

# TC Plans

## Policy Wording

برامج TC  
نص الوثيقة

TABLE OF CONTENTS	جدول المحتويات
POLICY INTRODUCTION .....-3-	مقدمة الوثيقة: ٣.....
SECTION 1: DEFINITIONS.....-4-	القسم ١: تعريفات .....٤
SECTION 2: ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE.....-12-	القسم ٢: التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية.....١٢
SECTION 3: TERMINATION OF COVERAGE....-15-	القسم ٣: الإنهاء .....١٥
SECTION 4: PREMIUM RATE.....-18-	القسم ٤: الأقساط .....١٨
SECTION 5: GENERAL PROVISIONS.....-20-	القسم ٥: أحكام عامة.....٢٠
SECTION 6: PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS .....-24-	القسم ٦: إجراءات الحصول على منافع الشبكة.....٢٤
SECTION 7: PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK BENEFITS, IF THE SERVICES ARE ASSURED IN LETTER OF ACCEPTANCE.....-27-	القسم ٧: إجراءات الحصول على منافع خارج الشبكة إذا كانت الخدمات مذكورة في رسالة الموافقة على الوثيقة.....٢٧
SECTION 8: COVERED HEALTH SERVICES.....-29-	القسم ٨: الخدمات الصحية المغطاة .....٢٩
SECTION 9: REIMBURSEMENT.....-35-	القسم ٩: طلبات إسترداد المصاريف المستحقة.....٣٥
SECTION 10: COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT.....-36-	القسم ١٠: تنسيق المنافع، الإحلال والإسترداد.....٣٦
SECTION 11: GENERAL EXCLUSIONS.....-37-	القسم ١١: إستثناءات عامة.....٣٧
SECTION 12: SPECIAL CONDITIONS.....-45-	القسم ١٢: شروط خاصة .....٤٥
SECTION 13: PREMIUM REFUND.....-46-	القسم ١٣: استرداد الأقساط.....٤٦

## POLICY INTRODUCTION

This Policy Wording forms part of the Policy (as described in the Letter of Acceptance - LOA) and should be read in its entirety.

This policy shall be applicable for Eligible Persons covered under Thiqa.

This Policy shall become effective at 00:00 midnight UAE time on the Effective Date, and will be continued in force by the timely payment of the required Premiums when due, subject to termination of this Policy as provided herein or on the Expiry Date. When the Policy is terminated, as provided for in Section 3, this Policy and all Coverage under this Policy will end at 00:00 midnight UAE time on the date following the date of termination.

This Coverage may be modified by the attachment of Riders and/or Amendments and/or Special Agreements. Please read the provisions described in these documents to determine the way in which provisions in this Policy may have been changed.

The Policy will be governed by the Health Insurance laws, respective bylaws and circular(s), as set forward by the Department of Health of the Emirate of Abu Dhabi and applicable Federal law of the United Arab Emirates as applied in the Emirate of Abu Dhabi.

The Policy is executed in English and Arabic language. Any translation of this Policy into a language other than English and Arabic shall exist only for convenience of the parties. However, in case of a disparity between the English and the Arabic version, it is being understood that the Arabic version shall be prevail.

This Policy Wording sets forth the rights and obligations between Daman and the Policyholder and all Eligible Persons. It is important that Primary Insured and dependents familiarise themselves with its terms and conditions. In case of any conflict between the Policy Wording and the Letter of Acceptance, the Letter of Acceptance shall prevail.

## مقدمة الوثيقة

يشكل نص هذه الوثيقة جزءاً من الوثيقة (كما هو مذكور في رسالة الموافقة) والتي يجب قرائتها بشكل متكامل.

هذه الوثيقة تطبق على الأشخاص المؤهلين المشمولين ضمن برنامج ثقة.

تسري هذه الوثيقة في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً (منتصف الليل) - بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة - من تاريخ سريان المفعول، وسوف تبقى سارية طالما يتم دفع الأقساط المستحقة في موعدها، مع مراعاة حالات الإنهاء المنصوص عليها في هذه الوثيقة أو حلول تاريخ الانتهاء. وعندما يتم إنهاء الوثيقة، حسبما هو منصوص عليه في القسم ٣، فإن هذه الوثيقة وأية تغطية مقدمة بموجبها سوف تنتهي في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة في اليوم التالي لتاريخ الإنهاء.

يجوز تعديل هذه التغطية بإضافة ملحقات و/أو تعديلات و/أو إتفاقات خاصة إليها. يرجى قراءة الأحكام الواردة في هذه المستندات لتحديد الطريقة التي يمكن من خلالها تغيير أحكام هذه الوثيقة.

تخضع الوثيقة لقوانين التأمين الصحي، اللوائح و التعاميم الصادرة من دائرة الصحة في إمارة أبوظبي وللوائح الاتحادية لدولة الإمارات العربية المتحدة كما هو مطبق في إمارة أبوظبي.

تم تحرير هذه الوثيقة باللغتين الإنجليزية والعربية ويجوز ترجمتها إلى أي لغة أخرى وفي حالة وجود اختلاف بين النسختين الإنجليزية والعربية يعتبر النص العربي هو النص الرسمي الذي يعتد به عند حدوث أي نزاع.

يتضمن نص الوثيقة حقوق والتزامات كل من ضمان و صاحب الوثيقة وجميع الأشخاص المؤهلين. وأنه لمن المهم أن يطلع المؤمن عليه الرئيسي - والمعالين على هذه البنود والشروط. تسري أحكام رسالة الموافقة على الوثيقة في حال تعارض بنودها مع بنود نص الوثيقة.

<b>SECTION 1 DEFINITIONS</b>	<b>القسم ١ التعريفات</b>
<p>This Section defines the terms used throughout this Policy and is not intended to describe Covered or Un-Covered services.</p> <p><b>"Accident"</b> – a sudden, unexpected, violent external event causing a severe physical bodily Injury, which is usually visually identifiable, and is documented by a competent authority such as a law enforcement officer or Physician.</p> <p><b>"Accident related to Dental Treatment"</b> – the Coverage under this policy would be restricted (1) to sound natural teeth and (2) only for the cases resulting from Accidents incurred during the validity of the policy and (3) treatment taken within 72 hours of accidental impact.</p> <p><b>"Active at Work"</b> – an employee who is (1) employed on a full-time basis by the Policyholder and is currently being paid a full-time salary, or (2) is on formal paid or unpaid leave from the Policyholder.</p> <p><b>"Authorisation Request Form for Hospitalisation"</b> – a form that must be completed by the attending Physician of the Eligible Person and approved by Daman prior to hospitalisation.</p> <p><b>"Benefit"</b> – the extent or degree of service Eligible Persons are entitled to receive based on their Policy with Daman.</p> <p><b>"Card"</b> - the identification tool (Daman Card, Emirates ID or Daman digital insurance card) that <u>Eligible Persons must show every</u> time they request Health Services from Network Providers.</p> <p><b>"Chronic Disease"</b> – A disease with one or more of the following characteristics: lasting 3 months or more, leaves residual disability, caused by non-revisable pathological alteration, requires special training of the patient for rehabilitation, or may require a long period of supervision.</p> <p><b>"Co-insurance"</b> – the percentage of Eligible Expenses, which Eligible Persons are required to contribute for certain Health Services provided under the Policy.</p> <p><b>"Confinement"</b> and <b>"Confined"</b> - an uninterrupted overnight stay following formal admission to a Hospital.</p> <p><b>"Congenital Anomaly"</b> – An anatomical or physiological defect, disease or malformation etc. which may be either hereditary/familial/genetic or due to an influence occurring during gestation up to birth, and may or may not be obvious at birth.</p> <p><b>"Consumable medical supplies"</b> - are non-durable medical supplies that: (1) are usually disposable in nature; (2) cannot withstand repeated use by more than one individual; (3) are primarily and customarily used to serve a medical purpose; (4) generally are not useful to a person in the absence of illness or injury; (5) May be ordered and/or prescribed by a physician.</p> <p><b>"Country"</b> – United Arab Emirates</p>	<p>هذا القسم يعرف المصطلحات المستخدمة في هذه الوثيقة، ولا يقصد به وصف الخدمات المغطاة أو غير المغطاة.</p> <p><b>"حادث"</b> – حادث خارجي مفاجئ، غير متوقع وعنيف يسبب إصابة جسدية شديدة، تكون عادة ظاهرة للعيان، وتوثق من قبل السلطة المختصة كضابط تنفيذ القانون أو المعالج.</p> <p><b>"علاج الأسنان المتضررة بسبب حادث"</b> – تنحصر التغطية بموجب هذه الوثيقة إذا كانت (١) الأسنان طبيعية، و (٢) في الحالات الناجمة عن الحوادث التي تقع خلال مدة سريان الوثيقة، و (٣) على أن يتم العلاج خلال ٧٢ ساعة الأولى من وقوع الحادث.</p> <p><b>"على رأس عمله"</b> – الموظف الذي (١) يعمل بدوام كامل لدى صاحب الوثيقة ويدفع له في الوقت الحاضر راتب عن دوام كامل، أو الذي (٢) يكون في إجازة رسمية مدفوعة أو غير مدفوعة الأجر من صاحب الوثيقة.</p> <p><b>"طلب الموافقة للعلاج داخل المستشفى"</b> – الطلب الذي يجب تعبئته من قبل الطبيب المعالج للشخص المؤهل و الموافقة عليه من قبل ضمان قبل أن يتم العلاج داخل المستشفى.</p> <p><b>"منفعة"</b> – مدى أو درجة الخدمة التي يحق للأشخاص المؤهلين تلقيها على أساس الوثيقة المتعاقد عليها مع ضمان.</p> <p><b>"بطاقة"</b> – البطاقة التعريفية (بطاقة ضمان، هوية الإمارات أو بطاقة التأمين الإلكترونية لضمان)، حيث يجب على الأشخاص المؤهلين إظهارها لشبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية في كل مرة يرغبون فيها بالحصول على الخدمات الطبية.</p> <p><b>"مرض مزمن"</b> - أي مرض يتصف بوحدة أو أكثر من الصفات التالية: يستمر لأكثر من ثلاثة أشهر أو يترك عجزاً دائماً أو يترك مضاعفات غير قابلة للتغيير، أو يتطلب تمارين معينة للمريض لإعادة تأهيله أو يتطلب الإشراف الطبي لفترة طويلة.</p> <p><b>"نسبة التحمل"</b> – نسبة من المصاريف المستحقة الواجبة على الأشخاص المؤهلين سدادها لقاء خدمات صحية محددة تقدم بموجب هذه الوثيقة. <b>"الإقامة"</b> و <b>"مقيم"</b> - إقامة متواصلة بعد الدخول الرسمي إلى المستشفى.</p> <p><b>"الإقامة"</b> و <b>"مقيم"</b> - إقامة متواصلة بعد الدخول الرسمي إلى المستشفى.</p> <p><b>"تشوه خلقي"</b> – عيب، مرض أو تشوه جسدي أو كيميائي وقد يكون وراثي أو عائلي أو جيني أو قد يعزى إلى مسبب يحدث خلال الحمل ولغاية الولادة، وقد يكون أو لا يكون ظاهراً عند الولادة.</p> <p><b>"التجهيزات الطبية المستهلكة"</b> هي التجهيزات الطبية غير المعمرة التي : (١) عادة ما يجب التخلص منها بعد الإستعمال الواحد ؛ (٢) لا يمكن أن تتحمل الاستخدام المتكرر من قبل أكثر من فرد واحد ؛ (٣) هي في المقام الأول و عادة ما تستخدم لخدمة أغراض طبية ، (٤) عامة ما تكون غير مفيدة لشخص في حالة عدم وجود المرض أو الإصابة ؛ (٥) يجوز طلبها و / أو وصفها من قبل الطبيب.</p> <p><b>"البلد"</b> – دولة الإمارات العربية المتحدة.</p>

<p><b>"Coverage" or "Covered"</b> - the entitlement by an Eligible Person (insured or dependent) to Health Services provided under the Policy, subject to the terms, conditions, limitations, eligibility of the person and exclusions of the Policy. Health Services must be provided (1) when the Policy is in effect; and (2) prior to the date that any of termination conditions of Section 3 occur.</p> <p><b>"Daman Card"</b> - the identification card issued by Daman for Eligible Person.</p> <p><b>"Day Treatment"</b> - medical treatment which must be provided in the Health Service Provider , but which does not require a Confinement.</p> <p><b>"Deductible"</b> - the defined monetary amount which Eligible Persons are required to pay for certain Health Services provided under the Policy.</p> <p><b>"Dependent"</b> - (1) the Primary Insured's legal spouse(s) and (2) unmarried Dependent children below the age of 18 of either the Primary Insured or the Primary Insured's legal spouse(s); or may be stipulated in the Law.</p> <p>The principal place of residence of the legal spouse or unmarried Dependent child must be with the Primary Insured unless Daman approves other arrangements or as may otherwise be stipulated in the Law.</p> <p>The Primary Insured will be required to reimburse Daman for any Health Services provided to their Dependents at a time when the Dependents did not satisfy these conditions.</p> <p><b>"DOH"</b> - Department Of Health.</p> <p><b>"Donor"</b> - a person alive or deceased from whose body one or more organs have been extracted with the intention to transplant them (totally or partially) in the body of another person (the Recipient) via an Organ Transplant.</p> <p><b>"Durable Medical Equipment and Medical Appliances"</b> - medical equipment used externally from the human body which: (1) can withstand repeated use; (2) is not designed to be disposable; (3) is used to serve a medical purpose; and (4) is used outside the Hospital.</p> <p><b>"Effective Date of Coverage for Eligible Persons"</b> - the date that Coverage becomes effective, as set out in the Letter of Acceptance for the Policyholder and for Eligible Persons, which may be either the enrolment date of an Eligible Person or the date on which Coverage renews.</p> <p><b>"Effective Date of the Policy"</b> -the effective date on which Coverage of the Policy commences.</p> <p><b>"Eligible Expenses"</b> - Reasonable and Customary Charges for Covered Health Services, incurred while the Policy is in effect.</p> <p><b>"Eligible Person"</b> - (1) For Group Policies: an employee of the policyholder who is Active at work and has existing Thiqa coverage (2) For Individual policies:</p>	<p><b>"التغطية" أو "مستفيد"</b> - أحقية الشخص المؤهل (المؤمن عليه أو المعال) في الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة بموجب هذه الوثيقة، مع مراعاة بنود وشروط وقيود وأهلية الشخص والإستثناءات الواردة في الوثيقة. يجب تقديم الخدمات الصحية (١) عندما تكون الوثيقة سارية المفعول، و (٢) قبل تاريخ ظهور أي من شروط الإنهاء المنصوص عليها في القسم ٣.</p> <p><b>"بطاقة ضمان"</b> - بطاقة التعريف التي تصدرها ضمان للشخص المؤهل.</p> <p><b>"علاج اليوم الواحد"</b> - العلاج الطبي الذي يجب تقديمه ضمن مزود الخدمات الصحية، لكنه لا يحتاج إلى الإقامة في المستشفى.</p> <p><b>"التحمل"</b> - المبلغ المالي المحدد الواجب على الأشخاص المؤهلين سدادته لقاء خدمات صحية مقدمة بموجب الوثيقة.</p> <p><b>"المعالين"</b> - (١) الزوج/الأزواج القانوني للشخص المؤمن عليه الرئيسي، و (٢) الأبناء المعالين الغير متزوجين دون سن ١٨ من الشخص المؤمن عليه الرئيسي أو من الزوج/الأزواج القانوني، أو كما هو منصوص عليه في القانون.</p> <p>يجب أن يكون مكان السكن الرئيسي للزوج الشرعي أو الإبن المعال غير المتزوج مع الشخص المؤمن عليه الرئيسي، ما لم توافق ضمان على ترتيبات أخرى أو كما هو منصوص عليه في القانون.</p> <p>وفي حال عدم توافر هذه الشروط في المعالين، فقد يُطلب من الشخص المؤمن عليه الرئيسي إعادة كافة المبالغ التي تكبدتها ضمان عن هؤلاء المعالين عند تقديم خدمات صحية لهم.</p> <p><b>"دائرة الصحة"</b> - دائرة الصحة في إمارة أبو ظبي.</p> <p><b>"متبرع"</b> - الشخص الحي أو الميت الذي يستخرج من جسمه عضو أو أكثر بغرض نقله (جزئياً أو كلياً) إلى جسم شخص آخر (المتلقي) عن طريق زرع الأعضاء.</p> <p><b>"أجهزة طبية دائمة"</b> - أجهزة طبية تستخدم خارجياً لجسم الإنسان، والتي: (١) تصمد أمام الإستخدام المتكرر؛ و (٢) غير مصممة لتكون قابلة للإستهلاك؛ و (٣) تستخدم لخدمة غرض طبي محدد؛ و (٤) تستخدم خارج المستشفى.</p> <p><b>"تاريخ سريان مفعول تغطية الأشخاص المؤهلين"</b> - التاريخ الذي تصبح فيه التغطية سارية المفعول، بالنسبة لصاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين، كما هو مذكور في رسالة الموافقة على الوثيقة والذي يمكن أن يكون تاريخ تسجيل الشخص المؤهل، أو التاريخ الذي يتم فيه تجديد الوثيقة.</p> <p><b>"تاريخ سريان مفعول الوثيقة"</b> - التاريخ الذي تصبح فيه تغطية الوثيقة سارية المفعول.</p> <p><b>"مصاريف مستحقة"</b> - نفقات معقولة وعادية للخدمات الصحية المغطاة، والتي يتم تكبدها أثناء سريان مفعول الوثيقة.</p> <p><b>"شخص مؤهل"</b> - (١) للمجموعات: هو موظف لدى صاحب الوثيقة يكون على رأس عمله ولديه تغطية حالية من قبل برنامج ثقة أو (٢) للأفراد: كل شخص مؤهل لديه تغطية حالية من قبل برنامج ثقة أو (٣) شخص آخر يفي متطلبات الأهلية</p>
---	--

All Eligible Persons having existing Thiqa coverage, (3) other person, who meets the eligibility requirements specified in both Policyholder's Application and the Policy or (4) the Policyholder or Primary Insured or Dependent.

Furthermore, the definition of "Eligible Person" must be in accordance with the Health Insurance Law for UAE Nationals and those of similar status for TC Plans eligibility, as legally set forward by DOH and/or other relevant authorities.

**"Emergency"** - A condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in placing the individual's health [or the health of an unborn child] in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction of bodily organs.

**"Emirate"** - Emirate of Abu Dhabi

**"Experimental, Investigational or Unproven Services"** - medical, surgical, diagnostic, or other health care services, technologies, supplies, treatments, procedures, drug therapies or devices that, at the time Daman makes a determination regarding Coverage in a particular case, is determined to be:

- Subject to formal review and approval by local medical authorities for the proposed use; or
- The subject of an ongoing clinical trial; or
- Not demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be safe and effective for treating or diagnosing the condition or illness for which its use is proposed.

Daman, in its judgment, may deem an Experimental, Investigational or Unproven Service to be a Covered Health Service for treating a Medically Necessary Sickness or condition if it is determined by Daman that the Experimental, Investigational or Unproven Service at the time of the determination:

- Is safe with promising efficacy; and
- Is provided in a clinically controlled research setting

**"Expiry Date"** - The last day of the Policy as set out in the Letter of Acceptance and the day (at 00:00 midnight U.A.E. time), month and year from which the Policy expires.

**"General Exclusions"** - the health Benefits and services excluded from Coverage that are listed in Section 11 of this Policy and apply to all Eligible Persons.

**"Group Policy"**- An Insurance Policy issued to employer which provides health Insurance coverage to his employees and eligible dependents.

**"Health Services"** - the health care services and supplies Covered under the Policy, except to the extent that such health care services and supplies are limited or excluded.

**"Hospital"** - the licensed healthcare institution by regulator.

المذكورة في كل من طلب صاحب التأمين و الوثيقة أو (٤) صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين.

علاوة على ذلك، يجب أن يكون تعريف "الشخص المؤهل" طبقاً لقانون التأمين الصحي لمواطني دولة الإمارات العربية المتحدة و من في حكمهم المؤهلين لبرامج TC , حسبما هو موضوع من قبل دائرة الصحة و/أو أية هيئات أخرى مختصة.

**"طارئ"** - تتبين الحالة من خلال الأعراض الحادة ذات الشدة الكافية (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث يُتوقع بشكل معقول أن يؤدي غياب الرعاية الطبية الفورية إلى تعريض صحة الفرد [أو صحة الطفل الذي لم يولد بعد] لخطر شديد وإعاقة خطيرة للوظائف الجسدية، أو خلل خطير في أعضاء الجسم.

**"إمارة"** - إمارة أبوظبي.

**"خدمات تجريبية أو استقصائية أو غير معتمدة"** - خدمات رعاية صحية طبية أو جراحية أو تشخيصية أو خدمات أخرى، تكنولوجيا مواد أو علاجات أو إجراءات أو أدوية أو أجهزة، عندما تقرر ضمان تغطية حالة معينة، محددة بالتالي:

- مع مراعاة المراجعة الرسمية والموافقة من قبل الهيئات الطبية المحلية لغرض الاستخدام المقصود؛ أو
- موضوع الإختبار السريري الجاري
- غير ظاهرة عبر المواد الطبية المراجعة مسبقاً والشائعة على أنها آمنة وفاعلة لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح إستخدامها بشأه.

يحق لضمان -حسب تقديرها- إعتبار الخدمات التجريبية، الاستقصائية أو غير المعتمدة على أنها خدمات صحية مغطاة لعلاج مرض أو ضرورة طبية، إذا ما قررت ضمان أن الخدمة التجريبية، الاستقصائية أو غير المعتمدة وقت إصدار القرار:

- آمنة ولها فاعلية متوقعة؛ و
- مقدمة ضمن برنامج بحث مسيطر عليه سريرياً.

**"تاريخ الانتهاء"** - اليوم الأخير من الوثيقة كما هو مشار إليه في رسالة الموافقة على الوثيقة وهو اليوم (في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً من منتصف الليل بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة) والشهر والسنة الذي تنتهي فيه الوثيقة .

**"إستثناءات عامة"** - المنافع والخدمات الصحية المستثناة من التغطية والمدرجة في القسم ١١ من هذه الوثيقة وتطبق على جميع الأشخاص المؤهلين.

**"وثيقة المجموعة"** - وثيقة التأمين الصادرة لصاحب العمل الذي يوفر تغطية التأمين الصحي لموظفيه ومعاليلهم المؤهلين.

**"خدمات صحية"** - خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات المغطاة بموجب الوثيقة، ما لم تكن هذه الخدمات أو التجهيزات مستثناة أو محددة.

**"مستشفى"** - مؤسسة الرعاية الصحية المرخصة من المنظم.



<p><b>"Hospitalisation"</b> – see Inpatient</p> <p><b>"Hospitalisation Class/Accommodation Type"</b> – the class of Hospital room and services, indicated on the Covered Health Services in Section 8, to which the Eligible Person is entitled.</p> <p><b>"Individual Policy"</b>– A Policy issued to Individuals for themselves and their dependents for health Insurance which is subject to medical assessment and evaluation.</p> <p><b>"Injury"</b> – bodily damage other than Sickness including all related conditions and recurrent symptoms.</p> <p><b>"Inpatient"</b> – Hospital Confinement requiring an overnight stay (also referred to as "Hospitalisation").</p> <p><b>"Inpatient Benefit"</b> – Hospitalisation or Day treatment or Observation / Treatment in an Emergency Room / Facility which cannot be carried out on an outpatient basis.</p> <p><b>"Insurance Company"</b> – National Health Insurance Company – Daman referred to as Daman.</p> <p><b>"Law"</b> – refers to the applicable laws regulations or circulars issued by the Department Of Health in Abu Dhabi and any /or any other competent authorities, regarding the Health Insurance in the Emirate of Abu Dhabi with respect to Nationals and those of similar status.</p> <p><b>"Letter of Acceptance"(LOA)</b> - is an agreement that forms a part of the Policy, evidencing Daman and the Policyholder's agreement, which contains terms and conditions, including but not limited to benefits covered by this Policy mentioned in Schedule of Benefits, payment of the Premium, amendments to the Policy, and should be read in conjunction with this Policy Wording.</p> <p><b>"Limit"</b> – the maximum amount paid by Daman under the terms of this Policy.</p> <p><b>"Maternity Benefit-Inpatient"</b> – includes charges for a vaginal delivery, a Medically Necessary cesarean section, any complications of pregnancy or delivery and legal abortion.</p> <p><b>"Maternity Benefit-Outpatient"</b> – includes charges for all outpatient pre-natal and post-natal Physician visits, including investigations &amp; treatment.</p> <p><b>"Medically Appropriate"</b> – based on the prevailing standards of medical practice relative to a specific condition.</p> <p><b>"Medically Necessary"</b> - health care services and supplies which are determined by Daman to be Medically Appropriate, and</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessary to meet the basic health needs of the Eligible Person; and</li> <li>2. Rendered in the most Medically Appropriate manner and type of setting appropriate for the delivery of the Health Service, taking into account both cost and quality of care; and</li> </ol>	<p><b>"العلاج داخل المستشفى"</b> – راجع "مريض مقيم".</p> <p><b>"فئة العلاج داخل المستشفى/ نوع الإقامة"</b> – درجة الغرفة وخدمات المستشفى المحددة للخدمات الصحية المغطاة في القسم ٨، المستحقة للشخص المؤهل.</p> <p><b>"وثيقة الأفراد"</b> - وثيقة التأمين الصادرة للأفراد أنفسهم ومعاليمهم حيث توفر تغطية التأمين الصحي لهم وفقاً للفحص الطبي والتقييم.</p> <p><b>"إصابة"</b> – ضرر جسدي فيماعداء المرض بما في ذلك الحالات ذات العلاقة والأعراض المتكررة.</p> <p><b>"مريض مقيم"</b> – إقامة في المستشفى تتطلب المبيت ليلاً (ويشار إليها أيضاً بـ "العلاج داخل المستشفى").</p> <p><b>"منفعة المريض المقيم"</b> – علاج داخل المستشفى أو علاج اليوم الواحد أو مراقبة/ علاج في غرفة الطوارئ / المنشأة والتي لا يمكن إجراؤها على أساس مراجعة للعيادات الخارجية.</p> <p><b>"شركة التأمين"</b> – الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان و يشار إليها بـ ضمان.</p> <p><b>"القانون"</b> - يقصد به أية قوانين أو تعاميم أو قرارات صادرة من قبل دائرة الصحة لإمارة أبوظبي و/أو أي سلطة أخرى مختصة في الإمارات العربية المتحدة في ما يتعلق بالمواطنين و من في حكمهم..</p> <p><b>"رسالة الموافقة على الوثيقة"</b> - هي إتفاق يعتبر جزءاً من الوثيقة كإثبات على الموافقة بين ضمان و صاحب الوثيقة حيث تتضمن بنود وشروط على سبيل المثال لا الحصر: المنافع المغطاه ضمن هذه الوثيقة المذكورة ضمن جدول المنافع, دفع الأقساط, التعديلات على الوثيقة واسترداد اقساط التأمين ويجب قراءتها بالارتباط مع نص الوثيقة.</p> <p><b>"الحد"</b> – أقصى مبلغ تدفعه ضمان بموجب هذه الوثيقة.</p> <p><b>"منفعة الحمل والولادة داخل المستشفى"</b> – تشمل مصاريف الولادة الطبيعية، العملية القيصرية الضرورية طبياً، وأية مضاعفات تحدث أثناء الحمل أو الولادة، وأية عملية إجهاض قانونية.</p> <p><b>"منفعة الحمل والولادة في العيادات الخارجية"</b> – تشمل المصاريف الخاصة بزيارات الطبيب قبل وبعد الولادة، بما في ذلك الفحوصات والعلاج.</p> <p><b>"ملائم طبياً"</b> – استناداً إلى المعايير السائدة للممارسة الطبية المتعلقة بحالة محددة.</p> <p><b>"ضروري طبياً"</b> – خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات والتي تحددها ضمان على أنها ملائمة طبياً، و</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>١. ضرورة لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للشخص المؤهل؛ و</li> <li>٢. تقدم بالطريقة الأكثر ملائمة طبياً ونوع الأجهزة الملائمة لتقديم الخدمة الصحية، مع الأخذ بعين الاعتبار كل من تكلفة وجودة الخدمة؛ و</li> </ol>
--	--

<p>3. Consistent in type, frequency and duration of treatment with scientifically based guidelines of medical research or health care coverage organisations, or governmental agencies that are accepted by Daman; and</p> <p>4. Consistent with the diagnosis of the condition; and</p> <p>5. Required for reasons other than the convenience of the Eligible Person or his or her Physician; and</p> <p>6. Demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be either:</p> <p>6.1 Safe and effective for treating or diagnosing the condition or Sickness for which their use is proposed or,</p> <p>6.2 Safe with promising efficiency:</p> <p>6.2.1 For treating a life threatening Sickness or condition,</p> <p>6.2.2 In a clinically controlled research setting.</p> <p>The fact that a Physician has performed or prescribed a procedure or treatment or the fact that it may be the only treatment for a particular Injury, Sickness or Mental Illness does not mean that it is a Medically Necessary Covered Health Service as defined in this Policy. The definition of Medically Necessary used in this Policy relates only to Coverage and differs from the way in which a Physician engaged in the practice of medicine may define Medically Necessary.</p> <p><b>"Member Guide"</b> - is a document/booklet that contains information that is relevant to an Eligible Person, such as information on the services offered by Daman, Schedule of Benefits, List of Exclusions, access to Network and non-Network Providers.</p> <p><b>"Mental Illness"</b> - a mental or bodily condition marked primarily by sufficient disorganisation of personality, mind, and emotions to seriously impair the normal psychological, social, or work performance of the individual.</p> <p><b>"Network"</b> - Whe used to describe a Provider of Health Services, means that the Provider has a participation agreement in effect with Daman, to provide Health Services to Eligible Persons on direct billing. Daman may change the participation status of Providers from time to time.</p> <p><b>"Network Benefits"</b> - Benefits available for Covered Health Services when provided by a Network Provider. Health Services provided by a non-Network Provider are considered Network Benefits when such Health Services are approved in advance by Daman or are Emergency Health Services.</p> <p><b>"Non-Emergency/ Elective Hospitalisation"</b> - any Confinement which is not as a direct result of Emergency Health Services.</p>	<p>٣. متوافقة من حيث النوع، التكرار ومدة العلاج المبينة على المواصفات العلمية لمؤسسات الرعاية الطبية، الأبحاث أو الهيئات الحكومية المقبولة لدى ضمان؛ و</p> <p>٤. متوافقة مع تشخيص الحالة؛ و</p> <p>٥. مطلوبة لأسباب خلافاً لراحة الشخص المستفيد أو لراحة طبيبه؛ و</p> <p>٦. موضحة من خلال المواد الطبية المراجعة مسبقاً الموجودة على أنها:</p> <p>١.٦ آمنة وفعالة لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح إستخدامها بشأنه، أو</p> <p>٢.٦ آمنة وفعاليتها متوقعة:</p> <p>١.٢.٦ لعلاج مرض أو حالة مهددة للحياة،</p> <p>٢.٢.٦ برنامج بحث مراقب طبياً.</p> <p>إن حقيقة قيام طبيب بأداء أو وصف إجراء أو علاج، أو حقيقة كون ذلك هو العلاج الوحيد لإصابة ، مرض أو مرض نفسي محدد لا يعني أن تلك الخدمة الصحية ضرورية طبياً حسبما هو محدد في هذه الوثيقة. تعريف الضروري طبياً المستخدم في الوثيقة يتعلق فقط بالتغطية ويختلف عن الطريقة التي يشارك فيها الطبيب بممارسة الطب وتعريف الضروري طبياً.</p> <p><b>"كتيب الأعضاء"</b> - المستند/الكتيب الذي يحتوي على معلومات ذات علاقة بالشخص المؤهل مثل معلومات عن الخدمات المقدمة من قبل ضمان وجدول المنافع ولائحة الإستثناءات والاستفادة من خدمات مزودي الخدمة داخل وخارج الشبكة.</p> <p><b>"مرض عقلي"</b> - حالة عقلية أو جسمانية تتصف بشكل رئيسي باضطراب في الشخصية والعقل والعواطف لدرجة خطيرة تضر بالأداء النفسي أو الإجتماعي أو الأداء العادي للشخص.</p> <p><b>"شبكة"</b> - عند إستخدامها لوصف مزود خدمات صحية، تعني أن لمزود الخدمة عقد تقديم الخدمات الطبية ساري المفعول مع ضمان، لتقديم الخدمات الصحية إلى الأشخاص المؤهلين عن طريق خدمة الدفع المباشر. قد تقوم ضمان بتغيير وضع مشاركة مزودي الخدمة من وقت لآخر.</p> <p><b>"منافع الشبكة"</b> - المنافع المتاحة من الخدمات الصحية المغطاة عند تقديمها من قبل مزود الخدمة داخل الشبكة. وتعتبر الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزود الخدمة خارج الشبكة منافع شبكة عندما تكون تلك الخدمات الصحية موافق عليها مسبقاً من قبل ضمان أو خدمات صحية طارئة.</p> <p><b>"دخول المستشفى في غير حالة الطوارئ / اختياري"</b> - أي إقامة في المستشفى غير ناتجة بطريقة مباشرة عن خدمات صحية طارئة.</p>
--	--



<p><b>"Non-Network Benefits"</b> – Coverage available for Health Services obtained from the non-Network Providers.</p> <p>Coverage for the Non-Network Benefits is only provided if the services are assured in Schedule of Benefits.</p> <p><b>"Organ Transplant"</b> - an operation including the removal of an organ from the Donor to the Recipient.</p> <p><b>"Out-of-Hospital Benefits"</b> – These include services such as Physician consultation, including Accident related Dental Treatment, Prescribed medicines, Physiotherapy &amp; Diagnostic testing, including pre-operative investigations which are conducted on an Out-of-Hospital basis without jeopardizing the insured's health or which do not require Hospitalisation/Day treatment or necessitate specialised medical attention and care in a Hospital before, during or after the delivery of the service.</p> <p><b>"Physician"</b> - any practitioner of medicine who is duly licensed and qualified under the laws of the country in which treatment is received.</p> <p><b>"Policyholder"</b> - the employer or otherwise legally constituted group or individual to whom the Policy is issued.</p> <p><b>"Policyholder's Application"</b> - is attached as a schedule to the Letter of Acceptance. It is the application form that is completed by the customer prior to the purchase of the policy. Upon signature of the Letter of Acceptance by both Parties the application form becomes part of the Policy.</p> <p><b>"Policy Period"</b> – the period of the Policy as set out in the Letter of Acceptance (at clause 1) and the period of time (typically one year) from the Effective Date of Policy to the termination of Policy prior to renewal.</p> <p><b>"Pre-Existing Condition"</b> – Any known/unknown injury, illness, sickness, disease or other physical, medical, mental or nervous condition, disorder or ailment that with reasonable medical certainty existed at the time of application, whether or not previously manifested or symptomatic, diagnosed, treated or disclosed prior to the effective date, including any subsequent, chronic or recurring complications or consequences related thereto or arising there from.</p> <p><b>"Premium"</b> - the periodic fee required for each Primary Insured and each Enrolled Dependent in accordance with the terms of the Policy.</p> <p><b>"Prescription Drugs"</b> – pharmaceuticals which can <b>only</b> be obtained through a prescription written by a licensed physician.</p> <p><b>"Primary Insured"</b> - an Eligible Person who is properly enrolled for Coverage under the Policy. The Primary Insured is the person (who is not a Dependent) on whose behalf the Policy is issued to the Policyholder.</p> <p><b>"Prosthetic Device"</b> – an artificial device, either external or implanted, that substitutes for or supplements a missing or defective part of the body, e.g. artificial limbs and pacemakers.</p>	<p><b>"منافع من خارج الشبكة"</b> – تغطية الخدمات الصحية المقدمة من مزودي الخدمة من خارج الشبكة.</p> <p>تتم تغطية المنافع من خارج الشبكة إذا كانت الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع.</p> <p><b>"نقل الأعضاء"</b> - هي عملية نقل عضو من المتبرع إلى المتلقي.</p> <p><b>"منافع العيادات الخارجية"</b> – تتضمن خدمات مثل الاستشارة الطبية بما في ذلك علاج الأسنان المتضررة بسبب حادث والأدوية الموصوفة والعلاج الطبيعي والفحص التشخيصي بما في ذلك فحوصات ما قبل العملية التي يتم إجراؤها على أساس خارج المستشفى دون الإضرار بصحة الشخص المؤمن عليه أو التي لا تتطلب العلاج داخل المستشفى / علاج اليوم الواحد أو تقتضي عناية ورعاية طبية متخصصة في المستشفى قبل أو خلال أو بعد تقديم الخدمة.</p> <p><b>"طبيب"</b> – أي طبيب ممارس مرخص حسب الأصول ومؤهل بموجب قوانين الدولة التي يتم فيها تلقي العلاج.</p> <p><b>"صاحب الوثيقة"</b> – صاحب العمل أو فرد أو مجموعة محددة أو معينة بشكل قانوني صدرت الوثيقة لمصلحتهم.</p> <p><b>"طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة"</b> – مرفق مع رسالة الموافقة على الوثيقة. وهو طلب التأمين الذي يجب على العميل تعبئته قبل شراء الوثيقة. عند التوقيع على رسالة الموافقة على الوثيقة من كلا الطرفين سيعيد هذا الطلب جزءاً من الوثيقة.</p> <p><b>"مدة الوثيقة"</b> – مدة الوثيقة كما هو مشار إليها في رسالة الموافقة على الوثيقة البند رقم (١) والفترة الزمنية (نموذجياً عام واحد) من تاريخ سريان مفعول الوثيقة، حتى إنهاء الوثيقة قبل التجديد.</p> <p><b>"الحالة السابقة لبدء سريان الوثيقة"</b> – أي إصابة أو اعتلال أو مرض أو داء أو اختلال أو مرض مزمن جسماني أو طبي أو عقلي أو عصبي معروف أو غير معروف بحيث يكون ذو حقيقة طبية مؤكدة عند تقديم الطلب سواء أكان ملاحظ أم لا أو ذو أعراض أو مشخص أو معالج أو تم اكتشافه قبل تاريخ سريان مفعول الوثيقة ويتضمن أي مضاعفات أو نتائج لاحقة أو مزمنة أو متكررة تتعلق به أو تحدث بسببه.</p> <p><b>"القسط"</b> – التكلفة الدورية المطلوبة عن كل مؤمن عليه رئيسي وكل شخص معال مسجل طبقاً لبنود الوثيقة.</p> <p><b>"أدوية / وصفة"</b> – أدوية يمكن الحصول عليها فقط من خلال وصفة مكتوبة من قبل طبيب مرخص.</p> <p><b>"مؤمن عليه رئيسي"</b> – شخص مؤهل مسجل بشكل صحيح للتغطية بموجب الوثيقة. المؤمن عليه الرئيسي هو شخص (غير معال) تصدر لمصلحته الوثيقة بناء على طلب من صاحب الوثيقة.</p> <p><b>"جهاز صناعي"</b> – جهاز صناعي، سواء خارجي أو مثبت داخل الجسم، يحل محل أو يكمل جزء مفقود أو معيب من الجسم، مثل الأطراف ومنظمات القلب.</p>
--	---

<p><b>"Provider"</b> - a licensed Physician, Hospital, group practice, pharmacy or any facility, individual or group of individuals that provides a health care service.</p> <p><b>"Quotation"</b> - is attached as a schedule to the Letter of Acceptance setting out the Premium; the terms and conditions related to the Payment of the Premium.</p> <p><b>"Recipient"</b> - an Eligible Person who received or is receiving an Organ Transplant Covered under this Policy.</p> <p><b>"Reconstructive Surgery"</b> - surgery, which is incidental to an Injury, Sickness or Congenital Anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body.</p> <p><b>"Renewal"</b> - a continuation of an expired insurance policy, which under acceptance of agreed terms by both parties is effective upon the payment of a specified premium.</p> <p><b>"Repatriation"</b> - in case an Eligible Person has passed away the Mortal Remains will be repatriated to such Eligible Person's country of origin</p> <p><b>"Rider/Amendment/Special Agreement"</b> - any description or alternative provisions to the Policy, attached to the Letter of Acceptance, which are effective only when signed by both Daman and the Policyholder and are subject to all conditions, limitations and exclusions of the Policy except for those that are specifically amended.</p> <p>Health Services provided by a Rider maybe subject to payment of additional Premiums.</p> <p><b>"Schedule of Benefits"</b> - is attached as a schedule to the Letter of Acceptance detailing the Health Services that are Covered by this Policy.</p> <p><b>"Sickness"</b> - physical illness or disease. The term "Sickness" as used in this Policy does not include Mental Illness or substance abuse, and those mentioned in Section 11.</p> <p><b>"Taxes"</b> - any value added tax or other similar tax, levy, charge payable to any authority in respect of this Policy.</p> <p><b>"Territorial Limit/Territorial Cover"</b> - the geographical limits within which Health Services are covered under the Policy and as stated in the Schedule of Benefits, Letter of Acceptance.</p> <p><b>"Territory of Occurrence"</b> - the country where the claimed expenses are incurred.</p> <p><b>"Thiqa"</b> - Thiqa is the Healthcare Program for UAE Nationals (and those of similar status) described by relevant Authorities in Abu Dhabi. The residential and or working status classifies different benefits available for Thiqa Members</p> <p><b>"TC Plans"</b> - Health Insurance Plan covering additional Benefits and or additional Network coverage to the Existing Thiqa benefits without duplication of benefits and relevant applicable coinsurance</p>	<p><b>"مزود خدمة"</b> - طبيب أو مستشفى أو مجمع عيادات أو صيدلية أو أي منشأة صحية، أو أي فرد أو مجموعة من الأفراد يقدمون خدمات الرعاية الصحية، على أن يكونوا مرخصين وفقاً للقوانين السارية في إمارة أبوظبي..</p> <p><b>"التسعيرة"</b> - مرفقة برسالة الموافقة على الوثيقة و تشير إلى القسط والبنود والشروط المتعلقة بدفع القسط.</p> <p><b>"المتلقي"</b> - الشخص المؤهل الذي تلقى أو يتلقى نقل الأعضاء بموجب هذه الوثيقة.</p> <p><b>"جراحة ترميمية"</b> - جراحة تتبع إصابة ، مرض أو عيب خلقي عندما يكون الغرض الرئيسي منها تحسين الوظيفة الأذائية للجزء المعني من الجسم.</p> <p><b>"التجديد"</b> - استمرار سريان الوثيقة بعد انتهائها وذلك بعد قبول البنود المتفق عليها من كلا الطرفين، ولا يسري التجديد الا بعد دفع الأقساط المحددة .</p> <p><b>"الإعادة للوطن"</b> - في حال وفاة شخص مؤهل، فسوف يتم إعادة جثمانه إلى وطنه.</p> <p><b>"ملحق/تعديل/اتفاقيات خاصة"</b> - أي تفسير أو تغيير في أحكام الوثيقة مرفق برسالة الموافقة على الوثيقة والذي لا يسري الا بعد توقيعه من قبل ضمان وصاحب الوثيقة ويكون خاضعاً لكافة الشروط والقيود والاستثناءات المنصوص عليها في الوثيقة ماعدا تلك المعدلة بشكل محدد.</p> <p>الخدمات الصحية المقدمة بموجب ملحق قد تكون خاضعة لدفع أقساط إضافية.</p> <p><b>"جدول المنافع"</b> - هو الجدول المرفق برسالة الموافقة على الوثيقة والذي يفصل الخدمات الصحية المغطاه بموجب هذه الوثيقة.</p> <p><b>"المرض"</b> - المرض الجسماني. مصطلح "مرض" المستخدم في هذه الوثيقة لا يشمل المرض النفسي أو إساءة استخدام المواد وما هو مذكور في القسم ١١ .</p> <p><b>"الضرائب"</b> - تعني ضريبة القيمة المضافة أو أية ضريبة مماثلة و/أو رسوم، مصاريف مستحقة الدفع لأي هيئة فيما يتعلق بهذه الوثيقة.</p> <p><b>"الحد/النطاق الجغرافي للتغطية"</b> - الحدود الجغرافية التي يسمح بها بتغطية الخدمات الصحية ضمن الوثيقة وكما ورد في جدول المنافع، رسالة الموافقة على الوثيقة.</p> <p><b>"منطقة وقوع الحادثة"</b> - الدولة التي تم فيها تكبد المصاريف المطالب بها.</p> <p><b>"ثقة"</b> - ثقة هو برنامج التأمين الصحي لمواطني دولة الإمارات العربية المتحدة (و من في حكمهم). موصوفة من قبل الهيئات المختصة في إمارة أبوظبي. بالاعتماد على حالة الإقامة و/أو العمل يتم تصنيف الفوائد المختلفة المتاحة لأعضاء ثقة.</p> <p><b>"برامج TC"</b> - برنامج التأمين الصحي لتغطية منافع إضافية و/أو توفير تغطية من قبل مزود خدمات إضافي لمنافع ثقة الموجودة حالياً بدون ازدواجية للمنافع ونسبة تحمل ذات صلة.</p>
---	--

<p><b>"Transplant Centre"</b> - a Hospital with a specialised unit that performs Organ Transplants.</p> <p><b>"UAE National /National"</b> - A natural person who is holding the nationality of the UAE in accordance with applicable laws.</p> <p><b>"Undeclared Pre-Existing Condition"</b> - any Pre-Existing Condition known to the Eligible Person or Policyholder, which is not declared on the medical questionnaire or Policy application in case a medical underwriting has been applied.</p> <p><b>"Visiting doctors"</b> - A medical doctor (typically from abroad) who works temporarily for a hospital in the country or who uses the operating theatre temporarily and/or the health facilities of a hospital in the country, paid on reimbursement basis.</p>	<p><b>"مركز النقل"</b> - مستشفى لديها وحدة متخصصة لإجراء عمليات نقل الأعضاء.</p> <p><b>"مواطني دولة الإمارات العربية المتحدة / المواطنين"</b> - الشخص الطبي الذي يحمل جنسية دولة الإمارات العربية المتحدة وفقاً للقوانين المعمول بها.</p> <p><b>"الحالة الموجودة مسبقاً غير المعلنه"</b> - أي حالة موجودة مسبقاً يعلمها الشخص المؤهل أو صاحب الوثيقة، ولم يفصح عنها في الإستبيان الطبي أو طلب الوثيقة في حال تم تطبيق التأمين الطبي.</p> <p><b>"الطبيب الزائر"</b> - طبيب - عادة من خارج الدولة - يعمل بشكل مؤقت في مستشفى في الدولة أو يستخدم غرف العمليات أو التسهيلات الطبية في مستشفى داخل الدولة بشكل مؤقت ويدفع له على أساس الإسترداد.</p>
--	--

## SECTION 2 ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE

**2.1 Enrolment.** Eligible Persons will be enrolled after their Policyholder sends notification of their eligibility for Coverage to Daman.

In addition, new Primary Insured and new Dependents may be enrolled as described below in Section 2.4, 2.5, 2.6 and 2.7. Except as set forth in this section, Primary Insured and/or Dependents shall be enrolled after a written authorisation of Daman. Dependents of a Primary Insured may not enroll unless the Primary Insured is also enrolled for Coverage under the Policy.

**Addition:** The Policyholder has the right to require from Daman, by completing and signing a subsequent application form, accompanied with supporting documents, the addition of new Eligible Persons and/or Dependents. The Premium relating to these additions shall be calculated on a pro-rata basis.

**Deletion:** The Policyholder has the right to request Daman, by completing and signing a subsequent request form, supported with the respective Daman Cards (if issued), to delete Eligible Persons such as deceased or terminated employees. The Premium refund related to any approved deletion shall be calculated based on Daman policy as set out in Section 13 of this Policy. Premiums will not be refunded by Daman to the Policyholder, if the relevant Daman Card(s) (if issued) has not been returned to Daman. An exception may be made, at Daman's sole discretion, in the form of a no objection letter issued by Daman or if the Policyholder sends a guarantee letter to Daman that all incurred claims after the deletion date will be borne by the Policyholder. In case of individual policy, member deletion is allowed only in the case of death or as specified under Section 3.

**2.2 Eligibility Conditions.** The eligibility and enrolment conditions stated in the Law and as legally set forward by DOH and/or other relevant authorities are in addition to those specified in Section 2 of the Policy.

To enrol in TC Plans, the Eligible Person must have existing Thiqa coverage. The TC Plans shall be issued according to Eligible Person Thiqa Eligibility

**2.3 Omission of Eligibility.** In case of a discontinuation of the eligibility requirements, as stated in the Law and/or other relevant authorities, the Eligibility expires automatically. The Policyholder shall be required to inform Daman, in writing, of those Eligible Persons/Dependents who no longer meet the Eligibility criteria.

**2.4 Effective Date of Coverage.** Coverage for Eligible Persons is effective as specified in the Policy, after Premium has been paid. In no event

## القسم ٢ التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية

١-٢ **التسجيل** - يتم تسجيل الأشخاص المؤهلين بعد أن يرسل صاحب الوثيقة الى ضمان إشعاراً بأهليتهم للتغطية.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن تسجيل المؤمن عليهم الرئيسيين الجدد والمعالين الجدد حسبما هو مبين أدناه في القسم ٢-٤، ٢-٥، ٢-٦ و ٢-٧. باستثناء ما هو منصوص عليه في هذا القسم، سوف يتم تسجيل المؤمن عليهم الرئيسيين و/أو المعالين بعد إذن خطي من ضمان. قد لا يتم تسجيل معالي المؤمن عليه الرئيسي ما لم يتم تسجيل المؤمن عليه الرئيسي للتغطية بموجب الوثيقة.

**الإضافة** - لصاحب الوثيقة الحق في الطلب من ضمان إضافة أي أشخاص مؤهلين و/أو معالين بعد تقديم طلب موقع ومرفق بالمستندات المطلوبة. يتم حساب القسط المتعلق بهذه الإضافة على أساس النسبة والتناسب للفترة المتبقية للوثيقة (بروراتا).

**الحذف** - لصاحب الوثيقة الحق في الطلب من ضمان بعد إكمال طلب موقع ومرفق بالمستندات المطلوبة وببطاقات تأمين ضمان (إن أصدرت) العائدة للأشخاص المؤهلين المطلوب حذفهم، حذف أي شخص مؤهل كالمتوفي أو المنتهية خدمته. عندما توافق ضمان على الحذف، تحسب قيمة القسط المستردة الى صاحب الوثيقة بالطريقة المبين في القسم رقم ١٣ من هذه الوثيقة. ولن يتم إعادة مبالغ الأقساط ما لم تعد لضمان بطاقة/بطاقات ضمان (إن أصدرت) للأعضاء الذين حذفوا، إلا إذا قامت ضمان بإصدار رسالة عدم اعتراض أو إذا قام صاحب الوثيقة بإرسال رسالة تكفل لضمان بأنه سيتحمل جميع المطالبات التي تقع بعد تاريخ الحذف.

في حالة وثيقة الأفراد، فإن حذف العضو يجوز فقط في حالة الوفاة أو كما هو مذكور في القسم رقم ٣.

٢-٢ **شروط الأهلية.** تكون شروط الأهلية وشروط التسجيل وفقاً للمتطلبات المحددة في القسم ٢ من الوثيقة وتلك المتطلبات المنصوص عليها في القانون و التي تقرها دائرة الصحة و/أو أي هيئة أخرى مختصة.

لكي يكون الأعضاء مؤهلين للحصول على برامج TC يجب أن يكون لديهم تغطية حالية ضمن برنامج ثقة. تصدر برامج TC وفقاً لأهلية الشخص المؤهل لبرنامج ثقة.

٣-٢ **إلغاء الأهلية** - في حال فقدان متطلبات الأهلية المنصوص عليها في القانون و/أو وفقاً لما تقره الهيئات المختصة، فإن الأهلية تنتهي تلقائياً. يجب على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً بالأشخاص المؤهلين/المعالين الذين فقدوا أيّاً من متطلبات الأهلية.

٤-٢ **تاريخ سريان مفعول التغطية.** تكون تغطية الأشخاص المؤهلين سارية المفعول حسبما هو مذكور في الوثيقة بعد أن يتم دفع القسط. لن يتم

<p>will payment for Health Services rendered or delivered before the Effective Date of Coverage. Any request by the Policyholder for the enrolment of an Eligible Person must be in accordance with the Law.</p>	<p>بأي حال من الأحوال تغطية الخدمات الصحية المقدمة قبل تاريخ سريان مفعول التغطية. يجب أن يكون أي طلب من صاحب الوثيقة لتسجيل شخص مؤهل طبقاً للقانون</p>
<p><b>2.5 Coverage for a Newly Eligible Primary Insured.</b> Newly eligible Primary Insured shall have the same Coverage benefits as specified in the Policy. Coverage is effective under the following conditions: (1) If Daman is notified within 30 days of the Primary Insured's Eligibility Date; and (2) Daman receives any required Premium; and (3) the completed health questionnaire if required; and (4) the individual is accepted for Coverage by Daman. If the individual is accepted for Coverage by Daman, written notification of acceptance will be sent to the Policyholder.</p>	<p>٥-٢ التغطية الخاصة المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً. المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً لديه نفس منافع التغطية حسبما هو محدد في الوثيقة. تكون التغطية سارية المفعول بموجب الشروط التالية:</p> <p>(١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ أهلية المؤمن عليه الرئيسي؛ و (٢) تلقت ضمان أي قسط مطلوب؛ و (٣) الإستبيان الصحي المعبأ -عند الطلب-؛ و (٤) تم قبول الشخص للتغطية من قبل ضمان. إذا تم قبول الشخص للتغطية من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي بالموافقة إلى صاحب الوثيقة.</p>
<p><b>2.6 Coverage for New Dependents (Except Newborn Children).</b> Coverage for a new Dependent acquired by legal adoption, placement for adoption, court or administrative order, or marriage shall take effect on the date that such event is legally recognised by the applicable authorities under the following conditions:</p> <p>(1) If Daman is notified within 30 days of the new Dependent's eligibility for Coverage; and (2) Daman receives any required Premium; and (3) completed health questionnaire if required; and (4) the new Dependent is accepted for Coverage by Daman.</p> <p>If the new Dependent is accepted for Coverage by Daman, written notification of acceptance will be sent to the Policyholder.</p>	<p>٦-٢ تغطية المعالين الجدد (باستثناء الأطفال حديثي الولادة). يسري مفعول تغطية المعال الجديد المتبنى حديثاً (والذي اكتسب صفته هذه باستيفاء الاجراءات القانونية للتبني، أو وضعه للتبني، أو بموجب حكم محكمة أو أمر إداري، أو عن طريق الزواج) منذ تاريخ اعتماد ذلك قانوناً من قبل الجهات المختصة ووفقاً للشروط التالية:</p> <p>(١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ أهلية المعال الجديد للتغطية؛ و (٢) تلقت ضمان القسط المستحق؛ و (٣) تمت تعبئة الإستبيان الصحي -عند الطلب-؛ و (٤) تم قبول ضمان تغطية المعال الجديد.</p> <p>إذا تم قبول المعال الجديد للتغطية من قبل ضمان يتم إرسال إشعار خطي إلى صاحب الوثيقة.</p>
<p><b>2.7 Effective Date of Coverage for Newborn Children.</b></p> <p>Newborn children will become eligible for Coverage on the date of their birth whether born inside or outside UAE. Coverage will become effective on the date of eligibility under the following conditions. (1) If Daman is notified within 30 days of the newborn child's birth within UAE, and (2) Daman receives any required Premium, and (3) a completed health questionnaire (if required), and (4) the newborn child is accepted for Coverage by Daman. If the newborn child is accepted for Coverage by Daman, written notification of acceptance will be sent to the Policyholder.</p>	<p>٧-٢ تاريخ سريان مفعول تغطية الأطفال حديثي الولادة.</p> <p>يصبح الأطفال حديثي الولادة مؤهلين للتغطية منذ تاريخ ولادتهم سواء كانت ولادتهم داخل أو خارج الإمارات العربية المتحدة. وتصبح التغطية سارية المفعول منذ تاريخ الأهلية ووفقاً للشروط التالية: (١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ ولادة الطفل ضمن أو خارج دولة الامارات العربية المتحدة، و (٢) بعد تلقي ضمان القسط المستحق، و (٣) تعبئة الإستبيان الصحي -عند الطلب-، و (٤) قبول ضمان تغطية ذلك الطفل حديث الولادة. إذا تم قبول تغطية الطفل حديث الولادة من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي إلى صاحب الوثيقة.</p>
<p><b>2.8 Effective Date of Coverage for Confinement.</b> If Eligible Persons are already Confined on their Effective Date of Coverage and do not have Coverage for that Confinement under a previous Policy, Health Services related to the Confinement are Covered as long as: (1) Eligible Persons notify Daman of Confinement within 48 hours of the Effective Date, or as soon as is reasonably possible; and (2) Health Services are received in accordance with the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy (3) those Covered Health Services occur on the Effective Date of Coverage or later.</p>	<p>٨-٢ تاريخ سريان مفعول التغطية للإقامة في المستشفى. في حال اقامة الأشخاص المؤهلين بالمستشفى قبل تاريخ سريان مفعول التغطية دون وجود تغطية لتلك الإقامة بموجب وثيقة سابقة، تغطي الخدمات الصحية المقدمة أثناء تلك الإقامة إذا: (١) قام الأشخاص المؤهلين بإشعار ضمان بهذه الإقامة في غضون ٤٨ ساعة من تاريخ سريان المفعول، أو في أقرب وقت ممكن؛ و إذا (٢) تم تلقي الخدمات الصحية طبقاً لبنود وشروط وإستثناءات وقيود الوثيقة؛ وإذا (٣) قدمت هذه الخدمات الصحية في تاريخ سريان مفعول التغطية أو في تاريخ لاحق.</p>



If Eligible Persons are confined on their Effective Date of Coverage and the Confinement is covered under a previous insurance policy, Health Services for that Confinement will not be covered under this Policy. All other Health Services are covered as of the Effective Date of Coverage.

If Eligible Persons are confined on the Effective Date have prior coverage, Health Services for the condition or disability will not be covered under the Policy until Eligible Persons' prior coverage is exhausted.

**2.9 Benefit Category.** Changes of the Benefit Category have to be declared in writing by completing and signing a subsequent application form, accompanied with a completed medical questionnaire, if applicable for each Eligible Person.

**Each Eligible Person will be enrolled at the Effective Date or any subsequent enrolment date with his/her Dependents and a specific Benefit Category in accordance with the Schedule of Benefits and the current health status as disclosed in the Policyholder's Application or any other medical/health questionnaire.**

**A Benefit category cannot be changed (even if promoted) during the Policy period.**

أما إذا أقام الأشخاص المؤهلين في المستشفى في تاريخ سريان مفعول التغطية وكانت الإقامة مغطاة بموجب وثيقة تأمين سابقة، فلن تغطي الخدمات الصحية المقدمة أثناء تلك الإقامة بموجب الوثيقة. وتغطي جميع الخدمات الصحية الأخرى إعتباراً من تاريخ سريان مفعول التغطية.

إذا كان الأشخاص المؤهلين مقيمين في المستشفى في تاريخ سريان المفعول ولديهم تغطية سابقة، فإن الخدمات الصحية الخاصة بالحالة أو الإعاقة لن تغطي بموجب الوثيقة حتى تنتهي التغطية السابقة.

٩-٢ **تصنيف المنافع.** تتم التغييرات في تصنيف المنافع بشكل كتابي مع إكمال وتوقيع طلب تأمين ملحق مرفق مع استبيان طبي لكل شخص مؤهل.

كل شخص مؤهل سيتم تسجيله في تاريخ سريان المفعول أو أي تاريخ تسجيل لاحق مع معاليه وبتصنيف منافع محددة بالانسجام مع جدول المنافع والحالة الصحية الراهنة كما هو مبين في طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة أو أي استبيان صحي آخر.

لا يمكن تغيير تصنيف المنافع (حتى ولو تمت الترقية إلى فئة منافع أعلى) خلال مدة الوثيقة.



<p style="text-align: center;"><b>SECTION 3</b> <b>TERMINATION OF COVERAGE</b></p>	<p style="text-align: center;">القسم ٣ الإنهاء</p>
<p><b>3.1 Termination of this entire Policy.</b> This Policy and all Coverage under this Policy shall automatically terminate on the earliest of the dates specified below:</p> <p>A. <b>On the date specified by the Policyholder, after at least 31 days prior written notice to Daman, that this Policy shall be terminated.</b> Individual Policies cannot be cancelled without Daman's prior approval in writing.</p> <p>B. On the date specified by Daman, by written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated, due to the Policyholder's violation of the terms and conditions of the Policy.</p> <p>C. On the date specified by Daman in written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated because the Policyholder provided Daman with false information material to the execution of this Policy or to the provision of Coverage under this Policy. Daman has the right to rescind this Policy back to the Effective Date.</p> <p>D. On the date specified by Daman , after at least 31 days prior written notice to the Policyholder, if Daman decides to discontinue this policy or one of the several categories of Coverage, Policy Benefits, Riders and Amendments.</p> <p>E. On the date specified by Daman in written notice to the Policyholder that the Policy will terminate due to a resolution that has been passed or an order made for winding up of Daman.</p> <p>F. On the date specified by Daman in written notice to the Policyholder that the Policy will terminate due to amendments in the Law or other legal general regulations, which affect the Policy fundamentally so that subsequently no further basics for the policy is given.</p> <p>G. On the date specified by Daman, by written notice to the Policyholder that the Policy will be terminated due to non-payment of the Premiums.</p>	<p>١-٣ إنهاء الوثيقة بشكل كامل. تنتهي هذه الوثيقة والتغطية بموجبها تلقائياً في التاريخ المذكورة أدناه، أيهما يحين أولاً.</p> <p>(أ) في التاريخ المحدد من قبل صاحب الوثيقة، عقب توجيه إشعار خطي قبل ٣١ يوم على الأقل إلى ضمان، بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة. في حالة وثيقة الأفراد، فإنه لا يمكن إلغائها من دون موافقة ضمان الخطية و المسبقة.</p> <p>(ب) في التاريخ المحدد من قبل ضمان، في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب قيام صاحب الوثيقة بخرق أيًا من بنود وشروط الوثيقة.</p> <p>(ج) في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة لأنه قدم معلومات خاطئة ذات أثر جسيم في تنفيذ هذه الوثيقة أو تقديم التغطية بموجب هذه الوثيقة. ويحق لضمان ابطال هذه الوثيقة بأثر رجعي اعتباراً من تاريخ سريان المفعول.</p> <p>(د) في التاريخ المحدد من قبل ضمان، عقب توجيه إشعار خطي قبل ٣١ يوماً إلى صاحب الوثيقة، إذا قررت ضمان إيقاف هذه الوثيقة أو أيًا من فئات التغطية أو منافع الوثيقة أو الملحقات أو التعديلات.</p> <p>(هـ) في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب صدور قرار أو حكم قضى بحل شركة ضمان.</p> <p>(و) في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب تعديل في القانون أو أية قوانين أو تشريعات أخرى والتي قد تؤثر على الوثيقة بشكل أساسي وجوهري مما يفقدها غايتها.</p> <p>(ز) في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب عدم دفع الأقساط.</p>
<p><b>3.2 Termination of an Eligible Person's Coverage under the Policy.</b> Eligible Persons Coverage shall automatically terminate on the earliest of the dates specified below:</p> <p>A. The date the entire Policy is terminated, as specified in the Policy.</p> <p>B. In case of Group Policy, thirty-one (31) days following the date that Eligible Persons cease to be eligible as a Primary Insured or enrolled Dependent, provided Daman receives notification and the Daman card (if issued). In case of Individual Policy, thirty-one (31) days following the date that Eligible Person cease to be eligible as a Primary Insured or enrolled Dependent only in case of death of</p>	<p>٢-٣ إنهاء تغطية شخص مؤهل بموجب الوثيقة. تنتهي تغطية الشخص المؤهل تلقائياً في أيًا من التواريخ المحددة أدناه، أيهما يحين أولاً:</p> <p>(أ) التاريخ الذي يتم فيه إنهاء الوثيقة، حسبما هو مذكور في الوثيقة.</p> <p>(ب) خلال واحد وثلاثين (٣١) يوماً من التاريخ الذي يفقد فيه الأشخاص المؤهلين أهليتهم كمؤمن عليهم رئيسيين أو معالين مسجلين بشرط أن تستلم ضمان اشعاراً بذلك بالإضافة إلى بطاقة ضمان (إن أصدرت). في حالة وثيقة الأفراد، خلال واحد وثلاثين (٣١) يوماً من التاريخ الذي يتوقف فيه الشخص المؤهل عن كونه مؤهل كمؤمن عليه رئيسي أو المعالين المسجلين فقط في حالة وفاة الأعضاء أو في حال موافقة ضمان على الإلغاء بشكل خطي.</p>

<p>members or unless otherwise agreed by Daman in writing.</p> <p>C. The date specified by Daman in written notice, in the event that the Eligible Person commits an act of fraud and/or abuse in relation to the benefits he receives under the Policy or because the Primary Insured permitted the use of his or her Card, or any other health care authorisation document, by any unauthorised person or used another person's Card.</p> <p>D. The date specified by Daman in written notice due to material violation by the Eligible Person of the terms of the Policy.</p> <p>E. The date specified by Daman in written notice due to fraud, misrepresentation or because the Eligible Person knowingly provided Daman with false material information, including but not limited to information relating to another person's eligibility for Coverage or status as a Dependent, Pre-Existing Conditions, or hazardous activities. Daman has the right to rescind Coverage back to the Effective Date.</p> <p><b>3.3 Obligations of Daman on Termination of the Policy</b></p> <p>Termination of the Policy shall not affect any request for reimbursement of Eligible Expenses for Health Services rendered prior to the date of termination. An Eligible Person's request for reimbursement must be furnished as required in Section 9. If the Eligible Person is Hospitalised on the termination date of the Coverage, hospital charges for that continuous period of hospitalisation will be paid by Daman, according to the Benefits and limitations of the Policy up to 31 days following the date of Policy termination.</p> <p><b>3.4 Obligations of the Policyholder on Termination of the Policy or Coverage of Eligible Person</b></p> <p>A. Upon any termination of this Policy, the Policyholder shall be and shall remain liable to Daman for the payment of any and all Premiums or part of Premiums, which are unpaid at the time of termination.</p> <p>B. In the event of termination of the Policy in accordance with section 3.1(C), 3.1(G), and section 3.2 (C), 3.2 (E), Daman shall be entitled to recover all amounts that it has paid in respect of claims submitted either by the Eligible Person or the provider (in respect of Health Services rendered to the Eligible Person).</p> <p>C. Except for the provision contained in 3.3 above, upon termination of the Eligible Person's Coverage or on termination of the Policy, the Policyholder shall be liable to Daman for any Health Services obtained by the Eligible Persons on a date following the date of termination of the Policy or the date of termination of the Eligible Person's Coverage.</p>	<p>ج) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي, في حال إرتكاب الشخص المؤمن عملاً من أعمال الغش و / أو سوء الإستعمال في ما يتعلق بالفوائد التي يتلقاها في إطار الوثيقة أو لأن المؤمن عليه الأساسي سمح بإستخدام البطاقة الخاصة به ، أو أي مستند آخر يخوله الحصول على رعاية صحية أخرى، من قبل شخص غير مفوض أو إستعمل بطاقة خاصة بشخص آخر.</p> <p>د) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي بسبب قيام الشخص المؤهل بخرق مادي لبنود الوثيقة.</p> <p>هـ) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي بسبب الغش أو التضليل ، أو لأن الشخص المؤهل قام بتزويد ضمان بمعلومات مادية زائفة رغم علمه بذلك ، على سبيل المثال لا الحصر: المعلومات المتعلقة بأهلية شخص آخر للتغطية أو بوصفه شخص معال- الأمراض الموجودة قبل تاريخ سريان مفعول الوثيقة و غير المصرح عنها - أنشطة خطيرة. يكون لضمان الحق في هذه الحالة إنهاء التغطية بأثر رجعي .</p> <p><b>٣-٣ موجبات ضمان عند إنهاء الوثيقة أو تغطية الشخص المؤهل</b></p> <p>لن يؤثر إنهاء الوثيقة أو إنهاء التغطية على أي طلب متعلق باسترداد المصاريف المستحقة عن الخدمات الصحية المقدمة قبل تاريخ الانهاء. إن طلب الشخص المؤهل لاسترداد المصاريف المستحقة يجب أن يقدم وفقاً لما هو مذكور في القسم ٩. إذا تم علاج الشخص المؤهل داخل المستشفى في تاريخ إنهاء التغطية ، فإن مصاريف المستشفى عن تلك الفترة المستمرة في المستشفى سوف يتم دفعها من قبل ضمان ، وفقاً للمنافع والإستثناءات المنصوص عليها في الوثيقة وقد تمتد هذه الفترة لغاية ٣١ يوماً من تاريخ إنهاء الوثيقة أو التغطية.</p> <p><b>٤-٣ موجبات صاحب الوثيقة عند إنهاء الوثيقة أو تغطية الشخص المؤهل</b></p> <p>أ. عند أي إنهاء للوثيقة، يبقى صاحب الوثيقة مسؤولاً تجاه ضمان عن دفع أي وكافة الأقساط أو جزء من الأقساط , غير المدفوعة عند الإنهاء.</p> <p>ب. في حالة إنهاء الوثيقة وفقاً لما جاء في القسم ١-٣ (ج), ١-٣ (ز), و القسم ٢-٣ (ج), ٢-٣ (هـ), يحق لضمان استرداد جميع المبالغ التي دفعتها فيما يتعلق بالمطالبات المقدمة سواء من قبل الشخص المؤهل أو مزود الخدمة ( في ما يتعلق بالخدمات الصحية المقدمة للشخص المؤهل).</p> <p>ج. بإستثناء ما هو منصوص عليه في ٣-٣ أعلاه, عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل, أو إنهاء الوثيقة, يبقى صاحب الوثيقة مسؤول تجاه ضمان عن دفع أي تكاليف مالية ناتجة عن تلقي خدمات صحية من قبل الشخص المؤهل في اليوم التالي من تاريخ إنهاء الوثيقة أو تاريخ إنهاء تغطية الشخص المؤهل.</p>
--	---

- D.** Upon termination of the Policy or Coverage in accordance with section 3.1 or 3.2, the Policyholder must provide written notice of termination to the Eligible Person and must inform the Eligible Person that he will no longer be covered for Health Services under the Policy.
- E.** Upon Termination of Coverage of an Eligible Person or termination of the Policy, it is the Policyholder's responsibility to ensure that the Daman Cards (if issued) of all Eligible Persons is returned to Daman.
- F.** The Policyholder will be responsible for reimbursement to Daman for payment of any Health Services obtained by an Eligible Person using their Card after Coverage termination or termination of the Policy.

- د.** عند إنهاء هذه الوثيقة أو التغطية وفقاً للمادة ٣-١ أو ٣-٢، على صاحب الوثيقة إرسال إشعاراً خطياً إلى الشخص المؤهل وإعلام الشخص المؤهل بأنه لن يكون مغطى لتلقي الخدمات الصحية ضمن هذه الوثيقة.
- هـ.** عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل أو إنهاء الوثيقة، يتوجب على صاحب الوثيقة إرجاع بطاقات ضمان الخاصة بالأشخاص المؤهلين (إن أُصدرت) إلى ضمان.
- و.** يتحمل صاحب الوثيقة كافة النفقات التي تتكبدها ضمان عند تقديم أية خدمات صحية إلى شخص مؤهل باستخدام البطاقة الخاصة به بعد إنهاء التغطية أو الوثيقة.

SECTION 4 PREMIUM RATES	القسم ٤ الأقساط
<b>4.1 Premiums.</b> Premiums payable by or on behalf of Eligible Persons are specified in the Letter of Acceptance	<b>١-٤ الأقساط.</b> إن الأقساط المستحقة الدفع من قبل أو نيابة عن الأشخاص المؤهلين محددة في رسالة الموافقة على الوثيقة.
<b>4.2 Computation of Premium.</b> Each Premium shall be calculated based on the number of Primary Insured and Dependents in each Coverage category. Daman shows in its records at the time of calculation the Premiums that are then in effect.  For new members whose enrolment occurs on a day after the Effective Date of the Policy, the Premium shall be calculated on a pro-rata basis.	<b>٢-٤ حساب الأقساط.</b> يحتسب القسط على أساس عدد الأشخاص المؤمن عليهم الرئيسيين والمعاليين في كل فئة تغطية. وتبين ضمان في سجلاتها قيمة الأقساط الحالية المعمول بها في وقت الإحتساب.  للأعضاء الجدد الذين تم تسجيلهم بعد تاريخ سريان مفعول الوثيقة، يكون احتساب الأقساط على أساس النسبة و التناسب.
<b>4.3 Notification of Coverage Changes.</b> The Policyholder shall notify Daman in writing within 31 days of the effective date of enrolments, terminations, or other changes.	<b>٣-٤ إشعار بتعديلات التغطية.</b> على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً في غضون ٣١ يوم من تاريخ تسجيل أو إنهاء أو إجراء أية تعديلات أخرى على الوثيقة.
<b>4.4 Payment of the Premium.</b> The Premium is payable in advance by the Policyholder to Daman or unless otherwise agreed as described in credit facility agreement-Letter of Acceptance. All Premium payments shall be accompanied by supporting documentation, which states the names of the Eligible Persons for whom payment is made.  The Policyholder shall reimburse Daman for attorney's fees and any other costs related to collecting delinquent Premiums.	<b>٤-٤ دفع القسط.</b> يكون القسط مستحق الدفع مقدماً من قبل صاحب الوثيقة إلى ضمان أو حسبما هو مفصل في إتفاقية تسهيلات الدفع - رسالة الموافقة على الوثيقة. عند دفع الأقساط ترفق جميع المستندات التي تحدد أسماء الأشخاص المؤهلين الذين تم الدفع عنهم.  يقوم صاحب الوثيقة بتعويض ضمان عن أتعاب المحاماة وأية تكاليف أخرى تتعلق بتحويل أقساط التأمين المتأخرة.
<b>4.5 Non-payment and / or delayed payment of Premium:</b> All premium/s stated in the Quotation are payable in advance and prior to any Coverage under the Policy being provided, unless otherwise agreed in writing by Daman.  In the event of any delay or non-payment of premium or any installment/s within 30 days from the due date, Daman shall be entitled to suspend/terminate this Policy unilaterally. Daman may at its own discretion reinstate the Coverage if the premium is subsequently paid. During the period of suspension, the Policyholder shall reimburse Daman for any payment of Health Services of Eligible Persons.  A termination/suspension of the Policy shall not release the Policyholder from paying any sums/ in full, owing to Daman.  In case of such termination/suspension the Policyholder will have to pay the due instalment in full without any effect of utilisation therein.  In the event of suspension/termination by Daman in conformity with the provisions laid down herein the Policyholder shall not have any claim/ not incur any liability to Daman of indemnification or and compensation.	<b>٥-٤ عدم سداد و/أو التأخر في سداد القسط:</b> جميع الأقساط المذكورة في التسعيرة تسدد مقدماً أو قبل الشروع في توفير أية تغطية بموجب الوثيقة ما لم توافق ضمان كتابة على خلاف ذلك.  في حال التأخر في أو عدم سداد القسط أو أي من دفعاته خلال ٣٠ يوماً من تاريخ الاستحقاق، يحق لضمان وبشكل منفرد تعليق أو إنهاء الوثيقة تلقائياً و بدون إشعار. كما يجوز لضمان، وفق تقديرها الخاص، إعادة التغطية في حال سداد القسط لاحقاً. خلال مدة التعليق، على صاحب الوثيقة إرجاع المبالغ المسددة من قبل ضمان عن الخدمات الصحية المقدمة الى الأشخاص المؤهلين.  إن إنهاء أو تعليق الوثيقة لا يعفي صاحب الوثيقة من إلزامه بتسديد القيمة الكاملة لأية مبالغ أو دفعات مستحقة لضمان.  في حال الإنهاء أو التعليق يجب على صاحب الوثيقة أن يقوم بدفع أي مبالغ/أقساط كاملة بغض النظر عن مدى استفادته منها.  في حال الإنهاء أو تعليق الوثيقة من قبل ضمان وفقاً للأحكام الواردة في هذه الوثيقة، فلا يحق لصاحب الوثيقة التقدم بأية مطالبة أو تحميل ضمان مسؤولية التعويض.

<p><b>4.6 Currency.</b> All Premiums paid by the Policyholder will be in the currency of U.A.E Dirham as specified in the Schedule of Benefits.</p>	<p>٦-٤ العملة. تدفع جميع الأقساط من قبل صاحب الوثيقة بعملة دولة الإمارات العربية المتحدة (الدرهم) حسبما هو مذكور في جدول المنافع.</p>
<p><b>4.7 Taxes.</b> The Policyholder hereby agrees that if any taxes including value added tax is applicable on the Premium and other charges payable/paid in relation to this Policy retrospectively from the Effective Date of the Policy or prospectively from the date of implementation of such Taxes, Daman reserves its right to collect the same from the Policyholder in addition to the Premium, in line with the applicable laws and regulations.</p>	<p>٧-٤ الضرائب. يقر حامل الوثيقة هنا بأنه، وفي حال تطبيق أي ضريبة مضافة على الأقساط التأمينية و/أو رسوم أخرى خاصة بالوثيقة تم دفعها أو مستحقة الدفع بأثر رجعي من تاريخ سريان الوثيقة أو مستقبلياً من تاريخ تنفيذ سريان هذه الضرائب، يحق لضممان الاحتفاظ بحقوقها في تحصيل هذه القيمة من حامل الوثيقة بالإضافة إلى الأقساط التأمينية وفق القوانين والتشريعات المعمول بها في هذا الصدد.</p>

## SECTION 5 GENERAL PROVISIONS

### القسم ٥ أحكام عامة

**5.1 Administrative Services.** The services necessary to administer the Policy and the Coverage provided under it will be provided in accordance with Daman's or its designee's most current standard administrative procedures. If the Policyholder requests that such administrative services be provided in a manner other than in accordance with these standard procedures, and such services are agreed to by Daman, the Policyholder shall pay for such services or reports at Daman's or its designee's then-current charges for such services or reports.

١-٥ الخدمات الإدارية. تقدم الخدمات الضرورية لإدارة هذه الوثيقة والتغطية المزودة بموجبها طبقاً لأحدث الإجراءات الإدارية القياسية الخاصة بضمنان أو المعين من قبلها. إذا طلب صاحب الوثيقة تقديم الخدمات الإدارية على نحو مخالف لهذه الإجراءات القياسية، وتمت الموافقة على تلك الخدمات من قبل ضمنان، فعندئذ يدفع صاحب الوثيقة مقابل تلك الخدمات أو التقارير حسب الأسعار المعمول بها في حينه لدى ضمنان أو المعين من قبلها بشأن تلك الخدمات أو التقارير.

**5.2 Limitation of Action.** If a dispute between Daman and the Parties (includes Policyholders and/or Eligible Persons on behalf of Policyholder) dealing in business with it arises out of or is related to any Agreement, the concerned Party and Daman shall meet and negotiate in good faith to attempt to resolve the dispute.

٢-٥ حدود التقاضي. في حال نشوء نزاع حول أية اتفاقية بين ضمنان وأيّ طرف آخر ( بما في ذلك صاحب الوثيقة و/أو الاشخاص المؤهلين نيابة عن صاحب الوثيقة) يجتمع الطرف المعني ويجري مفاوضات مع ضمنان بحسن نية من أجل التوصل إلى حل النزاع.

In case the Parties are not able to resolve the dispute between themselves, the dispute shall be submitted to the Grievances & Appeals Unit of the DOH for an amicable settlement, and any other dispute resolution procedures shall be of no force and effect unless and until the complaints procedure set out in DOH has been exhausted.

وفي حال تعذر على الطرفين حل النزاع فيما بينهم، يحال النزاع إلى هيئة الشكاوي والطعون التابعة لدائرة الصحة للتسوية الودية، وأية إجراءات أخرى لتسوية المنازعات يجب أن تخلو من أساليب الضغط والقوة ما لم وحتى أستنفذت جميع الطرق المتبعة من قبل دائرة الصحة لحل الشكاوى المنصوص عليها.

If the dispute or conflict is not resolved in accordance with the paragraph here-above, unless otherwise agreed between both Parties, all disputes shall be referred to and determined by the Abu Dhabi Courts, which shall have exclusive jurisdiction to settle any dispute arising out of or in connection with this Agreement.

في حال عدم التوصل لحل النزاع أو الخلاف وفقاً لما جاء في الفقرة أعلاه، ما لم يتم بخلاف ذلك التوصل لإتفاق بين الأطراف، يحال النزاع إلى محاكم أبوظبي، ويكون لها الاختصاص الحصري لتسوية أي نزاع ينشأ عن أو فيما يتعلق بهذا الاتفاق.

If legal proceedings or actions against Daman are not brought within three years of the date Daman notifies other party of its final decision, the right to bring any action against Daman is forfeited.

في حال عدم إقامة إجراءات أو دعاوى قانونية ضد ضمنان خلال ثلاث سنوات من تاريخ قيام ضمنان بإبلاغ الطرف الآخر بقرارها النهائي، يسقط حق إقامة دعوى ضد ضمنان.

**5.3 Amendments and Alterations.** Any change to the Policy will be issued as an Amendment and/or Endorsement and/or Rider and/or a Special Agreement and shall be attached to the Letter of Acceptance. Such an amendment will be made by Daman in accordance with the Law and is effective only upon the date of. Signature by an authorised officer of Daman and the Policyholder. No agent has the authority to change the Policy or to waive any of its provisions.

٣-٥ التعديلات والتغييرات. أية تغييرات في الوثيقة يتم إصدارها على شكل تعديلات /تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة بين الأطراف و يتم إرفاقها برسالة الموافقة على الوثيقة. تصدر هذه التعديلات من قبل ضمنان ويجب أن تتم طبقاً للقانون وتكون سارية المفعول فقط عند التوقيع عليها من قبل الشخص الذي يمثل كل من ضمنان وصاحب الوثيقة. ولا يمتلك أي وكيل صلاحية تغيير الوثيقة أو التنازل عن أي من أحكامها.

In the event of a modification/amendment to the Policy, all other unchanged terms and conditions, exclusions, limitations and scope of services under the Policy shall remain the same and unaltered.

وفي حالة وجود تغيير / تعديل على الوثيقة ، تبقى جميع البنود، الشروط، الاستثناءات، الحدود و نطاق الخدمات المقدمة بموجب الوثيقة ثابتة كما هي. و دون أي تغيير.

DOH and/or other relevant authorities may after the approval of the Executive Council implement changes to the Law. Such changes will become effective as with the effective date of the respective laws.

يحق لدائرة الصحة وكذلك أي جهة مختصة إجراء تغييرات على قانون التأمين بعد الحصول على موافقة المجلس التنفيذي. وتصبح التغييرات سارية المفعول إعتباراً من تاريخ سريان مفعول تلك القوانين المعنية.



**5.4 Relationship among Parties.** The relationships between Daman and Network Providers and relationships between Daman and Policyholder are **solely** contractual relationships between independent contractors. Network Providers and Policyholder are neither agents nor employees of Daman, nor is Daman or any employee of Daman an agent or employee of Network Providers or Policyholder.

The relationship between a Provider and any Eligible Person is that of Provider and patient. The Provider is solely responsible for services provided to any Eligible Person.

The relationship between the Policyholder and Eligible Persons is that of employer and employee or sponsor and sponsoree, or other Coverage category as defined in the Policy or in the Law. The Policyholder is solely responsible for enrolment and changes to Coverage category (including termination of a Primary Insured's or Dependent's Coverage), for the timely payment of the Premium to Daman, and for notifying Eligible Persons of the terms and conditions and termination of the Policy.

**5.5 Records.** Policyholder and Eligible Persons must furnish to Daman as soon as possible all information and proofs, which it may reasonably require regarding any matters pertaining to the Policy.

By accepting Coverage under the Policy, Eligible Persons authorise and direct any person or institution that has provided services to Eligible Persons, to furnish Daman any and all information and records or copies of records relating to the services provided to Eligible Persons. Daman has the right to request this information whenever reasonably required. This applies to all Eligible Persons, including Enrolled Dependents whether or not they have signed the Primary Insured's application.

Daman agrees that such information and records will be considered confidential. Daman has the right to release any and all records concerning health care services, which are necessary to implement and administer the terms of the Policy or for appropriate medical review or quality assessment.

Daman or its Network Providers are permitted to charge Eligible Persons reasonable fees to cover costs for completing requested medical abstracts or forms, which Eligible Persons have requested. Such reasonable fees shall be in accordance with the Law, as legally set forward by DOH and/or other relevant authorities.

In some cases, Daman will designate other persons or entities to request records or information from or related to Eligible Persons and to release those records as necessary. Daman's designees have the same rights to this information as does Daman.

During and after the term of the Policy, Daman and its related entities may use and transfer the information gathered under the Policy for research and analytic purposes.

**٤-٥ العلاقة بين الأطراف.** تعد العلاقات بين ضمان ومزودي الخدمة داخل الشبكة وبين ضمان وأصحاب الوثيقة مجرد علاقات تعاقدية بين متعاقدين مستقلين. ولا يعتبر مزودي الخدمة داخل الشبكة أو أصحاب الوثيقة وكلاء عن أو موظفين لدى ضمان، وكذلك لا تعتبر ضمان أو أيًا من موظفيها وكيلًا أو موظفًا لدى مزودي الخدمة داخل الشبكة أو لدى أصحاب الوثيقة.

إن العلاقة بين مزود الخدمة والشخص المؤهل هي علاقة مزود خدمة بمرضى. ويكون مزود الخدمة مسؤولاً - دون غيره - عن الخدمات التي يقدمها إلى أي شخص مؤهل.

إن العلاقة بين صاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين هي علاقة صاحب عمل بموظف أو كفيل بكفيله أو بفئة تغطية أخرى حسبما هو محدد في الوثيقة أو القانون. ويعتبر صاحب الوثيقة مسؤولاً - دون غيره - عن التسجيل أو تغيير فئة التغطية (بما في ذلك إنهاء تغطية المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين)، وعن دفع الأقساط لضمان في مواعيدها، وإبلاغ الأشخاص المؤهلين ببنود وشروط وحالات إنهاء الوثيقة.

**٥-٥ السجلات.** يجب على صاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين تزويد ضمان في أسرع وقت ممكن بجميع المعلومات والإثباتات التي قد تطلبها بشكل معقول ويكون لها صلة بالوثيقة.

بمجرد قبول التغطية بموجب الوثيقة، يطلب ويفوض الأشخاص المؤهلين أي شخص أو مؤسسة قاموا بتقديم خدمات صحية لهم بموافقة ضمان بأي من وكافة المعلومات والسجلات أو نسخ عن السجلات المتعلقة بالخدمات المقدمة اليهم. وتحتفظ ضمان بحق طلب هذه المعلومات حيثما تكون مطلوبة بشكل معقول. وينطبق هذا على جميع الأشخاص المؤهلين، بما في ذلك المعالين سواء قاموا بالتوقيع على طلب المؤمن عليه الرئيسي أم لا.

توافق ضمان على اعتبار تلك المعلومات والسجلات سرية. تمتلك ضمان حق الإفصاح عن أي من وكافة السجلات الخاصة بخدمات الرعاية الصحية اللازمة لأغراض تنفيذ وإدارة بنود الوثيقة أو للمراجعة الطبية الملزمة أو لتقييم الجودة.

يسمح لضمان أو لمزودي الخدمة داخل الشبكة إحتساب رسوم معقولة على الأشخاص المؤهلين لتغطية تكاليف تعبئة المستخرجات أو النماذج الطبية المطلوبة من قبل الأشخاص المؤهلين. يجب أن تحتسب تلك الرسوم المعقولة طبقاً للقانون، حسبما هو مقرر من قبل دائرة الصحة وغيرها من الهيئات المختصة.

في بعض الحالات، سوف تقوم ضمان بتعيين أشخاص أو جهات أخرى لطلب السجلات أو المعلومات من أو المتعلقة بالأشخاص المؤهلين والكشف عن تلك السجلات حسب الضرورة. ويمتلك المعينين من قبل ضمان نفس الحقوق التي تمتلكها ضمان بشأن هذه المعلومات.

خلال مدة سريان الوثيقة وكذلك بعدها، يحق لضمان وللجهات ذات العلاقة إستعمال ونقل المعلومات التي تم جمعها بموجب الوثيقة لأغراض البحث والتحليل.

**5.6 Clerical Error of invoicing.** The Policyholder confirms that all the information (including member information) submitted to Daman in respect of enrolment/renewal of Eligible Persons under the policy are complete, true and correct. The eligible members shall be enrolled under the policy in accordance to the Health Insurance law of the Emirate of Abu Dhabi. Daman's invoice will be corrected for clerical errors provided, such errors are reported to Daman within 30 days of issue of invoice/policy effective date (whichever comes earlier). In case of discovery of errors by Daman, such errors shall be reported to Policyholder within 30 days and appropriate adjustment in premium shall be made.

For example - errors in date of birth, gender, commencement of coverage have an impact on premium and the difference amount shall either be collected from or credited to the account of the Policyholder.

#### **Clerical errors:**

Clerical error shall not deprive any Eligible Person of Coverage under this Policy or create a right to Benefits. Upon discovery of a clerical error, any necessary appropriate adjustment shall be made by Daman. However, such correction shall be made within 30 days of discovery of the error, after such clerical error has been notified by Daman to the Policyholder or vice versa.

For example - errors in details like photograph, address, name, employee number

#### **5.7 Conformity with Statutes.**

- Any provision of the Policy which on its Effective Date, is in conflict with the requirements of governmental statutes or regulations (of the jurisdiction in which delivered) shall be amended to conform to the minimum requirements of such statutes and regulations.
- Daman shall not be deemed to provide cover to the Policyholder or Primary Insured or enrolled Dependent(s) and Daman shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such Benefit would expose Daman to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions, or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United States America such as but not limited to OFAC, United Kingdom and/or the UAE.

**5.8 Notice.** Written notice given by Daman to an authorised representative of the Policyholder is deemed notice to all affected Primary Insured and their Enrolled Dependents in the administration of this Policy, including termination of this Policy. The Policyholder is responsible for giving notice to Eligible Persons.

**الخطأ المطبعي بالفواتير.** يجب على صاحب الوثيقة التأكد من أن جميع المعلومات (بما في ذلك معلومات العضو) المقدمة إلى ضمان فيما يتعلق بالتسجيل / تجديد الأشخاص المؤهلين في إطار الوثيقة كاملة، حقيقية وصحيحة. يجب تسجيل الأعضاء المؤهلين في إطار الوثيقة وفقاً لقانون التأمين الصحي في إمارة أبوظبي. سيتم تصحيح فاتورة ضمان عند اكتشاف الأخطاء، وهذه الأخطاء يجب إبلاغ ضمان عنها في غضون ٣٠ يوماً من إصدار الفاتورة/تاريخ سريان مفعول الوثيقة (أيهما يأتي أولاً). في حال اكتشاف الخطأ من قبل ضمان، ستقوم ضمان بإبلاغ صاحب الوثيقة عن هذا الخطأ في غضون ٣٠ يوماً و سيتم إجراء التعديل الملائم و المناسب على الأقساط.

الخطأ المطبعي ممكن أن يكون على سبيل المثال كالآتي: الخطأ في تاريخ الميلاد، الجنس، التاريخ الذي يصبح به الفرد مؤهل للتغطية له تأثير على قيمة القسط وإن الفرق في قيمة القسط سيتم إما جمعها من أو إضافتها إلى حساب صاحب الوثيقة.

#### **الخطأ المطبعي:**

لن يحرم الخطأ المطبعي أي شخص مؤهل من التغطية بموجب هذه الوثيقة أو يخلو أي فرد حقاً في المنافع. عند اكتشاف خطأ مطبعي، يجب على ضمان إجراء التعديل الملائم والضروري. أي تعديل يجب أن يتم خلال ٣٠ يوماً من تاريخ اكتشاف الخطأ، بعد أن يتم إرسال إشعاراً خطياً بهذا الخطأ من ضمان إلى صاحب الوثيقة أو العكس.

على سبيل المثال - أخطاء في التفاصيل مثل الصورة الشخصية للفرد، العنوان، الاسم و رقم الموظف

#### **٧-٥ الإلتزام بالقوانين.**

- بموجب هذه الوثيقة، يجب تعديل أي حكم من أحكام الوثيقة يتعارض - في تاريخ سريان المفعول - مع متطلبات القوانين أو اللوائح الحكومية (الصادرة من جهات مختصة) لكي يتوافق مع الحد الأدنى لمتطلبات تلك القوانين واللوائح.
- لا يعتبر ضمان جهة لتوفير تغطية لصاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين المسجلين ولن تكون ضمان مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة في حال كان تقديم مثل هذه التغطية، أو دفع هذه المطالبة أو توفير مثل هذه المنافع من شأنها أن يعرض ضمان إلى أي عقوبات أو حظر أو تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو اللوائح الخاصة بالاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية مثل على سبيل المثال لا الحصر مكتب مراقبة الأصول الأجنبية، المملكة المتحدة و/أو دولة الإمارات العربية المتحدة .

**٨-٥ الإشعارات.** يعتبر الإشعار الخطي المرسل من قبل ضمان إلى أي شخص مخول يمثل صاحب الوثيقة إشعاراً إلى جميع الأشخاص المؤمن عليهم الرئيسيين المعنيين والمعالين من قبلهم، بما في ذلك إنهاء هذه الوثيقة. ويكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن تقديم إشعار إلى الأشخاص المؤهلين.

<p>Any notice sent to Daman under this Policy and any notice sent to the Policyholder shall be addressed as described in Letter of Acceptance.</p> <p><b>The Policyholder should notify Daman of any change in address or employment status of any Eligible Person as soon as the Policyholder becomes aware of the change.</b></p> <p><b>5.9 Renewal of the Policy.</b> The Policy is an annual contract and could be renewed for a new policy period if Daman and Policyholder agree to the renewal. Daman shall notify the Policyholder thirty (30) days prior to the Expiry Date of the Policy that his Policy is due to expire. Within this thirty day period, the Policyholder is required to inform Daman if he does not want to renew his Policy.</p> <p>The Policyholder must ensure that renewal takes place on the day after the Expiry Date of this Policy to secure that the Eligible Persons under this policy obtain continuous coverage for Health Services.</p> <p><b>5.10 Sanctions.</b> Daman shall not be deemed to provide cover to the Policyholder or Primary Insured or enrolled Dependent(s) and Daman shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, such payment of claim or provision of such Benefit would expose Daman to any sanctions, prohibitions or restrictions under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United States of America such as but not limited to OFAC, United Kingdom and/or the UAE.</p>	<p>يجب أن يرسل أي إشعار موجه إلى ضمان أو إلى صاحب الوثيقة حسبما هو مفصل في رسالة الموافقة على الوثيقة.</p> <p>يتعين على صاحب الوثيقة إبلاغ ضمان بأي تغيير في عنوان أو في وضع العمل بالنسبة لأي شخص مؤهل بعد علم صاحب الوثيقة بهذا التغيير.</p> <p><b>٩-٥ تجديد الوثيقة.</b> تعد الوثيقة عقداً سنوياً ويجوز تجديدها لمدة مماثلة لمدة الوثيقة إذا وافقت ضمان وصاحب الوثيقة على هذا التجديد.</p> <p>على ضمان إشعار صاحب الوثيقة قبل (٣٠) يوماً من تاريخ انتهاء الوثيقة بموعد تجديدها. ويلتزم صاحب الوثيقة بإخطار ضمان خلال الثلاثين يوماً قبل تاريخ الإنتهاء في حال رغبته في عدم تجديد الوثيقة.</p> <p>يجب على صاحب الوثيقة التأكد من تجديد الوثيقة في اليوم التالي من تاريخ انتهاء هذه الوثيقة لكي يحصل الأشخاص المؤهلين الذين يستوفون الشروط المطلوبة بموجب هذه الوثيقة على إستمرارية تغطية الخدمات الصحية.</p> <p><b>١٠-٥ الإنذرن الرسمي.</b> لا يعتبر ضمان جهة لتوفير تغطية لصاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين المسجلين ولن تكون ضمان مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة في حال كان تقديم مثل هذه التغطية، أو دفع هذه المطالبة أو توفير مثل هذه المنافع من شأنها أن يعرض ضمان إلى أي عقوبات أو حظر أو تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو اللوائح الخاصة بالاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية مثل على سبيل المثال لا الحصر مكتب مراقبة الأصول الأجنبية، المملكة المتحدة و/أو دولة الإمارات العربية المتحدة.</p>
---	---

## SECTION 6 PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS

### 6.1 Health Services Rendered by Network Providers. Eligible Persons are entitled for Coverage for Health Services listed as Network Benefits in the Schedule of Benefits if such Health Services are Medically Necessary and are provided by a Network Physician or other Network Provider. All Coverage is subject to the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy,

Some of the benefits stated in the Schedule of Benefits may be available in Network but shall be paid on reimbursement subject to policy terms, conditions and exclusions.

Health Services, which are not provided by a Network Physician or other Network Provider, are not Covered as Network Benefits, except in Emergency situations or referral situations authorised in advance by Daman. Failure to comply with all administrative procedures required by Network Provider, may result in denial of coverage. Enrolling for Coverage under the Policy does not guarantee Health Services by a particular Network Provider on the list of Providers. This list of Network Providers is subject to change. When a Provider on the list no longer has a contract with Daman, Eligible Persons must choose among remaining Network Providers in order to obtain Network Benefits.

Coverage for Health Services is subject to the payment of the Premium required for Coverage under the Policy and payment of the Deductible or Co-insurance specified for any service.

### 6.2 Verification of Participation Status. The Policyholder shall ensure that Eligible Persons are informed that they are requested to verify the participation status of a Physician, Hospital or other Health Services as the participation status of a Provider may change from time to time. Eligible Persons can verify the participation status from our website or by calling Daman. Eligible Persons must show their Card every time they request Health Services. In cases where Eligible Persons fail to present their Cards to a Provider, the Coverage on direct billing will be denied and Daman will reimburse them 80% of the agreed cost of that provider.

If failure to verify participation status or the failure to show a card or similar documents results in non-compliance with required Daman procedures, Coverage of Network Benefits may be denied and in such cases Eligible Persons shall be required to pay for Health Services obtained directly to the Provider in accordance with the prices set by the Provider

### 6.3 Prior Approval Does Not Guarantee Benefits. The fact that Daman authorises services or supplies does not guarantee that all charges will be covered. Daman reserves the right to review each claim if

## القسم ٦ إجراءات الحصول على منافع الشبكة

الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. يستحق الأشخاص المؤهلين التغطية بشأن الخدمات الصحية المدرجة كمناافع شبكة في جدول المنافع إذا كانت تلك الخدمات الصحية ضرورية طبياً ومقدمة من قبل طبيب داخل الشبكة أو مزود خدمة داخل الشبكة. وتخضع التغطية للبند والشروط والإستثناءات والقيود الواردة في هذه الوثيقة.

بعض المنافع المذكورة في جدول المنافع ممكن أن تكون متوفرة ضمن الشبكة و لكن يتم الدفع على أساس الاسترداد، بالإستناد إلى بنود، شروط وإستثناءات الوثيقة.

باستثناء حالات الطوارئ أو التحويل الموافق عليها مسبقاً من قبل ضمان حسبما هو مذكور في جدول المنافع، فلن يتم تغطية الخدمات الصحية كمناافع شبكة في حال تمت تقديمها من قبل طبيب أو مزود خدمة من خارج الشبكة. إن عدم التقيد بجميع الإجراءات الإدارية الخاصة بمزودي الخدمة داخل الشبكة، قد يؤدي إلى عدم التغطية. ولا يضمن مجرد التسجيل للتغطية بموجب الوثيقة تقديم الخدمات الصحية من قبل مزود خدمة معين من داخل الشبكة. كما تخضع قائمة مزودي الخدمة داخل الشبكة للتغيير. وفي حال عدم وجود عقد صحيح وساري بين ضمان وأياً من مزودي الخدمة داخل الشبكة، فيختار الأشخاص المؤهلين مزود خدمة من بين مزودي الخدمة المتبقين من أجل الحصول على منافع الشبكة.

إن تغطية الخدمات الصحية متوقفة على دفع الأقساط المطلوبة للتغطية بموجب الوثيقة ودفع مبلغ التحمل أو نسبة التحمل المحددة فيما يتعلق بأي خدمة.

التحقق من وضع المشاركة. يجب على صاحب الوثيقة التأكد من إعلام الأشخاص المؤهلين عن مسؤوليتهم للتحقق من مدى توافر أو مشاركة طبيب أو مستشفى أو أية خدمات صحية حيث أن وضع مشاركة مزودي الخدمة قد يتغير من حين لآخر. وعلى الأشخاص المؤهلين التحقق من مدى المشاركة من خلال الموقع الإلكتروني الخاص بـ ضمان أو عن طريق الإتصال بـ ضمان. كما يجب على الأشخاص المؤهلين إبراز بطاقتهم في كل مرة يطلبون فيها الحصول على خدمات صحية. في حال عدم تقديم البطاقة من قبل الأشخاص المؤهلين لمزودي الخدمة داخل الشبكة فلن يتم التغطية عن طريق خدمة الدفع المباشر وستقوم ضمان بتحمل نسبة ٨٠٪ مما تكبدوه حسب السعر المتفق عليه مع مزودي الخدمة داخل الشبكة.

يعد عدم التحقق من وضع المشاركة أو عدم إبراز البطاقة أو الوثائق المماثلة انتهاكاً لإجراءات ضمان الواجب اتباعها، مما قد يؤدي إلى رفض تغطية منافع الشبكة، وفي مثل تلك الحالات على الأشخاص المؤهلين دفع مقابل الخدمات الصحية المتلقاه مباشرةً من مزود الخدمة وفقاً لأسعار المزود.

الموافقة المسبقة لا تضمن المنافع. إن مجرد موافقة ضمان على تقديم أية خدمات أو تجهيزات لا تضمن تغطية جميع النفقات. وتحفظ ضمان بحقها في مراجعة كل مطالبة إذا ما توافرت شكوك



<p>there are questions regarding Medical Necessity. Under these circumstances, Coverage of some Health Services and supplies may be denied. Eligible Persons will be notified in writing of any subsequent adjustment of Benefits as a result of the claim review.</p>	<p>حول كونها ضرورية طبياً. وفي ظل هذه الظروف، يمكن رفض تغطية بعض الخدمات والتجهيزات الصحية. ويتم إشعار الأشخاص المؤهلين خطياً بأية تعديلات لاحقة على المنافع تنجم عن مراجعة المطالبات.</p>
<p><b>6.4 Limitations on Selection of Providers.</b> If a Eligible Person is receiving Health Services in a harmful or abusive quantity or manner or with harmful frequency, as determined by Daman and wishes to obtain Network Benefits, he or she may be required to select a single Network Physician and a single Network Hospital (with which the single Network Physician is affiliated) to provide and coordinate all future Health Services.</p> <p>Selection of a single Network Physician may also be required in case an Eligible Person continuously seeks treatment or consultation from different Physicians/Providers, for the same medical condition.</p> <p>Failure to make the required selection of a Network Physician and a single Network Hospital within 31 days of written notice of the need to do so shall result in the designation of the required single Network Physician and Network Hospital for the Eligible Person by Daman.</p> <p>In the case of a medical condition which, as determined by Daman, either requires or could benefit from special services, an Eligible Person may be required to receive Covered Health Services through a single Network Provider designated by Daman.</p> <p>Following selection or designation of a single Network Provider, Coverage of Health Services as Network Benefits is contingent upon all Health Services being provided by or through written referral of the designated facility or Provider.</p>	<p><b>٤-٦ قيود على إختيار مزودي الخدمة.</b> إذا كان الشخص المؤهل يتلقى خدمات صحية بطريقة مؤذية أو ضارة أو بشكل متكرر يجعلها ضارة بالصحة، حسبما تقرره ضمان، ورغب في الحصول على منافع الشبكة، فقد يطلب منه إختيار طبيب محدد داخل الشبكة ومستشفى محددة من داخل الشبكة (يتعامل معها هذا الطبيب) لتقديم وتنسيق الخدمات الصحية المستقبلية.</p> <p>قد يطلب أيضاً من الشخص المؤهل إختيار طبيب محدد داخل الشبكة في حال كان هذا الشخص المؤهل يتلقى العلاج والمراجعة لنفس الحالة الطبية من عدة أطباء / مزودي خدمة.</p> <p>في حال عدم إختيار طبيب ومستشفى واحدة داخل الشبكة من قبل الشخص المؤهل في غضون ٣١ يوم من تاريخ إشعاره خطياً" بذلك قد ينتج عن ذلك تحديد طبيب و مستشفى واحدة داخل الشبكة من قبل ضمان.</p> <p>إذا قررت ضمان أن الوضع الصحي يتطلب أو قد يستدعي خدمات خاصة، فقد يطلب من الشخص المؤهل تلقي خدمات صحية مغطاة من خلال مزود خدمة داخل الشبكة محدد من قبل ضمان.</p> <p>بعد إختيار أو تعيين مزود خدمة محدد داخل الشبكة ، تقتصر تغطية الخدمات الصحية كمنافع شبكة على جميع الخدمات الصحية المقدمة من قبل أو من خلال تحويل خطي إلى جهة معينة أو مزود خدمة محدد.</p>
<p><b>6.5 Referral Health Services Rendered by Non-Network Providers.</b> In the event that specific Health Services cannot be provided by or through a Network Provider, Eligible Persons may be eligible for Network Benefits when Medically Necessary Health Services are obtained through non-Network Providers. Health Services obtained through non-Network Providers must be authorised in advance through referral documentation as designated by Daman. All Health Services are subject to terms and conditions, limitations and exclusions of the Policy,</p>	<p><b>٥-٦ التحويل لخدمات صحية مقدمة من قبل مزودي الخدمة خارج الشبكة.</b> عند عدم القدرة على تقديم خدمات صحية محددة من قبل أو من خلال مزود خدمة داخل الشبكة، يجوز للأشخاص المؤهلين الحصول على منافع الشبكة من قبل مزودي الخدمة خارج الشبكة إذا كانت الخدمات الصحية ضرورية طبياً. ويجب الحصول على الموافقة المسبقة فيما يتعلق بالخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمة خارج الشبكة عن طريق مستند تحويل خطي حسبما تحدده ضمان. وتخضع جميع الخدمات الصحية للقيود، الشروط والإستثناءات الأخرى الواردة في الوثيقة.</p>
<p><b>6.6 Emergency Health Services by Network Providers.</b> Daman provides Coverage of Eligible Expenses for Medically Necessary Emergency Health Services, subject to the terms, conditions, exclusions, and limitations of the Policy.</p> <p>Eligible Expenses for Emergency Health Services are the agreed fees with Network Providers for the Health Services described in Section 8 of this Policy provided during the course of the Emergency. Such Health Services must be Medically Necessary for</p>	<p><b>٦-٦ الخدمات الصحية الطارئة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة.</b> تقدم ضمان تغطية المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبياً، مع مراعاة البنود والشروط والإستثناءات والقيود الواردة في هذه الوثيقة.</p> <p>تتضمن المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة الرسوم المتفق عليها مع مزودي الخدمة داخل الشبكة بشأن الخدمات الصحية المبينة في القسم ٨ من هذه الوثيقة والمقدمة عند حدوث حالة طارئة. يجب أن تكون تلك الخدمات الصحية ضرورية طبياً</p>

<p>stabilisation and initiation of treatment and must be provided by or under the direction of a Physician.</p>	<p>لإستقرار المريض وبدء علاجه وأن تقدم من قبل أو تحت إشراف الطبيب.</p>
<p><b>6.7 Emergency Health Services by Non-Network Providers.</b> Eligible Persons obtaining Emergency Health Services by Non-Network Providers inside the "Territorial Cover" as described in Letter of Acceptance, must notify Daman within 24 hours or as soon as reasonably possible unless specified otherwise by Daman. At Daman's request, they must provide full details of the Emergency Health Services received in order for such Health Services to be covered as Network Benefits.</p> <p>Coverage for continuation of care after the condition is no longer an Emergency requires coordination by a Network Physician and the prior authorisation of Daman. If an Eligible Person is hospitalised, Daman may elect to transfer him or her to a Network Hospital as soon as it is Medically Appropriate to do so.</p> <p>Services rendered by non-Network Providers are not Covered as Network Benefits if Eligible Persons choose to remain in a non-Network facility after Daman has notified them of the intent to transfer them to a Network facility. A continued stay in a Non-Network facility may be covered as a Non-Network Benefit if specified in Schedule of Benefits-Letter of Acceptance (LOA).</p>	<p>٧-٦ الخدمات الصحية الطارئة من قبل مزودي الخدمة من خارج الشبكة. يتعين على الأشخاص المؤهلين الذين يحصلون على خدمات صحية طارئة من مزودي الخدمة من خارج الشبكة في منطقة التغطية حسبما هو محدد في رسالة الموافقة على الوثيقة إبلاغ ضمان خلال ٢٤ ساعة أو في أقرب وقت ممكن. إما لم تنص ضمان على خلاف ذلك، بطلب من ضمان، يجب تزويد ضمان بالتفاصيل الكاملة للخدمات الصحية الطارئة التي حصلوا عليها من أجل تغطية هذه الخدمات الصحية كمنافع شبكة.</p> <p>تتطلب التغطية الخاصة باستمرار الرعاية الصحية بعد زوال الحالة الطارئة تنسيقاً من طبيب داخل الشبكة وموافقة مسبقة من قبل ضمان. وفي حال حصول الشخص المؤهل على علاج داخل المستشفى، يجوز لضمان أن تختار نقله إلى مستشفى داخل الشبكة في أقرب وقت يكون فيه ذلك ملائماً طبياً.</p> <p>الخدمات المقدمة من قبل مزودي الخدمة من خارج الشبكة غير مغطاة كمنافع شبكة في حال اختيار الأشخاص المؤهلين البقاء في منشأة صحية من خارج الشبكة بعد أن تكون ضمان أبلغتهم بنيتها في نقلهم إلى مرفق داخل شبكة. لا يغطي الإستمرار في الإقامة في مرفق من خارج الشبكة إلا كمنفعة من خارج الشبكة إذا ذكر ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>6.8 Second Opinion Policy.</b> Coverage of certain Health Services as Network Benefits may require that Eligible Persons consult a second Network Physician prior to the scheduling of the Health Service. Daman will notify them that a particular Health Service is subject to a second opinion Policy and will inform them of the required procedure for obtaining a second opinion.</p>	<p>٨-٦ سياسة الرأي الثاني. قد تحتاج تغطية الخدمات الصحية المحددة كمنافع شبكة إلى قيام الأشخاص المؤهلين باستشارة طبيب آخر داخل الشبكة قبل تقرير الخدمة الصحية. وتقوم ضمان بإبلاغ الأشخاص المؤهلين بأن خدمة صحية ما تخضع لسياسة الرأي الآخر، وتبلغهم بالإجراء المطلوب للحصول على ذلك الرأي الآخر.</p>
<p><b>6.9 Denial of Already Approved Services.</b> If Daman first approved a treatment and at a later stage the condition is discovered as a Non-covered condition, in such a situation Daman has the right to decline this case from beginning or the maximum liability of Daman shall be up to the Diagnosis. The Eligible Person shall pay all other expenses after the diagnosis.</p>	<p>٩-٦ رفض الخدمات الموافق عليها. إذا وافقت ضمان مسبقاً على علاج حالة ما ثم وفي مرحلة لاحقة تم تشخيص الحالة على أنها غير خاضعة للتغطية، يحق لضمان رفض هذه الحالة من البداية وتقتصر مسؤوليتها على ما لا يتجاوز تشخيص الحالة. ويلتزم هذا الشخص المؤهل بدفع جميع المصاريف الأخرى بعد ذلك التشخيص.</p>
<p><b>6.10 Examination of Eligible Persons.</b> In the event of a question or dispute concerning Coverage for Health Services, Daman may reasonably require that a Network Physician acceptable to Daman examine Eligible Persons at Daman's expense.</p>	<p>١٠-٦ فحص الأشخاص المؤهلين. في حال وجود شك أو خلاف حول التغطية الخاصة بالخدمات الصحية، يحق لضمان أن تطلب بشكل معقول فحص الأشخاص المؤهلين من قبل طبيب من داخل الشبكة مقبول لدى ضمان وعلى نفقتها الخاصة.</p>
<p><b>6.11 Recovery:</b> The Policyholder is liable for all claims paid by Daman on direct settlement basis to any of its Medical Providers Network which are:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In excess of the individuals Benefit Limits,</li> <li>• For excluded Treatments *</li> <li>• Claims made by Members who are no longer eligible for cover</li> <li>• Fraudulent use of Card</li> </ul> <p>*Refer to clause 11 - General Exclusions</p>	<p>١١-٦ الإسترداد: يكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن سداد قيمة جميع المطالبات المدفوعة من قبل ضمان لأي من مزودي خدمات الرعاية الصحية داخل الشبكة بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تجاوز الحد الأقصى للمنفعة الفردية</li> <li>• العلاجات المستثناة من التغطية*</li> <li>• المطالبات المقدمة من قبل الأشخاص الذين لم يعودوا مؤهلين للتغطية</li> <li>• استخدام البطاقة بطريقة احتيالية</li> </ul> <p>*الرجوع للبند ١١ - الاستثناءات العامة</p>



## SECTION 7 PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK BENEFITS, IF THE SERVICES ARE ASSURED IN LETTER OF ACCEPTANCE

**7.1 Non-Network Benefits.** Non-Network Benefits apply when an Eligible Person decides to obtain Health Services from non-Network Providers. Non-Network Providers may request payment of all expenses when services are rendered. A claim must be filed with Daman for reimbursement of Eligible Expenses within 180 days from the day of the invoice for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan and 120 days for other Plans unless otherwise agreed. If Co-insurance applies to Non-Network Benefits, the amount of the Co-insurance will be deducted from the amount reimbursed to the Eligible Person.

In some cases, such as but not limited to cases of suspected fraud or abuse committed by a Provider, Daman reserves the right to reject reimbursement of claims or preauthorisation for health services rendered by the Non-Network provider if Daman has informed the Eligible Person that claims for reimbursement will not be accepted from the specified Non-Network Provider.

Eligible expenses must be reasonable and customary for covered health services while policy is in effect.

**7.2 Prior Approval.** To obtain maximum Non-Network Benefits, prior approval must be obtained for certain Health Services received from Non-Network Providers. Health Services, which require prior approval, are set out in Section 8.29 or Schedule of Benefits-Letter of Acceptance. Eligible Persons are responsible for ensuring that required prior approval is received before services are rendered and a Pre-Hospitalisation Form is completed by the attending Physician and approved by Daman prior to hospitalisation.

Failure to comply with the prior approval requirement for Non-Network Benefits may result in no Coverage of such Health Services. For Inpatient- non emergency treatment out of UAE the reimbursement of claims could be reduced to 80% of the actual costs if the prior approval was not obtained.

**7.3 Prior Approval Does Not Guarantee Benefits.** The fact that Daman authorises services or supplies does not guarantee that all charges will be covered. Daman reserves the rights to review each claim if there are questions regarding Medical Necessity. Under these circumstances, Coverage of some Health Services and supplies may be denied. Eligible Persons will be notified in writing of any subsequent adjustment of Benefits as a result of the claim review.

## القسم ٧ إجراءات الحصول على المنافع خارج الشبكة إذا كانت الخدمات مذكورة في رسالة الموافقة على الوثيقة

**١-٧ منافع خارج الشبكة.** تسري منافع خارج الشبكة عندما يقرر شخص مؤهل الحصول على خدمات صحية من مزود خدمة من خارج الشبكة. قد يطلب مزود الخدمة خارج الشبكة تسديد كافة المصاريف عند تقديم الخدمة وعليه يُقدم طلب الى ضمان لاسترداد المصاريف المستحقة خلال ١٨٠ يوم من تاريخ الفاتورة للبرنامج المميز (TC1, TC2, TC3 و TC4), و ١٢٠ يوم لباقي البرامج ما لم يتفق على خلاف ذلك. وإذا كانت نسبة التحمل مطبقة على منافع خارج الشبكة فتخصم قيمة نسبة التحمل من المبلغ المسترد من الشخص المؤهل.

في بعض الحالات، على سبيل المثال لا الحصر حالات شبهة الإحتيال وسوء الإستخدام من قبل مزود الخدمة الصحية ، تحتفظ ضمان بحقها برفض مطالبات إسترداد المصاريف المستحقة أو عدم منح الموافقة المسبقة على الخدمات الصحية المقدمة من مزود الخدمة خارج الشبكة، شرط أن تكون قد قامت ضمان بإبلاغ الشخص المؤهل بأنها لن تقبل أية مطالبات لإسترداد المصاريف عن الخدمات المقدمة من مزود الخدمة خارج الشبكة هذا.

النفقات المتوقعة يجب أن تكون معقولة و معروفة للخدمات الصحية المغطاه اثناء سريان الوثيقة.

**٢-٧ الموافقة المسبقة.** للحصول على الحد الأعلى من منافع خارج الشبكة يتعين الحصول على موافقة مسبقة بالنسبة لبعض الخدمات الصحية المقدمة من مزودي الخدمة خارج الشبكة. إن الخدمات الصحية التي تتطلب موافقة مسبقة مبينة في القسم ٨-٢٩ أو جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة. ويتحمل الأشخاص المؤهلين مسؤولية التأكد من الحصول على الموافقة المسبقة قبل الحصول على الخدمات والتأكد من أن الطبيب المعالج قد قام بتعبئة نموذج طلب الموافقة على العلاج داخل المستشفى والموافقة من قبل ضمان قبل تلقي هذا العلاج.

قد ينجم عن عدم مراعاة متطلبات الحصول على موافقة مسبقة للمنافع من خارج الشبكة عدم تغطية هذه الخدمات الصحية. بالنسبة للحالات غير الطارئة والتي يتم علاجها داخل مستشفى خارج الدولة، قد يتم تخفيض المبلغ المسترد إلى ٨٠٪ من قيمة التكاليف الفعلية إذا لم يتم الحصول على الموافقة المسبقة.

**٣-٧ الموافقة المسبقة لا تضمن المنافع.** إن مجرد موافقة ضمان على الخدمات والتجهيزات لا يعني بالضرورة تغطية جميع النفقات. وتحتفظ ضمان بحق مراجعة كل مطالبة إذا ما توافرت شكوك حول كونها ضرورية طبياً. وفي ظل هذه الظروف، يمكن رفض تغطية بعض الخدمات والمواد الصحية. ويتم إشعار الأشخاص المؤهلين خطياً بأية تعديلات لاحقة على المنافع تنجم عن مراجعة المطالبة.

<p><b>7.4 Limitations on Selection of Providers.</b> If a Eligible Person is receiving Health Services from Providers in a harmful or abusive quantity or manner or with harmful frequency, as determined by Daman, he or she may be required to select a single Network Physician and a single Network Hospital (with which the single Network Physician is affiliated) to provide and coordinate all future Health Services. All additional provisions indicated in Section 6.4 shall be applicable.</p>	<p>٤-٧ قيود على اختيار مزودي الخدمة. إذا تلقى الشخص المؤهل خدمات صحية من مزودي الخدمة بطريقة مؤذية أو بكميات ضارة أو بشكل متكرر يجعلها ضارة بالصحة، حسبما تقرره ضمان، فقد يطلب من الشخص المستفيد إختيار أحد أطباء الشبكة وأحد مستشفيات الشبكة (التي يتعامل معها ذلك الطبيب) لتقديم وتنسيق جميع الخدمات الصحية المستقبلية. وتسري كذلك جميع الأحكام ذات الصلة الواردة في القسم ٦-٤.</p>
--	---

<b>SECTION 8 COVERED HEALTH SERVICES</b>	<b>القسم ٨ الخدمات الصحية المغطاة</b>
<p>Health Services described in this section are Covered when such services are:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Medically Necessary (refer to definition in Section 1);</li> <li>Provided by or under the direction of a Physician or other appropriate Provider as specifically described; and</li> <li>Not excluded as described in Section 11, "General Exclusions."</li> <li>Not covered/Partially Covered under Thiqa and specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</li> </ol> <p><b>Network Benefits</b> are subject to the payment of any Deductible and/or Co-insurance listed in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance. Network Benefits include Medically Necessary Emergency Health Services as described in Section 6.</p> <p><b>Non-Network Benefits</b> Coverage for Non-Network-Benefits is only provided if the services are assured in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance, otherwise only Emergency Health Services or Health Services which are approved by Daman are subject to the payment of any Deductible and/or Co-insurance listed in Letter of Acceptance.</p> <p>Outpatient Benefits are only covered if the services are assured in Letter of Acceptance.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>8.1 Medical Services in a Physician's Office.</b> These are Health Services provided by or through a Physician in his office, which may be located in a clinic or Hospital.</li> <li><b>8.2 Emergency Outpatient Health Services.</b> Health Services for stabilisation or initiation of treatment of Emergency conditions provided on an outpatient basis in a Health Service Provider licensed to provide Emergency services.</li> <li><b>8.3 Outpatient Prescription Drugs.</b> Coverage is only provided for prescription drugs prescribed by a licensed Physician. Imported drugs are covered only if the Ministry of Health &amp; Prevention approves the drug.</li> <li><b>8.4 Outpatient Physiotherapy and Chiropractic Therapy.</b> Short-term physical therapy services. Coverage is limited if benefits are assured and stated in the Schedule of Benefits -Letter of Acceptance, Physical therapy must be provided under the direction of a Physician and approved in advance by Daman.</li> <li><b>8.5 Diagnostic and Therapeutic Services.</b> Health Services for outpatient surgery, laboratory, radiology and other diagnostic tests and therapeutic treatments (such as chemotherapy) provided by or through a Physician.</li> </ol>	<p>تكون الخدمات الصحية المذكورة في هذا القسم مغطاة عندما تكون:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>أ) ضرورية طبياً (أنظر التعريف في القسم ١)؛ و</li> <li>ب) مقدمة من قبل أو تحت إشراف طبيب أو مزود خدمة مناسباً حسبما هو مبين بشكل محدد؛ و</li> <li>ج) غير مستثناة كما هو مبين في القسم ١١ - "إستثناءات عامة".</li> <li>د) غير مغطى / مغطى بشكل جزئي ضمن برنامج ثقة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</li> </ol> <p><b>منافع الشبكة.</b> تقتصر منافع الشبكة على دفع أي مبلغ تحمل و/ أو نسبة تحمل محددة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة. وتشتمل منافع الشبكة على الخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبياً حسبما هو مبين في القسم ٦.</p> <p><b>منافع خارج الشبكة.</b> يتم تغطية المنافع خارج الشبكة فقط إذا كانت الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة، وفيما عدا ذلك تغطي فقط الخدمات الصحية في حالة الطوارئ أو الخدمات الصحية الموافق عليها من قبل ضمان والتي تتوقف على دفع أي مبلغ تحمل و/ أو نسبة تحمل محددة في رسالة الموافقة على الوثيقة.</p> <p>يتم تغطية منافع العيادات الخارجية فقط إذا كانت الخدمات منصوص عليها في رسالة الموافقة على الوثيقة.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>١-٨ الخدمات الصحية في مقر عمل الطبيب.</b> هي الخدمات المقدمة من قبل أو تحت إشراف طبيب في مقر عمله سواء كان في عيادة أو مستشفى.</li> <li><b>٢-٨ الخدمات الصحية الطارئة لمراجعي العيادات الخارجية.</b> هي الخدمات الصحية بهدف إستقرار الوضع أو البدء في علاج الحالات الطارئة والتي تقدم عند مراجعة العيادات الخارجية ضمن مزود الخدمات الصحية المرخصة لتقديم خدمات الطوارئ الطبية.</li> <li><b>٣-٨ الأدوية الموصوفة لمراجعي العيادات الخارجية.</b> تقدم التغطية فقط بخصوص الأدوية الموصوفة من قبل طبيب مرخص. ولا تغطي الأدوية المستوردة إلا إذا تم اعتمادها من قبل وزارة الصحة و وقاية المجتمع.</li> <li><b>٤-٨ العلاج الطبيعي لمراجعي العيادات الخارجية.</b> خدمات العلاج الطبيعي قصيرة الأجل. تقتصر التغطية حسبما هو مبين في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة و جدول المنافع. ويجب تقديم العلاج الطبيعي تحت إشراف الطبيب وبعد الحصول على الموافقة المسبقة من قبل ضمان.</li> <li><b>٥-٨ الخدمات التشخيصية والعلاجية.</b> وتشمل الخدمات الصحية الخاصة بالجراحة في العيادات الخارجية والمختبر والأشعة والفحوصات التشخيصية الأخرى والعلاجات المقدمة (مثل العلاج الكيماوي) من قبل أو تحت إشراف الطبيب.</li> </ol>

<p><b>8.6 Day Treatment.</b> Services and supplies provided in a Health Service Provider, when there is no overnight Confinement. This Benefit only applies to services, which cannot be provided in an outpatient facility, such as a Physician's office.</p>	<p><b>٦-٨ علاج اليوم الواحد.</b> الخدمات والمواد المقدمة مزود الخدمات الصحية، عندما لا يكون هناك إقامة في المستشفى. تنطبق هذه المنفعة فقط على الخدمات التي لا يمكن تقديمها في عيادة خارجية، مثل مقر عمل الطبيب.</p>
<p><b>8.7 Inpatient Hospital and Related Health Services.</b> Confinement, including room and board, and services and supplies provided during Confinement in a Hospital. Health Services must be provided by or through a Physician and all Non-Emergency Hospitalisations must be authorised in advance by Daman through completion of an Authorization Form prior to the hospitalisation. Certain Health Services rendered during an Eligible Person's Confinement are subject to specific Benefit restrictions and/or Deductibles and/or Co-insurance as described elsewhere in this Policy.</p>	<p><b>٧-٨ الخدمات الصحية المقدمة للمريض في المستشفى والخدمات ذات العلاقة.</b> الإقامة وتشمل المبيت والوجبات، والخدمات والتجهيزات المقدمة أثناء الإقامة في المستشفى. يجب تقديم الخدمات الصحية من قبل أو تحت إشراف طبيب، ويجب الحصول على الموافقة المسبقة من ضمان على العلاج داخل المستشفى للحالات الغير طارئة من خلال تعبئة إستمارة طلب الموافقة على دخول المستشفى. بعض الخدمات الصحية المقدمة أثناء إقامة شخص مؤهل في المستشفى تكون خاضعة لقيود منفعة محددة و/ أو تحمل و/ أو نسبة تحمل حسبما هو مبين في بنود هذه الوثيقة.</p>
<p><b>8.8 Professional Fees for Surgical and Medical Services.</b> Professional fees for surgical services and other medical care provided by or through a Physician. Health Services must be provided in a Hospital setting.</p>	<p><b>٨-٨ الأتعاب المهنية بخصوص الخدمات الجراحية والطبية.</b> الأتعاب المهنية الخاصة بالخدمات الجراحية والرعاية الصحية الأخرى المقدمة من قبل أو تحت إشراف الطبيب. يجب أن يتم تقديم هذه الخدمات الصحية في المستشفى.</p>
<p><b>8.9 Hospitalisation Class/ Accommodation Type.</b> The class of hospitalisation for which Eligible Persons are entitled is defined in Letter of Acceptance, Schedule of Benefits.</p> <p>The selection by the Policyholder of Coverage for a specific Hospitalisation Class does not guarantee the availability of that accommodation class for an admission into the Hospital. If an Eligible Person is admitted into a more expensive Hospitalization Class than has been contracted for by the Policyholder, the Eligible Person will be responsible for all charges in excess of those that would have been incurred under the Hospitalisation Class indicated in Letter of Acceptance, Schedule of Benefits.</p>	<p><b>٩-٨ درجة العلاج داخل المستشفى / نوع الإقامة.</b> درجة العلاج داخل المستشفى التي يحق للأشخاص المؤهلين الإقامة فيها وفقاً لما هو محدد في رسالة الموافقة على الوثيقة وجدول المنافع.</p> <p>إن إختيار صاحب الوثيقة التغطية على درجة علاج محدد داخل المستشفى لا يضمن توفر درجة الإقامة تلك عند دخول المستشفى. إذا تم إدخال الشخص المؤهل إلى درجة علاج داخل المستشفى أكثر تكلفة من تلك المتعاقد عليها من صاحب الوثيقة، فيتحمل الشخص المؤهل كافة المصاريف التي تزيد عن قيمة درجة العلاج المحددة في رسالة الموافقة على الوثيقة وجدول المنافع.</p>
<p><b>8.10 Ambulance Services.</b> Emergency ambulance transportation by a licensed ambulance service to the nearest Hospital where Emergency Health Services can be rendered. Coverage is only provided in the event of an Emergency.</p>	<p><b>١٠-٨ خدمات سيارة الإسعاف.</b> في الحالات الطارئة يتم النقل بواسطة سيارة إسعاف مرخصة إلى أقرب مستشفى يمكن ان تقدم فيه الخدمات الصحية الطارئة. ولا تسري التغطية إلا في حالات الطوارئ.</p>
<p><b>8.11 Maternity Services.</b> For an Eligible Person, maternity-related medical, Hospital and other Covered Health Services are treated as any other Inpatient or outpatient Benefit. Maternity Benefits - Outpatient includes prenatal and postnatal care provided by a Physician in an outpatient setting. Maternity Benefits - Inpatient covers Health Services provided during childbirth or complications of pregnancy. The total amount payable for Inpatient and Outpatient maternity care is indicated in the Schedule of Benefits - Letter of Acceptance,</p> <p>Individual policyholders and / or eligible member and in some cases, members in a group policy, are subject to a 180 days waiting period for Inpatient Maternity coverage, if indicated in the Letter of Acceptance, Schedule of Benefits. This provision only applies to</p>	<p><b>١١ -٨ خدمات الحمل والولادة.</b> ان الخدمات الطبية المتعلقة بالحمل والولادة والمستشفى والخدمات الصحية المغطاة الأخرى المقدمة للشخص المؤهل تقدم على أساس منفعة مريض مقيم أو منفعة عيادة خارجية. وتتضمن منافع الحمل والولادة في العيادات الخارجية الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة المقدمة في عيادة خارجية. وتتضمن منافع الحمل والولادة للمريض المقيم داخل المستشفى الخدمات الصحية المقدمة أثناء الولادة أو مضاعفات الحمل. أما المبلغ الاجمالي المستحق لخدمات الحمل والولادة للمريض داخل وخارج المستشفى مبينة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p> <p>بالنسبة للأفراد أصحاب الوثيقة و/أو الأفراد المؤهلين وفي بعض الحالات بالنسبة للأعضاء المنتمين الى الوثيقة التابعة لمجموعة، تطبق عليهم فترة انتظار مدتها ١٨٠ يوم قبل تغطية خدمات الحمل والولادة وذلك اذا كان منصوص عليه في رسالة الموافقة على الوثيقة وجدول المنافع. وإن تغطية خدمات الحمل والولادة يتم اعتمادها</p>

<p>Members / Policyholders undergoing initial enrolment. Failure to renew the Policy within thirty (30) days of the Expiry Date may result in the Eligible Person not being entitled to Maternity Coverage. In this event, the above mentioned waiting period shall commence on the Effective Date of the new policy and this new policy shall not be considered a renewal of this Policy.</p> <p>The waiting period will also apply to existing Eligible Persons who become eligible for Maternity Coverage under their existing Policy. the 180 days period commencing as from the date such eligibility arises</p>	<p>للأفراد/أصحاب الوثيقة الذين تم تسجيلهم منذ البداية. إن عدم تجديد الوثيقة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ الإنتهاء قد ينتج عنه عدم أحقية الشخص المؤهل في تغطية خدمات الحمل والولادة. وفي هذه الحالة تبدأ فترة الانتظار المذكورة أعلاه من تاريخ سريان مفعول الوثيقة الجديدة ولا تعد تلك الوثيقة بمثابة تجديد للوثيقة المنتهية.</p> <p>تطبق فترة الإنتظار على الأفراد المسجلين /أصحاب الوثيقة الذين يصبحون مؤهلين لتغطية خدمات الحمل والولادة ضمن وثيقتهم الحالية. تبدأ فترة الإنتظار الـ ١٨٠ يوم من التاريخ الذي يصبحون فيه مؤهلين للتغطية.</p>
<p><b>8.12 Parent accommodation.</b> For a Eligible Person under 18 years of age (unless otherwise stated in Schedule of benefits -Letter of Acceptance,), extra charges for the room for one parent accompanying the child are covered up to a maximum limit as described in Letter of Acceptance.</p>	<p><b>١٢-٨ إقامة الوالدين.</b> بالنسبة للأشخاص المؤهلين دون ١٨ سنة (مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة)، فإن تكاليف إقامة أحد الوالدين كمرافق للطفل في الغرفة تكون مغطاة وفقاً للحد الأقصى المبين في رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.13 Repatriation.</b> In case an Eligible Person has passed away mortal remains will be repatriated to country of origin. Daman shall be liable up to the maximum Limit specified in Letter of Acceptance, Schedule of Benefits.</p>	<p><b>١٣-٨ نقل الجثمان.</b> في حال وفاة الشخص المؤهل، فإنه سيتم نقل جثمانه إلى موطنه الأصل ولا تُسأل ضمان عما يتجاوز الحد الأقصى المذكور في رسالة الموافقة على الوثيقة وجدول المنافع.</p>
<p><b>8.14 Dental Benefits.</b> Coverage for dental Benefits is provided if the services are assured in Letter of Acceptance, Schedule of Benefits. The following services are covered unless specified otherwise in the Schedule of benefits-Letter of Acceptance,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X-rays, anesthesia, assistance</li> <li>• Extractions</li> <li>• Amalgam/composite fillings</li> <li>• Root canal treatments</li> <li>• Consultations</li> <li>• Surgical interventions</li> <li>• Bridgework, crowns, periodontics, Orthodontics, dentures</li> <li>• Tooth scaling</li> <li>• Tooth Bleaching</li> <li>• Gum treatment</li> <li>• Implants</li> </ul>	<p><b>١٤-٨ منافع الأسنان.</b> تكون التغطية بشأن منافع الأسنان إختيارية ولا تقدم إلا إذا كانت تلك الخدمات مؤكدة في رسالة الموافقة على الوثيقة وجدول المنافع. الخدمات التالية مغطاة (مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• صور الأشعة، التخدير، المساعدة</li> <li>• القلع</li> <li>• حشوة الأملغم / الكمبيوتر</li> <li>• معالجة الجذور</li> <li>• الاستشارات</li> <li>• التداخلات الجراحية</li> <li>• تركيب الجسور، التيجان، أمراض اللثة، تقويم الأسنان، أطقم الأسنان الاصطناعية</li> <li>• تنظيف الأسنان</li> <li>• تبييض الأسنان</li> <li>• معالجة اللثة</li> <li>• زراعة الأسنان</li> </ul>
<p>Prescribed drugs for the above mentioned covered dental services will be covered as part of Outpatient pharmaceuticals.</p>	<p>الأدوية الموصوفة لعلاج الحالات المذكورة أعلاه (تحتسب تغطية وصفات الأدوية لخدمات الأسنان جزئاً من تغطية الأدوية والعقاقير للعلاج في العيادات الخارجية)</p>
<p><b>8.15 Organ Transplant.</b> Coverage for Organ Transplants is only provided if the services are assured and not excluded in the policy. The Covered treatment includes the Medically Necessary surgical transplant provided at a Transplant Centre whereby the Eligible Person receives a donated organ including but not limited to heart, lung, liver, kidney, pancreas or (autologous or allogenic) bone marrow due to the irreversible impairment of the related function. The organ or bone marrow is replaced with another of the same kind originating from another human being, alive or</p>	<p><b>١٥-٨ نقل الأعضاء.</b> لا تقدم التغطية بشأن نقل الأعضاء إلا إذا كانت تلك الخدمات منصوص عليها و غير مستثناه في الوثيقة. ويتضمن العلاج المغطى حالات النقل الجراحي الضرورية طبياً المقدمة في مركز لنقل الأعضاء حيث يتلقى الشخص المؤهل عضواً تم التبرع به ويشمل ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - القلب- الرئة- الكبد- البنكرياس- نخاع أو العظام (سواء كان من نفس المريض أو من متبرع آخر بسبب وجود فشل وظيفي غير قابل للعلاج بهذا العضو). ويستبدل العضو أو نخاع العظام بآخر من نفس النوع من شخص آخر (حياً كان أو ميتاً) يعرف بالمتبرع. المصاريف الجراحية لإستخراج العضو من جسم المتبرع (المصاريف الخاصة بخدمات التنويم بالمستشفى) مغطاه ضمن وثيقة المُتلقّي للعضو.</p>



<p>deceased, identified as the Donor. The surgical cost for the removal of the organ from the Donor's body (hospitalisation) is covered under Recipient's policy.</p> <p>In addition to Section 6, the selection of the provider has to be (pre-) coordinated with Daman.</p>	<p>بالإضافة إلى ما ورد في القسم ٦، فإن اختيار مزود الخدمة يجب أن يتم بتنسيق مسبق مع ضمان.</p>
<p><b>8.16 Home Nursing.</b> Medically Necessary professional nursing care for covered conditions provided at home, in lieu of hospitalisation. Coverage up to a maximum limit as described in the Schedule of benefits- Letter of Acceptance,</p>	<p>١٦-٨ التمريض المنزلي. العناية التمريضية المتخصصة والضرورية طبياً وتقدم في المنزل بدلاً من المستشفى، تكون التغطية حتى الحد الأقصى—كما هو مذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.17 Cash Compensation.</b> In case of a free Inpatient Hospital Treatment not claimed to Insurance Company, Daman shall pay a per day lump sum amount to the Primary Insured, if benefits are assured and described in the Schedule of benefits: Letter of Acceptance,</p>	<p>٧ -٨ التعويض النقدي. في حالة تلقي العلاج داخل المستشفى بشكل مجاني سيتم تعويض الشخص المؤمن بشكل إجمالي بما يتعلق بالمزايا المغطاة للمطالبة كما هي مؤكدة وموصوفة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>Cash Compensation benefit is covered only for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>منفعة التعويض النقدي مغطاه فقط ضمن البرنامج المميز (TC4 و TC2,TC1,TC3)</p>
<p><b>8.18 Medical Appliances and Medical Equipment.</b> Coverage up to a maximum limit as described in the Schedule of Benefits – Letter of Acceptance.</p>	<p>١٨-٨ الأدوات والتجهيزات الطبية. تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.19 Psychiatric Treatment.</b> These are Health Services through a duly licensed and qualified (under the law of the country) psychiatrist. Coverage is given up to a maximum limit as described in the Schedule of Benefits- Letter of Acceptance.</p>	<p>١٩-٨ العلاج النفسي. الخدمة الصحية تقدم من خلال طبيب نفسي أو معالج نفسي مرخص ومؤهل وفقاً لقوانين الدولة. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.20 Medical Check-up.</b> One preventive medical investigation per year is covered up to a maximum limit if benefits are assured and described in Schedule of Benefits-Letter of Acceptance,</p>	<p>٢٠-٨ الفحص الطبي العام. الاستقصاء الطبي الوقائي لمرة واحدة في السنة مغطى حتى الحد الأقصى إذا كانت المنفعة مؤكدة و مذكورة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>Medical Check-up benefit is covered only for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>منفعة الفحص الطبي العام مغطاه فقط ضمن البرنامج المميز (TC4 و TC2,TC1,TC3).</p>
<p><b>8.21 Dietitian.</b> Dietitian means advising and training of a Eligible Person through a health care professional in diet programs, e.g. for diabetes treatment or weight control. Coverage is given up to a maximum as described in the Schedule of Benefits- Letter of Acceptance.</p>	<p>٢١-٨ التغذية. التغذية تعني نصيح وتدريب الشخص المؤهل من خلال شخص مختص في الرعاية الصحية في برامج التغذية مثال على ذلك علاج السكري والتحكم بالوزن . تكون التغطية حتى الحد الأقصى. كما هو مذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.22 Alternative Medicine:</b> Treatment which is not generally accepted in the conventional medical establishment. The Coverage is restricted to herbal medicine, homeopathy, acupuncture, osteopathy, Chinese medicine and ayurvedic treatment up to a maximum limit if benefits are assured and described in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>٢٢-٨ الطب البديل. العلاج الذي لايقبل عادة في الطب في الأعراف الطبية التقليدية. التغطية محددة بالعلاج بالأعشاب، العلاج المثلي، الوخز بالأبر، تقويم العظام، العلاج بالطب الصيني والطب الهندي التقليدي . تكون التغطية حتى الحد الأقصى إذا كانت المنفعة مؤكدة و مذكورة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.23 Optical.</b> Benefit offers Coverage for routine vision tests, prescribed eyeglasses, frames, contact lenses and LASIK surgeries. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits. Prescribed and non-prescribed sunglasses are not covered under this benefit, unless mentioned on the Schedule of Benefits. LASIK surgeries are covered only for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>٢٣-٨ البصريات. توفر الخدمة تغطية فحص النظر الروتيني، نظارات الرؤية الموصوفة، إطارات النظارة، العدسات اللاصقة وجراحات الليزك. تتوفر تغطية هذه الخدمة اذا كانت مذكورة في جدول المنافع . لا تغطي هذه المنفعة النظارات الشمسية الموصوفة وغير الموصوفة ، ما لم يتم ذكرها في جدول المنافع.</p> <p>عمليات الليزك مغطاه فقط ضمن البرنامج المميز (TC3,TC2,TC1 و TC4).</p>



<p><b>8.24 Vaccinations.</b> Coverage is given up to the maximum limit described in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>٢٤-٨ <b>التطعيمات واللقاحات.</b> تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.25 Rehabilitation.</b> Rehabilitation means a clinical program for the restoration of the health status of an Eligible Person after a hospital stay. Coverage is only given if the rehabilitation is depending on non-excluded conditions and if it is conducted in a medical facility. Coverage is given up to the maximum limit as described in the Schedule of Benefits - Letter of Acceptance,</p>	<p>٢٥-٨ <b>إعادة التأهيل.</b> إعادة التأهيل تعني برنامج سريري لاستعادة الحالة الصحية لشخص مؤهل بعد الإقامة في المستشفى. تتم التغطية فقط إذا كانت إعادة التأهيل معتمدة على حالة غير مستثناة ويتم إجراؤها في مركز طبي. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.26 Infertility.</b> Treatment for Infertility will be covered after inability of getting pregnant after one year without using contraception; a medical certificate has to be provided to Daman. Coverage is given up to a maximum limit as described in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>٢٦-٨ <b>العقم.</b> يتم تغطية علاج العقم بعد عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة واحدة دون استعمال موانع الحمل، يجب تزويد ضمان بشهادة طبية بذلك. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.27 Vitamins/ Supplements, Preventive Medicines, Contraceptives and Birth Control treatments.</b> Coverage is given up to specified limit if prescribed by a medical doctor and if benefits are assured and described in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance,</p>	<p>٢٧-٨ <b>الفيتامينات /المواد المكملة، الطب الوقائي، موانع الحمل، تنظيم الولادات.</b> تكون التغطية حتى الحد الأقصى—إذا تم وصفها من قبل الطبيب وإذا كانت مذكورة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.28 International Emergency Assistance.</b> Coverage for International Emergency Assistance is only provided if the services are assured in Letter of Acceptance (LOA), Schedule of Benefits. International Emergency Assistance during business trips and holidays in a foreign country include :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical Evacuation</li> <li>• Emergency medical advice</li> <li>• Medical referrals, inpatient case management</li> <li>• Repatriation of mortal remains</li> <li>• Emergency travel assistance</li> </ul>	<p>٢٨-٨ <b>خدمة المساعدة الدولية في حالات الطوارئ.</b> لا تقدم التغطية بشأن المساعدة الدولية في حالات الطوارئ إلا إذا كانت تلك الخدمات منصوص عليها في رسالة الموافقة على الوثيقة، جدول المنافع. وتقدم خدمات المساعدة في حالة الطوارئ خلال رحلات العمل والعطلات في بلد أجنبي و تتضمن الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الإخلاء الطبية</li> <li>• المشورة الطبية لحالات الطوارئ</li> <li>• الإحالة الطبية، إدارة حالات الإقامة/ المبيت في المستشفى</li> <li>• إعادة جثمان المتوفى إلى الوطن الأم</li> <li>• المساعدة في حالة السفر الطارئ</li> </ul>
<p><b>8.29 Pre-authorisation.</b> Pre-authorisation is required for any Non-Emergency hospitalisation (medical and/or surgical and/or maternity related) whether within Network or Non-Network Provider (if coverage for Non-Network-Provider is assured in Letter of Acceptance.) as well as for the other following procedures. This pre-authorisation review is mainly to help the patient to :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Understand their medical care choices</li> <li>Avoid unnecessary hospital stays and surgery</li> <li>Receive maximum benefits from the plan</li> <li>Find network providers.</li> </ol> <p>The Healthcare Services requiring Pre-authorisation by Daman are specified in Letter of Acceptance (LOA), Schedule of Benefits.</p> <p><b>All Emergency cases do not require prior approval but should be notified to Daman within 48 hours.</b></p> <p>For Inpatient or Day Treatment out of the Country which is not approved by Daman the claims could be reduced of 80% of the actual cost basis.</p>	<p>٢٩-٨ <b>الموافقة المسبقة.</b> الموافقة المسبقة مطلوبة لأي علاج غير طارئ داخل المستشفى (طبي و/أو جراحي و/أو متعلق بالحمل والولادة) سواء لدى مزودي الخدمة داخل الشبكة أو خارجها (إذا كانت تغطية مزودي الخدمة من خارج الشبكة منصوص عليها في رسالة الموافقة على الوثيقة). وهذه الموافقة المسبقة تهدف بشكل رئيسي لمساعدة المريض على:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>أ) فهم خيارات الرعاية الطبية الخاصة بهم.</li> <li>ب) تفادي الإقامة والجراحة غير الضرورية في المستشفى.</li> <li>ج) الاستفادة من الحد الأقصى من الخدمات من البرنامج.</li> <li>د) إيجاد شبكة مزودي الخدمة داخل الشبكة.</li> </ol> <p>إن خدمات الرعاية الصحية الواجب عليها الحصول على الموافقة المسبقة من ضمان مذكورة في رسالة الموافقة على الوثيقة، جدول المنافع.</p> <p>لا تتطلب جميع حالات الطوارئ الى موافقة مسبقة من ضمان ولكن يتعين إشعار ضمان بشأنها في غضون ٤٨ ساعة.</p> <p>العلاج داخل المستشفى أو علاج اليوم الواحد خارج الدولة الغير موافق عليه من قبل ضمان قد يتم تخفيض المبلغ المسترد إلى ٨٠٪ من قيمة التكاليف الفعلية الأساسية.</p>

<p><b>8.30 Health care services for work illnesses and injuries.</b> Benefit offers Coverage as mandated under the UAE labour law and any other applicable laws, regulations, decrees or circulars issued by the relevant authorities in this respect.</p>	<p>٣٠-٨ خدمات الرعاية الطبية الناجمة عن أمراض وإصابات العمل. يتم توفير التغطية على النحو المنصوص عليه في قانون العمل لدولة الإمارات العربية المتحدة وأي قوانين أو لوائح أو مراسيم أو تعاميم سارية أخرى صادرة عن السلطات المختصة في هذا الصدد..</p>
<p><b>8.31 Healthcare services for patients suffering from AIDS</b> and its complications are covered up to the specified sub limit mentioned in the Schedule of Benefits- Letter of Acceptance.</p>	<p>٣١-٨ خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون من مرض الإيدز و مضاعفاته تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.32 Circumcision</b> health care services are covered up to the specified sub limit as mentioned in the Schedule of Benefits- Letter of Acceptance.</p>	<p>٣٢-٨ خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالختان تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.33 Chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis</b> and related test/treatment of procedure are covered up to specified sub limit as mentioned in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance,.</p>	<p>٣٣-٨ الحالات الخطرة التي تحتاج تحال الدم أو تحال الصفاق و الفحوصات المتعلقة/طريقة العلاج تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p><b>8.34 Treatment and services related to viral hepatitis and associated complication</b> (except for treatment and services related to Hepatitis A) are covered up to specified sub limit as mentioned in the Schedule of Benefits- Letter of Acceptance.</p>	<p>٣٤-٨ العلاج و الخدمات المتعلقة بعلاج التهاب الكبد الفيروسي و مضاعفاته ما عدا العلاج و الخدمات المتعلقة بعلاج التهاب الكبد الفيروسي (أ) تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>

SECTION 9 REIMBURSEMENT	القسم ٩ طلبات إسترداد المصاريف المستحقة
<p><b>9.1 Reimbursement of Eligible Expenses from Network Providers.</b> Network Providers are responsible for submitting a request for payment of Eligible Expenses directly to Daman. In the event a Network Provider charges any fees other than Deductible or Co-insurance, the Eligible Person should contact Daman.</p> <p>Daman is not responsible for payment of any rendered services, which are not covered under the provisions of this Policy. The Policyholder will be responsible for the payment of the claimed monetary amount and for reimbursement to Daman, of any charges incurred by the Eligible Person, which are not covered under the provisions of the Policy, and have been paid by Daman to the Provider on behalf of the Eligible Person.</p>	<p>١-٩ إسترداد المصاريف المستحقة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. يكون مزودي الخدمة داخل الشبكة مسؤولين عن تقديم طلبات سداد المصاريف المستحقة مباشرة إلى ضمان. ويتعين على الشخص المؤهل الاتصال بضمان إذا قام مزود خدمة داخل الشبكة بإحتساب أية مصاريف إضافية خلافاً لمبلغ التحمل أو نسبة التحمل.</p> <p>لن تكون ضمان مسؤولة عن دفع مقابل أية خدمات قدمت وغير مغطاة بموجب هذه الوثيقة. ويكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن أية مصاريف لمطالبات مالية و سدادها لضمان, وكذلك أية نفقات تكبدها شخص مؤهل غير مغطاة بموجب هذه الوثيقة وإعادتها لضمان في حال كانت هذه المصاريف عن خدمات غير مغطاة بموجب هذه الوثيقة، وتم دفعها من قبل ضمان إلى مزود الخدمة نيابة عن الشخص المؤهل.</p>
<p><b>9.2 Reimbursement of Eligible Expenses from Non-Network Providers.</b> Daman shall reimburse Eligible Persons for Eligible Expenses incurred with non-Network Providers on the same basis as a Network Provider, only for EMERGENCY HEALTH SERVICES OR SERVICES AUTHORISED OR APPROVED BY Daman in accordance with the terms, conditions, limitations and exclusions of the Policy unless otherwise assured in the Schedule of Benefits- Letter of Acceptance</p> <p><b>Daman is not responsible for payment for any services provided</b> that are not covered under the provisions of the Policy.</p>	<p>٢-٩ إسترداد المصاريف المستحقة من مزودي خدمة خارج الشبكة. في حالة الخدمات الصحية الطارئة أو الخدمات التي تم الموافقة عليها من قبل ضمان تقوم ضمان بإعادة سداد المصاريف المستحقة التي دفعها شخص مؤهل لمزودي الخدمة خارج الشبكة وذلك على نفس الأساس المتبع مع مزودي الخدمة داخل الشبكة طبقاً للبنود والشروط والاستثناءات والقيود الواردة في الوثيقة وذلك ما لم ينص على خلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p> <p>لن تكون ضمان مسؤولة عن دفع مقابل أية خدمات مقدمة وغير مغطاة بموجب أحكام هذه الوثيقة.</p>
<p><b>9.3 Filing Claims for Reimbursement of Eligible Expenses from Non-Network Providers. Coverage for Reimbursement is only provided if the services are assured in Letter of Acceptance.</b> The Eligible Person is responsible for sending a request for reimbursement of Eligible Expenses to Daman. Reimbursement for Covered Services will be made directly to the Eligible Person. If outpatient treatment is assured in Letter of Acceptance, any drug prescription or outpatient claim must be submitted in original along with all related test results, itemised cost and medical report that has been completed by the attending Physician of the Eligible Persons. Requests for reimbursement should be submitted within 180 days after the date of service availed. Unless the Eligible Person is legally incapacitated, failure to provide this information to Daman within this timeframe shall entitle Daman to reject the Claim for reimbursement.</p>	<p>٣-٩ تعبئة مطالبات إسترداد المصاريف المستحقة من مزودي الخدمة خارج الشبكة. يتم الإسترداد فقط إذا كانت تلك الخدمات منصوص عليها في رسالة الموافقة على الوثيقة. يلتزم الشخص المؤهل بإرسال طلب الاسترداد إلى ضمان بالمصاريف المستحقة. وتدفع المبالغ المستردة عن الخدمات المغطاة مباشرة إلى الشخص المؤهل. إذا كان العلاج في العيادة الخارجية منصوص عليه في رسالة الموافقة على الوثيقة يجب تقديم أصل الوصفة الطبية أو طلب مراجعة العيادات الخارجية مرفقة بنتائج الفحوصات المعنية وتفاصيل التكلفة وتقرير طبي محرر من قبل الطبيب المشرف على الشخص المؤهل. ويقدم طلب الاسترداد خلال ١٨٠ يوماً من تاريخ الخدمة. ان أي تأخير في تقديم هذه المعلومات إلى ضمان خلال المدة الزمنية المذكورة أعلاه يؤدي إلى إلغاء تغطية هذه الخدمة و رفض طلب إسترداد المصاريف المستحقة ما لم يكن الشخص المؤهل فاقداً أهليته القانونية.</p>

## SECTION 10 COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT

## القسم ١٠ تنسيق المنافع، الإحلال والإسترداد

**10.1 Coordination of Benefits Applicability.** This coordination of Benefits (COB) provision applies when a person has health care coverage under more than one coverage plan (including Coverage under a non-profit charity health care program or where coverage is provided under a government mandate). Benefit payment will be coordinated with the other coverage according to the standard administrative practices of Daman. Under no circumstances will an Eligible Person be reimbursed for more than 100% of eligible charges from all insurers. The Eligible Person agrees to cooperate with Daman in providing documentation of Benefits paid by other insurers.

**١-١٠ تنسيق إمكانية تطبيق المنافع.** يطبق بند تنسيق المنافع هذا عندما يتمتع الشخص بتغطية رعاية صحية بموجب أكثر من برنامج تغطية (بما في ذلك التغطية بموجب برنامج رعاية صحية خيري وغير ربحي أو حيث يتم توفير التغطية بموجب تفويض من الحكومة). سوف يتم تنسيق دفع المنفعة مع أية تغطية أخرى طبقاً للممارسات الإدارية القياسية لضمان. ولن يتعدى إجمالي ما يسترده الشخص المؤهل من جميع شركات التأمين قيمة النفقات المتكبدة. ويوافق الشخص المؤهل على التنسيق مع ضمان في تقديم مستندات بالمنافع التي تدفعها شركات التأمين الأخرى.

**10.2 Subrogation and Reimbursement.** Subrogation is the substitution of one person or entity in the place of another with reference to a lawful claim, demand or right. Daman shall be entitled to all rights of recovery for the reasonable value of services and Benefits provided by the Insurance Company to any Eligible Person, from any third party or entity that either provides or is obligated to provide Benefits or payments to the Eligible Person.

**٢-١٠ الإحلال والتعويض.** إن الإحلال هو عبارة عن حلول شخص ما أو جهة محل شخص أو جهة أخرى فيما يتعلق بدعوى قضائية أو مطالبة أو حق. يكون لضمان كامل الحق في استرداد القيمة المعقولة للخدمات والمنافع، المقدمة من قبل ضمان إلى الشخص المؤهل، من أي طرف ثالث أو جهة سواء كانت تقدم أو ملزمة بتقديم المنافع أو دفع الدفعات إلى ذلك الشخص المؤهل.

The Eligible Person agrees to execute the process and deliver such documents (including undertaking to reimburse such covered expenses to Daman a written confirmation of assignment, and consents to release medical records), and provide such help as may be reasonably requested by Daman.

يوافق الشخص المؤهل على توقيع وتنفيذ وتسليم جميع الوثائق (بما في ذلك تعهد بإعادة هذه المصاريف المغطاة إلى ضمان، وكتاب خطي بتمام حوالة الحق والموافقة على كشف السجلات الطبية)، وتقديم ما تطلبه ضمان من مساعدة في هذا الخصوص.

<b>SECTION 11</b> <b>GENERAL EXCLUSION</b>	<b>القسم ١١</b> <b>الإستثناءات العامة</b>
<p><b><u>GENERAL EXCLUSION APPLICABLE WITHIN UAE :</u></b></p> <p>Unless otherwise specified in the Schedule of Benefits, the following Treatments including Medical Conditions, Items, Supplies, Procedures and all their related or consequential expenses are excluded from this Policy: Any duplication or overlapping benefits with Thiqa is excluded under this policy.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Health Services, which are not prescribed by a physician.</li> <li>2. Domiciliary care; private duty nursing; rest cures. (Custodial care means (a) non-health related services, such as assistance in activities of daily living, or (b) services which do not require continued administration by trained medical personnel, unless medically prescribed.</li> <li>3. Personal comfort and convenience items or services such as, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies.</li> <li>4. Health Services and associated expenses for cosmetic procedures. Elective plastic surgeries that are not medically prescribed as a treatment.</li> <li>5. Health Services and associated expenses for the surgical treatment and non-surgical, medical treatment of obesity (unless medically prescribed)</li> <li>6. Health Services and associated expenses for Experimental, Investigational or Unproven Services, treatments, devices and pharmacological regimens, except if proven as the only available treatment for a particular condition and authorised by DOH.</li> <li>7. Any Health Services and associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff, wigs, or toupees.</li> <li>8. Smoking cessation and related procedures and treatments unless in programs approved by DOH.</li> <li>9. Non-Medically necessary amniocentesis. Health services and associated expenses for non-medically necessary sex transformation operations, voluntary sterilization and for reversal of sterilizations and sexual dysfunction.</li> <li>10. Out-Patient non-prescribed medical supplies including elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, and like products; Non-Prescription Drugs and treatments. Bandages, gauze etc. are covered as a part of emergency treatment given at any appointed Daman Network provider.</li> <li>11. All preventive cares, other than DOH medical protocol including any physical, psychological examinations or testing during these examinations (unless otherwise specified in the Schedule of Benefits)</li> </ol>	<p><b><u>الإستثناءات العامة المطبقة داخل دولة الإمارات العربية المتحدة :</u></b></p> <p>ما لم يذكر بخلاف ذلك في جداول المنافع، فإن العلاجات التالية بما في ذلك الحالات، والمواد والتجهيزات والإجراءات الطبية وكافة المصاريف المتعلقة بها واللاحقة لها مستثناة من هذه الوثيقة. سيتم استبعاد جميع المنافع المكررة التي يغطيها برنامج ثقة من هذه الوثيقة:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>١. الخدمات الصحية التي لا تكون مقررة من قبل المعالج.</li> <li>٢. الرعاية المنزلية؛ التمريض الخاص؛ الاستراحات العلاجية. (الرعاية الوصائية تعني (١) الخدمات الغير متعلقة بالصحة، مثل المساعدة في نشاطات الحياة اليومية، أو (٢) الخدمات التي لا تتطلب ان يقوم بها أشخاص مدربين طبياً باستمرار) ما لم تكن مقررة طبياً.</li> <li>٣. الكماليات مثل (خدمة الحلاقة أو التجميل، خدمة الضيوف والخدمات والتجهيزات المتعلقة بها أو الملحقة لها أو المشابهة لها).</li> <li>٤. الخدمات الصحية والمصاريف المرتبطة بها و المتعلقة بإجراءات التجميل. العمليات الجراحية التجميلية الاختيارية الغير مقررة طبياً كعلاج.</li> <li>٥. الخدمات الصحية والمصاريف المرتبطة بالعلاج الجراحي وغير الجراحي والطبي للسمنة (ما لم تكون مقررة طبياً).</li> <li>٦. الخدمات الصحية والمصاريف المرتبطة بالخدمات التجريبية، أو الاستقصائية أو غير المؤكدة، العلاجات، الأجهزة والبرامج التي تستخدم العقاقير، إلا اذا تم إثبات بأنها العلاج الوحيد المتوفر لحالة معينة و مصرحاً بها من دائرة الصحة .</li> <li>٧. أية خدمات صحية والمصاريف المرتبطة بها والمتعلقة بالصلع الجزئي أو الكامل، تساقط الشعر، قشرة الرأس، أو الشعر المستعار.</li> <li>٨. وقف التدخين والعلاجات والإجراءات المرتبطة به إلا من خلال البرامج الموافق عليها من دائرة الصحة.</li> <li>٩. فحوصات السائل الأمنيوسي الغير مقررة طبياً /الخدمات الصحية والمصاريف المرتبطة بعمليات تحويل الجنس ما لم تكن مقررة طبياً / العقم الطوعي والاختياري أو عمليات إعادة التخص والعجز الجنسي.</li> <li>١٠. التجهيزات الطبية بدون وصفة طبية لمراجعي العيادات الخارجية، بما في ذلك الجوارب المطاطية، الرباطات الضاغطة، الضمادات والشاش، الحقن، والمنتجات المشابهة؛ الأدوية والعلاجات بدون وصفة طبية. (الضمادات، الشاش، الخ يتم تغطيتها كجزء من علاج الحالات الطارئة المقدمة من قبل أي مزود معتمد في شبكة ضمان لمزودي خدمات الرعاية الصحية).</li> <li>١١. كل الرعاية الوقائية، و الغير مذكورة بالبرنامج الوقائي لدائرة الصحة بما في ذلك أي فحوصات جسدية أو نفسية أو اختبارات يتم إجراؤها خلال هذه الفحوصات (ما لم يذكر ذلك في جداول المنافع).</li> </ol>

12. Acupressure, osteopathy, herbal medicine, ozone therapy, homeopathy, hypnotism, Rolfing; aromatherapy; spa treatments, Ayurvedic treatments, relaxing massages and other forms of alternative treatment unless medically prescribed.	١٢. العلاج بالوخز بالإبر، تقويم العظام بالتجدير، العلاج بالأعشاب، العلاج بالأوزون، العلاج بالأدوية المثلية، التنويم المغناطيسي، العلاج الجماعي؛ العلاج بالروائح؛ العلاج في المنتجعات الصحية، العلاج بواسطة الطب الهندي القديم (الأيورفيدا)، التدليك والأشكال الأخرى من العلاج البديل ما لم تكن مقررّة طبياً.
13. Nasal septum deviation; nasal concha resection as a cosmetic procedure, unless medically necessary or post traumatic.	١٣. انحراف جدار الأنف، استئصال محارة الأنف كإجراء تجميلي ما لم تكن مقررّة طبياً.
14. Any test and/or treatment not required by a Medical Physician, unless, otherwise specified in the Schedule of Benefits.	١٤. أي فحص و/ أو علاج غير مطلوب من قبل طبيب ما لم يذكر ذلك في جداول المنافع.
15. Any In-Hospital treatment, tests and other procedures, which can be carried out on Out-of-Hospital basis without jeopardizing the Insured's health.	١٥. أي علاج، فحوصات وإجراءات أخرى داخل المستشفى، والتي يمكن القيام بها خارج المستشفى دون تعريض صحة الشخص المؤمن عليه للخطر.
16. Any test or treatment, which is not related to a specific symptom and/or disease unless approved by DOH or otherwise specified in the Schedule of Benefits.	١٦. أي فحص أو علاج، غير متعلق بعارض و/ أو مرض محدد، إلا إذا تمت الموافقة عليه من قبل دائرة الصحة. وما لم يذكر ذلك في جداول المنافع.
17. Any pharmaceutical products which are not considered as specific treatment for a particular disease and/or not prescribed by an approved Physician.	١٧. أية منتجات أدوية، والتي لا تعتبر علاج محدد لمرض معين و/ أو غير موصوفة من قبل طبيب معتمد.
18. All substances which are not considered as medicines such as but not restricted to mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, children milk formulas, skin care products, shampoos and vitamins (unless prescribed by doctor to a specific disease) and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury such as but not restricted to air conditioners or air purifying systems, arch supports, convenience items/options, exercise equipment and sanitary supplies.	١٨. كافة المواد التي لا تعتبر أدوية مثل، لكن دون حصر، غسول الفم، معجون الأسنان، المستحلبات، المطهرات، حليب الأطفال، منتجات العناية بالبشرة، الشامبو والفييتامينات (ما لم يتم وصفها كعلاج من قبل الطبيب لعلاج مرض محدد) وكافة المعدات غير المقصود جراء استعمالها تحسين الوضع الصحي أو الإصابة على سبيل المثال لا الحصر مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، دعائم قوسية، أدوات الراحة، أجهزة التمارين الرياضية والتجهيزات الصحية.
19. All expenses related to optical apparatus aids (e.g. spectacles, lenses)	١٩. كافة المصاريف المتعلقة بالأجهزة والمعدات المساعدة البصرية (على سبيل المثال النظارات الطبية والعدسات) اللاصقة.
20. Refractory surgery is excluded unless it is medically prescribed.	٢٠. تصحيح عيوب النظر جراحياً إلا إذا كانت مقررّة طبياً.
21. All kind of educational programs and/or learning disabilities treatments unless otherwise specified as a medical treatment.	٢١. جميع أنواع البرامج التعليمية و/ أو علاج حالات عدم القدرة على التعلم، ما لم تكن مصنفة علاجياً.
22. Behavioral problem normally associated with children not categorised as psychiatric conditions.	٢٢. المشاكل السلوكية المرتبطة عادة بالأطفال وغير المصنفة كحالات نفسية.
23. Any transportation costs	٢٣. كافة مصاريف النقل.
24. All Expenses for the acquisition of an organ.	٢٤. تكاليف الحصول على الأعضاء.
<b>GENERAL EXCLUSIONS APPLICABLE OUTSIDE UAE:</b>	<b>الإستثناءات العامة المطبقة خارج دولة الإمارات العربية المتحدة :</b>
The following Treatments including Medical Conditions, Items, Supplies, Procedures and all their related or consequential expenses are excluded under this Policy:	العلاجات التالية بما في ذلك الحالات، والمواد والتجهيزات والإجراءات الطبية وكافة المصاريف المتعلقة بها واللاحقة لها ذات العلاقة مستثناة من هذه الوثيقة.
a) Health Services, which are not medically necessary.	أ) الخدمات الصحية، التي لا تكون ضرورية طبياً.
b) In case a medical underwriting has been applied, all Pre-existing Conditions unless they have been	ب) في حال تم تطبيق إكتتاب طبي، فإن جميع الحالات الموجودة مسبقاً، ما لم يتم التصريح عنها مسبقاً من قبل المؤمن عليه الرئيسي و/أو



<p>declared by the Primary Insured and/or Dependent on the application form in the health declaration section and accepted by Daman in writing, on or before to the Effective Date, as detailed in the Policy or in another Amendment of Daman.</p>	<p>المعال من قبله على إستمارة الطلب في قسم التصريح الطبي وقبول ذلك خطأً من قبل ضمان، عند أو قبل تاريخ سريان المفعول، حسبما هو مبين في الوثيقة أو في تعديل آخر من ضمان.</p>
<p>c) All expenses relating to dental treatment, dental prostheses and orthodontics unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance, and as per section 8.14 of this Policy.</p>	<p>كافة المصاريف ذات العلاقة بعلاج الأسنان، أطقم الأسنان وتقويم الأسنان، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة، ووفقاً للقسم ٨-١٤ من هذه الوثيقة.</p>
<p>d) Custodial care, domiciliary care, private duty nursing, respite care, rest cures. (Custodial care means (1) non-health related services, such as assistance in activities of daily living, or (2) health-related services which do not seek to cure or which are provided during periods when the medical condition of the patient is not changing, or (3) services which do not require continued administration by trained medical personnel, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>ج) رعاية العجزة؛ الرعاية المنزلية؛ التمريض الخاص؛ رعاية مساندة الأسرة؛ رعاية لأجل الراحة. (رعاية العجزة تعني (١) الخدمات غير المتعلقة بالصحة، مثل المساعدة في نشاطات الحياة اليومية، أو (٢) الخدمات المتعلقة بالصحة والتي لا تهدف إلى الشفاء أو المقدمة خلال فترات لا تتغير فيها الحالة الصحية للمريض، أو (٣) الخدمات التي لا تتطلب إدارة متواصلة من جانب أشخاص مدربين طبياً)، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>e) Personal comfort and convenience items or services such as but not restricted to television, telephone, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies.</p>	<p>د) بنود وخدمات الطمأنينة والراحة الشخصية على سبيل المثال لا الحصر، التلفزيون، الهاتف، خدمة الحلاقة أو التجميل، خدمة الضيوف والخدمات والتجهيزات التبعية المماثلة.</p>
<p>f) Health Services and associated expenses for cosmetic procedures. Cosmetic procedures are those procedures which improve physical appearance. ("Cosmetic" surgery is not surgery which is incidental to an Injury, Sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body.) Breast reconstruction following mastectomy for cancer is covered. Replacement of an existing breast implant is excluded.</p>	<p>هـ) الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بإجراءات التجميل. إجراءات التجميل تتلخص في تلك الإجراءات الهادفة إلى تحسين مظهر الجسم. (جراحة "التجميل" ليست جراحة ناجمة عن أي إصابة، مرض أو تشويه خلقي حيث الهدف الرئيسي لها هو تحسين الوظيفة الفسيولوجية للعضو المعني من الجسم). عملية إعادة ترميم الصدر بعد إجراء جراحة لإستئصال سرطان الثدي مغطاة. وعملية إستبدال أي شيء مزروع في الصدر مستثناة.</p>
<p>g) Health Services and associated expenses for the surgical treatment and non-surgical, medical treatment of obesity (including morbid obesity) and any other weight control programs, services, or supplies.</p> <p>Gastric banding is covered in medical necessity only for morbid obesity for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plans.</p>	<p>و) الخدمات الصحية والمصاريف العائدة للعلاج الجراحي، غير الجراحي أو الطبي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية)، وأية برامج، خدمات أو تجهيزات أخرى لضبط الوزن.</p> <p>ربط المعدة مغطاه عند الحاجة الطبية فقط لحالات السمنة المرضية ومتوفرة للبرنامج المميز (TC1, TC2, TC3 و TC4).</p>
<p>h) Health Services and associated expenses for Experimental, Investigational or Unproven Services, Treatments, Devices and Pharmacological Regimens. The fact that an Experimental, Investigational or Unproven Service, Treatment, Device or Pharmacological Regimen is the only available treatment for a particular condition will not result in Coverage if the procedure is considered to be Experimental, Investigational or Unproven in the treatment of that particular condition.</p>	<p>ز) الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بالخدمات التجريبية، أو الاستقصائية أو غير المعتمدة، العلاجات، الأجهزة وأنظمة العلاج بالعقاقير. وفي حال كانت الخدمات التجريبية، الاستقصائية أو غير المثبتة، العلاجات، الأجهزة وأنظمة العلاج بالعقاقير هي العلاج الوحيد المتوفر لحالة محددة لن يؤدي إلى تغطيتها إذا ما تم إعتبار الإجراء تجريبي، استقصائي أو غير مثبت في علاج تلك الحالة المحددة.</p>
<p>i) Any Health Services and associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff, wigs, or toupees.</p> <p>This above exclusion (i) is not applicable in case of medical necessity for Premier, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>ح) أية خدمات صحية ومصاريف ذات صلة بالصلع الموضعي، الصلع، تساقط الشعر، قشرة الرأس، أو الشعر المستعار.</p> <p>لا يطبق هذا الإستثناء (ط) في حالات الضرورة الطبية على البرامج التالية: البرنامج المميز، المعزز البلاتيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف (TC1, TC2, TC3 و TC4).</p>

j)	Services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.	ط) الخدمات والتجهيزات الخاصة ببرامج وقف التدخين وعلاج الإدمان على النيكوتين.
k)	Non-Medically Necessary amniocentesis. Health Services and associated expenses for sex transformation operations, voluntary sterilization and for reversal of sterilizations. Contraceptive supplies or services. All services related to fertility/infertility and sexual dysfunction.  This above exclusion (k) pertaining to contraceptive supplies or services is NOT applicable for Premier, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1, TC2 ,TC3 and TC4) Plan unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance,  This above exclusion (k) for all services related to fertility/infertility is NOT applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	ي) فحوصات السائل الامنيوني غير الضرورية طبياً. الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بعمليات تحويل الجنس، العقم الطوعي أو التخلص من وسائل العقم. تجهيزات أو خدمات منع الحمل. جميع الخدمات ذات العلاقة بالخصوبة/ عدم الخصوبة و العجز الجنسي.  لا يطبق هذا الإستثناء (ك) على الخدمات و اللوازم المتعلقة بوسائل منع الحمل للبرامج التالية البرنامج المميز, المعزز البلاتيني المضاف, المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف ( TC3,TC2 ,TC1 و TC4) ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة.  لا يطبق هذا الإستثناء (ك) على الخدمات المتعلقة بالخصوبة/العقم على البرنامج المميز (TC1, TC2, TC3 و TC4), ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة.
l)	Prosthetic Devices and Durable Medical Equipment unless approved by Daman.  Applicable for Enhanced Bronze (TC1, TC2, TC3 and TC4) , TC Plus 2 ,TC Plus 3 and TC Plus 4 Plans only unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	ك) الأجهزة و الاعضاء الاصطناعية والأجهزة الطبية الدائمة، ما لم يتم إعتمادها من قبل ضمان.  يطبق هذا الإستثناء على برنامج المعزز البرونزي (TC1, TC2, TC3 و TC4) و TC Plus 2 ,TC Plus 3 and TC Plus 4 Plans only unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.
m)	All cost relating to below mentioned hazardous activities; 1. Participation in any kind of power-vehicle race, rally or competition 2. Climbing activities (mountaineering, rock-climbing, pot holing, abseiling) 3. Any professional sports activities  This above exclusion (m) is NOT applicable for Premier (TC1, TC2 ,TC3 and TC4) Plans unless specified otherwise in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	ل) كافة التكاليف العائدة للنشاطات الخطرة ١. المشاركة في أي نوع من سباقات السيارات، الراليات أو المنافسات ٢. نشاطات التسلق (تسلق الجبال، تسلق الصخور، قطع الأودية) ٣. أية نشاطات رياضية مهنية  لا يطبق هذا الإستثناء (م) على البرنامج المميز (TC1, TC2, TC3 و TC4). ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة.
n)	All expenses related to hearing and sight correction tests, audiovisual aids and optometry unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	م) كافة المصاريف المتعلقة بفحوص السمع وتصحيح البصر، والوسائل المساعدة للرؤية والسمع وفحص العين بمقياس البصر- ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة.
o)	Growth hormone therapy unless medically necessary.	ن) العلاج بهورمون النمو ما لم يكن ضروري طبيًا.
p)	Naval or military operations of the armed forces or air force and participation in operations requiring the use of arms or which are ordered by military authorities for combating terrorists, rebels and the like.	س) العمليات البحرية أو العسكرية للقوات المسلحة أو القوات الجوية والمشاركة في العمليات التي تتطلب استخدام السلاح أو المطلوب تنفيذها بأمر من السلطات العسكرية لمكافحة الإرهاب، الثوار والعمليات
q)	Wars and circumstances comparable with a state of war, invasion, act by a foreign enemy, hostilities and warlike events (with or without a declaration of war), civil war, riot, mutiny, revolution, confiscation or nationalisation by order of any public or local government or authority; any act of a person acting in the name of or in connection with any organisation whose activities aim to overturn a de jure or de facto government violently.	ع) الحروب والأوضاع الشبيهة بحالة الحرب، الغزو، أعمال العدو الخارجي، الأعمال العدائية والأحداث المشابهة لحالة الحرب (مع أو دون إعلان لحالة الحرب)، الحرب الأهلية، أعمال الشغب، العصيان، الثورة، أعمال المصادرة أو التأميم بأمر من أية حكومة أو سلطة عامة أو محلية، وأي تصرف صادر عن شخص يتصرف باسم أو فيما يتصل بأية منظمات تهدف تصرفاتها إلى قلب نظام الحكم القائم الفعلي أو القانوني بالقوة.

<p>r) Nuclear risks: e.g. exposure to nuclear energy (nuclear reactions, radiation, contamination) or nuclear waste of any type or chemical contamination.</p>	<p>ف) المخاطر النووية: مثل التعرض للطاقة النووية (التفاعلات، الإشعاع، التلوث النووي) أو المخلفات النووية أيا كان نوعها أو التلوث الكيميائي.</p>
<p>s) Natural perils such as but not limited to avalanches, earthquake, volcanic eruptions, tsunamis, hurricanes, tornados or any other kind of natural hazard;</p>	<p>ص) الكوارث الطبيعية: على سبيل المثال لا الحصر الفيضانات، الهزة الأرضية، البراكين، التسونامي، الأعاصير، العواصف وأي نوع آخر من المخاطر الطبيعية.</p>
<p>t) Any act of terrorism. For the purpose of this endorsement an act of terrorism means an act, including but not limited to the force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s), committed for political, religious, ideological, or ethnic purposes or reasons including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.</p>	<p>ق) أي عمل إرهابي. لغرض الايضاح، فإن العمل الإرهابي يعني، على سبيل المثال - لكن دون حصر- بالقوة و/أو العنف و/أو التهديد باستخدامهما، من جانب أي شخص أو مجموعة (مجموعات) من الأشخاص، سواء يعملون بمفردهم أو نيابة عن أو فيما يتصل بأي منظمة (منظمات) أو حكومة (حكومات)، ملتزمة بأهداف أو أسباب سياسية، دينية، عقائدية، أو عرقية أو أسباب تتضمن النية للتأثير على أي حكومة و/ أو وضع الجمهور، أو أي جزء منه، في حالة رعب.</p>
<p>u) Criminal act of an Eligible Person, violation or attempted violation of law and resistance to lawful arrest or any resultant imprisonment.</p>	<p>ر) العمل الإجرامي من جانب شخص مؤهل، خرق أو محاولة خرق القانون ومقاومة الإعتقال القانوني أو أي سجن ناتج عن ذلك.</p>
<p>v) Mental Health diseases, including pharmaceuticals, in-patient and out-patient treatments, unless it is a transient mental disorder or an acute reaction to stress unless otherwise specified in Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>ش) أمراض الصحة العقلية، بما في ذلك الأدوية، العلاج في المستشفى والعيادات الخارجية، ما لم يكن اضطراب عقلي عابر أو ردة فعل حادة على حالة ضغط. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>This above exclusion (v) is not applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan unless specified otherwise in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>لا يطبق هذا الإستثناء (ت) على البرنامج المميز (TC1, TC2, TC3, TC4) ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة</p>
<p>w) Outpatient prescribed or non-prescribed medical supplies including but not limited to elastic stockings, ace bandages, gauzes, syringes, diabetic test strips, and like products; non-Prescription Drugs and treatments. (Bandages, gauze etc. are covered as a part of emergency treatment given at a Health Service Provider)</p>	<p>ت) التجهيزات الطبية الموصوفة أو الغير موصوفة لمراجع في العيادات الخارجية، بما في ذلك المشدات المرنة، الضمادات، الشاش، السرنج، شرائح فحص السكري، والمنتجات المماثلة؛ والأدوية والعلاجات غير الموصوفة. (الضمادات، الشاش وخلافه تعتبر مغطاه في حال كانت جزء من العلاج الطارئ المقدم من قبل مزود الخدمات الصحية).</p>
<p>This above exclusion (w) is Not applicable for prescribed medical supplies for Premier, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan unless otherwise specified in Schedule of Benefits- Letter of Acceptance.</p>	<p>لا يطبق هذا الإستثناء (ث) الخاص بالتجهيزات الطبية على البرنامج المميز، المعزز البلاتيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف (TC1, TC2, TC3, TC4)، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>x) All preventive cares, including vaccinations, immunizations, allergy testing &amp; desensitization; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.</p>	<p>ث) كل الرعاية الوقائية، بما في ذلك التطعيمات، التحصين ضد الأمراض، فحص الحساسية وإزالة الحساسية؛ أية فحوص جسمانية، عقلية أو نفسية أو إختبارات يتم إجراؤها خلال هذه الفحوصات.</p>
<p>This above exclusion (x) for vaccination and immunization, Psychiatric is NOT applicable for Premier, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of acceptance,</p>	<p>لا يطبق هذا الإستثناء (خ) الخاص بالتطعيمات، التحصين ضد الأمراض و الفحوصات النفسية على البرنامج المميز، المعزز البلاتيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف (TC1, TC2, TC3, TC4)، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>This above exclusion (x) for allergy testing and desensitization is NOT applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>لا يطبق هذا الإستثناء (خ) الخاص بفحص الحساسية و إزالة الحساسية على البرنامج المميز (TC1, TC2, TC3, TC4).</p>

<p>y) Enteral Feeding ((infusion formulas via a tube into the upper gastrointestinal tract) and other nutritional and electrolyte supplements, unless Medically Necessary during treatment.</p>	<p>خ) التغذية الداخلية (محاليل التغذية من خلال أنبوب إلى الجهاز الهضمي العلوي) وغيرها من محاليل التغذية والشوارد ، ما لم تشكل جزءاً ضرورياً في علاج حالة في المستشفى .</p>
<p>This exclusion (y) is applicable for Enhanced Bronze (TC1, TC2, TC3 and TC4) ,TC Plus 2, TC Plus 3 and TC Plus 4 Plans only.</p>	<p>هذا الإستثناء (ذ) يطبق على برنامج المعزز البرونزي – ( TC3,TC2 و TC1 و TC4)، البرنامج الإضافي TC2 ، البرنامج الإضافي TC3 و البرنامج الإضافي TC4 فقط.</p>
<p>z) Services and supplies for analysis and adjustments of spinal subluxation, diagnosis and treatment by manipulation of the skeletal structure, or for muscle stimulation by any means (except treatment of fractures and dislocations of the extremities) unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>ذ) الخدمات والتجهيزات الخاصة بتحليل وتعديل الخلع الجزئي في العمود الفقري، عمليات التشخيص والعلاج بواسطة تمرين الهيكل العظمي، أو لتحفيز العضلات بأية وسائل (باستثناء علاج الكسور أو خلع الأيدي). ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>This above exclusion (z) is NOT applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>هذا الإستثناء (ض) لا يطبق على البرنامج المميز (TC1,TC2,TC3 و TC4).</p>
<p>aa) Acupuncture; acupressure; hypnotism, rolfing; aromatherapy; homeopathic treatments; homeopathic drugs; spa treatments, relaxing massages and other forms of alternative treatment unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>ض) المعالجة بالوخز بالإبر؛ المعالجة بالضغط؛ التنويم المغناطيسي؛ علاج العضلات بالمساج؛ العلاج بالعطور بالشذا؛ العلاج المثلي؛ الأدوية المثلية؛ العلاج بالمياه المعدنية؛ التدليك والأشكال الأخرى من العلاج البديل. إلا إذا كانت مذكورة في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>bb) Health Services and associated expenses for In-Vitro Fertilization (IVF), Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT) procedures, and Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT) procedures, and any related prescription medication treatment; embryo transport; donor ovum and semen and related costs, including collection and preparation.</p>	<p>ظ) الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بالتخصيب بواسطة الأنابيب، إجراءات نقل البويضات في قنوات فالوب، وإجراءات نقل اللقاح عبر قناة فالوب، وأي علاجات ذات صلة، ونقل الأجنة؛ التبرع بالبويضات والحيوانات المنوية والتكاليف ذات الصلة، بما في ذلك التحصيل والتحضير.</p>
<p>This above exclusion (bb) is NOT applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>هذا الإستثناء (ظ) لا يطبق على البرنامج المميز (TC1,TC2,TC3 و TC4).</p>
<p>cc) Elective non-accident related surgery for correction of refraction errors and/or Improvement of vision (quantitative or qualitative) such as but not restricted to radial keratotomy, photo keratectomy or laser surgery unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>غ) الجراحة الاختيارية غير المتصلة بالحوادث لتصحيح أخطاء الإنكسار و/ أو تحسين الرؤية (نوعية أو كمية) على سبيل المثال لا الحصر، علاج القرنية بالأشعة، علاج القرنية بالتصوير أو الجراحة بالليزر ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>dd) Nasal septum deviation; nasal concha resection (unless non cosmetic, medically necessary or post traumatic).</p>	<p>أ) إنحراف جدار الأنف؛ إستئصال محارة الأنف (إلا إذا كانت غير تجميلية أو ضرورة طبية أو بعد حدوث إصابة).</p>
<p>ee) All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related test/treatment or procedure unless otherwise stated in Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>بب) كل الحالات المزمنة التي تتطلب ديلزة الدم أو ديلزة الصفاق، والفحص/ العلاج أو الإجراءات ذات العلاقة. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>This above exclusion (ee) is NOT applicable for Premier, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1,TC2, TC3 and TC4) Plan unless specified otherwise in Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>لا يطبق هذا الإستثناء (ج ج) على البرامج التالية: البرنامج المميز، البرنامج ، المعزز البلاطيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي. المضاف (TC3,TC2,TC1 و TC4)، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع – رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>ff) Any Health Services and associated expenses for HIV, AIDS and all related medical conditions; after confirming diagnosis.</p>	<p>جج) أي من الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بعلاج فيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز وكل الحالات الطبية ذات العلاقة؛ بعد تأكيد التشخيص.</p>
<p>gg) All cases resulting from alcoholism, use of drugs &amp; hallucinatory substances.</p>	<p>دد) كل الحالات الناجمة عن الإدمان على الكحول، إستخدام المخدرات ومواد الهلوسة.</p>

hh)	All cases related to viral hepatitis & associated complications except hepatitis A unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	هه) كافة الخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد الفيروسي ومضاعفاته، باستثناء التهاب الكبد أ. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.
ii)	Birth defects, hereditary defects and sicknesses, Congenital diseases for new born and/or deformities unless representing a life threat or otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	وو) عيوب الولادة، العيوب و الأمراض الوراثية، التشوهات الخلقي و/ أو التشوهات ما لم تشكل تهديدا على الحياة أو مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.
jj)	Senile dementia and Alzheimer's disease.	زز) خرف الشيخوخة ومرض الزهايمر.
kk)	Air ambulance transportation and terrestrial transportation in non-emergency cases or by non-licensed ambulance services.	حح) النقل بالإسعاف الجوي بشكل عام والنقل البري في حالات غير الطوارئ أو خدمات الإسعاف غير المرخص.
ll)	All cases related to Maternity in respect of unmarried females.	طط) كل الحالات ذات العلاقة بالحمل والولادة بالنسبة للإناث غير المتزوجات.
mm)	Any test and/or treatment not required by a medical Physician, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	يي) أي فحص و/أو علاج غير مطلوب من قبل الطبيب، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.
nn)	All cases requiring non-emergency In-Hospital treatment/services, which have not been approved by the Company prior to admission.  This above exclusion (nn) is NOT applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.	كك) كل الحالات التي تحتاج إلى علاج/ خدمات غير طارئة في المستشفى، والتي لم يتم إعتمادها من قبل ضمان قبل الدخول الى المستشفى.  هذا الإستثناء (ل ل) لا يطبق على البرنامج المميز (TC1, TC2, TC3 و TC4).
oo)	Any In-Hospital treatment, tests and other procedures, which can be carried out on Out-of-Hospital basis without jeopardizing the Insured's health.	لل) أي علاج، فحوصات وإجراءات أخرى في المستشفى، والتي يمكن القيام بها خارج المستشفى دون تعريض صحة الشخص المؤمن عليه للخطر.
pp)	All cases requiring emergency In-Hospital treatment/services, which have not been notified to the Company within 24 hours from admission.  Notification in case of Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan is 48 hours from admissions.	مم) كل الحالات التي تحتاج إلى علاج/ خدمات طارئة في المستشفى، والتي لم يتم إبلاغ ضمان عنها خلال ٢٤ ساعة من دخول المستشفى.  الإشعار بالنسبة للبرنامج، المعزز البلاتيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي - المضاف (TC1, TC2, TC3 و TC4) يتم بغضون ٤٨ ساعة من دخول المستشفى
qq)	Any test or treatment, which is not related to a specific symptom and/or disease. This includes examinations required for employment, travel, immigration, licensing or insurance and related reports unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.	نن) أي فحص أو علاج، غير متعلق بعرض و/ أو مرض محدد. وهذا يتضمن الفحوصات المطلوبة لأغراض العمل، السفر، الهجرة، الترخيص أو التأمين والتقارير ذات العلاقة. مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.
rr)	Any pharmaceutical products, which are not, considered as specific treatment for a particular disease and/or not prescribed by an approved Physician.	سس) أية منتجات أدوية، والتي لا تعتبر علاج محدد لمرض معين و/ أو غير موصوفة من قبل طبيب معتمد.
ss)	All substances which are not considered as medicines such as but not restricted to mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, skin care products, shampoos and vitamins (unless prescribed as replacement therapy for known deficiency states) and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury such as but not restricted to air conditioners or air purifying systems, arch supports, convenience items/options, exercise equipment and sanitary supplies.	عع) كافة المواد التي لا تعتبر أدوية على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم، معجون الأسنان، المعينات، المطهرات، الحليب، الأغذية، منتجات العناية بالبشرة، الشامبو والفيتامينات (ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامين المعروفة) وكافة المعدات غير المقصود بها أصلا تحسين الوضع الصحي أو الإصابة على سبيل المثال لا الحصر: مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، دعائم قوس القدم، بنود / خيارات الراحة، أجهزة التمارين والتجهيزات الصحية.



<p>This above (ss) exclusion relating to vitamins if prescribed by doctor is NOT applicable for Premier, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan.</p>	<p>لا يطبق هذا الإستثناء (ف ف) الخاص بالفيتامينات على البرنامج المميز، المعزز البلاتيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف (TC1،TC2، TC3 و TC4)</p>
<p>tt) More than one Physician consultations in non-excluded cases in a single day or during free follow up period unless referred by his/her initial treating doctor &amp; the referral if medically justified.</p>	<p>ف) أكثر من إستشارة طبية في الحالات غير المستثناة في يوم واحد أو خلال فترة المراجعة المجانية، ما لم يحول من قبل الطبيب المعالج له وكان التحويل مبرر طبياً.</p>
<p>This exclusion (tt) is applicable for Enhanced Bronze (TC1, TC2, TC3 and TC4), TC Plus 2, TC Plus 3 and TC Plus 4 Plans only.</p>	<p>يطبق هذا الإستثناء (ص ص) على برنامج المعزز البرونزي – (TC1,TC2,TC3 و TC4)، البرنامج الإضافي TC2 ، البرنامج الإضافي TC3 و البرنامج الإضافي TC4 فقط.</p>
<p>uu) Lesions resulting from attempted suicides or self-infliction.</p>	<p>صص) الأضرار الناجمة عن محاولات الإنتحار أو إيذاء الذات.</p>
<p>vv) Officially (WHO and/or National Law) recognised epidemics/pandemics.</p>	<p>قق) الأوبئة المعترف بها رسمياً (منظمة الصحة العالمية و/أو القانون المحلي).</p>
<p>ww) Complications directly arising from services not covered.</p>	<p>رر) المضاعفات الناجمة مباشرة عن الخدمات غير المغطاة.</p>
<p>xx) All kind of educational programs and/or learning disabilities, treatments unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>شش) كل أنواع البرامج التعليمية و/أو علاج حالات عدم القدرة على التعلم، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>yy) Treatment of venereal diseases transmitted by intercourse as medically accepted unless otherwise specified in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>تت) معالجة مختلف الأمراض المنقولة جنسياً حسب الطرق المقبولة طبياً. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>The above exclusion (yy) is not applicable for Premier (TC1, TC2, TC3 and TC4) Plan unless specified otherwise in the Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>هذا الإستثناء (ث ث) لا يطبق على البرنامج المميز (TC1,TC2 و TC3 و TC4) ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>
<p>zz) Expenses for the acquisition of an organ including, but not limited to, Donor search, typing, transport and administration costs.</p>	<p>ثث) المصاريف للحصول على الأعضاء على سبيل المثال لا الحصر- البحث عن متبرع والتطابق وتكاليف النقل والعملية.</p>
<p>aaa) Transplants of any organ or tissue when</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The Eligible Person is a Donor for a third party</li> <li>2. The transplant is an Experimental, Investigational or Unproven Service and/or for research or study purposes</li> <li>3. The need for a transplant arises as a consequence of alcoholic liver cirrhosis.</li> <li>4. The organ or tissue is of transgenic, animal, mechanical or transitory nature.</li> </ol>	<p>خخ) عمليات زرع الأعضاء أو الأنسجة وذلك عندما:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>١. يكون الشخص متبرعاً لطرف ثالث.</li> <li>٢. تكون عملية النقل لغرض تجريبي استقصائي أو لخدمة غير معتمدة و/أو لأغراض البحث والدراسة.</li> <li>٣. عندما تكون عملية النقل ضرورية كنتيجة لتشمع كبدي كحولي المنشأ.</li> <li>٤. أن تكون الأعضاء أو الأنسجة ذات طبيعة جينية حيوانية أو ميكانيكية أو مؤقتة</li> </ol>
<p>bbb) Any transportation costs in case of a treatment abroad for non-emergency cases unless specified in Schedule of Benefits-Letter of Acceptance.</p>	<p>ذذ) كافة مصاريف النقل وذلك في حالة العلاج في الخارج أو في غير الحالات الطارئة مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع - رسالة الموافقة على الوثيقة.</p>

SECTION 12 SPECIAL CONDITIONS	القسم ١٢ شروط خاصة
12.1 <b>Deductible/Co-Insurance.</b> The Schedule of Benefits and Letter of Acceptance. (1) Outline the Deductible and/or Co-insurance that an Eligible Person is required to pay for Health Services (2) describes any maximum Benefit that may apply. Health Services Covered under the Policy is described in Section 8, "Covered Health Services."	١-١٢ <b>التحمل/نسبة التحمل.</b> يوضح جدول المنافع ورسالة الموافقة على الوثيقة (١) مبلغ التحمل و/ أو نسبة التحمل المطلوب من الشخص المؤهل دفعها عن الخدمات الصحية (٢) وكذلك الحد الأقصى للمنفعة. ويبين القسم ٨ "الخدمات الصحية المغطاة" الخدمات الصحية المغطاة بموجب هذه الوثيقة.
12.2 The Insurance Company is responsible for interpreting the Benefits Covered under the Policy and the other terms, conditions, limitations and exclusions set out in the Policy and in making factual determinations related to the Policy and its Benefits.	٢-١٢ الشركة هي المسؤولة عن تفسير الخدمات المغطاه ضمن هذه الوثيقة و عن تفسير كافة البنود، الشروط والإستثناءات المبينة في الوثيقة و أية قرارات واقعية لها علاقة بالوثيقة و منافعها.

### SECTION 13 PREMIUM REFUND

In case of termination of the entire policy as per the conditions listed in section 3.1 of the policy wording, the premium refund will be based on short term calculations, based on the monthly computations mentioned below.

The Premium refund related to any approved deletion is calculated on pro-rata (for groups more than 10 Primary Insured) or on short term calculations (for groups of 10 Primary Insured and below, where medical underwriting is applicable) based on the following monthly computations:

Premium Refund %	Deletion date: From the Policy Effective date up to
77 %	30 <sup>th</sup> day
68 %	60 <sup>th</sup> day
60 %	90 <sup>th</sup> day
52 %	120 <sup>th</sup> day
43 %	150 <sup>th</sup> day
35 %	180 <sup>th</sup> day
27 %	210 <sup>th</sup> day
18 %	240 <sup>th</sup> day
10 %	270 <sup>th</sup> day
2 %	300 <sup>th</sup> day
0 %	301 <sup>st</sup> - 365 <sup>th</sup> day

### القسم ١٣ أسترداد القسط

في حالات الإنهاء المنصوص عليها في البند ٣,١ من الوثيقة، يتم إسترداد القسط بطريقة حسابية قصيرة الأجل على أساس الحسابات الشهرية المذكورة أدناه.

استرداد أقساط التأمين المتعلقة بأي إلغاء معتمد يتم حسابه على حسابات النسبة و التناسب (للمجموعات المكونة من أكثر من ١٠ أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين) أو قصيرة الأجل (للمجموعات المكونة من ١٠ أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين أو أقل، حيث يطبق الإكتتاب الطبي) على أساس الحسابات الشهرية التالية:

تاريخ الإنهاء: من تاريخ سريان المفعول ولغاية	قسط التأمين المسترد %
اليوم ٣٠	٧٧%
اليوم ٦٠	٦٨%
اليوم ٩٠	٦٠%
اليوم ١٢٠	٥٢ %
اليوم ١٥٠	٤٣%
اليوم ١٨٠	٣٥%
اليوم ٢١٠	٢٧%
اليوم ٢٤٠	١٨%
اليوم ٢٧٠	١٠%
اليوم ٣٠٠	٢%
اليوم ٣٠١ - ٣٦٥	٠%