under this Contract is one year.

2.51 Deductible: is the percentage or the amount of the Healthcare Expenses to be borne and settled out-of-pocket by the Contract Owner to the Healthcare Provider. The deductible can be applied either on each and every Case / Insured or Family and is shown in the (T.B. & P.).

2.52 Co-participation: is the portion of incurred Healthcare Medical Expenses, usually a fixed percentage, the Insured is

obliged to pay out-of-pocket.

2.53 Territory of Occurrence: is the country where the Insured's health condition required Healthcare Services and where related Medical Expenses were incurred.

2.54 Territorial Limits: is/are the country(ies) specified in the (T.B. & P.), where the Insured is eligible to obtain the Healthcare Treatments and Benefits subject to the Terms, Conditions, Limits and Exclusions provided herein.

2.55 Currency: is the base currency for this Contract which is shown in the (T.B. & P.). The reimbursement of all claims shall be based and converted at the exchange rate ruling at the day of discharge.

Medical Definitions

2.56 Treatment: is any surgical, medical, pharmaceutical and/or other approach used to cure or rectify the Insured's Illness or Injury deemed as being Medically Necessary and which must be legally permitted in the country where the Treatment was prescribed.

2.57 Surgery/Surgical: is an invasive procedure including laser, injection therapy, electrocauterization, cryotherapy, which is used to diagnose, cure or rectify an Illness, Injury, condition, defect or malformation. In this context, invasive diagnostic procedures such as endoscopy, angiography, destruction of kidney stones or gallstones, any method of treating a fracture, reduction of a dislocation, normal childbirth and catheterization (excluding urethral, peripheral venous and/or arterial) will be considered as Surgery / Surgical.

2.58 Medically Necessary: are Hospitalizations, Confinements, Surgeries, Treatments, procedures, services, supplies, medications, equipment or other items or Expenses requested, administered or charged by a Provider which the Company determines at its own discretion to be all of the following:

1. Required for the treatment or management of an Illness or Injury.
2. Appropriate to diagnose or treat the Insured's Illness or Injury.
3. Consistent with standards of good medical practice.
4. Not primarily for the personal comfort or conveniences or the Insured, family or the Provider.
5. Not a part of or associated with the scholastic education or vocational training of the Insured or primarily for education or experimental purposes.
6. In case of In-Patient care, cannot be provided safely on an Out-Patient basis.
7. Given in the most cost efficient manner and setting consistent with maintaining safe care. The fact that a Provider has prescribed, recommended or approved

a Hospitalization, Confinement, Surgery, procedure, Treatment, Service, medication, equipment or other item or Expense does not, in itself, make it Medically Necessary.

2.59 Unnecessary Treatment: is a service or Treatment that is not Medically Necessary.

2.60 Chronic Disorder: is a specific assessment that requires a regular, lifetime treatment.

2.61 Check-up: is any form of examinations, tests, procedures, consultations or other medical services that are conducted for preventative or for screening reasons and which are not related to a current symptom, specific assessment or other health problem of the Insured.

2.62 Epidemic/Pandemic diseases: a general and widespread sudden outbreak of an acute and severe infectious disease caused by a any virus, bacteria, parasites, etc that affects simultaneously numerous individuals and that is officially declared as epidemic/pandemic disease by competent authorities such as the Ministry of Health (MoH) and/or the World Health Organization (WHO).
The maximum amount payable under this cover shall in no case exceed the financial limit stated in the Table of Benefits and Premiums.

3. General Terms & Conditions

Article 1: Contract

The application form(s) and medical questionnaire(s), the (T.B. & P.), the Introduction, the Definitions, the Terms, Provisions and Conditions, the Exclusions, the declarations and any other preceding documents, as well as all endorsements that will be annexed thereafter constitute the basis of this Contract. Any Addition, Amendment or Deletion to this Contract shall be void unless it has been made formally, acknowledged and accepted in writing, signed and sealed by the Company.

Article 2: Hospitalization Class

The Insured will be covered under the In-Hospital Class which he is entitled to as defined in the (T.B. & P.) of the Contract. When the Insured uses a class of coverage higher than the class he is eligible for, he would then be held to pay himself the difference of the Hospitalization Expenses, and not only the Confinement Expenses (e.g. physician fees, operating rooms, costs of other treatment, etc.).

Article 3: Upgrading of Hospitalization Class

If the Contract Owner renews or amends his Contract with an upgrade in Hospitalization Class (e.g. changing to a higher class, or from Co-NSSF to Co-Nil), all waiting periods will be applied on the Benefits as from the Effective Date of this renewal or amendment. In case of upgrade of cover from

Co NSSF to Co Nil based on a proof of work exit, all waiting periods shall be waived.

In all instances, the Company reserves the right to reconsider the Terms, Provisions and Conditions of the Contract and has also, at its discretion, the right to reject the request of the change without the need for any justification.

Article 4: Supplementary Coverage

In case of the participation of a certain fund, such as the National Social Security Fund (Co-NSSF Plan) or any other scheme (e.g. Civil Servants Cooperative, Mutual Fund, Workmen Compensation Program, etc) determined per Insured in the (T.B. & P.), the Company shall only cover the portion that is supplementary to the cover provided by the scheme even if the approved Provider is not contracting with these schemes and irrespective of whether or not the Insured has been successful in receiving such Benefits. All amounts will be determined and calculated by the T.P.A. and such calculations and determinations shall be deemed valid unless the Insured and/or the Contract Owner prove(s) otherwise.

Article 5: Premiums Specifications and Payment Conditions

The premium is due by the Contract Owner to The Company, and is payable in advance according to the frequency of payment agreed upon between the Contract Owner and the Company as specified in the (T.B. & P.) of this Contract and includes the charges, taxes and stamps.

5.1 Payment of premiums: The Benefits provided by the Company under this Contract shall not apply until the first installment is fully paid. The partial or entire payment of the premium at the time of the presentation of the application form or of the later renewal does not bind the Company and does not constitute the acceptance of the submitted application.

In the instance where the Company rejects the first application or the renewal application, the full amount of premium deposit will be refunded to the applicant. In case the applicant does not accept the additional premium and/or Specific Exclusion(s), if applicable, the payment made on the first or the renewal application shall be refunded to the applicant. No receipt for any premium is valid unless it is on the Company's printed form and duly signed by or on behalf of the Company by an authorized third party.

5.2 Unpaid premiums: If the Contract Owner fails to effect the payment of the premium on the due date according to the terms and conditions of the Contract and as indicated in the (T.B. & P.), the Company shall have the right to cancel or not to renew the Contract from its effective or from its renewal date, as applicable without any premium refund and without any further written notice. In all cases, and until the payment is effected, the Company may freeze all benefits under the

Contract and therefore may deny coverage of the Insured Healthcare Benefits for claims occurring during the freeze period.

Article 6: Contractual Period and Guaranteed Renewability

The Contractual Period of this Contract is twelve calendar months that begins at the Effective Date and terminates on the Expiry Date as specified in the (T.B. & P.). At the expiry of the Contractual Period, no termination notice is required and no grace period allowed for. The Contract is automatically renewed for the next Insurance Year (as per decree 186) provided that all premiums due to us have been paid and the payment details we have for you are still valid on the renewal date. Please update us if your bank account details have changed. As part of this automatic process, and before the renewal date, you will receive your renewed Contract along with details of any changes.

If you do not receive your renewed Contract it is important that you notify us.

The Company reserves the right not to renew this Contract without any further written notice and/or grace period in the following instances:

- a. The premium due is not settled according to the terms and conditions of the Contract stated under Article 5;
- b. The Contract Owner or the Insured has made false statements or has concealed any type of medical or nonmedical information in the initial Application Form or in the following declarations.

At any Renewal Date, the Company reserves the right to amend the whole or part of the Contract thereof (e.g. General Conditions, Plans, Benefits, Premiums of the Plan selected by the Contract Owner and covered under this Contract), provided such amendments, apply on equal terms to all its Insured pertaining to the same Class of Risk. It is agreed and understood that any Sub-Standard Terms applied at the initial Underwriting process prior to the Enrollment Date, when applicable, shall be enforced at each Renewal Date.

Article 7: Addition of Insured

The Contract Owner should submit an Additional Application Form, to enroll new Legal Dependents (spouse, newborn, adopted child) who were not included in the initial Application Form, as per the procedure set by the Company, provided that the Application for addition must be presented within **30 days** following the wedding, the birth or legal adoption. The Company reserves the right to decline or to accept on special terms or to accept on standard terms, the addition of the proposed Legal Dependents in accordance with the Underwriting practice in force.

Article 8: Deletion of Insured

The Contract Owner is obliged to formally request from the Company, prior to or at the Expiry Date, the deletion of an

Insured covered under this Contract, in case of:

- a. The death of the concerned Insured;
- b. The latter's status is no longer in conformity with the definitions of Legal Dependents;
- c. Any proven duplication of coverage caused by the transfer of the Insured under another health scheme.

The Premium refund related to any formal deletion that shall be due by the Company to the Contract Owner after deduction of the tax and stamps shall be processed as per Company Terms, starting from the Termination Date up to the (respective) Expiry Date.

It is agreed and understood that any Deletion Date has to fall after the last Claim entry relating to the Insured whose deletion is under consideration. In the event the Insured has submitted Claims during the period prior to his deletion, no Premium will be refunded.

Article 9: Amendment

Any Amendment required by the Contract Owner during the validity of this Contract or on the Renewal Date must be formally requested from the Company through the completion of an Amendment Form. The Company reserves the right to decline or to accept on special terms or to accept on standard terms the Amendment required by the Contract Owner, except in case of upgrade of cover from Co NSSF to Co Nil as described in article 3.

Article 10: Contract Cancellation

10.1 Cancellation by the Contract Owner: The Contract Owner has the right to cancel this Contract by submitting a formal written request along with the Contract and his Card(s) to the Company.

10.2 Cancellation by the Company: The Company has the right to cancel this Contract in case of non-payment of premium according to the terms of Article 5 and in case of false statements, false declaration or non-disclosure without refunding any premium.

Any Premium refund related to a cancellation and being due by the Company to the Contract Owner after the deduction of the tax and stamps shall be calculated on a pro-rata basis starting from the Cancellation Date up to the Expiry Date.

It is agreed and understood that any Cancellation Date has to fall after the last Claim entry relating to any Insured covered under this Contract. In the event the Insured has submitted Claims during the period prior to his cancellation, no Premium will be refunded.

Article 11: Right to Examinations and Medical Confidentiality

The Company and/or the T.P.A. shall have the right to require the medical examination of the Insured and to obtain copies of the medical records from all the doctors and health institutions which the Insured has consulted or where he

received treatment during and prior to the insurance period. To that effect, the Contract Owner and/or the Insured agree to waive their right to medical confidentiality to the benefit of the Company and/or the T.P.A.

Article 12: Healthcare cannot be a Source of Profit

The Contract Owner cannot, in any case whatsoever be reimbursed by the Company and any other organization including but not exclusive the Ministry of Health, his employer, the Trade Union, the National Social Security Fund (NSSF), the Civil Servants Cooperative, the Mutual Fund, and other Insurance Companies, more than one hundred percent of the incurred Healthcare Expenses.

Article 13: Loss of Compensation Right

In case the Contract Owner and/or Insured, mala fides, exaggerates the amount of the Healthcare Expenses, dissimulates or withdraws any medical report or document or purposely employs forged and/or false documents in order to prove his claim, he thus entirely and explicitly relinquishes his rights to obtain any indemnity from the Company.

Article 14: Loss of the Insured Card

In case of loss of the Insurance Card, the Contract Owner must immediately notify the Company in writing and request a replacement Card. Failing which, any Expenses incurred based on the usage of the said lost card, shall be fully borne by the Contract Owner.

Article 15: Notice to the Company

Any declaration or document that can be attached to this Contract will be taken into account only if presented in writing and duly notified to the Head Office of the Company. All notices and notifications must be sent by registered mail or courier service. Any change of address by the Insured is ineffective, unless reported in writing to the Company.

Article 16: Contract Owner's Statements

The Contract Owner must immediately inform the Company in writing of any alteration that may occur during the validity of this Contract or at Renewal Date, regarding family status, profession, activities, residence and business address, of each Insured covered under this Contract. The Company reserves the right to introduce new Underwriting decisions related to those specific changes accordingly to the Contract Terms, Provisions, Conditions and Premiums.

Article 17: False Declaration and Non-Disclosure

Any false statement or false declaration or non-disclosure, any reserve, omission, Undeclared Pre-Existing Condition, fault or misrepresentation in the application form or in the

renewal form or in the following declarations made by the Insured, discovered at any time, shall result in no coverage and in the Company's right not to renew or to cancel the Contract from the Effective Date (in accordance with the terms of the sub-Article 10.2) without any premium refund and without any further written termination notice.

Article 18: Subrogation

The Company will subrogate the Contract Owner in all his rights, claims and lawsuits, which he may have against any third party liable for any obligation or Expenses incurred based on whatsoever count or cause. In that case, both the Contract Owner and/or the Insured undertake not to sign any release or discharge without the prior written approval of the Company and to provide the Company with all customary assistance and diligence, as if they were themselves claimants; should the Contract Owner and/or the Insured breach this undertaking, they shall be liable to reimburse the Company with all amounts that could have been recovered from third parties.

Article 19: Legal Recourse

The Company elects residence in its Head Office in Hazmieh. This Contract is governed by the applicable Lebanese laws and jurisdiction in force.

4. Sanction Clause

No (re)insurer shall be deemed to provide cover and no (re)insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re)insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

B- BASIC COVER

In-Hospital Healthcare Plan

Terms, Provisions and Conditions related exclusively to part B

1. In-Hospital Healthcare Benefits

In return for the premium paid by the Contract Owner, the Company shall cover subject however to the Definitions, Terms and Conditions, Limits and Exclusions defined herein, within the Maximum Limit specified in the (T.B. & P.), all usual customary and reasonable Healthcare Services and their related Expenses incurred by the Insured under the following In-Patient Healthcare Benefits:

1.1 Hospitalization: The confinement of the Insured upon a written advice of a physician at any formally approved hospital located on the Territorial Limits mentioned in the (T.B. & P.), to receive the proper Healthcare service which cannot be provided in the external service of the hospital, resulting from an accident or an illness whose seriousness has required the admission, the overnight stay and the treatment at the hospital.

As for outside the Territorial Limits defined in the (T.B. & P.), the cases included in the hospitalization cover are recoverable on the basis of the highest tariff acknowledged between the Company and approved hospitals within the Territorial Limits for the same case and at the same date.

1.2 Special cases of Hospitalization: Day-Hospitalization cases which are performed on a same day hospital basis but do not require an overnight stay at the hospital such as:

- a. Small surgeries, treatment by lithotripsy for any kind of renal calculus, treatment by radiotherapy, chemotherapy and laser;
- b. All kinds of medical exams or endoscopy treatment which are carried out upon a written recommendation of the physician;
- c. Medical exams required to diagnose a disease which act can only be carried out through a stay at the hospital.

1.3 Emergency Treatment: The admission to the emergency room of the hospital within the Territorial Limits defined in the (T.B. & P.), within the **24 hours** following the occurrence of a sudden and non-excluded Accident or Illness to receive appropriate treatment (medical or surgical) which may not be delayed, without requiring stay expenses.

1.4 Internal Prosthesis Apparatus: The internal prosthesis apparatuses only are included in the cover of this Contract, in conformity with the Conditions and Limits set forth in the (T.B. & P.).

1.5 Maternity: The hospital Confinement is covered under both normal and cesarean deliveries of the Insured married woman taking place after at least **10 months** of the Enrollment Date. In this case, the hospitalization expenses cover: the room tariff, the surgery expenses, the physician fees, the medical treatment, 2 foetal monitoring during delivery, the cost of epidural, the boarding costs of a nursery or the use of an incubator (if any) for the new-born baby as of birth and for a maximum period and limit (stated in the T.B.&P.), irrespective of the period of stay of the mother, in addition to the fees of one consultation of the attending pediatrician and the expenses for male circumcision, if performed during the same hospital confinement for the delivery of the newborn baby. Those benefits do not engage the Company to grant cover to the new born baby.

1.6 Passive War Risks: It is hereby agreed that,

notwithstanding the article 969 of the Lebanese Code of the Obligations and Contracts and the Paragraph D of the Section 2- Exclusions, the Company agrees to cover within the Limit shown in the (T.B. & P.) all the Healthcare Expenses occurring as a direct or indirect consequence of:

War, warlike operations (whether war be declared or not, conventional, biological, chemical or nuclear), invasion, acts of foreign enemies, hostilities, acts of terrorism, terrorist sabotage, rebellion, mutiny, civil commotion, civil war, revolution, insurrection, military or usurped power, martial law, embargo, or any act committed by any person or persons for the purpose of overthrowing a government by violent force or to influence political decision making.

Terrorism (suspected or proven) shall be understood to include the consequences of hostage taking, drive-by shootings, planting of bombs, and other forms of physical violence.

It is hereby agreed that, the Passive war Risks is not granted under the Guaranteed Renewability feature and is renewed on a yearly basis.

2. Exclusions

Contrary to the principle of the guarantee given under the Terms of the present Contract, it is understood and agreed that no payment is due by the Company when the Healthcare Expense Benefits of the Insured occur or result, either directly or indirectly, from one of the following causes or actions:

1. All Ambulatory Healthcare Services needed to diagnose the illness and which do not require hospital confinement, such as those delivered at a physician's office, clinic, medical center or Out-Patient hospital facility, other than those mentioned in paragraph 1.2 of the Section 1- In-Hospital Healthcare Benefits.
2. Any special limitation and/or standard and/or specific exclusion per Insured provided for in the (T.B. & P.) of the Contract.
3. Pre-existing conditions: Pre-existing conditions are medical conditions or any related conditions for which one or more symptoms have been displayed at some point during your or your dependent's lifetime, irrespective of whether any medical treatment or advice was sought. Any such condition or related condition, about which you or your dependants could reasonably have been assumed to have known, will be deemed to be pre-existing. Conditions arising between completing the relevant application form and the effective date of the Contract will equally be deemed to be pre-existing. Such pre-existing conditions will also be subject to medical underwriting and if not disclosed, they will not be covered. Please refer to the special conditions under your (T. B. & P) to confirm if pre-existing conditions are covered.
4. Suicide, attempted suicide or any act of intentional self-inflicted injury, whether the Insured be sane or insane.

5. Participation of the Insured, either as an amateur or professional, in any violent and hazardous sports including but not limited to the use of the motorcycles, motor or motorcycling race, Ski Doo, ATV, Jet ski, alpinism, scuba-diving, deep-sea diving, parachuting.
6. Alcoholism, the state of intoxication, abuse of medicines, drug addiction and like substances and all consequences arising there from.
7. Treatment of psychiatric illnesses, mental diseases, nervous breakdowns, psychological tests or evaluation and development delays.
8. All cases resulting from nuclear radiations and ionization, chemical and biological pollutions.
9. Sanitarium, quarantine, rest cure treatable outside the hospital.
10. Unnecessary, unusual, scientifically and medically non-recognized or under testing care or treatments.
11. All Congenital Anomalies as well as the complications arising there from.

As exception, The Company shall cover congenital cases up to the Percentage, Limits and conditions mentioned in the (T.B. & P.).

12. Male and female contraception and its reversals.
13. Any cost and surgery related to organ donation.
14. Peritoneal dialysis, Hemodialysis and the arterio venostomy related thereto.

As a special exception to the above general exclusion, only the first two sessions of dialysis for acute renal failure delivered during the initial admission to the hospital and till discharge, will be covered.

15. Treatments and services for In-Vitro Fertilization (IVF), Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI) and surrogate maternity procedures.

As an exception to the above exclusion and subject to a waiting period of **12 consecutive months** from the Enrollment Date of the Insured, fallopian tubes ligation, treatment of impotence, varicoceles, sterility, and all screening tests, medication and treatments related to infertility and their consequences are covered during hospital confinement within the Limits specified in the (T.B. & P.).

16. AIDS, Sexually Transmitted Diseases, Human Immune Deficiency Virus (H.I.V.) and all consequences and treatments related thereto.
17. Check-ups.
18. Any hospitalization for convalescence or rest.
19. Correction of myopia and astigmatism by surgery or lasik.
20. Dental and gum care and surgery unless resulting from a covered accident on condition that the Insured obtains the written approval of The Company before beginning the treatment within a maximum of **6 months of accident**.
21. Plastic and/or Cosmetic surgery and treatment (including lipectomy), unless resulting from a covered accident on condition that the Insured obtains the written approval of The Company before beginning the In-Hospital treatment

within a maximum of **9 months** of the accident.

As exception to the above general exclusion, the following exception will be covered subject to obtaining the written approval of The Company:

Breast reconstruction following partial or complete mastectomy due to a breast cancer, with the cost of the prosthesis covered up to the limits stated in the (T.B. & P.) of the Contract, subject to reconstruction surgery being performed within a maximum period of **1 year** as from the mastectomy covered surgery and further subject to the Contract being in force or renewed without any laps time.

22. The nasal septal deviation unless this deviation results from a recent accident which the Insured is expected to prove to the Company within 48 hours after its occurrence. This exclusion will be waived provided that it is not due to a plastic surgery and will be covered after 2 years of in-interrupted insurance since the Enrollment Date of the Insured and up to the Limits mentioned in the (T.B. & P.).

23. Polysomnography.

24. Preventive care.

25. The fixing and cost of any external or internal visual or auditory corrective equipment.

26. The hair loss treatments by genetic engineering and cloning.

27. Treatment and surgery of Parkinson disease with electrical stimulation of the subthalamic nucleus.

28. All treatments related to speech therapy including, but not exclusive to orthophony sessions.

29. Gastropasty surgeries or any treatment for obesity and its complications.

30. Injuries arising from resisting legal arrest or committing an illegal act.

31. Military service.

Will be also excluded from the cover of this Contract all In-Hospital Healthcare Expenses resulting directly or indirectly from:

A. All the accidents and diseases occurred during the **first 3 months** from the Enrollment Date of the Insured and which are mentioned hereinafter:

Thyroid, Herniated intervertebral disc, inguinal hernia, hemorrhoids, tuberculosis, rheumatic diseases, psychopathic affections or cerebrospinal, genitals, tonsils, gall bladder, urinary lithiasis, any kind of cysts and tumors, cardiovascular diseases, oncological diseases and all diseases related to the nervous system.

B. Maternity complications including pregnancy, delivery, medically mandated abortion, miscarriage unless the delivery is covered, on condition that the Insured was not pregnant before this date. The Hysterectomy which has occurred during the **first 3 months** of the Enrollment Date of the Insured.

C. Epidemic and or Pandemic Diseases occurred during the first 20 days of the Enrollment Date of the insured.

D. The following instances of active participation in any of the following events if:

- a. It is proven that the Insured has been taking an active part

in any of the events mentioned above in paragraph 1.6 of the Section 1- In-Hospital Healthcare Benefits.

b. The Insured is a member of the regular army, the Internal Security Forces (ISF) police, the civil defense, the service of the firemen squads or any military or paramilitary organization or security company.

3. Claims Administration

3.1 Direct Payment of Claims: The T.P.A. Claims Center acting for and on behalf of the Company shall authorize the payment of claims directly to the approved Healthcare Provider and not to the Contract Owner, based on prior approval of coverage described in the Definitions under Authorization Form and up to the Limits defined in the (T.B.& P.), except in the cases where the Reimbursement Procedure is applicable.

3.2 Claims Procedure

3.2.1 Cases of Non-Emergency Hospitalization: In case of non-emergency admission at an approved Network Provider, whether requiring an overnight stay at the hospital or not, the Authorization Form must be secured by the Insured by notifying (verbally and/or in writing) the T.P.A. Claims Center and by submitting the Physician's Report filled and duly completed by the attending physician.

3.2.2 Cases of Emergency Hospitalization: In case of emergency admission at an approved Network Provider or elsewhere, for at least an overnight stay at the hospital, the Authorization Form must be requested by the Insured by notifying the T.P.A. Claims Center immediately upon admission.

In case of Supplementary Coverage, for CO-NSSF and for any other insured scheme, the Contract Owner shall be responsible for securing the pre-authorization or post-authorization that should be provided to the Healthcare Provider.

3.2.3 Emergency Room: In case of emergency admission to the emergency room of any of the approved hospitals, due to an accident or an illness, not requiring an overnight stay at the hospital, the Insured shall present his Insurance Card to the hospital that, after taking the approval of the T.P.A. Claims Center, will accept to treat him immediately without requesting payment for the incurred expenses.

The T.P.A. Claims Center may, upon evaluation of each case, deny or grant the Authorization Form in accordance with the Terms, Conditions, Limits and Exclusions of this Contract, and shall inform the Insured and/or the Healthcare Provider about this decision.

The Authorization Form which grants a free access to the Insured is only applicable when the Healthcare Services are sought at an approved Network Provider located on the Territorial Limits mentioned in the (T.B.& P.). Otherwise, the Reimbursement Procedure that is mentioned hereinafter

shall be applied.

3.3 Claims Reimbursement Procedure: As an exceptional procedure, in case the Insured did not obtain the Authorization Form, he may be reimbursed for the total or partial incurred fees and Expenses of covered Healthcare Services under this Contract, subject to complying with a special Reimbursement Procedure provided for hereinafter:

1. The Insured must complete and submit directly to the Company a signed Claim Reimbursement Request within 15 (fifteen) days from the date of discharge if the Healthcare Services were delivered on the Territorial Limits defined in the (T.B. & P.) and 30 (thirty days) if elsewhere, with all the following supporting documents:

- 1.1. The medical report filled and signed by the Treating Physician;
- 1.2. The discharge report;
- 1.3. The original and official bills and receipts duly signed and stamped;
- 1.4. A photocopy of the medical and exams reports, diagnoses and results related to the Healthcare.

2. The Claim Reimbursement Procedure may be applicable exclusively in the following cases:

- 2.1. As an appeal by the Insured to a previously declined approval of coverage at an approved Healthcare Provider;
- 2.2. In instances of emergency treatments at a non-approved Healthcare Provider on condition that the Company or the T.P.A. is informed in writing of the hospitalization within 24 (twenty four) hours from admission;
- 2.3. When the Insured has secured the prior approval of coverage from the T.P.A. Claims Center, for Healthcare to be delivered at a non-approved Healthcare Provider;
- 2.4. In case of medical necessity where the treatment is not available within the approved Healthcare Provider Network, provided that the Insured has secured a prior approval of coverage from the T.P.A. Claims Center for In-Patient Healthcare Services to be delivered at a non-approved Healthcare Provider.

In the above instances provided for in sub-sections 2.1. and 2.2., the reimbursement of Expenses incurred, after applying the deductible if any, will be affected based on the preferential tariffs applicable to the Company at an equivalent approved Healthcare Provider for the same classification and the same case at the time of incurred expenses.

3.4 Reimbursement obligation by the Contract Owner:

In the event the Contract Owner refuses to reimburse the amount settled following an Authorization Form, The Company shall carry out the recovery of the owed amount by all means, it will be automatically entitled to charge the Contract Owner of this amount and will be authorized without other procedure to deduct its exchange-value from the credit balance of the Contract Owner.

ANNEX TRAVEL AND EMERGENCY ASSISTANCE HEALTHCARE COVER

Under the Terms of this annex and provided that the In-Hospital Healthcare Plan is in force, the Company shall cover, subject to the payment of the In-Hospital premium, the Travel and Emergency Assistance Healthcare Benefits mentioned hereinafter and governed by the General Terms and Conditions of the Contract and the Provisions of this Plan.

The present Plan is governed by the laws in force in the country where this Contract is issued.

1- Definitions

1.1 Assistance Company: is the party appointed by the Company whose name and contact details are shown in the (T.B. & P.) of the Contract and on the Insured Card. The Assistance Company will assist the Insured during his Journey, handle payments and manage all aspects of claims made under this Cover.

1.2 Age: Coverage is limited to the Insured aged up to **70 years** inclusive, designated in the (T.B. & P.), given that their legal or fiscal residence is situated in the country where this Contract is issued.

1.3 Travel and Emergency Assistance Healthcare Cover: is a worldwide cover that indemnifies Emergency Medical Expenses and Assistance based on the original medical bill incurred due to unforeseen illnesses or accidents outside the Country of Residence and the country where the Contract is issued.

1.4 Journey: is any trip outside the Country where the Contract is issued and the Insured's Country of Residence. Under no circumstance shall the duration of one or multiple trips exceed **90 days** during the **12 months** of coverage. In case of any claim or assistance request, all original documents will be requested for submission (bills, receipts, ticket voucher...).

1.5 Country of Residence: is the country in which the Contract was issued and the country in which the Insured is usually living at the date of commencement of cover under this plan and which is declared on the application form. If Dependents are included, their country of residence will be accepted as declared. In case of any change in the Country of

Residence, the Company must be informed in writing within **1 month** of the established residency.

1.6 Territorial Limits: In all cases, the Benefits are not applicable, neither in the country where the Contract is issued, nor in the Country of Residence of the Insured.

2- Travel and Emergency Assistance Healthcare Benefits

In return for the premium paid by the Contract Owner, the Company shall cover subject however to the Definitions, Terms and Conditions, Limits and Exclusions defined herein, within the Maximum Limit specified in the (T.B. & P.), all usual customary and reasonable Travel and Emergency Assistance Healthcare Services and their related Expenses incurred by the Insured under the following Benefits:

2.1 Travel and Emergency Assistance Healthcare Benefits: are the reasonable costs incurred during the Journey outside the Country of Residence, as a direct result of an unforeseen Injury, Illness or disease requiring Hospitalization or Medical Treatments.

2.2 Medical Repatriation: In case of a serious illness, accident or a medical emergency and if it is absolutely necessary for the insured to be repatriated to his Country of Residence, the Assistance Company shall make arrangements for Repatriation under proper medical supervision. The Company shall then pay the repatriation cost and shall take in charge the related incurred expenses. Such Repatriation may take place by air ambulance, regular airline, or any other appropriate means of transportation.

2.3 Transportation to join an Insured: The Assistance Company will arrange for an economy class round trip transportation and the Company will take in charge the cost of a return ticket for one close relative previously chosen by the Insured to join him if he has been in a hospital abroad more than **5 days** or in case of his death.

2.4 Repatriation of Mortal Remains: in the event of the death of the Insured whilst on a trip outside the Country of Residence, the Assistance Company will arrange and the Company will take in charge the reasonable and necessary expenses for the return of the mortal remains to the Country of Residence of the deceased and up to the Maximum Limit shown in the (T.B. & P.) of the Contract.

3- Exclusions

In addition to In-Hospital Healthcare exclusions, are also excluded the consequences of the following circumstances and events:

1. The treatment expenses incurred in the Country of Residence and in the Country where the Contract is issued.
2. All incurred expenses without the prior approval of the Assistance Company.
3. Care or treatment not resulting from a medical emergency.
4. Trips undertaken for a therapeutical purpose.
5. Unstable illnesses under ongoing treatment.
6. Civil or external war, riots, popular uprising, strikes, terrorist acts, hostage-taking incidents and handling of weapons. However, our assistance guarantee applies in case the Insured's taken aback by the emergence of such events abroad, during the 14 days following the beginning of these events.
7. Natural disasters.
8. The Insured's voluntary participation in bets, crimes or fights, except when the fights are for self-defense.
9. Ignoring official restrictions, as well as the non-respect of acknowledged security rules, due to the practice of any sport activity.
10. Participation in any sport practiced on a professional basis or by virtue of a remunerated contract, be it within the framework of a competition, an exhibition, or training.
11. The accidents or injuries due to the practice, for leisure, of dangerous sports, such as mechanical sports, aerial sports, fighting sports, snow or ice sports, equestrian sports, water sports, as well as any hazardous activity like hunting, rock-climbing, speleology, parachuting, mountaineering, scuba-diving with or without an autonomous or similar equipment.
12. Pregnancy and its consequences, starting from the seven month.
13. Any trip done by non-public means of transportation (Air, Sea or Land). However, our assistance guarantee remains valid during the entire Insured stay abroad.
14. Burial costs.

4- Claims Administration

As soon as you call the Assistance Company, the Contract Owner accepts that the decisions related to the nature, the opportunity, and the organization of the measures to be taken, belong exclusively to the Assistance Company.

4.1 Direct Billing of Claims: If Emergency Medical Expenses are incurred whilst on a Journey which are covered by The Company, the Insured must immediately call the Call Center of the Assistance Company on the number mentioned in the (T.B. & P.) which can, after having established the validity of coverage, settle all amounts directly with the provider of medical services up to the Maximum Limit and subject to the Deductible amount if any, shown in the (T.B. & P.) of the Contract. Expenses above the Maximum Limit must be paid by the Insured.

A medical report must be completed for all Emergency Medical Expenses, whether or not the Insured has had to meet any bills himself. Said bills must be accompanied by the original receipts.

The Company will not consider any claim if it were not advised at the time of its happening to the Assistance Company.

4.2 Claims Procedure: If while on a Journey the Insured suffers unforeseen Injury, Illness or disease, the Insured or a concerned third party must immediately contact, send a fax or an email to the Call Center of the Assistance Company and provide the following details:

- a. Full Name of the Insured;
- b. Contract number as shown in the (T.B. & P.) of the Contract;
- c. Full details of the problem the Insured is facing and the type of assistance required;
- d. Location of the Insured in addition to the phone number where he can be reached.

The Assistance Company in close collaboration with the Insurance Company will:

- a. Make the necessary arrangements to assist the Insured within the Terms and Conditions of the Contract;
- b. Control the Medical Treatment and Expenses administered;
- c. Negotiate, control and pay the incurred medical bill;
- d. Handle repatriation if necessary.

4.3 Claims Reimbursement Procedure: The Insured has to inform the Company about all the incurred expenses, approved by the Assistance Company and for which he wishes to be reimbursed. The Insured should submit to the Company all the evidence to establish the validity of his request as well as any element deemed necessary for the treatment of his request.

The Company will reimburse, upon acceptance of the submitted evidence and within the Maximum Limit set in the (T.B. & P.) of the Contract the expenses incurred by the Insured.

C- ADDITIONAL COVER - Ambulatory Healthcare Plan (optional)

Terms, Provisions and Conditions related exclusively to part C The Company grants, on condition that the In-Hospital Healthcare Plan is in force and subject to the payment of premium, an additional Out-Patient Healthcare Benefits that are governed by the General Terms and Conditions of the Contract and the Provisions of this Plan.

1. Definitions

1.1 Ambulatory Healthcare: are the diagnostic tests and external treatments mentioned hereinafter which are administered on written recommendation of the treating physician and which do not medically necessitate In-Hospital Confinement.

1.2 Maximum Yearly Ambulatory Limit: are the total aggregate Out-Patient Healthcare Expenses for the whole diagnostic tests and treatments incurred during one contractual year that may be borne by The Company after applying the deductible percentage or amount for every Insured as identified in the (T.B. & P.)

2. Ambulatory Healthcare Benefits

In return for the premium paid by the Contract Owner, the Company shall cover subject however to the Definitions, Terms and Conditions, Limits and Exclusions defined herein, within the Maximum Limit specified in the (T.B. & P.), all usual customary and reasonable Healthcare Services and their related Expenses incurred by the Insured under the following Ambulatory Healthcare Benefits:

2.1 Ambulatory Healthcare Benefits: are the set of the diagnostic tests and treatments strictly listed hereunder in paragraph 2.2 and only applicable when the Healthcare Services are sought at an approved Network Provider located on the Territorial Limits mentioned in the (T.B. & P.).

2.2 Exclusive List of covered Diagnostic Tests and Treatments administered to an Out-Patient basis:

Laboratory tests

- Biochemistry
- Hematology
- Parasitology
- Serology
- Radioimmunologic Dosage

- Bacteriology, Virology
- Pathologic Anatomy
- Guthrie Test
- Sexually Transmitted Diseases and H.I.V.

Pre-marital tests

- CBC and MCV, Blood group and rhesus
- Rubella and Toxoplasmosis for Insured woman
- Hbs Ag
- Thalassemia, H.I.V, Syphilis (VDRL)

Pregnancy tests per pregnancy period and after **3 months** from the Enrollment Date of the Insured woman on condition that she was not pregnant before this date.

Imaging

- Radiology, C.T.Scan, PET Scan, MRI
- Intravenous Urography, cholecystography, cholangiography, Barium Enema, Upper GI series.
- Echography
- Mammography
- Cardiac Echo Doppler
- Ocular Angiography
- OCT
- AP Diameter
- Arteriography, phlebography
- Arterial and Venous Dopler
- Scintigraphy: Thyroid, renal, bone,...
- Thallium myocardial scintigraphy
- Volume Computed Tomograph. (VCT 64). If a cardiac catheterization is needed, the Insured will bear the extra costs.
- One Osteodensitometry test per contractual year for:
 - All ages if the medical reason is one of the following: Menopause, Prolonged steroid therapy, Vitamin D or Calcium deficiency, some cases of malignancy, Prolonged Heparin use.
 - All Insureds aged 55 years and above if it is done for reasons other than listed above.

Explorations

- Echocardiography
- Electrocardiogram (EKG)
- Electroencephalogram (EEG)
- Electromyogram (EMG)
- Cardiac stress test
- Spirometry
- Audiogram
- Evoked Potential Response: Visual and auditive
- Urodynamic Study of Bladder
- Heart rythm monitoring holter
- Blood pressure monitoring holter
- Ultrasonography

Physical Treatments

- Physiotherapy treatment limited to the number of sessions mentioned in the (T.B. & P.)
- Kinesitherapy, Hydrotherapy

3. Exclusions

1. All Exclusions applicable to the In-Hospital Plan are applicable to the Ambulatory Plan.
2. All costs related to the Physician's Consultation as well as the Medicines.
3. Any Out-Patient Service which is provided by a non-approved Healthcare Provider.
4. Amniocentesis, double and quadruple tests.
5. Thalassaemia except when required for pre-marital tests.
6. Hirsutism and hormonal tests.
7. Preventive tests.
8. Acnea
9. Epidemic/Pandemic diseases diagnosis tests

4. Claims Administration

Claims Procedure: In cases of a need to undergo Ambulatory Healthcare Benefits, the Provider or the Insured will seek the Authorization Form from the T.P.A. Claims Center by submitting a medical report specifying the exams or treatment to be administered as well as the reason for performing these tests in order to benefit from a free access to the Healthcare Provider.

All Ambulatory Healthcare Benefits are limited to the Healthcare Services delivered exclusively through an approved Healthcare Provider and as per applicable Network of providers.

In case of an Out-patient Claim at an approved or none approved Healthcare Provider where the Insured did not obtain an Authorization Form which grants him a free access, he shall settle the invoiced amounts for Healthcare Services that were delivered and shall follow the same procedure described above in Section 3.3 under Claim Reimbursement Procedure.

In case of Supplementary Coverage for NSSF, the primary Insured's obligation is to settle directly with the Healthcare Provider the portion of NSSF Out-Patient requirements or to secure the NSSF pre-authorization (which is not a pre-admission for payment) for External Treatments (e.g. MRI, C.T. Scan...) that should be provided to the Healthcare Provider.



الأقسام

أ- القواعد الأساسية

- المقدمة
- التعريفات
- الأحكام والشروط العامة
- بند العقوبات

ب- التغطية الأساسية

- برنامج تغطية العناية الصحية الإستشفائية
- منافع العناية الصحية الإستشفائية
 - الإستثناءات
 - إدارة المطالبات

- ملحق تغطية العناية الصحية الطارئة والإسعاف أثناء السفر
- التعريفات
 - منافع العناية الصحية الطارئة والإسعاف أثناء السفر
 - الإستثناءات
 - إدارة المطالبات

ج - التغطية الإضافية

- برنامج تغطية العناية الصحية الخارجية (إختياري)
- التعريفات
 - منافع العناية الصحية الخارجية
 - الإستثناءات
 - إدارة المطالبات

أ – القواعد الأساسية

١- المقدمة

١.١ تضمن هذا العقد (كما هو معرّف عنها أدناه في الجزء ٢ – التعريفات) بموجب أحكامها وشروطها وملاحقها، تغطية العناية الصحية المشروحة في لائحة المنافع والأقساط المرفقة ربطاً، شرط أن تكون الأقساط الموافقة للتغطية مسددة عند إستحقاقها.

٢.١ تتعهد الشركة (كما هو معرّف عنها أدناه في الجزء ٢ – التعريفات) بعد تطبيق الاقتطاع إذا وجد، دفع منافع العناية الصحية المنصوص عليها في هذا العقد، وحتى الحدود القصوى السنوية لكل حالة أو حتى الحدود القصوى لمدى الحياة وذلك بالنسبة لكل مضمون، وذلك بحسب ما تذكره لائحة المنافع والأقساط.

٣.١ لا تدخل هذا العقد حيّز التنفيذ إلا بعد أن يتمّ قبول صاحب الطلب رسمياً وخطياً من قبل الشركة وتبقى سارية المفعول وفقاً لأحكام وشروط هذا العقد. تشمل المصطلحات الواردة في صيغة المذكر صيغة المؤنث أيضاً حيثما ترد في هذا العقد.

٢- التعريفات

تعريفات العقد

١.٢ الشركة: هي شركة الضمان «سنا س.ل.» المسجلة والمرخص لها أصولاً للعمل في لبنان، البلد الذي تصدر فيه هذا العقد والتي تكون مسؤولة عن دفع تكاليف منافع العناية الصحية عملاً بأحكام وشروط هذا العقد وأي ملحق بها.

٢.٢ العقد: هي الأداة التي تضمن بموجبها الشركة دفع منافع العناية الصحية المبيّنة في لائحة المنافع والأقساط مع مراعاة طلبات الضمان والأحكام والشروط والحدود والإستثناءات الواردة فيها.

٣.٢ صاحب العقد: هو الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي تقدم بطلب تغطية بموجب هذا العقد والذي تمّ قبول طلبه رسمياً من قبل الشركة لصالحه و/أو بإسم أو لصالح أو بالنيابة عن الأشخاص الذين هم قانوناً على عاتقه (الأشخاص التابعين) والمذكورين في لائحة المنافع والأقساط.

٤.٢ المضمون: يمكن أن يكون صاحب العقد و/أو أيّاً من الأشخاص التابعين والذين قبلتهم الشركة رسمياً وبشكل خطي والواردة أسماؤهم في لائحة المنافع والأقساط أو في أي ملحق لهذا العقد. يمكن تأمين المولود الجديد شرط التقدم بطلب خطي من صاحب العقد لتغطيته، ويمكن للشركة قبوله في حال توفرت لديه شروط الإكتتاب المعمول بها.

٥.٢ الأشخاص التابعون: هم زوج أو زوجة (زوجات) صاحب العقد (يستثنى منهم المنفصلون قانوناً) وأولاده غير المتزوجين (بما في ذلك الأولاد المتبنين قانوناً) والذين أعمارهم ما دون ١٨ (ثماني عشرة) سنة أو ٢٥ (خمس وعشرين) سنة إذا كانوا يدرسون بدوام كامل كما وأي قريب آخر يعتبره القانون على عاتق صاحب العقد.

٦.٢ الشركة الإدارية: هي الشركة المذكورة في لائحة المنافع والأقساط والتي تعمل بإسم الشركة أو لصالحها وبالنيابة عنها لمتابعة إدارة كل مطالبات العناية الصحية المتعلقة بالعقد من خلال مكاتبها ومندوبيها المحليين والإقليميين. يقوم مركز المطالبات التابع للشركة الإدارية بتوجيه المضمون وإرشاده والتأكد من أهليته للاستفادة من الخدمات الصحية المطلوبة وإتخاذ القرار بالموافقة أو بعدم الموافقة على منح التغطية. ولهذه الغاية، يعطي موافقته على التغطية عبر تسليم مقدّم الخدمات الصحية المختار مستنداً يعرف فيما يلي بإستمارة الموافقة ويتابع إقامة المضمون في المستشفى ويسهل خروجه منه.

٧.٢ مقدّم خدمات العناية الصحية: هم مقدّمو خدمات عناية صحية معيّنة (المستشفيات والمراكز الصحية والمختبرات ومراكز العلاج الفيزيائي وعيادات الأطباء والصيديات) ومتواجدون ضمن الحدود الجغرافية المذكورة في لائحة المنافع والأقساط ومعتمدون رسمياً من قبل الشركة لتغطية كل أو جزء من الخدمات الصحية المتوفرة لديها بتعارفات تفضيلية. إن شبكة مقدّمي الخدمات الصحية المعتمدة من قبل الشركة هي شاملة وتضم بالحد الأدنى مركزاً من المراكز الخمسة المدرجة في المادة الخامسة من القرار رقم ١٨٦/ل.م.ض.

٨.٢ بطاقة المضمون: هي بطاقة ضمان شخصية تصدر باسم كل مضمون لتسهيل إستفادته من خدمات العناية الصحية المغطاة بموجب هذا العقد.

٩.٢ الأوضاع الصحية السابقة للتغطية: هي أوضاع طبية أو أي أوضاع أخرى مرتبطة بها والتي قد ظهر عنها عارض أو أكثر في مرحلة ما خلال حياتك أو حياة الشخص التابع قانونياً لك حتى ولو لم يتم إجراء أي علاجات طبية أو البحث عن توصية. أي وضع مشابه أو وضع من هذا القبيل، يفترض أن تعرفه أنت أو الأشخاص التابعون قانونياً لك بشكل منطقي، سوف يعتبر أوضاع صحية سابقة للتغطية. يتم اعتبار الأوضاع التي تنشأ بين إكمال طلب الضمان ذي الصلة وبدء مفعول العقد موجودة مسبقاً. مثل هذه الأوضاع الصحية السابقة للتغطية سوف تخضع أيضاً للاكتتاب الطبي، وإذا لم يتم الكشف عنها، فلن يتم تغطيتها. يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة في لائحة المنافع والأقساط للتأكيد عن شروط تغطية الأوضاع الصحية السابقة.

١٠.٢ فترة المراقبة: هي ٦ أشهر تبدأ من تاريخ بدء مفعول العقد لك أو لأي شخص تابع قانونياً لك، تحتفظ الشركة خلالها بحقها لإعادة اكتتاب حالاتك و/أو حالات الأشخاص التابعة قانونياً لك وتغيير أي شرط من شروط العقد بما في ذلك المنافع، الحدود، الإستثناءات أو الأقساط.

١١.٢ إثبات القابلية للضمان: هي الوثائق الطبية و/أو غير الطبية التي يقدمها المضمون أو يتم الحصول عليها من قبله والتي تعتبر ضرورية لتقييم طلب الضمان خلال عملية الإكتتاب.

١٢.٢ الإستثناءات: حالات محددة وأمراض وعلاجات وأسباب وخدمات وظروف أو شروط أخرى تنص العقد صراحة على أنها غير مغطاة.

١٣.٢ إستثناءات محددة: هي الإستثناءات الناتجة عن عملية الإكتتاب والتي تقرر الشركة تطبيقها على مضمون محدد وتذكرها في لائحة المنافع والأقساط.

١٤.٢ فترة الإنتظار للإستثناء ما: هي عدد ساعات/أيام/ أشهر محدد، يلي تاريخ بدء مفعول الضمان ويكون فيها عدد من منافع العقد بالنسبة إلى بعض الأمراض والعلاجات والحالات وخدمات أخرى كما وأي مضاعفات ناجمة عنها، غير مغطى. ويمكن تطبيق فترات الإنتظار على كل إستثناءات العقد أو جزء منها أو عدم تطبيقها البتة وقد تتضمن أو لا تتضمن مبلغاً محدداً بمثابة حد أقصى للتغطية مدى الحياة في حال طبق هذا الشرط على صاحب العقد و/أو المضمون خلال فترة الإنتظار للإستثناء ما.

١٥.٢ العقد الأصلي: هي أول بوليصة ينتسب إليها صاحب العقد.

١٦.٢ تاريخ الإنتساب: هو ظهر اليوم والشهر والسنة المحدد في لائحة المنافع والأقساط، الذي ينتسب فيه صاحب العقد للمرة الأولى إلى العقد.

١٧.٢ تاريخ بدء مفعول الضمان: هو ظهر اليوم والشهر والسنة المحدد في لائحة المنافع والأقساط، الذي تدخل فيه التغطية بموجب هذا العقد حيز التنفيذ للمرة الأولى أو لأي تجديد لها. تبدأ الإستفادة من المنافع الصحية بتاريخ بدء مفعول الضمان وفقاً لشروط وأحكام هذا العقد وأي ملحق لها.

١٨.٢ تاريخ الإنتهاء: هو ظهر اليوم والشهر والسنة المحدد في لائحة المنافع والأقساط والذي تنتهي فيه هذا العقد. تتوقف المنافع الصحية بهذا التاريخ ما لم يكن قد تم تجديد العقد.

١٩.٢ مدة العقد: هي المدة من الزمن التي تمتد من تاريخ الإنتساب إلى العقد ولغاية تاريخ إنتهاؤها.

٢٠.٢ المدة التعاقدية: تبدأ من تاريخ بدء مفعول الضمان ولغاية تاريخ الإنتهاء كما حددت في لائحة المنافع والأقساط التابعة للعقد.

٢١.٢ تاريخ التجديد: هو ظهر اليوم والشهر والسنة الذي تستمر فيه العقد بموجب التغطية لما بعد مدتها الأصلية شرط أن يكون قد تم تسديد القسط الموافق لإستمرار التغطية وعادة ما يتطابق تاريخ التجديد مع تاريخ إنتهاء مدة العقد الأصلي.

٢٢.٢ الملحق: هو أي تعديل للبوليصة المكتتب بها وعادة ما يكون إضافة أو حذفاً لمضمون ما أو تغييراً في البرنامج.

٢٣.٢ التعديل: هو مستند رسمي يغير كل أحكام العقد أو بعضاً منه.

٢٤.٢ تاريخ إلغاء العقد: هو ظهر اليوم والشهر والسنة الذي يتم فيه إيقاف العقد.

٢٥.٢ تقرير الطبيب: هو نموذج عن تقرير طبي خاص ينبغي على الطبيب المعالج للمضمون أن يملأه بصورة واضحة ومفصلة ودقيقة لا لبس فيها وأن يتم تقديمه إلزامياً إلى مركز مطالبات الشركة الإدارية قبل الدخول إلى المستشفى، وذلك للإستفادة من تغطية العناية الصحية الإستشفائية.

٢٦.٢ إستمارة الموافقة: هي الموافقة على التغطية للتسديد المباشر التي تمنحها الشركة الإدارية لصالح الشركة وبالنيابة عنها لتغطية خدمة صحية محددة يطلبها المضمون. ينبغي على المضمون أن يستحصل على إستمارة الموافقة من مركز المطالبات التابع للشركة الإدارية بغية إعفائه من دفع تكاليف الخدمات الصحية المغطاة.

إن إجراءات الحصول على إستمارة الموافقة لا يمكن أن تطبق إلا إذا لجأ المضمون إلى مقدم خدمات معتمد ينتمي إلى لائحة شبكة مقدمي خدمات العناية الصحية.

٢٧.٢ طلب تسديد المطالبة: هو طلب خطي يقدمه المضمون أو شخص بالنيابة عنه إلى الشركة لاستعادة تكاليف عناية صحية محددة كان قد سدها المضمون. يجب ملء هذا الطلب وإرساله إلى الشركة مباشرة مع كل المستندات الثبوتية المطلوبة (مثلاً تقرير المخالصة، الفاتورة الأصلية المفصلة والإيصال الأصلي، التقارير الطبية والفحوصات والتشخيصات والنتائج...).

٢٨.٢ تكاليف العناية الصحية القابلة للتغطية: هي تكاليف العناية الصحية المعتبرة من قبل الشركة/الشركة الإدارية بمثابة مغطاة بموجب العقد أكانت تدخل ضمن المبالغ المحددة لتغطية المضمون كحدود التغطية و/أو الإقتطاع و/أو التغطية الإضافية أم لا كما هي محددة في لائحة المنافع والأقساط.

٢٩.٢ تكاليف العناية الصحية الغير قابلة للتغطية: هي التكاليف الصحية التي حددتها الشركة/الشركة الإدارية لتسوية المطالبات على أنها غير مغطاة بموجب العقد.

٣٠.٢ الحدود: هو شرط من شروط العقد يحدد سقفاً لأنواع تكاليف العناية الصحية القابلة للتغطية. وقد تكون هذه الحدود: (أ) عدد أيام الإستشفاء لمدى الحياة، (ب) عدد أيام الإستشفاء السنوي، (ج) مبلغ نقدي لمدى الحياة، (د) عدد مرات مدى الحياة، (هـ) مبلغ نقدي سنوي لكل حالة، (و) مبلغ نقدي سنوي، (ز) مبلغ نقدي لكل مطالبة، (ح) عدد مرات لكل مطالبة.

تعريفات التغطية

٣١.٢ العناية الصحية: هي تلقي علاج أو إجراء لدى مقدم خدمات صحية معتمد، أي من حالات الإستشفاء المغطاة في برنامج العناية الصحية الإستشفائية و/أو أي من الفحوصات الخارجية المغطاة والمعددة في برنامج العناية الصحية الخارجية و/أو معانيات الطبيب و/أو الأدوية؛ شرط ورود أي من البرامج المذكورة أعلاه في لائحة المنافع والأقساط.

٣٢.٢ الإقامة داخل المستشفى: هي إقامة متواصلة في المستشفى لمدة زمنية محددة يتبعها إذن بالخروج.

٣٣.٢ الضمان داخل المستشفى: هو العلاج وإجراءات التشخيص و/أو أشكال العناية الصحية الأخرى التي يتلقاها المضمون في المستشفى

والتي تستدعي طبيباً إقامته فيها بصفة مريض مقيم لمدة **٢٤ ساعة أو أكثر**. ويعتبر الإستشفاء خلال النهار من ضمن الضمان داخل المستشفى.

٣٤.٢ الإستشفاء: هو إقامة المضمون في المستشفى بناءً على توصية خطية من الطبيب لإمضاء ليلة على الأقل فيه لضرورة طبية كالعلاج الجراحية أو العلاج أو أي عناية طبية أخرى مرتبطة بمرض أو إصابة ولا يمكن إجراؤها على أساس الضمان خارج المستشفى.

٣٥.٢ الإستشفاء خلال النهار: هي العملية الجراحية أو الفحوصات التشخيصية و/أو العلاج الطبي الذي يجري على أساس إنجازه في اليوم عينه والذي يتطلب عناية ومراقبة طبية متخصصة لدى مقدم خدمات طبية قبل العملية و/أو العلاج و/أو الفحص أو في خلال ذلك أو بعده، لكنه لا يستدعي طبيباً إقامته في المستشفى ولو لليلة واحدة.

٣٦.٢ تكاليف الإستشفاء: هي التكاليف العادية والمعقولة الناتجة عن إقامة المضمون في المستشفى للمعالجة خلال مدة زمنية غير مبالغ فيها. كما تغطي كلفة سرير إضافي لأحد الوالدين الذي يرافق الولد الذي لم يبلغ الثانية عشرة من العمر لدى دخوله المستشفى. لا تدخل في عداد التكاليف الصحية، وجبات الطعام الإضافية وفواتير الهاتف وأية خدمات فندقية أخرى وبالتالي ينبغي على المضمون/صاحب العقد تسديدها مباشرة إلى المستشفى.

٣٧.٢ الضمان خارج المستشفى: هي العناية الصحية الخارجية (إختبارات تشخيصية وعلاجات) و/أو معانيات الطبيب و/أو الأدوية التي لا تحتاج إلى إقامة في المستشفى من الناحية الطبية أو مراقبة طبية متخصصة أو عناية داخل المستشفى قبل الإجراءات أو في خلالها أو بعدها.

٣٨.٢ لائحة المنافع والأقساط: هو مجموع المنافع الصحية المنصوص عليها في العقد بالنسبة إلى كل مضمون مع الأقساط والحدود والإستثناءات التي حدد بشكل خاص على أنها خاضعة للتغطية أو لا.

٣٩.٢ السبب: هو مصطلح يصف بشكل موسّع العلة التي تجعل المضمون يسعى إلى عناية صحية (أي سقطة، حادث، فحوصات روتينية إستقصائية، تسمم...).

٤٠.٢ المرض: هو كناية عن داء أو ضعف أو إنقطاع أو توقف أو خلل في وظيفة (أو وظائف) جسمية أو جهاز (أو أجهزة) المضمون أو أحد أعضائه (أو أكثر) يظهر أقله بعد **٤٨ ساعة** من تاريخ الإنتساب إلى العقد ويستلزم عناية طبية.

٤١.٢ الإصابة: هي ضرر جسدي غير المرض بما في ذلك كل الحالات المتعلقة به والعوارض المتكررة التي يسببها عادة حادث ما.

٤٢.٢ الحادث: هو حادث مفاجئ وعنيف وخارجي وظاهر ومادي وغير متوقع وغير متعمد يحصل أقله **٢٤ ساعة** بعد تاريخ الإنتساب إلى العقد وينتج عنه بشكل مباشر

وبغض النظر عن أية عوامل أخرى، إصابة جسدية تستلزم عناية صحية.

٤٣.٢ إصابة ناتجة عن حادث: هو حادث يتسبب بضرر جسدي فادح للمضمون بإستثناء المشاكل الصحية الخفية والحالات التي كانت موجودة قبل بدء التغطية والتي قد تزيد من حدة الإصابة أو من فداحتها.

٤٤.٢ الحالة الطارئة: هي حالة صحية تنتج عن حادث أو مرض فجائي وغير مستثنى وتسبب مشكلة صحية تستدعي علاجاً (طبيباً أو جراحياً) يتم حصرها ضمن الأراضي التي حصلت فيها الحالة ولا يمكن إرجاؤه ويستلزم إقامة فورية داخل غرفة طوارئ المستشفى أتبعتها إقامة في المستشفى أم لا. وتتم الإقامة داخل المستشفى في خلال ٢٤ ساعة من حصول الإصابة أو المرض.

٤٥.٢ الولادة: هي الولادة الطبيعية أو القيصرية للمرأة المتزوجة قانوناً التي تحصل بعد ١٠ أشهر على الأقل من تاريخ إنسابها.

٤٦.٢ العيوب الخلقية: هي حالة تكون قائمة عند الولادة أو من جراثمها وهي إنحراف تام عن الشكل المعتاد أو الطبيعي وهو يشمل لغايات هذا العقد الإنحرافات الجسدية البنيوية الظاهرة والخفية والشذوذ الكروموسومي.

٤٧.٢ الجراحة التجميلية: هي أي إجراء جراحي أو جزء من إجراء يهدف إلى تحسين الشكل الخارجي و/أو إلى علاج حالة نفسية من خلال التغيير في أشكال الجسد.

٤٨.٢ الحالة: هي التكاليف المعقولة التي لا مغر من تكبدها خلال مدة سريان هذا العقد لخدمات صحية ناتجة عن حادث أو مرض وناجمة عن السبب عينه بما في ذلك أي وكل الإشتراكات المتعلقة بها. تعتبر كل الإصابات الجسدية الحاصلة من جراء حادث واحد، حالة واحدة كما تعتبر كل الإختلالات الجسدية العائدة الى الأسباب عينها أو المرتبطة بها حالة واحدة.

٤٩.٢ الحدود القصوى مدى الحياة: هو عدد أيام الإستشفاء عن كل الحالات التي قد تتحملها الشركة لمدى الحياة عن كل مضمون كما هو محدد في لائحة المنافع والأقساط (٧٢٠ يوماً). لا تطبق أية حدود مالية ما لم ينص ذلك صراحة في لائحة المنافع والأقساط.

٥٠.٢ الحدود المالية للمخاطر دون المعيارية: هي الحدود التي يمكن للشركة لقاء قسط إضافي وبناء لتقديرها الإستنسائي، الموافقة على منح المضمون خطياً تغطية للمخاطر دون المعيارية، فقط على بعض الحالات الخاصة ضمن حدود مالية معينة ولمدى الحياة. عند التجديد، يبقى عامل احتساب العلاوة لقسط المخاطر دون المعيارية كما هو، ما دامت كامل قائمة الأشخاص المضمونين قد جددوا بوليصتهم مع

الشركة.

إن فترة التأهيل للإستفادة من تغطية المخاطر دون المعيارية ضمن هذا العقد هي سنة واحدة.

٥١.٢ الإقتطاع: هو نسبة مئوية، أو مبلغ معين من التكاليف الصحية المتكبدة الذي يتوجب على صاحب العقد/المضمون أن يتحملة ويسدده من حسابه الخاص إلى مقدم الخدمات الصحية. ويطبق الإقتطاع على كل حالة وكل مضمون أو على كل حالة بالنسبة إلى العائلة مجتمعة كما هو مذكور في لائحة المنافع والأقساط.

٥٢.٢ الإسهام: هو جزء من التكاليف الصحية المتكبدة الذي يتوجب على المضمون أن يسدده من ماله الخاص والذي يحدد عادة بنسبة معينة.

٥٣.٢ أرض الحدث: هي البلد الذي إستدعت فيه حالة المضمون الصحية أن يتلقى خدمات عناية صحية وحيث تم تكبد التكاليف المرتبطة بها.

٥٤.٢ الحدود الجغرافية: هي البلد أو البلاد المحددة (ة) في لائحة المنافع والأقساط التي يكون المضمون مؤهلاً فيها للحصول على العلاج الطبي والإستفادة من الخدمات وفقاً للأحكام والشروط والحدود والإستثناءات المنصوص عليها ضمن هذا العقد.

٥٥.٢ العملة: إن العملة الأساسية المعتمدة في هذا العقد مذكورة في لائحة المنافع والأقساط. ويتم تسديد كل المطالبات على أساس تحويل العملة أو احتسابها بحسب سعر الصرف السائد بتاريخ المخالصة.

التعريفات الطبية

٥٦.٢ العلاج: هو أي مقارنة جراحية أو طبية أو عقاقيرية أو غير ذلك تستخدم للشفاء أو لمعالجة مرض أو إصابة يعانها المضمون على أنها ضرورة طبية وهو مسموح بها قانوناً في الدولة التي وصف فيها العلاج.

٥٧.٢ الجراحة: أي إجراء شامل بما في ذلك الليزر والعلاج بالحقن والكهربائي والمعالجة القوية المستخدم لتشخيص وعلاج وتصحيح أي مرض أو إصابة أو حالة أو عيب أو تشوه. وفي هذا الإطار، تعتبر جراحة أي إجراءات تشخيص شاملة مثل التنظير والتصوير الوعائي وتفتيت الحصى في الكلى والمرارة وأي وسيلة لمعالجة الكسور ورد الخلع والولادة الطبيعية والقسطرة (باستثناء الإحليلية والوريدية المحيطية و/أو الشريانية).

٥٨.٢ الضرورة الطبية: هي دخول المستشفى أو الإقامة داخل المستشفى أو الجراحة أو العلاج أو الإجراءات أو الخدمات أو المواد أو الأدوية أو المعدات أو غير ذلك والتكاليف المطلوبة من قبل مقدم خدمات والتي تعتبر الشركة بناء على تقديرها الإستنسائي أنها كل ما يلي:
أ. مطلوبة لمعالجة مرض أو إصابة أو تحبيرها.
ب. ملائمة لتشخيص أو علاج مرض المضمون أو إصابته.

٣. متوافقة مع معايير الممارسة الطبية الجيدة.
٤. لا تهدف أساساً إلى تأمين راحة المضمون الشخصية أو عائلته أو مقدم الخدمات.
٥. ليست جزءاً منه أو مرتبطة بالتعليم الأكاديمي أو التدريب المهني الذي يتبعه المضمون أو ليست أساساً مطبقة للتعليم أو لغايات إختبارية.
٦. في حال العناية داخل المستشفى يستحال تقديمها بصورة سليمة وأمنة خارج المستشفى.
٧. تغطي بطريقة فعالة بالنسبة إلى الكلفة وتحافظ على عناية آمنة.
لا يشكل ضرورة طبية بحد ذاتها كون مقدم الخدمات قد وصف أو أوصى بدخول المستشفى أو الإقامة فيها أو الجراحة أو الإجراء أو العلاج أو الخدمة أو الدواء أو المعدات أو أي شيء آخر أو نفقات أو وافق على أي منها.

٥٩.٢ العلاج غير الضروري: هو خدمة أو علاج لا يشكل ضرورة طبية.

٦٠.٢ الخلل المزمن: هو تقييم محدد يحتاج إلى علاج منتظم مدى الحياة.

٦١.٢ فحص عام: هو أي نوع من الفحوصات والاختبارات والإجراءات والكشف الطبي والخدمات الطبية الأخرى التي تجري لأسباب وقائية أو إستقصائية والتي لا ترتبط بعوارض حالية أو تقييم محدد أو أي مشكلة صحية أخرى يعانيها المضمون.

٦٢.٢ الأمراض الوبائية: تفشي عام مفاجئ وواسع النطاق لمرض معدٍ حاد يسببه فيروس، بكتيريا، طفيليات، إلخ. يصيب العديد من الأفراد في وقت واحد ويعلن رسمياً أنه مرض وبائي من قبل السلطات المختصة مثل وزارة الصحة و/أو منظمة الصحة العالمية.
يجب ألا يتجاوز الحد الأقصى للمبلغ الإجمالي المدفوع بموجب هذه التغطية بأي حال من الأحوال الحدود المالية المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

٣- الأحكام والشروط العامة

المادة ١: العقد

يشكل أساساً لهذا العقد طلبات الضمان والاستثمارات الطبية ولائحة المنافع والأقساط والمقدمة والتعريفات والأحكام والشروط والإستثناءات والتصاريف وأية مستندات سابقة كما وأي ملاحق ترفق بها فيما بعد. تكون أي إضافة على هذا العقد أو تعديل له أو حذف منه باطلاً ما لم يتم بشكل رسمي وتعترف به الشركة وتوافق عليه خطياً وتمهره بتوقيعها وختمها.

المادة ٢: درجة الإستشفاء

يكون المضمون مغطى في درجة الإستشفاء التي يحق له بها عند دخوله المستشفى كما هي محددة في لائحة المنافع والأقساط. وعندما يدخل بدرجة أعلى من التي هو مؤهل لها، يتوجب عليه حينئذ أن يدفع بنفسه الفرق الناجم عن تكاليف الإستشفاء وليس تكاليف الإقامة فقط (مثلاً: أجره الطبيب، غرفة العمليات، كلفة أية علاجات أخرى...).

المادة ٣: رفع درجة الإستشفاء

في حال قام صاحب العقد برفع درجة الإستشفاء التي كان قد إختارها عند تجديد العقد أو بموجب تعديل له كأن يختار درجة أعلى أو أن ينقل من درجة الضمان إلى درجة من دون ضمان تطبق عندها كل فترات الإنتظار على المنافع منذ تاريخ بدء مفعول التجديد أو التعديل.
في حالة رفع التغطية من درجة الضمان إلى درجة من دون ضمان بناءً على إثبات خروج من العمل، يتم التنازل عن جميع فترات الإنتظار.
وفي شتى الحالات، تحتفظ الشركة بحقها في إعادة النظر في شروط العقد وأحكامها كما لها الحق بناءً على تقديرها الإستثنائي بأن ترفض طلب التعديل من دون الحاجة إلى تبرير.

المادة ٤: التغطية الإضافية

في حال كان المضمون مشتركاً في ضمان يقدمه صندوق ما مثل الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي أو أي برنامج آخر مثل تعاونية موظفي الدولة وصندوق التضامن وبرنامج طوارئ العمل وغير ذلك مما ذكر في لائحة المنافع والأقساط، لا تغطي الشركة سوى الجزء الإضافي الذي يزيد عن التغطية التي يمنحها الصندوق أو البرنامج حتى ولو لم يكن مقدم الخدمات متعاقداً مع الصندوق أو منتسباً إلى البرنامج وبغض النظر عما إذا كان المضمون قد تمكن أم لا من الحصول فعلياً على منافع التغطية التي يقدمها الصندوق أو البرنامج.
تقوم الشركة الإدارية بإحتساب وتحديد كل المبالغ التي تعتبر على أنها صحيحة ما لم يثبت صاحب العقد و/أو المضمون عكس ذلك.

المادة ٥: مواصفات الأقساط وشروط الدفع

يكون القسط مستحقاً من قبل صاحب العقد للشركة ويدفع مسبقاً عملاً بطريقة دفع الأقساط المتفق عليها بينهما والمنصوص عليها في لائحة المنافع والأقساط ويتضمن القسط النفقات والضرائب والرسوم.
١.٥ تسديد الأقساط: لا تطبق المنافع التي تقدمها الشركة بموجب هذا العقد ما لم يتم تسديد القسط الأول بالكامل. إن تسديد القسط جزئياً أو بالكامل عند تقديم طلب الضمان أو عند التجديدات اللاحقة لا يلزم الشركة ولا يشكل موافقة من قبلها على الطلب المقدم.
في حال رفضت الشركة طلب الضمان الأول أو طلب التجديد، يعاد إلى صاحب الطلب كامل المبلغ الذي أودعه عن القسط. في حال رفض صاحب الطلب القسط الإضافي أو أي إستثناء أو إستثناءات محددة، إذا وجدت، يعاد له المبلغ الذي سددته مع الطلب الأول أو التجديد.
لا يعتبر أي إيصال عند تسديد قسط ما صالحاً، إلا إذا كان

صادراً على مستند مطبوع من الشركة وموقع من قبلها أو من قبل من يمثلها وفقاً للأصول.

٢.٥ الأقساط غير المسددة: إذا أخفق صاحب العقد في تسديد القسط بتاريخ إستحقاقه عملاً بشروط العقد وأحكامه وكما هو محدد في لائحة المنافع والأقساط، يحق للشركة إلغاء العقد أو عدم تجديده منذ تاريخ بدء المفعول أو منذ تاريخ التجديد بحسب ما هو قابل للتطبيق من دون أي إعادة للقسط المدفوع ومن دون الحاجة إلى إشعار خطي. في شتى الحالات وإلى أن يتم التسديد، يحق للشركة أن تجمّد كل المنافع المقدّمة بموجب العقد وبالتالي أن ترفض تغطية المنافع الصحية العائدة للمضمون.

المادة ٦: المدة التعاقدية والتجديد المضمون

إن المدة التعاقدية لهذا العقد هي إثني عشر شهراً، تبدأ بتاريخ بدء المفعول وتنتهي بتاريخ الإنتهاء كما هو منصوص عليه في لائحة المنافع والأقساط دون الحاجة بنهاية المدة التعاقدية لإرسال أي إشعار بالفسخ ولإعطاء أي فترة سماح. يحدد العقد تلقائياً لسنة التأمين التالية بحسب القرار رقم ١٨٦/ل.م.ض. بشرط أن يكون قد تم دفع جميع الأقساط المستحقة للشركة، وأن تفاصيل الدفع التابعة لكم لدى الشركة ما زالت صالحة عند تاريخ التجديد. يرجى تحديث تفاصيل حسابك المصرفي في حال تغيرت.

كجزء من هذه العملية التلقائية وقبل تاريخ التجديد، ستستلم بوليصتك المجددة مع كل التفاصيل والتغييرات.

إذا لم تستلم بوليصتك المجددة، فمن المهم أن تعلم الشركة بذلك.

تحتفظ الشركة بحقها بعدم تجديد العقد من دون أي إشعار خطي و/أو فترة سماح في الحالات التالية: (أ) عدم تسديد القسط المستحق عملاً بشروط وأحكام العقد المذكورة ضمن المادة ٥. (ب) إدلاء صاحب العقد أو المضمون بتصاريح خاطئة أو إخفاء أي نوع من أنواع المعلومات الصحية وغير الصحية في طلب الضمان الأساسي أو في التصاريح اللاحقة. عند أي تاريخ تجديد، تحتفظ الشركة بحقها بتعديل كل أو جزء من العقد (كالشروط العامة والبرامج والمنافع والأقساط المرتبطة بالبرنامج الذي اختاره صاحب العقد والمغطى بموجب هذا العقد)، شرط أن تطبق هذه التعديلات على قدم المساواة على كل المضمونين المكتتبين لديها تحت فئة المخاطر عينها. من المفهوم والمتفق عليه أن أي شرط دون المعيارى تم تطبيقه لدى عملية الإكتتاب الأولى، قبل تاريخ الإنتساب إلى العقد إذا وجد، سوف يبقى مطبقاً عند كل تاريخ تجديد.

المادة ٧: إضافة مضمون

ينبغي على صاحب العقد أن يتقدم بطلب إضافة إنتساب أشخاص تابعين جدد (زوج(ة) أو مولود جديد أو ولد متبنى) لم يشملهم قبلاً طلب الضمان الأول وفقاً للإجراءات المحددة من قبل الشركة، شرط أن يتم تقديم طلب الإضافة خلال فترة الـ ٣٠ يوماً التي

تلي الزواج أو الولادة أو التبنّي القانوني. تحتفظ الشركة بحقها برفض أو قبول إضافة هؤلاء الأشخاص المقترح تغطيتهم ضمن شروط خاصة أو شروط عادية وفقاً لممارسة الإكتتاب المطبقة.

المادة ٨: حذف مضمون

يتوجب على صاحب العقد أن يطلب رسمياً من الشركة حذف مضمون مغطى بموجب العقد قبل تاريخ الإنتهاء أو عنده في حال: (أ) وفاة المضمون المعني. (ب) لم يعد وضع المضمون يتوافق مع تعريف الشخص التابع. (ج) ثبت ازدواجية تغطيته بسبب نقله ضمن برنامج صحي آخر.

إن القسط المعاد إلى صاحب العقد من قبل الشركة والناتج عن الحذف الرسمي بعد إقتطاع الضرائب والرسوم يحتسب بحسب شروط الشركة بدءاً من تاريخ الإنهاء ولغاية تاريخ الإنتهاء. من المعلوم والمتفق عليه أن أي تاريخ للحذف ينبغي أن يقع بعد تسجيل آخر مطالبة تتعلق بالمضمون الذي طلب حذفه من العقد. وفي حال كان للمضمون مطالبات خلال المدة التي تسبق حذفه لا يعاد له أي قسط.

المادة ٩: التعديل

ينبغي أن يقدم أي تعديل يطلبه صاحب العقد خلال مهلة صلاحية هذا العقد أو عند تاريخ التجديد بشكل رسمي ومن خلال ملء الطلب الموافق لذلك. تحتفظ الشركة بحقها برفض أو قبول التعديل الذي يطلبه صاحب العقد بناء على شروط خاصة أو على شروط عادية، إلا في حالة رفع التغطية من درجة الضمان إلى درجة من دون ضمان كما هو موضح في المادة ٣.

المادة ١٠: إلغاء العقد

١٠.١ إلغاء من قبل صاحب العقد: يحق لصاحب العقد أن يلغي هذا العقد من خلال طلب رسمي خطي يتقدم به إلى الشركة مرفق بالعقد وببطاقته.

٢.١٠ إلغاء من قبل الشركة: يحق للشركة أن تلغي هذا العقد في حال عدم تسديد القسط عملاً بشروط المادة ٥، وفي حال التصاريح الكاذبة والبيانات الخاطئة أو كتم معلومات من دون إعادة أي قسط. يتم احتساب أي إعادة للقسط تتعلق بإلغاء ما وتدين بها الشركة إلى صاحب العقد بعد إقتطاع الضرائب والرسوم وعلى أساس نسبي بدءاً من تاريخ الإلغاء ولغاية تاريخ الإنتهاء.

من المفهوم والمتفق عليه أن أي تاريخ للإلغاء ينبغي أن يقع بعد تسجيل آخر مطالبة تتعلق بأي مضمون مغطى بموجب هذا العقد. وفي حال كان للمضمون مطالبات خلال المدة التي تسبق الإلغاء لا يعاد له أي قسط.

المادة ١١: الحق بطلب فحوصات والسرية الطبية

يحق للشركة و/أو للشركة الإدارية الطلب من المضمون

القيام بفحوصات طبية والحصول على نسخ
عن سجلاته الطبية من كل الأطباء والمؤسسات
الصحية الذين استشارهم المضمون أو تلقى
العلاج لديهم قبل مدة الضمان وفي خلالها.
ولهذه الغاية يوافق صاحب العقد و/أو المضمون
على التنازل عن حقه في السرية الطبية لصالح
الشركة و/أو الشركة الإدارية.

المادة ١٢: العناية الصحية ليست مصدراً للربح

لا يحق لصاحب العقد في أي حال من الأحوال أن
يسترد من الشركة ومن أي مرجع آخر على سبيل
المثال لا الحصر، وزارة الصحة ورب العمل والنقابة
والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتعاونية
موظفي الدولة وصندوق التعاضد وشركات ضمان
أخرى، أكثر من نسبة ١٠٠٪ (مائة بالمائة) من تكاليف
العناية الصحية التي تكبدها.

المادة ١٣: فقدان الحق بالتعويض

إذا أقدم صاحب العقد و/أو المضمون عن سوء نية
على المبالغة في قيمة تكاليف العناية الصحية
أو أخفى أو سحب أي تقرير طبي أو استعمل عن
قصد وسائل غاشية أو مستندات غير صحيحة
بقصد إثبات مطالبتة، فإنه يفقد بذلك وبشكل
صریح وكلي حقه في الحصول على أي تعويض
ممكن.

المادة ١٤: فقدان بطاقة الضمان

في حال فقدان بطاقة الضمان، على صاحب
العقد أن يعلم الشركة فوراً وخطياً وأن يطلب
بطاقة جديدة وفي حال تخلفه عن ذلك يجب
عليه أن يتحمل أية تكاليف متكبدة تنتج عن
إستعمال البطاقة المفقودة.

المادة ١٥: إبلاغ الشركة

لا يؤخذ بعين الاعتبار أي تصريح أو مستند يمكن
إرفاقه بهذا العقد إلا إذا كان خطياً ومبلغاً إلى
المركز الرئيسي للشركة وفقاً للأصول. ترسل كل
الإشعارات والتبليغات بواسطة البريد المضمون أو
خدمة البريد. لا يكون أي تغيير في العنوان من قبل
صاحب العقد فاعلاً ما لم يبلغ خطياً إلى الشركة.

المادة ١٦: تصريحات صاحب العقد

ينبغي على صاحب العقد أن يعلم الشركة فوراً
وخطياً عن أي تغيير قد يطرأ خلال مدة سريان هذا
العقد أو خلال مهلة التجديد في ما يتعلق بالوضع
العائلي والمهني والنشاطات وعنوان الإقامة
والعمل لكل مضمون مغطى بموجب هذا العقد.
تحتفظ الشركة بحقها في إدخال قرارات إكتتاب
جديدة تتعلق بهذه التغييرات المحددة بما يتوافق
مع شروط العقد وأحكامها وأقساطها.

المادة ١٧: التصريح الكاذب وعدم الإفصاح

يؤدي أي تصريح كاذب أو بيان خاطئ أو كتم
معلومات أو تحفظ أو إغفال أو وضع صحي

سابق غير مصرّح عنه أو خطأ أو تحريف من قبل المضمون،
يتم إكتشافه في أي وقت كان، في طلب الضمان أو في
طلب التجديد أو في التصاريح اللاحقة، إلى عدم التغطية
ويحق للشركة عدم تجديد العقد أو إلغائها منذ تاريخ بدء
مفعولها عملاً بأحكام المادة ٢٠١ من دون أي إعادة للقسط
ومن دون الحاجة إلى إشعار خطي.

المادة ١٨: الحلول محل صاحب العقد

تحل الشركة محل صاحب العقد في كل حقوقه
ومطالباته ودعاويه التي قد تتوجب له في ذمة أي فريق
ثالث من جراء أي موجب أو تكاليف متكبدة مهما كان
السبب. في هذه الحالة يتعهد كل من صاحب العقد
والمضمون بعدم التوقيع على أي براءة ذمة أو مخالصة
قبل الحصول على موافقة مسبقة خطية من الشركة
وبمنحها كل الدعم والعناية كما لو كانا صاحبي المطالبة.
في حال خرق هذا التعهد، يكونان مسؤولين تجاه الشركة
عن إعادة كل المبالغ التي كان بالإمكان إستردادها من
الفرقاء الثالثين.

المادة ١٩: المراجعات القانونية

تختار الشركة مكان إقامتها مركزها الرئيسي في الحازمية.
يخضع هذا العقد للقوانين والأنظمة المعمول بها في
الجمهورية اللبنانية.

٤- بند العقوبات

لا تلزم شركة التأمين (أو إعادة التأمين) بتوفير أي تغطية
تأمينية كما لا تكون شركة التأمين (أو إعادة التأمين)
مسؤولة عن تسديد أي مطالبة أو تقديم أي منفعة
بموجب العقد الحاضر أن كان توفير تلك التغطية التأمينية
أو تسديد تلك المطالبة أو توفير تلك المنفعة قد يعرض
شركة التأمين (أو إعادة التأمين) لأي عقوبة أو حظر أو قيد
بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو
الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة الخاصة بالاتحاد الأوروبي
أو المملكة المتحدة أو الولايات الأمريكية المتحدة.

ب- التغطية الأساسية برنامج تغطية العناية الصحية الإستشفائية

الشروط والأحكام المتعلقة حصرياً بالقسم «ب»

١- منافع العناية الصحية الإستشفائية

مع مراعاة التعريفات والأحكام والشروط والحدود
والإستثناءات المذكورة في هذا العقد ولقاء القسط الذي
يدفعه صاحب العقد تغطي الشركة، ضمن الحدود
القصى المحددة في لائحة المنافع والأقساط، كل
خدمات العناية الصحية المعتادة والمألوفة والمعقولة

والتكاليف المتعلقة بها التي يتكبدها المضمون بموجب منافع العناية الصحية الإستشفائية التالية:

١.١ الإستشفاء: إقامة المضمون بناء لإيعاز خطي من الطبيب في إحدى المستشفيات المعتمدة رسمياً من قبل الشركة والمتواجدة ضمن الحدود الجغرافية المذكورة في لائحة المنافع والأقساط، لتلقي خدمات العناية الصحية الملائمة التي لا يمكن إجراؤها في قسم الخدمات الخارجية للمستشفى، نتيجة حادث أو مرض أوجب خطورتها دخول المستشفى والبقاء لليوم التالي وتلقي العلاج فيه.

أما بالنسبة لخارج الحدود الجغرافية المحددة في لائحة المنافع والأقساط، فإن الحالات المشمولة في تغطية الإستشفاء يعاد تسديدها على أساس التعرف القصى المعترف بها بين الشركة والمستشفيات المعتمدة من قبلها ضمن الحدود الجغرافية للحالة نفسها وفي التاريخ عينه.

٢.١ الحالات الإستشفائية الخاصة: هي حالات الإستشفاء التالية التي تتم خلال النهار إنما لا تستلزم لضرورة طبية إمضاء ليلة في المستشفى:
أ. الجراحات البسيطة وتفتيت الحصى في الكلية بواسطة الموجات فوق الصوتية والمداواة بالأشعة والعلاج الكيميائي والليزر.
ب. كل أنواع الفحوصات الطبية أو العلاج بالتنظير التي تجري بناء لإيعاز خطي من الطبيب.
ج. الفحوصات الطبية اللازمة لتشخيص سبب المرض أو العلة التي لا تستوجب علاجاً والتي لا يمكن إجراؤها إلا من خلال البقاء في المستشفى.

٣.١ علاج الحالة الطارئة: هو الدخول إلى غرفة طوارئ المستشفى، ضمن الحدود الجغرافية المحددة في لائحة المنافع والأقساط خلال مهلة الـ ٢٤ ساعة التي تلي مباشرة حصول الحادث أو المرض الطارئ والغير مستثنى، وذلك لتلقي علاج (طبي أو جراحي) لا يمكن تأجيله ودون أن يستوجب ذلك تكاليف إقامة.

٤.١ الأجهزة الإصطناعية الداخلية: تعتبر الأجهزة الإصطناعية الداخلية فقط مشمولة في تغطية هذا العقد وذلك حسب الشروط والحدود المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

٥.١ الولادة: تغطي الولادة في المستشفى في حال الولادة الطبيعية أو القيصرية للمرأة المتزوجة التي تحدث بعد ١٠ أشهر على الأقل من تاريخ الإنجاب وتشمل مصاريف الإستشفاء التابعة للولادة: تعرفه الغرفة، تكاليف العملية، أنعاب الأطباء، العلاجات الطبية، فحوص مراقبة للجنين أثناء الولادة، كلفة التخدير فوق الجافية (Epidural)، وغرفة الحضنة أو إستخدام الحاضنة (Incubator) إذا دعت الحاجة، للمولود الجديد منذ ولادته ولمدة أقصاها و لحدود مالية المحددة في لائحة المنافع والأقساط بصرف النظر عن مدة إقامة الأم في المستشفى، بالإضافة الى أجرة معانة واحدة

لطبيب الأطفال المعالج وتكاليف عملية الختان للمولود الذكر، إذا أجريت خلال نفس فترة الإستشفاء التي تمت فيها الولادة، على أن لا تشكل هذه المنافع حقاً مكتسباً للمولود الجديد في أية تغطية أو منافع أخرى.

٦.١ أخطار الحرب لغير المشاركين فيها: من المتفق عليه بموجب هذا العقد أنه بالرغم مما تنص عليه المادة ٩٦٩ من قانون الموجبات والعقود اللبناني وفي الفقرة د من الجزء ٢، الإستثناءات، توافق الشركة على تغطية كل النفقات الطبية ضمن الحدود المذكورة في لائحة المنافع والأقساط الناتجة مباشرة أو غير مباشرة عن: الحرب، الاحتلال، الأعمال الحربية (أكانت الحرب معلنة أم غير معلنة، التقليدية منها أو البيولوجية أو الكيميائية أو النووية)، الإجتياح، الأعمال العدوانية الخارجية، العمليات العدائية، الأعمال الإرهابية من أي نوع كانت، أعمال التخريب الإرهابية، التمرد، العصيان، الإضطرابات المدنية، الحرب الأهلية، الثورة، الهجانات الشعبية، الإنقلاب العسكري، المؤامرة، أعمال الشغب، إغتصاب السلطة أو الحكم العسكري أو الأحكام العرفية أو حالة الحصار أو أي عمل لأي شخص له صلة بأية منظمة عسكرية أو شبه عسكرية، بهدف قلب النظام بالقوة أو أعمال العنف أو الإرهاب أو التأثير على صنع قرارات سياسية. يشمل مفهوم الإرهاب (المشتبه به أو المثبت) نتائج إحتجاز رهائن وإطلاق النار من خلال السيارات وزرع القنابل وأشكال أخرى من العنف الجسدي. من المتفق عليه بموجب هذا العقد أن تغطية أخطار الحرب لغير المشاركين فيها، لا تمنح بموجب ميزة ضمانة التجديد وهي تجدد على أساس سنوي.

٢- الإستثناءات

خلافاً للتغطية الممنوحة بموجب أحكام هذا العقد، يبقى من المفهوم والمتفق عليه أن الشركة لا تدفع أي جزء من تكاليف منافع العناية الصحية الإستشفائية المرتبطة أو الناتجة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن أي من الأسباب أو الأعمال التالية:

١. كل خدمات العناية الصحية الخارجية التي لا تستلزم إقامة في المستشفى كالعلاجات والفحوصات اللازمة لتشخيص المرض أو كشف سبب العلة والتي يمكن إجراؤها في مكتب أو عيادة الطبيب أو مركز طبي أو في قسم الخدمات الخارجية للمستشفى، ما عدا تلك المذكورة في الفقرة ٢.١ من الجزء ١ - منافع العناية الصحية الإستشفائية.

٢. أية حدود خاصة و/أو إستثناء خاص و/أو محدد بالنسبة لكل مضمون منصوص عنه في لائحة المنافع والأقساط.

٣. الأوضاع الصحية السابقة للتغطية: الأوضاع الصحية السابقة للتغطية هي أوضاع طبية أو أي أوضاع أخرى مرتبطة بها والتي قد ظهر عنها عارض أو أكثر في مرحلة ما خلال حياتك أو حياة الشخص التابع قانونياً لك حتى ولو لم يتم إجراء أي علاجات طبية أو البحث عن توصية. أي وضع مشابه أو وضع من هذا القبيل، يفترض أن تعرفه أنت أو الأشخاص التابعون قانونياً

لك بشكل منطقي، سوف يعتبر أوضاع صحية سابقة للتغطية. يتم اعتبار الأوضاع التي تنشأ بين إكمال طلب الضمان ذي الصلة وبدء مفعول العقد موجودة مسبقاً. مثل هذه الأوضاع الصحية السابقة للتغطية سوف تخضع أيضاً للاكتتاب الطبي، وإذا لم يتم الكشف عنها، فلن يتم تغطيتها. يرجى الرجوع إلى الشروط الخاصة في لائحة المنافع والأقساط للتأكيد عن شروط تغطية الأوضاع الصحية السابقة.

٤. الإنتحار ومحاولة الإنتحار أو أي عمل مقصود من المضمون لإيذاء نفسه أكان سليم العقل أم لا. ٥. مشاركة المضمون سواء كهاو أو كمحترف في أية رياضة عنيفة أو خطيرة على سبيل المثال لا الحصر، استخدام الدراجات النارية، سباق السيارات أو الدراجات النارية (Ski Doo, ATV, Jet Ski)، تسلق الجبال والغطس تحت الماء والغطس في أعماق البحر والغفر بالمظلة....

٦. الإفراط في تناول الكحول، حالة السكر، الإدمان على الأدوية والمخدرات وغيرها من الممنوعات وجميع النتائج المترتبة عنها.

٧. علاج الأمراض النفسية والعقلية والإنهيارات العصبية والتقييمات السيكلوجية والنمو المتأخر.

٨. كل الحالات الناتجة عن الإشعاعات النووية، والتأين (Ionization) والتلوث الكيميائي والبيولوجي.

٩. المصحة، الحجر الصحي، العلاج بالراحة التي يمكن اتمامها خارج المستشفى.

١٠. العناية أو العلاج الغير مألوف أو الغير ضروري أو ما يزال قيد الإختبار أو الغير معترف به علمياً أو طبياً.

١١. كل العيوب الخلقية أي الموجودة منذ الولادة والإشتراكات الناتجة عنها.

بصورة استثنائية، تغطي الشركة الحالات الخلقية وذلك لغاية النسبة والحدود والشروط الواردة في لائحة المنافع والأقساط.

١٢. وسائل منع الحمل للرجال والنساء وعكس مفاعيلها.

١٣. أي كلفة وجراحة متعلقة بتبرع الأعضاء.

١٤. الغسيل البريتوني (Peritoneal dialysis) والغسيل الدموي (Hemodialysis) وعملية الشريان الوريدي.

إستثناء خاص للإستثناء العام المشار إليه أعلاه، تغطي فقط أولى الجلستين لغسل الكلي التي تجرى لمعالجة القصور الكلوي الحاد، خلال فترة الدخول الأول الى المستشفى ولغاية الخروج منه. ١٥. العلاج والخدمات الخاصة بطفل الأنبوب، وحقن الحيوانات المنوية Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICS)، وإجراءات الأمومة البديلة.

إستثناء للإستثناء المشار إليه أعلاه وشروط إحترام فترة إنتظار لا تقل عن ١٢ شهراً متواصلاً من تاريخ إنتساب المضمون، تغطي الشركة عملية ربط الأنابيب الفالوبية (Fallopian tubes ligation) وعلاج العجز الجنسي (Impotence) ودوالي الحبل المنوي (Varicocele) والعقم وجميع الإختبارات والفحوصات والعلاجات المتعلقة بعدم الخصوبة

ونتاؤها خلال الإقامة في المستشفى وذلك ضمن الحدود المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

١٦. السيدا والأمراض المنقولة جنسياً وفيرس نقص المناعة المكتسبة وجميع الأمراض والعلاجات المتعلقة بها. ١٧. الفحص الدوري.

١٨. أي إستشفاء للنقاهاة والراحة.

١٩. تصحيح قصر النظر والانقطعية (Astigmatism) جراحياً أو بواسطة اللازك.

٢٠. الجراحة والعناية بالأسنان واللثة ما لم تكن ناتجة عن حادث مشمول بالتغطية وشروط أن يحصل المضمون على موافقة الشركة قبل البدء بالعلاج وذلك خلال مهلة ٦ أشهر كحد أقصى من تاريخ حصول الحادث.

٢١. الجراحة الترميمية و/أو التجميلية والعلاج التجميلي (بما في ذلك جث الشحم) ما لم يكن نتيجة لحادث مشمول بالتغطية وشروط أن يحصل المضمون على موافقة الشركة خطياً قبل مباشرة العلاج في المستشفى خلال مهلة ٩ أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث.

إستثناء للإستثناء العام المشار إليه أعلاه، يغطي الإستثناء التالي شرط أخذ موافقة الشركة خطياً:

عملية إعادة تكوين الثدي تبعاً لعملية إستئصاله جزئياً أو بالكامل نتيجة الإصابة بسرطان الثدي مع كلفة العضو الإصطناعي لغاية الحدود المذكورة في لائحة المنافع والأقساط، شرط أن تتم جراحة الثدي الترميمية خلال مدة أقصاها عام واحد من عملية الإستئصال المغطاة وأن يكون العقد لا يزال ساري المفعول أو مجدد بدون إنقطاع.

٢٢. إنحراف في وتيرة الأنف إلا إذا نجم هذا الإنحراف عن حادث مشمول بالتغطية حصل مؤخراً فيتوجب على المضمون إثباته للشركة خلال مهلة ٤٨ ساعة من تاريخ حصوله.

يسقط هذا الإستثناء شرط أن لا يكون عائداً لجراحة ترميمية ويغطي بعد فترة سنتين دون إنقطاع من تاريخ إنتساب المضمون وذلك لغاية الحدود المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

٢٣. تخطيط النوم (Polysomnography).

٢٤. العناية الوقائية.

٢٥. كلفة ثمن وتركيب أي جهاز سمعي أو بصري تصديحي داخلي أو خارجي.

٢٦. علاج تساقط الشعر من خلال الهندسة الجينية والإستئساخ.

٢٧. علاج وجراحة داء الباركنسون بالحث الكهربائي للنواة تحت المهادية.

٢٨. جميع العلاجات المتعلقة بالنطق، بما فيها، على سبيل المثال لا الحصر، جلسات تقويم النطق (Orthophony).

٢٩. جراحة رأب المعدة أو أي علاج للبدانة وإشتراكاتها.

٣٠. الإصابات الناتجة عن معارضة التوقيف القانوني أو القيام بعمل مخالف للقانون.

٣١. الخدمة العسكرية.

كما تعتبر مستثناء من أية تغطية كافة تكاليف العناية الصحية الإستشفائية الناتجة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن:

أ) جميع الحوادث والأمراض التي تحصل خلال الثلاثة أشهر الأولى من تاريخ إنتساب المضمون، ألا وهي:

الغدة الدرقية، الفتاق القرصي، العنق الأربي، البواسير، السل، أمراض الروماتيزم، الإعتلال النفرساني أو الدماغى الشوكي،

٣.٢.٣ غرفة الطوارئ: في حال الدخول بصورة طارئة نتيجة حادث أو مرض إلى غرفة طوارئ في مستشفى معتمد دون أن يتطلب ذلك تمضية الليل فيه، يتوجب على المضمون إبراز بطاقة الضمان الخاصة به للمستشفى الذي، بعد أخذ موافقة مركز مطالبات الشركة الإدارية، يقبل معالجته الفورية دون المطالبة بدفع التكاليف الناتجة عن ذلك.

يمكن لمركز مطالبات الشركة الإدارية بناءً على تقييم كل حالة على حدة، أن يرفض منح إستمارة الموافقة أو أن يوافق عليها بناءً على أحكام وشروط وحدود هذا العقد وإستثناءاته، على أن يقوم بإبلاغ قراره إلى المضمون و/أو إلى مقدّم الخدمات الصحية. لا تمنح إستمارة الموافقة التي تخوّل المضمون الدخول مجاناً إلى مقدّم الخدمات العناية الصحية إلا إذا كان هذا الأخير ينتمي إلى الشبكة المعتمدة والمتواجدة ضمن الحدود الجغرافية المذكورة في لائحة المنافع والأقساط وإلا تطبق إجراءات التسديد المنصوص عليها أدناه.

٣.٣ إجراءات تسديد المطالبات: بصورة إستثنائية، في حال لم يستحصل المضمون على إستمارة الموافقة يحق له أن يسترد كل أو جزءاً من مصاريف وتكاليف الخدمات الصحية المتكبّدة والمغطاة بموجب هذا العقد، شرط الإلتزام بإجراءات التسديد الإستثنائية المنصوص عليها أدناه:

١. يجب على المضمون أن يقدّم مباشرة إلى الشركة طلب تسديد المطالبة معباً بالكامل وموقعاً منه خلال ١٥ (خمس عشرة) يوماً من تاريخ المخالفة إذا تمّ تقديم الخدمات الطبية ضمن الحدود الجغرافية كما هي محددة في لائحة المنافع والأقساط و ٣٠ (ثلاثون) يوماً خارجها، إضافة إلى كل المستندات الثبوتية التالية:
- ١.١. تقرير طبي مفصّل وموقع من قبل الطبيب المعالج.
- ٢.١. تقرير المخالفة عند الخروج.
- ٣.١. الفواتير والإيصالات الأصلية والرسمية موقعّة ومختومة بحسب الأصول.
- ٤.١. نسخة عن الفحوصات والتقارير الطبية والتشخيصات والنتائج المتعلقة بالحالة الطبية.

٢. يمكن تطبيق إجراءات تسديد المطالبات حصرياً في الحالات التالية:

- ١.٢ إذا تمّت المراجعة من قبل المضمون بخصوص قرار سابق برفض موافقة على تغطية لدى مقدّم خدمات صحية معتمد.
- ٢.٢ إذا تمّ علاج الحالات الطارئة لدى مقدّم خدمات صحية غير معتمد من الشركة، على أن يتمّ إعلام الشركة أو الشركة الإدارية خطياً خلال ٤٨ (ثمان وأربعين) ساعة من تاريخ الدخول.
- ٣.٢ إذا إستحصل المضمون مسبقاً على موافقة مركز المطالبات التابع للشركة الإدارية بتلقي العناية الصحية لدى مقدّم خدمات صحية غير معتمد.
- ٤.٢ إذا إستدعت الضرورة الطبية علاجاً غير متوفر لدى مقدّم الخدمات المعتمدين من الشركة شرط أن يكون المضمون قد إستحصل مسبقاً على موافقة

الأعضاء التناسلية، التهاب اللوزتين، الممرارة، الحصى والرمل في الكلي، أي نوع من أنواع الأكياس والأورام، أمراض القلب والشرابيين والأمراض الورمية وكل الأمراض المتعلقة بالجهاز العصبي.

ب) مضاعفات الأمومة بما فيها الحمل والولادة والإجهاض الموصى طبياً أو الإسقاط إلا إذا كانت الولادة مغطاة وشرط أن لا تكون حاملاً قبل هذا التاريخ. إستئصال الرحم الحاصلة خلال **الثلاثة أشهر الأولى** من تاريخ إنتساب المضمونة.

ج) الأمراض الناتجة عن الإنتشار الوبائي المؤكد و/أو التي تعرف بأنها وباء التي تحصل خلال أول عشرين يوماً من تاريخ إنتساب المضمون.

د) المشاركة الفعلية في أي من الأحداث التالية: – إذا ثبت أن المضمون شارك فعلياً في أي من الأحداث المذكورة في الفقرة ١.١ من الجزء أ – منافع العناية الصحية الإستشفائية.

– إذا كان المضمون عضواً في الجيش النظامي أو رجال قوى الأمن الداخلي أو الدفاع المدني أو من رجال الإطفاء أو أي منظمة عسكرية أو شبه عسكرية أو شركة تأمين الحماية.

٣- إدارة المطالبات

١.٣ التسديد المباشر للمطالبات: يعطي مركز مطالبات الشركة الإدارية التي تعمل لصالح الشركة وبالنيابة عنها الإذن بتسديد المطالبات مباشرة إلى مقدّم خدمات العناية الصحية المعتمدين وليس إلى صاحب العقد وذلك إستناداً إلى موافقة مسبقة على التغطية المعرّف عنها في بند التعريفات تحت تسمية إستمارة الموافقة ولغاية الحدود المحددة في لائحة المنافع والأقساط بإستثناء الحالات التي يطبّق فيها إجراء تسديد المطالبات.

٢.٣ إجراءات المطالبات

١.٢.٣ الحالات الإستشفائية غير الطارئة: في حال الدخول بصورة غير طارئة إلى مقدّم خدمات عناية صحية معتمد، سواء تطلب ذلك تمضية الليل فيه أم لا، يتوجب على المضمون الإستحصل على إستمارة الموافقة وذلك من خلال إعلام (شفهياً و/أو خطياً) مركز مطالبات الشركة الإدارية وتقديم تقرير الطبيب معباً بالكامل من قبل الطبيب المعالج وفقاً للأصول.

٢.٢.٣ الحالات الإستشفائية الطارئة: في حال الدخول

بصورة طارئة إلى مقدّم خدمات عناية صحية معتمد، والمكوث فيه الليلة واحدة على الأقل، يتوجب على المضمون طلب إستمارة الموافقة وذلك من خلال إعلام مركز مطالبات الشركة الإدارية فوراً لدى دخوله المستشفى.

في حال التغطية الإضافية كالتغطية المشتركة مع الضمان الإجتماعي وأي برنامج آخر على صاحب العقد أن يضمن الحصول على الموافقة المسبقة أو اللاحقة التي ينبغي تقديمها إلى مقدّم الخدمات الصحية.

مركز المطالبات التابع للشركة الإدارية لتغطية الخدمات الصحية الإستشفائية لدى مقدّم خدمات غير معتمد من الشركة. في الحالات المنصوص عليها أعلاه في الأقسام ١.٢ و ٢.٢، يخضع تسديد التكاليف المتكبدة، بعد تطبيق الإقتطاع إذا وجد، على أساس التعريفات التفضيلية المطبّقة على الشركة لدى مقدّم خدمات معتمد مواز بالنسبة إلى التصنيف ذاته والحالة نفسها وقت تكبّد التكاليف.

٤.٣ واجب التسديد من قبل صاحب العقد:

في حال رفض صاحب العقد تسديد المبلغ المدفوع تبعاً لإصدار إستمارة الموافقة تقوم الشركة بإسترداد المبلغ المتوجب بشتى الوسائل. فيحق للشركة أن تقوم تلقائياً بتسجيل هذا المبلغ على ذمة صاحب العقد وأن تحسم من دون أي إجراء آخر، قيمته من رصيد صاحب العقد الدائن.

ملحق تغطية العناية الصحية الطارئة والإسعاف أثناء السفر

بموجب أحكام هذا الملحق وشرط أن يكون برنامج العناية الصحية الإستشفائي ساري المفعول وبعد دفع القسط الملائم، تغطي الشركة منافع العناية الصحية والإسعاف للحالات الطارئة أثناء السفر المذكورة أدناه والتي تخضع للأحكام والشروط العامة للبوليصة ولأحكام هذا البرنامج. يخضع هذا البرنامج لقوانين البلد الذي تمّ فيه إصدار هذا العقد.

١- التعريفات

١.١ شركة الإسعاف: هي التي تعينها الشركة ويذكر إسمها وتفاصيل الإتصال بها في لائحة المنافع والأقساط وعلى بطاقة المضمون. تقوم بمساعدة المضمون خلال رحلته وتسديد المدفوعات وإدارة كل جوانب المطالبات التي تحصل بموجب هذه التغطية.

٢.١ العمر: تقتصر التغطية على المضمونين الذين تصل أعمارهم إلى ٧٠ سنة ضمناً، المحددين في لائحة المنافع والأقساط، شرط أن يكون مكان إقامتهم القانوني أو مكان تكليفهم الضريبي في البلد الذي تمّ فيه إصدار هذا العقد.

٣.١ تغطية العناية الصحية الطارئة والإسعاف أثناء السفر:

هي تغطية عالمية تعوّض تكاليف العناية الصحية الطارئة والإسعاف على أساس الفاتورة الطبية الأصلية والمتكبدة نتيجة مرض أو حادث غير متوقع حصل خارج بلد الإقامة والبلد الذي تمّ فيه إصدار هذا العقد.

٤.١ الرحلة: هي أي رحلة خارج البلد الذي تمّ فيه إصدار هذا العقد وبلد إقامة المضمون. ومهما كانت الظروف لا يمكن أن تتعدى مدة رحلة واحدة أو عدة رحلات ٩٠ يوماً خلال مدّة ١٢ شهراً من التغطية. في حال حصول أي مطالبة أو طلب إسعاف ينبغي تقديم كل المستندات الأصلية (فواتير، إيصالات، تذكرة سفر...).

٥.١ بلد الإقامة: هو البلد الذي تمّ فيه إصدار هذا العقد والبلد الذي يعيش فيه المضمون عادة عند تاريخ بدء مفعول هذه التغطية بموجب هذا البرنامج والمذكور في طلب الضمان. في حال إشتملت التغطية على أشخاص تابعين يكون بلد الإقامة هو البلد المصرّح عنه. في حال حصل تغيير في بلد الإقامة ينبغي إعلام الشركة خطياً في غضون شهر.

٦.١ الحدود الجغرافية: في شتى الحالات، لا تطبق منافع هذه التغطية في البلد الذي صدر فيه العقد وفي بلد إقامة المضمون.

٢- منافع العناية الصحية الطارئة والإسعاف أثناء السفر

مع مراعاة التعريفات والأحكام والشروط والحدود والإستثناءات المذكورة في هذا العقد ولقاء القسط الذي يدفعه صاحب العقد تغطي الشركة، ضمن الحدود القصوى المحددة في لائحة المنافع والأقساط، كل خدمات العناية الصحية الطارئة والإسعاف أثناء السفر والتكاليف المعنادة والمألوفة والمعقولة المتعلقة بها التي يتكبدها المضمون بموجب المنافع التالية:

١.٢ منافع العناية الصحية الطارئة أثناء السفر: هي التكاليف المعقولة المتكبدة أثناء رحلة خارج بلد الإقامة كنتيجة مباشرة لإصابة أو مرض أو داء مفاجئ غير متوقع إستلزم دخول المستشفى أو علاجاً طبياً.

٢.٢ الإجراء الطبي و/أو الإعادة إلى بلد الإقامة: في حال أصيب المضمون بمرض خطير أو حادث أو حالة صحية طارئة وإذا كان من الضروري جداً إعادته إلى بلد إقامته، تقوم شركة الإسعاف بإتخاذ الترتيبات اللازمة لإجلاله تحت الإشراف الطبي الملائم وتتحمل شركة الضمان التكاليف والأعباء المتكبدة.

من الممكن أن يتمّ الإجراء بواسطة الإسعاف الجوي أو بواسطة الطيران النظامي أو أي وسيلة نقل أخرى ملائمة.

٣.٢ الإلتحاق بالمضمون: تقوم شركة الإسعاف بتحرير النقل ذهاباً وإياباً بدرجة سياحية وتأخذ شركة الضمان على عاتقها كلفة تذكرة سفر ذهاباً وإياباً لقریب واحد إختاره

بطبيعة وماهية وتنظيم الإجراءات التي سوف تتخذ من صلاحيتها وحدها.

١.٤ الفوترة المباشرة للمطالبات: في حال تكبد المضمون تكاليف صحية طارئة مغطاة من قبل شركة الضمان خلال رحلته عليه أن يتصل مباشرة بمركز الاتصالات التابع لشركة الإسعاف على الرقم المذكور على لائحة المنافع والأقساط التي تتأكد من صلاحية التغطية وتسدد كل المبالغ مباشرة إلى مقدم الخدمات الصحية لغاية الحدود القصوى مع تطبيق الإقتطاع إذا وجد، كما هو مذكور في لائحة المنافع والأقساط. على المضمون أن يتحمل كل المصاريف التي تتخطى الحدود القصوى.

ينبغي أن يقدم تقرير طبيب ترد فيه كل المصاريف الطبية أكان المضمون قد سدد الفواتير بنفسه أو لا وأن يرفق بالإيصالات الأصلية.

لن تأخذ شركة الضمان بعين الاعتبار أي مطالبة ما لم يتم إبلاغ شركة الإسعاف بها وقت حصولها.

٢.٤ إجراءات المطالبات: في حال أصيب المضمون أثناء رحلته بإصابة أو مرض أو داء غير متوقع عليه أن يعلم بنفسه أو بواسطة شخص ثالث مركز الاتصالات التابع لشركة الإسعاف على الفور من خلال الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني مع المعلومات التالية:

أ) إسم المضمون بالكامل.

ب) رقم العقد بالكامل كما هو وارد في لائحة المنافع والأقساط.

ج) كامل تفاصيل المشكلة التي يواجهها المضمون ونوع المساعدة المطلوبة.

د) الموقع الذي يتواجد فيه المضمون ورقم الهاتف الذي يمكن الإتصال به.

تقوم شركة الإسعاف بالتنسيق الوثيق مع شركة الضمان بما يلي:

أ) إتخاذ التدابير اللازمة لمساعدة المضمون ضمن شروط العقد وأحكامه.

ب) ضبط العلاج والمصاريف الطبية المتكبدة.

ج) التفاوض على الفواتير ومراقبتها وتسديدها.

د) الإهتمام بالترحيل إذا دعت الحاجة.

٣.٤ إجراءات تسديد المطالبات: ينبغي على المضمون أن يعلم الشركة بكل التكاليف المتكبدة التي وافقت عليها شركة الإسعاف والتي يريد أن يستردها. بناءً عليه، على المضمون أن يقدم إلى الشركة كل الإثباتات التي تدعم صحة مطالبته فضلاً عن أي عنصر ضروري لمعالجة طلبه.

تعيد الشركة تسديد المصاريف التي تكبدها المضمون عند تقديم الإثباتات ولغاية الحدود القصوى المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

المضمون مسبقاً للحاق به في حال دخوله المستشفى في الخارج لمدة تزيد على **٥ أيام** أو في حال وفاته.

٤.٢ إعادة الجثمان: في حال توفي المضمون وهو في رحلة خارج بلد إقامته، تقوم شركة الإسعاف بالتنظيم وتأخذ شركة الضمان على عاتقها التكاليف الضرورية والمعقولة لإعادة الجثمان إلى بلد إقامته وذلك لغاية الحدود القصوى المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

٣- الإستثناءات

بالإضافة إلى الإستثناءات الخاصة بالعناية الصحية الإستشفائية، تعتبر أيضاً مستثناة نتائج الظروف والأحداث التالية:

١. العلاجات المتكبدة في بلد الإقامة وفي البلد الذي تم فيه إصدار هذا العقد.
٢. جميع التكاليف المتكبدة من دون الموافقة المسبقة لشركة الإسعاف.
٣. العناية أو العلاج الذي لا ينجم عن طارئ طبي.
٤. الرحلات المقامة بهدف علاجي.
٥. الأمراض التي تكون قيد العلاج ولم تستقر بعد.
٦. الحرب الأهلية أو الخارجية، التمرد، الثورات الشعبية، الإضرابات، الأعمال الإرهابية، إحتجاز الرهائن وحمل السلاح، غير أن تغطية المساعدة تصبح سارية المفعول في حال فوجئ المضمون بإندلاع أحداث مماثلة أثناء سفره في الخارج، خلال مهلة ١٤ (الأربعة عشرة) يوماً التي تلي بدء هذه الأحداث.
٧. الكوارث الطبيعية.
٨. مشاركة المضمون الطوعية في رهانات وجرائم أو شجار بإستثناء حالات الدفاع المشروع عن النفس.
٩. عدم الإلتزام المتعمد بالمحظورات الرسمية وعدم إحترام قواعد السلامة المتبعة نتيجة ممارسة نشاط رياضي ما.
١٠. المشاركة في أي رياضة بصفة محترف أو بموجب عقد لقاء أجر، أكان ذلك في إطار مباراة أو إستعراض أو تدريب.
١١. الحوادث أو الإصابات الناتجة عن ممارسة رياضات خطيرة من باب الهواية كالرياضات الميكانيكية والجوية والمصارعة بكل أشكالها والرياضات على الثلج أو الجليد وركوب الخيل والرياضات المائية وأي نشاط خطر مثل الصيد وتسلق الصخور والجبال وإستكشاف المغاور والهبوط بالمظلات والغطس أكان بإستعمال معدات غطس أم من دونها أو مع أي معدات مشابهة.
١٢. الحمل ونتائجه بدء من الشهر السابع.
١٣. أي رحلة تتم بوسيلة نقل غير عامة (جواً وبحراً وبراً) غير أن تغطية الإسعاف تبقى سارية المفعول طوال إقامة المضمون في الخارج.
١٤. مصاريف الدفن.

٤- إدارة المطالبات

منذ اللحظة التي يتصل فيها المضمون بشركة الإسعاف، يوافق على أن تكون القرارات المتعلقة

ج - التغطية الإضافية – برنامج تغطية العناية الصحية الخارجية (إختياري)

الشروط والأحكام المتعلقة حصرياً بالقسم «ج» تمنح الشركة، شرط سريان مفعول برنامج العناية الصحية الإستشفائي وتسديد القسط الملائم، تغطية إضافية تشمل منافع العناية الصحية الخارجية، والتي تخضع للأحكام والشروط العامة للبوليصة ولأحكام هذا البرنامج.

١- التعريفات

١.١ العناية الصحية الخارجية: هي فحوصات التشخيص والعلاجات الخارجية المذكورة أدناه والتي تتم بناء على توصية خطية من الطبيب المعالج والتي لا تتطلب إقامة في المستشفى.

٢.١ حدود التغطية القصوى للعناية الصحية الخارجية: هي مجموع تكاليف العناية الصحية الخارجية الناتجة عن فحوصات التشخيص والعلاجات المتكبدة خلال سنة تعاقدية واحدة والتي تحملها الشركة بعد تطبيق نسبة أو مبلغ الإقتطاع لكل مضمون كما هو محدد في لائحة المنافع والأقساط.

٢- منافع العناية الصحية الخارجية

لقاء القسط الذي دفعه صاحب العقد تغطي الشركة، ضمن الحدود القصوى المحددة في لائحة المنافع والأقساط، كل خدمات العناية الصحية المعتادة والمألوفة والمعقولة والتكاليف المتعلقة بها التي يتكبدها المضمون بموجب منافع العناية الصحية الخارجية التالية:

١.٢ منافع العناية الصحية الخارجية: هي مجموعة الإختبارات التشخيصية والعلاجات المدرجة بدقة في ما يلي في الجزء ٢.٢ والمقدمة فقط من خلال أحد مقدمي الخدمات العناية الصحية المنتمي إلى الشبكة المعتمدة والمتواجدة ضمن الحدود الجغرافية المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.

٢.٢ اللائحة الحصرية للفحوصات التشخيصية والعلاجات التي تتم على أساس العناية الصحية الخارجية:

الفحوصات المخبرية

- الكيمياء الحيوية (Biochemistry)
- الدمويات (Hematology)
- علم الطفيليات (Parasitology)
- علم الأمصال (Serology)
- مناعة الأشعة (Radioimmunologic Dosage)
- علم الجراثيم والفيروسات (Bacteriology, Virology)
- التشريح المرضي (Pathologic Anatomy)
- الأمراض المنقولة جنسياً والسيدا.

فحوصات ما قبل الزواج

- فحص (CBC) و (MCV)، فئة الدم وعامل ريسوس (Rhesus)
- الحميراء (Rubella) والمقوسات (Toxoplasmosis) للمضمونة.
- التهاب الكبد (HbS Ag)
- التلاسيميا (Thalassaemia)، فيروس نقص المناعة المكتسبة (H.I.V)، السفلس (VDRL)

فحوصات الحمل لكل فترة حمل شرط أن تتم بعد ٣ أشهر من تاريخ إنتساب المضمونة وأن لا تكون هذه الأخيرة حاملاً قبل هذا التاريخ.

التصوير

- الأشعة (Radiology)، المغراس (C.T Scan)، التصوير النووي (PET Scan)، التصوير بالتواتر المغناطيسي (MRI).
- تصوير الجهاز البولي الوريدي (Intravenous Urograph)، تصوير المرارة (Cholecystography)، تصوير أوعية الصفراء (Cholangiography)، حقنة الباريوم (Barium Enema)، الجهاز المعدي المعوي الأعلى (Upper GI series)
- تخطيط الصدى (Echography)
- تصوير الثدي (Mammography)
- تخطيط القلب (Cardiac Echo Doppler)
- تخطيط ضغط العين (Ocular Angiography)
- تصوير الشبكة الطبقية في العين (OCT)
- قياس قطر العدسة (AP Diameter)
- تصوير الشرايين (Arterial and Venous Doppler)
- تصوير شرياني ووعائي (Arteriography, phlebography)
- تصوير بالمواد المشعة الغدة الدرقية والكلى والعظام (Scintigraphy: Thyroid, renal, bone,)
- تصوير عضلة القلب بالمواد المشعة (Thallium myocardial scintigraphy)
- فحص (64 VCT) التاجي. إذا كان هناك حاجة لقسطرة القلب (Cardiac catheterization)، سيتحمل المضمون التكاليف الزائدة.
- فحص واحد لترقق العظام خلال السنة التعاقدية:
- لكافة الأعمار في الحالات التالية: سن اليأس، علاج ستيررويد لفترة طويلة، نقص في الكالسيوم أو الفيتامين «د»، بعض حالات الأمراض الخبيثة، إستعمال دواء الـ (Heparin) لمدة طويلة.
- لكل المضمونين في سن ٥٥ وما فوق إذا كان هذا الفحص يتم لأسباب أخرى غير تلك المذكورة أعلاه.

الإستقصاء

يقوم مقدّم الخدمات أو المضمون بالسعي إلى الحصول على إستمارة الموافقة من مركز مطالبات الشركة الإدارية من خلال تقديم تقرير طبي يحدد الفحوصات أو العلاج المطلوب وسبب إجراء الاختبارات بغية الإستفادة من دخول مجاني لدى مقدّم الخدمات الصحية. تقتصر منافع العناية الصحية الخارجية على الخدمات الصحية التي يقدمها حصرياً مقدّم خدمات معتمد لدى الشركة بحسب الشبكة المعمول بها. في حال حصول مطالبة بعناية صحية خارجية لدى مقدّم خدمات صحية معتمد أو غير معتمد من الشركة ولم يحصل المضمون على إستمارة الموافقة التي تخوّله الولوج مجاناً إلى مركز الخدمات، ينبغي عليه أن يسدد مبالغ الخدمات الصحية التي تلقاها وأن يتبع الإجراء عينه المذكور في الجزء ٣.٣ إجراءات تسديد المطالبات. في حال كان المضمون يستفيد من تغطية إضافية لدى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي ينبغي عليه أولاً أن يسدد مباشرة إلى مقدّم الخدمات الصحية جزءاً من كلفة الفحوصات الخارجية التي يغطيها الصندوق أو أن يستحصل على موافقة الصندوق المسبقة (التي لا تشكل قبلاً مسبقاً بالدفع) للعلاجات الخارجية (مثلاً: التصوير بالتواتر المغنطيسي MRI والمغراس C.T. Scan) التي ينبغي تقديمها إلى مقدّم الخدمات الصحية.

- تخطيط صدى القلب (Echocardiography)
- مخطط كهربائية القلب (Electrocardiogram - EKG)
- مخطط كهربائية الدماغ (Electroencephalogram EEG)
- مخطط كهربائية العضل (Electromyogram - EMG)
- إختبار إجهاد القلب (Cardiac stress test)
- قياس النفّس (Spirometry)
- مخطط السمع (Audiogram)
- التجاوب المحتمل السمعي والبصري (Evoqued Potential Response: Visual and auditive Urodynamic Study of)
- ديناميات المثانة (Bladder)
- التخطيط المتواصل للقلب (Heart rythm monitoring holter)
- التخطيط المتواصل لضغط الدم (Blood pressure monitoring holter)
- التخطيط بالموجات فوق الصوتية (Ultrasonography)
- العلاجات الجسدية
- العلاج الفيزيائي (Physiotherapy) لغاية عدد الجلسات المذكورة في لائحة المنافع والأقساط.
- العلاج بالحركة (Kinesitherapy)، العلاج بالماء (Hydrotherapy)

٣- الإستثناءات

١. تطبّق على برنامج العناية الصحية الخارجية كل الإستثناءات المطبقة في برنامج العناية الصحية الإستشفائية.
٢. كل التكاليف المتعلقة بمعاینات الطبيب وكذلك الأدوية.
٣. أية خدمة من خدمات العناية الصحية خارج المستشفى المقدمة لدى مقدّم خدمات صحية غير معتمد من الشركة.
٤. بزل السلى (Amniocentesis, Double, and quadruple tests)
٥. فحوصات التلاسيميا (Thalassaemia) إلا إذا كانت مطلوبة في إطار فحوصات ما قبل الزواج.
٦. الشعرانية (Hirsutism) وفحوصات الهرمونات.
٧. الفحوص الوقائية.
٨. حب الشباب.
٩. اختبارات التشخيص للأمراض الناتجة عن الإنتشار الوبائي المؤكد و/أو التي تعرف بأنها وباء

٤- إدارة المطالبات

إجراءات المطالبات: في حال حصول مطالبة بعناية صحية خارجية لا تستدعي الإقامة في المستشفى لدى مقدّم خدمات تابع للشبكة،

In case of complaint, you can contact our Customer Focus Division on **+961 5 958 968** from 8:00 am to 5:00 pm, Monday to Friday, or contact your Sales agent or Broker, or email us at **complaints@sna.com.lb**

في حال الشكوى، يمكنكم الإتصال بقسم خدمة الزبائن على الرقم **+٩٦١ ٥ ٩٥٨٩٦٨** من الثامنة صباحاً حتى الخامسة مساءً من الإثنين إلى الجمعة، أو الإتصال بمندوب أو وسيط التأمين المعتمد من قبلكم، أو عبر البريد الإلكتروني **complaints@sna.com.lb**

SNA S.A.L.
SNA S.A.L. bldg,
Hazmieh
P.O.Box 16-6528
Beirut, Lebanon.
Phone 05. 422000
Fax 05. 956624
info@sna.com.lb
www.sna.com.lb

Capital 42.018.750.000 L.P.
Fully Paid R.C.B. 12461
Registered in Lebanon
in the Insurance Companies
Register under N°104,
date 23.3.1963 as per decree
N°177/1 and subject to Legislative
decree N°9812 dated 4.5.1968
MOF 4698

رأس مالها ٤٢,٠١٨,٧٥٠,٠٠٠ ل.ل.
مدفوع بكامله س.ت. بيروت: ١٢٤٦١
مسجلة في لبنان في سجل
هيئات الضمان تحت
رقم: ١٠٤ بتاريخ ١٩٦٣/٣/٢٣
بموجب القرار رقم ١/١٧٧
وخاضعة لأحكام المرسوم
رقم ٩٨١٢ تاريخ ١٩٦٨ /٥/٤
الرقم المالي ٤٦٩٨

سنا ش.م.ل.
بنية سنا ش.م.ل.,
الحازمية
ص.ب. ١٦-٦٥٢٨
بيروت، لبنان.
هاتف ٠٥-٤٢٢٠٠٠
فاكس ٠٥-٩٥٦٦٢٤
info@sna.com.lb
www.sna.com.lb