

COMPULSORY COOPERATIVE HEALTH INSURANCE

GROUP HEALTH INSURANCE PLAN

التأمين الصحي التعاوني الإلزامي  
وثيقة التأمين الصحي الجماعي

FOR

المقدم إلى

M/S. Al Faisalyah women welfare society

QUOTATION NO.

3705257

رقم العرض:

ISSUED BY

THE HEALTH INSURANCE DIVISION OF  
MALATH COOPERATIVE INSURANCE COMPANY.

أعدت بواسطة  
قسم التأمين الصحي  
شركة ملاذ للتأمين التعاوني

## COMPULSORY COOPERATIVE HEALTH INSURANCE POLICY SCHEDULE

### التأمين الصحي التعاوني الإلزامي جدول وثيقة

Name of Insurer:	Malah Cooperative Insurance Co. - شركة ملاذ للتأمين التعاوني .	إسم شركة التأمين:
Name of Policyholder :	<u>Al Faisalyah women welfare society</u>	إسم حامل الوثيقة:
Mailing Address :		العنوان البريدي:
Email :	<u>info@alfaisalya.org</u>	إيميل:
Telephone No . :		رقم الهاتف:
Fax No . :		رقم الفاكس:
Insured Member(s):	As per list attached herewith. - حسب القائمة المرفقة .	الأعضاء المؤمن عليهم:
Insurance Type:	Compulsory Cooperative Health Insurance - تأمين صحي تعاوني إلزامي -	نوع التأمين:
Product Type :	Corporate Business - شركات	نوع المنتج:
Policy Period :	From: <u>31-05-2022</u> من: To: <u>30-05-2023</u> الى:	فترة سريان الوثيقة:
Annual Premium:	As per Invoice - كما هو مدرج في فواتير الاصدار -	القسط السنوي:
Policy Renewal Date:	<u>31-05-2023</u>	تاريخ تجديد الوثيقة:

<b>Eligibility:</b>	أهلية التغطية التأمينية:
All KSA resident employees actively at work will consider eligible for medical coverage from the inception shown in the policy schedule. For any person joining the work later, his/her effective date of cover shall be the date he/she started the work for Policyholder or the date he/she arrived in KSA.	يعتبر جميع العاملين الموجودين على رأس العمل فعليا مؤهلين للتأمين اعتبارا من تاريخ ابتداء الوثيقة. أما العاملين الذين يلتحقون بالعمل لدى حامل الوثيقة لاحقا فيعتبرون مؤهلين للتأمين من تاريخ إلحاقهم بالعمل او من تاريخ وصولهم للمملكة
<b>Age Limit:</b>	حدود العمر:
Employee/Spouse: Max. limit: Not Applicable	الموظف/الزوجة - الحد الأعلى: غير محدد
Children: Minimum: From Date of Birth For Son: Maximum age limit is up to 25 years.	الأطفال - الحد الأدنى: من تاريخ الولادة الأبناء - الحد الأقصى: 25 عاما
Insurance cover under the Policy includes unemployed unmarried/widowed/divorced daughters of employees, who are dependent on covered employee, to the maximum age limit specified for the Employee. Country of Residence: Kingdom of Saudi Arabia	تشمل تغطية التأمين بهذه الوثيقة بنات العامل غير المتزوجات والأرامل والمطلقات غير العاملات واللاتي يعتمدن في إعالتهم على العامل بلد الإقامة: المملكة العربية السعودية

Policy Number رقم الوثيقة	Name of Policyholder إسم حامل الوثيقة	Policyholder Code رقم حامل الوثيقة	CR No. رقم السجل التجاري
9007974	Al Faisalyah women welfare society	7001103592	4030304820

**COMPULSORY COOPERATIVE HEALTH INSURANCE  
SCHEDULE OF BENEFITS AND LIMITS**

التأمين الصحي التعاوني الإلزامي  
جدول الحدود والمنافع

Product /Benefit Class	Class#1	Class#2	Class#3	فئة المنفعة التأمينية
	VIP	B	MB4	
Medical Scope of Cover	In&Out Patient التنويم والعيادات الخارجية	In&Out Patient التنويم والعيادات الخارجية	In&Out Patient التنويم والعيادات الخارجية	نطاق التغطية الطبي
Territorial Scope of Cover:	In KSA المملكة العربية السعودية	In KSA المملكة العربية السعودية	In KSA المملكة العربية السعودية	نطاق التغطية الاقليمي
Overall Annual Maximum Limit Per Person Per Policy Year	500,000 SAR	500,000 SAR	500,000 SAR	الحد الأقصى الاجمالي للتغطية عن كل شخص خلال السنة التأمينية
Inpatient Coinsurance/Deductible	Nil بدون	Nil بدون	Nil بدون	التحمل عن مطالبات خدمات التنويم
Out-patient Deductible: Unified Minimum Network	20 % max. SR 75	20 % max. SR 75	20 % max. SR 75	التحمل عن كل مطالبة لخدمات العيادات الخارجية شبكة الحد الأدنى الموحدة
Rest of the Providers outside the Unified Minimum Network	20 % max. SR 100	20 % max. SR 100	20 % max. SR 100	للباق مقدمي الخدمة خارج شبكة الحد الأدنى الموحدة
Hospitals outside the Unified Minimum Network	20 % max. SR 100	20 % max. SR 100	20 % max. SR 100	للمستشفيات خارج شبكة الحد الأدنى الموحدة
Daily Room & Board at Malath appointed PPN	Normal Suite جناح عادي	Shared Room غرفة مشتركة	Shared Room غرفة مشتركة	مستوي غرف التنويم داخل شبكة ملاذ
Doctor's Consultation fees at Malath appointed PPN	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	رسوم إستشارة الطبيب داخل شبكة ملاذ الطبية
Doctor's Consultation fees outside Malath appointed PPN:	limited to: 200 SAR	limited to: 100 SAR	limited to: 50 SAR	رسوم إستشارة الطبيب خارج شبكة ملاذ الطبية
General Practitioner:	200 SAR	100 SAR	50 SAR	طبيب عام:
Specialist Doctor (Specialist I ):	300 SAR	200 SAR	200 SAR	أخصائي(I):
Specialist Doctor (Specialist II ):	100 SAR	100 SAR	100 SAR	أخصائي(II):
Consultant Doctor:	400 SAR	300 SAR	300 SAR	إستشاري:
Sub-Consultant: Cardio/Angio/Neuro & other sub-specialties as per Saudi Authority for Medical Specialization	500 SAR	500 SAR	500 SAR	فروع الإستشارة: القلب/ الأوعية/ الجراحات العصبية
Kidney Dialysis(per person per policy period):	100,000 SAR	100,000 SAR	100,000 SAR	غسيل الكلى: الحد الفرعي للشخص الواحد في السنة التأمينية
Prescribed Lab investigations, Radiology, Chemotherapy and other Diagnostic Tests:	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	تحاليل المختبر والأشعة والعلاج الكيماوي والفحوصات التشخيصية الأخرى
Prescribed Medications	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	الأدوية الموصوفة
Circumcision	500 SAR	500 SAR	500 SAR	ختان الذكور حديثي الولادة

**COMPULSORY COOPERATIVE HEALTH INSURANCE  
SCHEDULE OF BENEFITS AND LIMITS**

**التأمين الصحي التعاوني الإلزامي  
جدول الحدود والمنافع**

Product /Benefit Class	Class#1	Class#2	Class#3	فئة المنفعة التأمينية
	VIP	B	MB4	
Ear piercing (normal) for newly born female babies	300 SAR	300 SAR	300 SAR	ثقب الأذن العادي للإناث حديثي الولادة
Vaccinations specified by MOH in KSA for children up to age 6 yrs	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	التطعيمات المعتمدة من وزارة الصحة للأطفال إلى سن 6 سنوات
Intensive Care Unit/Coronary Care Unit & Neonatal ICU	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	وحدة العناية المركزة، وحدة العناية التاجية ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة
Chronic and Pre-existing cases: (Declared in writing to Malath):	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	الحالات المزمنة والحالات السابقة للتأمين
Waiting period on treatment of chronic /Pre-existing cases	Nil بدون	Nil بدون	Nil بدون	فترة الإنتظار قبل علاج الحالات المزمنة والحالات السابقة للتأمين
Congenital conditions but limited to Life Threatening cases only	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	التشوهات الخلقية للحالات المهددة للحياة
Psychiatric treatment for acute cases	15,000 SAR	15,000 SAR	15,000 SAR	العلاج النفسي للحالات الحادة خلال مدة الوثيقة
Non-acute Psychiatric cases up to four (4) sessions with subscribed medicine. (per person per policy period):	5,000 SAR	5,000 SAR	5,000 SAR	الحالات النفسية الغير حادة 4 جلسات مع الأدوية خلال مدة الوثيقة
Patient isolation inside hospital due to diseases specified by MOH	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	غرف العزل الطبي داخل المستشفى بسبب أمراض تحددها وزارة الصحة
Ambulance: Licensed Ambulance services within city limits	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	الإسعاف: خدمات الإسعاف المرخصة داخل حدود المدينة
Expenses for Acquired Heart Valve Diseases (per person per policy period):	150,000 SAR	150,000 SAR	150,000 SAR	حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة
Expenses for organ donor operation(per person per policy period):	50,000 SAR	50,000 SAR	50,000 SAR	تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع
Expenses for Alzheimer disease(per person per policy period):	15,000 SAR	15,000 SAR	15,000 SAR	حالات الزهايمر
Expenses for Autism(per person per policy period):	50,000 SAR	50,000 SAR	50,000 SAR	حالات التوحد
Expenses for National Program to early detect the handicapped cases for newly born babies only(per newly born baby per policy period):	100,000 SAR	100,000 SAR	100,000 SAR	البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة
Expenses for Handicapped cases(per person per policy period):	100,000 SAR	100,000 SAR	100,000 SAR	حالات الإعاقة

**COMPULSORY COOPERATIVE HEALTH INSURANCE  
SCHEDULE OF BENEFITS AND LIMITS**

التأمين الصحي التعاوني الإلزامي  
جدول الحدود والمنافع

Product /Benefit Class	Class#1	Class#2	Class#3	فئة المنفعة التأمينية
	VIP	B	MB4	
Room & Board for patient's Companion (Only one companion is covered) for patients up to 12 years old or older when Medically needed and justified by the treating physician, subject to max. sub-limit per day:	Covered max. SAR. 150 مغطى بحد أقصى 150 ريال	Covered max. SAR. 150 مغطى بحد أقصى 150 ريال	Covered max. SAR. 150 مغطى بحد أقصى 150 ريال	الإقامة والإعاشة لمرافق المريض: لمرافق واحد فقط لمريض حتى عمر 12 سنة أو وفقاً لحاجة المريض الصحية وبنصيحة الطبيب المعالج وتكون إلى الحد الفرعي لليوم/ الليلة
Expenses for Sleeve surgery for Adults in case of BMI 45 and above	20,000 SAR	20,000 SAR	20,000 SAR	تكاليف تغطية عمليات جراحة معالجة السمنة المفرطة عن طريق (Sleeve) عملية تكميم المعدة فقط في حال تجاوز كتلة الجسم (BMI) 45
Expenses for Milk for children medically needed up to 24 months	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	تكاليف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبياً حتى عمر 24 شهر
Maternity Benefits: Applicable only for "wives of married male employees" and "married Female Employees": This benefit shall cover Pre-natal care, Normal/Caesarean Delivery, Miscarriage /Legal abortion, and Post-natal care	15,000 SAR	15,000 SAR	15,000 SAR	منافع الحمل والولادة بنطبق فقط: على زوجات الموظفين وعلى الموظفات المتزوجات. وتشمل متابعة الحمل والولادة سواء كانت طبيعية أم قيصرية، الإجهاض الشرعي وخدمات متابعة ما بعد الولادة
Maternity Complications	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	مضاعفات الحمل والولادة
Pre-mature newly born babies:	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	حديثي الولادة (المواليد الخدج):
Dental Benefits: (per person per policy period): This benefit shall cover Tooth Extraction simple or surgical, Amalgam/Composite Filling, Root Canal Treatment, Medical Gum Treatment (Scaling & Polishing), X-rays and medication. (Anti Biotic & Pain Killers )	3,000 SAR	2,000 SAR	2,000 SAR	منافع الأسنان: الحد الفرعي للشخص الواحد في السنة التأمينية وتشمل خلع الأسنان البسيط والجراحي، حشوات الأملغم والكمبوزيت، علاج الجذور، الأشعة السينية، علاج اللثة (تلميع وتنظيف)، المضادات الحيوية الأسنان ومسكنات الألم
Optical Benefits: (per person per policy period): This benefit shall cover Frames & Lenses (excluding contact lenses)	1,000 SAR	400 SAR	400 SAR	منافع البصريات والنظارات: الحد الفرعي للشخص الواحد في السنة التأمينية وتشمل إطارات النظارات والعدسات (باستثناء العدسات اللاصقة).
Repatriation of Mortal Remains: Sub-limit per person per policy period	10,000 SAR	10,000 SAR	10,000 SAR	إعادة الجثمان: الحد الفرعي للشخص الواحد في السنة التأمينية
Hearing Aids: (per person per policy period): Malath will directly arrange to provide devices to the member. Cash reimbursement not allowed unless case pre-approved by Malath	6,000 SAR	6,000 SAR	6,000 SAR	سماعات الأذن: تقوم شركة ملاذ بالترتيب مباشرة لتزويد العضو المؤمن عليه بالأجهزة. ولايسمح بالتعويض عن السداد النقدي إلا في حال وجود موافقة مسبقة من ملاذ

**COMPULSORY COOPERATIVE HEALTH INSURANCE  
SCHEDULE OF BENEFITS AND LIMITS**

**التأمين الصحي التعاوني الإلزامي  
جدول الحدود والمنافع**

Product /Benefit Class	Class#1	Class#2	Class#3	فئة المنفعة التأمينية
	VIP	B	MB4	
Physiotherapy (As per CCHI regulation):	Covered مغطى	Covered مغطى	Covered مغطى	العلاج الطبيعي (حسب وثيقة مجلس الضمان الصحي)
Claims administration shall be on Direct Billing Basis at the following Appointed Preferred Provider Network (except for genuine medical emergency cases):	Class VIP Network شبكة فئة VIP	Class B Network شبكة فئة B	Class MB4 Network شبكة فئة MB4	سداد المطالبات يكون بالسداد المباشر للمستشفيات المعتمدة ، ما عدا الحالات الاسعافية بالشبكة الطارئة الواضحة يتم التعويض عنها بالتعويض النقدي للمنتفع

**Special Notes:**

All above stated benefits and limits are for Eligible expenses and subject to Limitations and Exclusions as stated under the CCHI policy wording.	جميع المنافع والحدود الخاصة بها المشار اليها بالجدول السابقة جميعها وفقا للنفقات المستحقة والحدود والاستثناءات المعتمدة بوثيقة مجلس الضمان التعاوني الصحي
Addition of any member during the course of policy period is subject to health declaration. Malath reserves the right to change premium rate for any member based on his Health Declaration submitted at the time of addition.	اضافة اي شخص خلال فترة سريان وثيقة التأمين تخضع لتزويد شركة ملاذ بنموذج افصاح للشخص المراد التأمين عليه شركة ملاذ لها الحق بإعادة تسعير الاضافة تبعا لنموذج الحالة الصحية المرفق
All employees/wives aged above 65 years must complete a Health Declaration form (properly completed and signed and dated). Competitive premium rates will be quoted upon receipt of completed health declaration form on case to case basis.	جميع الموظفين أو الزوجات الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يتوجب عليهم ملء نموذج الحالة الصحية على أن يتم إكمال البيانات المطلوبة مع توقيع العضو والتاريخ. حيث أن الأسعار سيتم وضعها للأعضاء الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة بناء على إستلام نموذج الحالة الصحية كل حالة على حده
Reimbursement of cash claim (for Genuine Emergency cases) incurred Inside or outside KSA 100% subject to network net cost for all classes.	
Reimbursement of cash claim for non-emergency cases excluding Dental and Optical claims incurred In-KSA 80% of network net cost for all classes.	
Reimbursement of any cash claim for non-emergency Dental and Optical Expenses Not Covered for all classes.	

**Contribution Per Person Per Policy Year - قيمة التأمين للفرد الواحد سنويا**

Member age	Class# 1	Class# 2	Class# 3	عمر الفرد
	VIP	B	MB4	
Per Male Employee up to age 65 years	8506.01	3099	897	للموظف إلى عمر 65 سنة
Per Female Unmarried Employee up to age 65 years	8506.01	3099	897	للموظفة الغير متزوجة الى عمر 65 سنة
Per Female Married Employee up to age 65 years			1948	للموظفة المتزوجة الى عمر 65 سنة
Per Male Spouse up to age 65 years	8506.01	3099	897	لزوج الموظفة إلى عمر 65 سنة
Per Female Spouse up to age 65 years			1948	للزوجة إلى عمر 65 سنة
Per Male Child up to age 25 years			897	للأطفال (الذكور) إلى عمر 25 سنة
Per Female Child			897	للأطفال (الإناث)
Per Male Employee age above 65 years (Rates are indicative only)				للموظف الذي تجاوز عمره 65 سنة--سعر ارشادي فقط
Per Female Employee age above 65 years (Rates are indicative only)				للموظفة الذي تجاوز عمرها 65 سنة--سعر ارشادي فقط
Per Male Spouse age above 65 years (Rates are indicative only)				لزوج الموظفة الذي تجاوز عمره 65 سنة--سعر ارشادي فقط
Per Female Spouse age above 65 years (Rates are indicative only)				للزوجة الموظف الذي تجاوز عمرها 65 سنة--سعر ارشادي فقط

**Special Terms & Conditions: البنود والشروط الخاصة**

<p>1) Claims administration shall be on Direct Billing Basis at the respective Appointed Preferred Provider Network (except for genuine medical emergency cases). In case of required medical necessary services not available at the appointed medical providers, Malath will arrange such services at other Provider out of Malath Provider Network regardless of selected provider network by the Policyholder.</p>	<p>(1) يتم إدارة المطالبات بطريقة السداد المباشر لمقدمي الخدمة المعتمدين داخل الشبكة (باستثناء الحالات الطبية الطارئة الحقيقية). وفي حال عدم توفر الخدمات الطبية المطلوبة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين، فإن ملاذ سوف ترتب لمثل هذه الخدمات لدى مزودي خدمة من خارج الشبكة الطبية لدى ملاذ، بغض النظر عن شبكة مزودي الخدمة المحددين من قبل صاحب وثيقة التأمين</p>												
<p>2) Pre-authorization: A) For Medical Emergency Cases: NOT REQUIRED B) For Non-Emergency Cases pre-approval shall be required as follows:</p> <table border="0"> <tr> <td>Class VIP:</td> <td>Exceeding SR. 1,500</td> </tr> <tr> <td>Class B:</td> <td>Exceeding SR. 750</td> </tr> <tr> <td>Class MB4:</td> <td>Exceeding SR. 500</td> </tr> </table> <p>In addition to above approval limits, pre-approval shall be required on following non-emergency cases:</p> <p>Out-patient Services - Non emergency treatment</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anti-natal care 1st visit only.</li> <li>2. Chronic Medication for more than one month up to 3 months.</li> <li>3. Dental Benefit</li> <li>4. Frames &amp; Lenses excluding contact lenses</li> <li>5. Psychiatric Diseases</li> <li>6. Physiotherapy</li> </ol> <p>In-patient services - Non Emergency</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalization for medical treatment</li> <li>2. Hospitalization for surgical treatment</li> <li>3. Day care treatment</li> <li>4. Deliveries and abortions</li> </ol> <p>Note: All approval requests from the Providers are responded by Malath within 60 minutes of receiving the request.</p>	Class VIP:	Exceeding SR. 1,500	Class B:	Exceeding SR. 750	Class MB4:	Exceeding SR. 500	<p>(2) الموافقات التأمينية للحالات الطارئة: لا يشترط الحصول على الموافقة التأمينية للحالات غير الطارئة: يشترط الحصول على موافقة مسبقة من ملاذ للحالات الغير طارئة والتي تزيد تكلفتها عن الحد الموضح أدناه</p> <table border="0"> <tr> <td>الفئة VIP:</td> <td>1,500 ريال</td> </tr> <tr> <td>الفئة B:</td> <td>750 ريال</td> </tr> <tr> <td>الفئة MB4:</td> <td>500 ريال</td> </tr> </table> <p>ايضا يشترط الموافقة على الحالات غير الطارئة التالية:</p> <p>خدمات العيادات الخارجية - علاج الحالات غير الطارئة</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- الزيارة الأولى للحمل</li> <li>2- الأدوية المزمنة لأكثر من شهر واحد وحتى ثلاثة أشهر</li> <li>3- منافع الأسنان</li> <li>4- الإطارات والعدسات باستثناء العدسات اللاصقة</li> <li>5- الأمراض النفسية</li> <li>6- العلاج الطبيعي</li> </ol> <p>خدمات التنويم - غير الطارئة</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- لتلقي العلاج الطبي</li> <li>2- لتلقي العلاج الجراحي</li> <li>3- العلاج والرعاية</li> <li>4- الولادة وعمليات الإجهاض</li> </ol> <p>ملاحظة: جميع طلبات الموافقات من مزودي الخدمة يتم الرد عليها من قبل ملاذ في غضون 60 دقيقة من تلقي الطلب</p>	الفئة VIP:	1,500 ريال	الفئة B:	750 ريال	الفئة MB4:	500 ريال
Class VIP:	Exceeding SR. 1,500												
Class B:	Exceeding SR. 750												
Class MB4:	Exceeding SR. 500												
الفئة VIP:	1,500 ريال												
الفئة B:	750 ريال												
الفئة MB4:	500 ريال												
<p>3) In case if agreed prices increased by any of the Appointed Medical Providers, Malath has the right to replace such Providers with alternative Providers within the same appointed Network.</p>	<p>(3) في حال قيام مزود الخدمة المعتمد لدى ملاذ بزيادة أسعاره، فإن شركة ملاذ لها الحق في إستبدال مزود الخدمة هذا بمزود خدمة بديل من داخل نفس الشبكة الطبية</p>												
<p>4) Non-emergency cash claims incurred Out-of-KSA not covered</p>	<p>(4) مطالبات الحالات غير الطارئة للمؤمن من خارج المملكة العربية السعودية غير مغطاة</p>												
<p>5) In order to be eligible for reimbursement, all eligible cash claims must be submitted to Malath within maximum 60 days from the date of treatment in KSA, along with duly completed Malath Claim Form, attending Doctor's Report, Doctor's prescriptions, detailed medical invoice, diagnostic procedure Reports, Detailed Receipts of Payments and discharge report (for in-patient cases) and any other additional information as required by Malath.</p>	<p>(5) للحصول على التعويض المطلوب يجب تقديم جميع المطالبات النقدية لملاذ في غضون 60 يوماً كحد أقصى من تاريخ العلاج أو من تاريخ الوصول للمملكة، بالإضافة إلى استكمال إستمارة المطالبة الخاصة بملاذ حسب الأصول، والتقارير الطبي، ووصفات الطبيب، وقاتورة طبية مفصلة، وتقارير إجراءات التشخيص، تفصيل للمبالغ المدفوع وتقارير المخالصة بالدفع للعيادات الداخليه، وأي معلومات اضافية يتم طلبها من ملاذ</p>												
<p>6) Malath will settle cash claims maximum within 20 working days from the date of its acknowledgement of receiving completed claim documents.</p>	<p>(6) سوف تقوم شركة ملاذ بتسوية المطالبة في غضون 20 يوم عمل من تاريخ إقرارها باستلامها واكتمال كافة مستندات المطالبة</p>												

<p>7) Only the following members shall be Eligible for enrollment/coverage under the Policy:</p> <p>a) Policyholder's KSA resident, full-time, permanent, actively at work employees who are under the sponsorship and the payroll of the Policyholder.</p> <p>b) Policyholder's Saudi national full-time, permanent, actively at work employees who are under the Payroll of the Policyholder and possess GOSI employment accreditation</p> <p>c) Dependents (spouse, children, others) who are under direct sponsorship of the Eligible Employee and are permanent KSA resident.</p>	<p>7) الأشخاص الذين لهم أحقية الحصول على التغطية التأمينية تحت الوثيقة</p> <p>(أ) المقيمين في السعودية بشكل نظامي وبدوام كامل دائم، والموظفين الذين هم تحت كفالة الشركة أو المؤسسة المراد تأمين موظفيها وتحت كشوف الرواتب لصاحب العمل</p> <p>(ب) الموظفين السعوديين بدوام كامل ودائم والعاملين لصالح الشركة أو المؤسسة المراد تأمين موظفيها وتحت كشوف الرواتب لصاحب العمل ومسجلين في التأمينات</p> <p>(ج) المعالين (الزوجة/الأطفال/الأخرين) للموظفين المؤهلين وبموجب بطاقة العائلة والمقيمين في المملكة بشكل نظامي</p>
<p>8) All Eligible employees/dependents must be reported for coverage under the policy without any selection.</p>	<p>8) جميع الموظفين المؤهلين وذويهم يجب الإفصاح عنهم عند تقديم الطلب للحصول على التغطية التأمينية تحت الوثيقة من دون أي تحديد</p>
<p>9) This scheme shall not cover any/all Other member such as Parents, Brothers/sisters, Shareholders, Domestic Servants/Drivers and any other family member of employee who is not under his/her direct sponsorship.</p>	<p>9) يستثنى من التغطية بموجب هذا العرض الوالدين والأخوان/الأخوات وحاملي الأسهم وعامل الخدمات والساكنين أو أي فرد من أفراد أسرة الموظف من هم تحت كفالته مباشرة فيما عدا الزوجة والأبناء</p>
<p>10) Enrollment under each benefit class is subject to and based on employment category of each employee. The policyholder shall provide Malath with the employment categories eligible for enrollment under each benefit class.</p>	<p>10) يتم إضافة الموظفين وعائلاتهم في برامج التغطية وفقا لدرجاتهم وتصنيفهم الوظيفي، لذا يجب إرسال قائمة بالموظفين وعائلاتهم لشركة ملاذ وفقا للتصنيف الوظيفي لهم لكل فئة تأمينية</p>
<p>11) No change in benefit class for member during the course of policy period. All such changes shall be done at the policy renewal.</p>	<p>11) لا يسمح بتغيير الفئات للمؤمن لهم في فترة سريان الوثيقة، وفي حال أي تغيير فلا يتم الا في حال تجديد الوثيقة فقط</p>
<p>12) The additions of new employees/dependents must be reported with required documents to Malath within maximum 30 days from the date of acquiring such new employee/dependent. The premium for additions of members during the policy period shall be charged on pro-rata basis. The Policyholder should provide copy of Passport or Iqama of new Employee / Dependent to establish his/her date of joining the Company / Family.</p> <p>For addition of New member, the client will be required to provide the following information in Excel format:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benefit Class</li> <li>- Member ID</li> <li>- Relation.</li> <li>- Sponsor ID for Non Saudi.</li> <li>- Member Name</li> <li>- Date of birth</li> <li>- Marital Status: Married or Single</li> </ul>	<p>12) يجب الإبلاغ عن الموظفين/المعالين الجدد مع تقديم كافة المستندات المطلوبة عنهم لشركة ملاذ للتأمين التعاوني في غضون 30 يوما كحد أقصى من تاريخ تسجيلهم لدى المؤمن له وسيتم احتساب قسط الإضافة على أساس متناسبي من قيمة الأشتراك السنوي كما يجب توفير نسخة من جواز السفر أو الإقامة للموظف الجديد أو التابع مع ضرورة تحديد تاريخ انضمامه للشركة/العائلة</p> <p>عند طلب إضافة عضو جديد للوثيقة ينبغي على العميل توفير المعلومات التالية على برنامج الاكسل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- الفئة التأمينية</li> <li>- رقم الإقامة أو بطاقة الأحوال</li> <li>- العلاقة</li> <li>- اسم المؤمن له</li> <li>- تاريخ الميلاد</li> <li>- الحالة الاجتماعية (متزوج/أعزب)</li> <li>- رقم الكفيل لغير السعوديين</li> </ul>
<p>13) Deletions of Employee and/or their dependents must be reported with required documents to Malath by giving 30 days' notice prior to the required deletion date. The refund premium for deletion shall be as per CCHI. The ID card must be returned to Malath along with deletion request with proof that:</p> <p>a) member(s) to be deleted are covered by another insurance policy which has been written by qualified company acceptable to CCHI where the new coverage starts from the day after the cancellation date given to Malath.</p> <p>b) Member leaving KSA on final exit.</p> <p>c) Death of Insured member</p> <p>Malath will not be able to process Credit Notes for refunds due upon deletions of members, until the medical cards for those members have been returned, or Malath have received proof that the member has left KSA in case of final exit. The refund premium for deletion of members shall be calculated on pro-rata basis provided that incurred claims do not exceed 75% of the applicable premium.</p>	<p>13) يجب الإبلاغ عن الحذف للموظف أو لمن يعولهم لشركة ملاذ بإعطاء إشعار 30 يوما قبل تاريخ الحذف، ويتم استرجاع قيمة الإلغاء بحسب ما ينص عليه مجلس الضمان الصحي التعاوني. ولا بد أن يعاد كرت التأمين إلى شركة ملاذ أو إتلاف كرت التأمين وإرفاق صورة منه بعد الإلتلاف. ولا يتم الحذف إلا للحالات التالية</p> <p>(أ) عند إصدار تأمين جديد للمؤمن له لدى شركة تأمين أخرى مؤهلة من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني، بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة لدى شركة ملاذ</p> <p>(ب) عند حصول المؤمن له على تأشيرة خروج نهائي</p> <p>(ج) في حالة وفاة المؤمن له (لا قدر الله)</p> <p>شركة ملاذ لن تكون قادرة على القيام بعملية الحذف للمؤمن عليه مالم تستلم أصل كرت التأمين الخاص بالمؤمن عليه أو ما يثبت بأن كرت التأمين قد أتلّف أو أن العامل خرج خروج نهائي من المملكة. ويتم احتساب المبلغ المعاد للمعمّل على مبدأ النسبة والتناسب ما لم تتجاوز مطالباته 75% من قيمة قسط التأمين المعمول به</p>

14) Maternity cover shall be applicable to Wives of covered employees AND Female Married Employees only.	14) تغطي الوثيقة خدمات الحمل والولادة لزوجات الموظفين أو الموظفات المتزوجات فقط
15) New Born babies shall be covered under mother's policy up to 30 days only from birth date until adding the new born with separate membership from the mother.	15) الأطفال حديثي الولادة يجب تغطيتهم ضمن وثيقة الأم لمدة 30 يوم من تاريخ ميلادهم إلى أن يتم إضافتهم بعضوية منفصلة عن الأم
16) Premium payment Warranty: As per agreed payment schedule stated in Invoice.	16) يتم دفع قسط التأمين وفقا لجدول السداد المتفق عليه في الفاتورة
17) Policy Cancellation subject to CCHI regulations, i.e., premium refund will be on pro-rata basis provided that incurred claims do not exceed 75% of applicable premium.	17) يخضع إلغاء الوثيقة للوائح وشروط مجلس الضمان الصحي التعاوني، ويتم استرجاع المبلغ على أساس ب ما لم تتجاوز مطالباته 75% من قيمة قسط التأمين المعمول به النسبة والتناسب
18) Any claim incurred for deleted member (after member deletion date) AND/OR Expenses incurred by the member(s) that exceeds the benefits limits shall be debited to the policyholder for immediate reimbursement to Malath.	18) عند وجود أي مطالبة مدفوعة و/أو تكاليف تجاوزت حد المنفعة الأقصى لعضو مؤمن له مسبقا لدى شركة ملائح بعد تاريخ حذف عضويته؛ سيتم خصمها من حساب حامل الوثيقة لتعويض شركة بشكل مباشر

Note : Any special condition in addition to above mentioned conditions will be printed separately.

عند وجود منافع إضافية للوثيقة ، ستتم طباعتها بملحق منفصلة

# COOPERATIVE HEALTH INSURANCE POLICY

## وثيقة الضمان الصحي التعاوني

In pursuance of the Co-operative Health Security Scheme promulgated by Royal Decree No. (93) dated 11/3/1435 H, and its Implementing Regulation promulgated by the Minister of Health's Order No (3/18/1R) dated 12/5/1439 H in this respect;

Whereas, the policyholder has submitted a written application to..**Malath Cooperative Insurance Co.**, (hereinafter referred to as the Company), which application shall constitute a basis for this Policy and an indivisible part thereof), for the purpose of taking out the insurance described hereinafter for him and his dependents in the employees and their dependents, whose names are contained in the list attached herewith, and hereinafter referred to as the insured, and has paid the contribution or has agreed to pay the same;

The Company hereby agrees with the policy holder, in accordance with the above, to cover the expenses of providing health care services to the insured hereunder, and to the extent and in the manner specified herein, through the network of service providers nominated by the insurance Company, subject always to the conditions, definitions and limits of the cover which are included in this Policy, and any supplementary addendums (approved by the Co-operative Health Insurance Board) to be agreed upon later.

### Section One: Definitions

For the purposes of this insurance the following work, phrases and expressions shall be interpreted and construed-whenever mentioned in this policy, appendixes or attachments - in accordance with the following definitions:

**"Insurance"**: Proof of insurance coverage under the policy with its schedule, annexes or endorsements.

**Insurance Term**: The period stated in the policy schedule during which the insurance is valid.

**Grace Period**: The number of days during which the policy remains valid in case of non-payment of the total premium shown in the schedule.

**"Inception Date"**: The date stated in the policy schedule on which insurance coverage commences.

**"Effective Date"**: The date chosen by the policyholder and approved by the company to commence coverage of an insured individual under the policy or to add or remove an insured person from the policy.

**"Benefit"**: The costs of providing health services included in the insurance coverage within the limits specified in the policy schedule.

**"Insurance Coverage"**: The basic health benefits available to the beneficiary as specified in the policy.

**"Coverage Limits"**: The maximum amount of the company's liability as specified in the policy schedule with respect to any insured person before applying the deductible.

**"Insurance Parties"**: Policyholders, health insurance companies, TPAs and health service providers.

**"Insurance Company"**: A cooperative insurance company licensed by SAMA to operate in the Kingdom and accredited by the Council to provide cooperative health insurance.

**"Policyholder"**: The natural or corporate person in whose name the policy is issued.

**"The Insured (Beneficiary)"**: The natural person (or persons) covered by the policy.

**"Worker"**: Every natural person employed, managed or supervised by an employer in return for consideration even if not directly supervised by the employer.

تنفيذاً لنظام الضمان الصحي التعاوني المقررة في جلسة رقم (93) بتاريخ 1435/3/11 هـ والمعمّدة بموجب القرار الوزاري رقم (18/3/1ر) بتاريخ 1439/5/12 هـ

ويما أن حامل الوثيقة قد تقدم إلى شركة ملا للتأمين التعاوني بطلب خطي (سيشكل أساساً لهذه الوثيقة وجزءاً لا يتجزأ منها)، بغرض إجراء التأمين الموصوف لاحقاً عليه ومعالجه أو على موظفيه ومعالجهم المدرجة أسماؤهم في القائمة المرفقة بهذه الوثيقة والمشار إليهم فيما بعد بالمؤمن عليهم، وقد سدد الاشتراك أو وافق على تسديده.

فإن الشركة تتفق بموجب ما أُشير إليه بعاليه مع حامل الوثيقة على تغطية نفقات توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة، وإلى المدى وبالطريقة المبينين بها، من خلال شبكة مقدمي الخدمة المعينين من قبل شركة التأمين مع الخضوع في ذلك دوماً لاشتراطات وتعريفات وتحديدات وحدود التغطية التي تشتمل عليها هذه الوثيقة وأية ملاحق إضافية (مقررة من مجلس الضمان الصحي التعاوني) يتفق عليها لاحقاً.

### القسم الأول - التعريفات

لأغراض هذا التأمين فإن الكلمات والعبارات والتعبير التالية سوف تُفسر أينما وردت في الوثيقة أو ملاحقها أو مرفقاتها وفقاً للتعريفات الواردة أعلاه :

"التأمين" : البَيِّنَةُ الدالّة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.

"مدة التأمين" : تعني المدة المبيّنة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.

"مدة سريان المفعول" : عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الاشتراك المبين في جدول الوثيقة.

"تاريخ الابتداء" : التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبتدئ عنده التغطية التأمينية.

"تاريخ النفاذ" : التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه الشركة لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن له في الوثيقة.

"المنفعة" : نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشتملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.

"التغطية التأمينية" : المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة في هذه الوثيقة.

"حدود التغطية" : الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن له وذلك قبل تطبيق نسبة التحمل.

"أطراف العلاقة التأمينية" : حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) ومقدمو الخدمة.

"شركة التأمين" : شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة العربية السعودية من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.

"حامل الوثيقة" : الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.

"المؤمن له (المستفيد)" : هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية لصالحه بموجب الوثيقة.

"العامل" : كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.

"المعال" : الزوج أو الزوجة والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات.

**“Dependent”**: Husband, wife, sons up to the age of twenty five and unmarried daughters

**“Service Provider”**: A health facility (governmental / nongovernmental) licensed to provide health services in the Kingdom in accordance with relevant laws and rules and accredited by the Council, such as: hospitals, diagnostic centers, clinics, pharmacies, laboratories, physiotherapy or radiotherapy centers.

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

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

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

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

**“Licensed Physician”**: A medical practitioner holding an appropriate qualification, licensed to practice medicine by the Saudi Commission for Health Specialties and is accepted by the policyholder and the company to provide treatment for which compensation may be claimed under the policy.

**“Illness”**: A sickness or disease suffered by the insured which necessitates medical treatment by a licensed physician before and during the insurance term.

**“Accident”**: A sudden and unforeseen event occurring in the course of life during the insurance term.

**“Traffic Accident”**: Unintentional collision of a private or public mechanical or electric vehicle, whether a car or bus, with another vehicle, whether stationary or moving, or with a fixed object such as a building, barrier, post, tree or the like or with a pedestrian, on any road or street, leading to bodily injuries ranging from minor to serious injuries and may lead to physical disability, death or partial or total loss of property.

**“Violent External Means”**: Any means resulting in an accident or injury to the insured.

**“Personal Risks”**: Any activity known to involve the risk of exposing a person to an illness or an accident, or is expected to aggravate a prior illness or injury.

**“Emergency”**: The urgent medical treatment necessitated by the medical condition of the insured as a result of an accident or an urgent health condition requiring prompt medical intervention.

**“Outpatient Treatment”**: Visits by the insured to outpatient clinics for diagnosis or treatment.

**“Same-Day Surgery or Treatment”**: Surgery or treatment requiring pre-arrangement for admission to a same-day treatment center without necessitating an overnight stay.

**“Hospitalization”**: Registering an insured individual as an in-patient staying overnight in a hospital following a referral from a competent physician.

**“Allergy”**: The sensitivity of a person to certain types of food, medicine, weather or pollen or any allergens of plants, insects, animals, minerals or other elements or materials causing such person to develop bodily reactions from direct or indirect contact with such materials resulting in conditions like asthma, indigestion, itching, hay fever, eczema or headache.

**“Congenital Deformity”**: The functional, chemical or metabolic defect usually existing before birth, whether hereditary or due to environmental factors as commonly known in the medical community.

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

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

- المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية)
- المستوى الثاني (المستشفيات العامة)
- المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية)
- مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكتملة (مثل/ مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات)

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

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

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

**“الحادث”**: الذي يحدث فجأة وليس من المتوقع في مسار الحياة العامة خلال مدة التأمين. **“حادث السير”**: هو اصطدام غير مقصود وغير مرغوب فيه لعربة، أو مركبة أو ميكانيكية أو كهربائية سواء كانت سيارة أو حافلة، خاصة أو عامة، مع عربة أو مركبة أخرى، في حالة وقوف أو حركة، أو مع جسم ثابت كالبناء أو الحاجز أو العمود أو الشجرة أو ماشابه، أو مع شخص من المشاة، في أي من الطرق أو الشوارع، مما قد يؤدي إلى إصابات جسدية خفيفة الشدة إلى الشديدة الخطورة، وقد تصل لحد الإعاقة الجسدية أو إلى الوفاة أو خسائر مادية جزئية أو كلية في الممتلكات.

**“الوسائط الخارجية العنيفة”**: أي وسائط ينتج عنها حادث أو إصابة للمؤمن له. **“الأخطار الشخصية”**: أي فعل يقوم به الشخص أو أي ممارسة يقوم بها الشخص متعارف على أنها منطوية على مخاطر التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن تحدث مضاعفه لمرض أو إصابة سابقة.

**“الحالة الطارئة”**: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.

**“المعالجة في العيادات الخارجية”**: تردد الشخص المؤمن له على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علّة.

**“جراحة أو معالجة اليوم الواحد”**: الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للدخول في مركز معالجة ليوم واحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي.

**“التنويم في المستشفى”**: تسجيل الشخص المؤمن له كمرضى مُنوّم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي على الأقل بناء على تحويل من طبيب مرخص.

**“الحساسية”**: تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، الدواء، الطقس، غبار الطلع أو أية محدثات أخرى من النباتات، الحشرات، الحيوانات، المعادن، العناصر أو المواد الأخرى، حيث يعاني الفرد ردود فعل ببنية يسببها الاتصال المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكاك، الحمى القشبية، الأكزيما، الصداق.

**“التشوّه الخلقي”**: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي.

**“الحمل والولادة”**: أي حالة حمل و/أو ولادة ويشمل ذلك الولادة الطبيعية والقيصرية والإجهاض.

**"Pregnancy and Delivery"**: Any pregnancy and/or delivery, including natural delivery, caesarean section and abortion.

**"Acute Psychological Disorders"**: Intellectual, mode, cognitive or memory or total or partial mental disorder. Such disorder is deemed acute if it causes malfunction in any two of the following functions:

1. Sound Judgment (sound reasoning, not in terms of right or wrong but in terms of decision making).
2. Human behavior.
3. Sense of reality.
4. Coping with ordinary responsibilities of life.

Diagnosis and treatment of such cases shall be covered during the validity of the policy.

**"Disability Cases"**: A term covering all forms of organ malfunction/dysfunction, limited activity and restricted participation.

**Rehabilitation (Physiotherapy)"**: A complementary part of comprehensive healthcare service and its applications for rehabilitating a person suffering from constant weakness to the highest level of performance in family and social life which, in turn, would enhance the healthcare system as measured by cost-benefit analysis. The policy covers diagnostic and treatment procedures and tests pertaining to rehabilitation cases during the validity of the policy.

**"Premium(Subscription)"**: The amount payable by the policyholder to the insurance company in return for the insurance coverage provided by the policy during the insurance term.

**"Deductible(co-payment)"**: The part paid by the insured upon receiving treatment services in outpatient clinics as provided for, if any, in the policy schedule, excluding emergencies and hospitalization cases.

**"Basis of Direct Billing or Company Billing"**: The nonpayment facility granted to the insured at one or more service providers designated by the company whereby all costs are directly billed to the company.

**"Basis for Compensation"**: The procedure followed to compensate the policyholder for recoverable expenses paid and claimed by the insured after applying the deductible.

**"Recoverable Expenses"**: Actual expenses incurred for services, supplies and equipment not excluded under section three of the policy, attached to this Regulation, provided they are prescribed by a licensed physician as a result of an illness suffered by the insured. Said expenses shall be necessary, reasonable and customary in the relevant time and place.

**"Claim"**: A request presented to the insurance company or representative thereof by a service provider, an insured person or a policyholder to recover the expenses of healthcare services covered by the policy. Claims shall be accompanied by supporting financial and medical documents.

**"Claim Supporting Documents"**: Documents proving the insured's age, nationality and identity, as well as the validity of the insurance coverage, circumstances of the event giving rise to a claim and payment of relevant costs, in addition to other documents such as police reports, invoices, receipts, prescriptions, physician reports, referrals and recommendations and any other documents that may be required by the company.

**"Reimbursement of Expenses Relating to Traffic Accidents"**: A medical claim resulting from a traffic accident to cover a person injured in said accident, whether such person was the cause of the accident or otherwise. If such claimed expenses are recoverable by the injured person (i.e. they are covered under any other insurance plan, scheme or the like), the insurance company that is first notified shall be liable to cover the injured person, provide him with medical treatment and reimburse such expenses, and shall subrogate the insured, injured person, in recourse to third parties to pay their proportionate share of said claim.

**"Reasonable and Customary Medical Expenses"**:

**الحالات النفسية الحادة**: اضطراب في التفكير أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها، يكون هذا الاضطراب شديداً إذا سبب خللاً في أي اثنين من الوظائف التالية:

1. حسن التقدير (تقدير الأمور من حيث حسنها أو سوءها ليس بصحته وخطأه وإنما بطريقة اتخاذ القرار).
  2. السلوك الإنساني.
  3. القدرة على تمييز الواقع.
  4. مواجهة متطلبات الحياة الاعتيادية.
- وتغطي هذه الوثيقة تشخيص وعلاج هذه الحالات خلال مدة الوثيقة.

**"حالات الإعاقة"**: مصطلحاً جامعاً يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال / الخلل العضوي، ومحدودية النشاط والقيود التي تحد من المشاركة.

**"إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)"**: جزء مكمل للرعاية الصحية الشاملة وتطبيقاتها من أجل إعادة الشخص الذي يعاني من ضعف مستمر إلى أفضل مستوى من الأداء في حياته الأسرية والاجتماعية والذي بدوره سيزيد من فاعلية نظام الرعاية الصحية الذي يمكن أن يقاس بالتكلفة وتحليل المنافع، وتغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني إجراءات وفحوصات التشخيص والعلاج لحالات إعادة التأهيل خلال مدة سريان الوثيقة.

**"القسط (الاشتراك)"**: هو المبلغ الواجب الأداء لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.

**"نسبة التحمل (المشاركة في الدفع)"**: هو الجزء الذي يقوم المستفيد بدفعه عند تلقي الخدمة العلاجية عند تلقي الخدمة العلاجية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتتويج.

**"أساس التقيد المباشر أو على حساب الشركة"**: تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعنيين من قبل الشركة حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب الشركة.

**"أساس تعويض البديل"**: الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها المؤمن له ويقدم عنها مطالبته، وذلك بعد تطبيق نسبة التحمل.

**"النفقات القابلة للاستعاضة"**: المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة، غير مستثناة بموجب القسم الثالث من الوثيقة المرفقة بهذه اللائحة، على أن يصفها طبيب مرخص بسبب علة تعرض لها الشخص المؤمن له، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتمدة في الوقت والمكان الذي تمت فيه.

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

**"المستندات المؤيدة للمطالبة"**: جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر المؤمن له وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وما يثبت سداد التكاليف. كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، الفواتير، الإيصالات، الوصفات الطبية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أخرى قد تطلبها الشركة.

**"تعويض النفقات في حادث السير"**: مطالبة طبية ناجمة عن حادث سير لتغطية شخص مصاب نتيجة هذا الحادث وسواء كان هو الضامد أو المصدوم، وإذا كانت نفقات المطالبة هذه قابلة للاستعاضة للشخص المصاب بمعنى أنها مغطاة بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، فإن على شركة التأمين التي تم إبلاغها أولاً مسؤولية تغطية الشخص المصاب ومتابعة علاجه طبياً ومسؤولية تعويض تلك النفقات، وتحل محل المؤمن له أي الشخص المصاب في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

**"المصاريف الطبية المعقولة والمعتمدة"**:

أ- المصاريف الطبية المتفق عليها بين شركة التأمين ومقدم الخدمة التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء المرخصين أو المستشفيات في المملكة والمتعارف عليها في السوق.

- Medical expenses agreed upon by the insurance company and service provider which are in line with fees charged by the majority of licensed physicians or hospitals in the Kingdom and are common in the market.
- The medical expenses which do not differ significantly from what a licensed physician considers acceptable as being usual and customary for a similar illness. Such medical expenses may be claimed under the policy.

**“Costs of Corpse Repatriation to Home Country”:** Costs of preparation and repatriation of a corpse to the home country set forth in the employment contract.

**“Fraud”:** Intentional deceit by an insurance party leading to obtaining benefits, funds or privileges which are excluded or exceed the limits for a person or entity.

**“Abuse”:** Practices by an insurance party that may lead to obtaining benefits or privileges they are not entitled to, but without the intent of deceit, fraud, misrepresentation or distortion of facts in order to obtain such benefit.

**“Misleading”:** Practices by persons or entities that do not fall within the definition of fraud.

**“Endorsement”:** A document issued by the company, upon a written request from the policyholder, on the company’s official forms dated and signed by an authorized employee to establish the validity of any amendment to the policy in a manner that does not affect the basic coverage.

**“Policy Annex”:** An annex is attached to the policy containing instructions and procedures relevant to the application of the policy.

### Section Two - Recoverable Expenses / Benefits

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

**Recoverable expenses shall include:**

#### 1- Health Benefits:

- Expenses of medical examination, diagnosis, treatment and medicine as shown in the policy schedule.
- Expenses of hospitalization, including surgeries, same-day surgeries or treatment and pregnancy and delivery.
- Treatment of dental and gum diseases, including dental cleaning expenses for one time during the policy period within the limits specified in the policy schedule.
- Preventive measures, such as vaccinations including seasonal vaccinations and maternity and child care, in accordance with instructions issued by the Ministry of Health, as provided for in Annexes 1 & 2 attached to the policy.
- Acute and non-acute psychological disorders within the limits specified in the policy schedule.
- Cases of contagious diseases requiring isolation in hospitals as specified by the Ministry of Health.
- Alzheimer cases within the limits specified in the policy schedule.
- Autism cases within the limits specified in the policy schedule.
- Acquired valvular heart diseases within the limits specified in the policy schedule.
- National Newborn Screening Program (NBS) to prevent disabilities, including tests set forth in Annex 3 attached to the policy.
- Early Detection Program for hearing disability and newborns’ severe congenital heart defects.
- Costs of organ harvesting procedures within the limits specified in the policy schedule.
- Disability cases within the limits specified in the policy schedule.
- Expenses for Psoriasis treatment.

ب- المعالجة الطبية التي لا تختلف جنسياً عما يعتبره الطبيب المرخص مقبولاً باعتباره عادياً وطبيعياً بالنسبة لأي علة مماثلة، و تتم المطالبة بالمصاريف الطبية المتعلقة بها بموجب هذه الوثيقة.

**“مصاريف إعادة رفات المتوفى إلى موطنه الأصلي”:** جميع مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

**“الاحتيال”:** قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بالخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.

**“إساءة الاستخدام”:** قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مذكورة للحصول عليها ولكن بدون قصد التليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

**“التضليل”:** حدوث سلوكيات من أشخاص أو جهات ، بحيث لا تقع هذه السلوكيات تحت تعريف الاحتيال.

**“الملحق”:** مستند تصدره الشركة على نموذج رسمي مؤرخ وموقع عليه من موظف مخول بذلك كدليل على صحة أي تعديل في الوثيقة، بحيث لا يمس التغطية الأساسية، بناءً على طلب خطي من حامل الوثيقة.

**“ملحق الوثيقة”:** تم تخصيص ملحق لهذه الوثيقة ويحتوي على التعليمات والإجراءات ذات العلاقة بتطبيق هذه الوثيقة.

### القسم الثاني - النفقات القابلة للاستعاضة بالمنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة سوف تعني المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة، غير مستثناة بموجب القسم الثالث من هذه الوثيقة، على أن يصفها طبيب مرخص بسبب علة تعرض لها المؤمن له ، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتمدة في الوقت والمكان الذي تمت فيه.

وبناءً عليه، سوف تشمل النفقات القابلة للاستعاضة ما يلي :

#### 1- المنافع الصحية

- جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
- جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والولادة.
- معالجة أمراض الأسنان واللثة وتشمل تكاليف تنظيف الأسنان لمرة واحدة خلال مدة الوثيقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة (الواردة في الملحق رقم (1) وملحق رقم (2) المرفقان بهذه الوثيقة).
- الحالات النفسية الحادة وغير الحادة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- الحالات المرضية المعوية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.
- حالات الزهايمر وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- حالات التوحد وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة ويشمل الفحوصات المبينة في ملحق رقم (3) المرفق بهذه الوثيقة.
- تغطية برنامج الفحص المبكر للإعاقة السمعية وبرنامج تشوهات القلب الخلقية الحرجة لجميع المواليد.
- تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- حالات الإعاقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- تكاليف معالجة الصدفية.
- تكاليف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيياً حتى عمر 24 شهر وذلك وفق الضوابط المنظمة لتغطية منفعة حليب الأطفال الواردة في الملحق رقم (5).
- تكاليف تغطية برنامج التحصينات لفيروس التهاب التنفسي المخلوي (RSV) للأطفال وفق جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة الوارد في الملحق رقم (6).

- 15) Expenses for infant Milk Formula medically indicated up to the age of 24 months according to the controls governing infant Milk Formula coverage as mentioned in Annexes (5) attached to the policy.
- 16) Expenses of Respiratory Syncytial Virus (RSV) vaccine program for children as per the schedule of Respiratory Syncytial Virus (RSV) vaccine in accordance with instructions issued by the Ministry of Health, as provided in Annexes (6) attached to the policy.
- 17) Expenses for extreme obesity surgical treatment by Gastric Sleeve surgery only in case of the (BMI) exceeds 45 within the limits specified in the policy schedule.

## 2- Costs of preparation and repatriation of the corpse of an insured individual to the home country specified in the employment contract.

### Section Three - Limitations and Exclusions:

#### A- The policy shall not cover claims arising from:

- 1- Intentional self-inflicted injury.
- 2- illness resulting from abuse of some medicines, stimulants or tranquilizers, or from substance abuse.
- 3- Cosmetic treatment or surgery unless necessitated by a bodily injury not excluded in this section.
- 4- General examinations, inoculations, drugs or preventive measures not required for medical treatment provided for in the policy (excluding preventive measures determined by the Ministry of Health, such as vaccination and maternity and child care.).
- 5- Treatment received by the insured free of charge.
- 6- Recreational therapy, general physical health programs and treatment in social welfare institutions.
- 7- Any illness or injury directly resulting from the insured's profession.
- 8- Medically recognized venereal or sexually transmitted diseases.
- 9- Costs of treatment following diagnosis of HIV or any disease related to HIV, including AIDS and its derivatives, alternatives or other forms.
- 10- Costs related to tooth implant, dentures, fixed or movable bridges or orthodontic treatment, unless resulting from an accident.
- 11- Vision or hearing correction tests and procedures, visual or hearing aids.
- 12- The expenses of the insured's transportation within and between cities of the Kingdom by other than licensed means of transportation.
- 13- Hair loss, baldness or artificial hair.
- 14- Allergy tests of any nature, unless relating to prescribed medicine.
- 15- Equipment, means, drugs and procedures or hormone treatment aimed at regulating reproduction, contraception, fertility, infertility, impotence, secondary sterility, in-vitro fertilization or any other method of artificial fertilization.
- 16- Any congenital weakness or deformity unless it is life threatening.
- 17- Any costs or additional expenses incurred by the insured's companion during hospitalization, except for hospital room and board charges for one companion, such as a mother accompanying a child up to the age of twelve or if medically necessary as assessed by the attending physician.
- 18- Treatment of acne.
- 19- Obesity treatments except for extreme obesity surgical treatment by Gastric Sleeve surgery only in case of the (BMI) exceeds 45 within the limits specified in the policy schedule.
- 20- Organ or marrow transplant, or implant of artificial organs to wholly or partially replace any organ of the body.
- 21- Personal risks set forth in Section One (Definitions) of the Policy.
- 22- Alternative medicine procedures and medications.
- 23- Artificial and prosthetic limbs.
- 24- Natural changes related to menopause, including menstrual disorders.

#### B- The policy shall not cover health benefits or corpse repatriation to home country in claims resulting directly from:

17) تكاليف تغطية عمليات جراحة معالجة السمنة المفرطة عن طريق عملية تكميم المعدة فقط (Sleeve) في حال تجاوز كتلة الجسم 45 (BMI) وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.

2- مصاريف تجهيز و إعادة جثمان المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل .

#### القسم الثالث - التحديات والاستثناءات

أ- هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:

1. الإصابات التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
2. الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
3. الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسدية عرضية غير مستثناة في هذا القسم.
4. الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).
5. المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل.
6. الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية.
7. أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
8. معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبيياً.
9. مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص (فيروس نقص المناعة البشرية) HIV أو العلل ذات الصلة بالـ HIV بما فيها مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى.
10. جميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التثقيب باستثناء تلك التي نتجت عن حادث.
11. اختبارات وعمليات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية
12. مصاريف انتقال الشخص المؤمن له داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير مرخصة.
13. تساقط الشعر أو الصلَع أو الشعر المُستعار.
14. اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بوصف أدوية العلاج.
15. الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.
16. حالات الضعف أو التشوه الخلقي إلا إذا كانت تشكل خطورة على حياة المؤمن له.
17. أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكدها المرافق للمؤمن له أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن له، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حينما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج.
18. معالجة البثور (حب الشباب).
19. أي معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة ما عدا تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمنة المفرطة عن طريق عملية تكميم المعدة فقط (Sleeve) في حال تجاوز كتلة الجسم 45 (BMI) وفق حدود المنفعة في جدول الوثيقة.
20. حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم بشكل كلي أو جزئي.
21. الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة.
22. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
23. الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة
24. التغييرات الطبيعية لسن اليأس للمؤمن لها ويشمل ذلك تغييرات الطمث.

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

1. الحرب، الغزو، أعمال العدو (الأجنبي)، سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن.
2. الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
3. الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.

1. War, invasion, acts by foreign enemy, hostilities (whether the war is declared or not).
2. Ionizing radiations, pollution from radioactivity of any nuclear fuel or waste resulting from the combustion of nuclear fuel.
3. Radioactive, toxic, explosive or other hazardous properties of any nuclear plant or any of its nuclear components.
4. The insured's service or participation in armed forces or police operations.
5. Riots, strike, terrorism or the like
6. Chemical, biological or bacteriological incidents or reactions resulting from work injuries or occupational hazards.

#### Section Four: General Conditions

##### (1) Proof of Validity:

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

##### (2) Records and Reports:

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

##### (3) Eligibility:

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

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

##### (4) Payment of Premiums (Subscriptions):

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

##### (5) Effective Dates of Coverage:

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

##### (6) Addition and Deletion of Insured Persons and Related Premiums:

A. The policyholder must immediately and formally notify the company of all the employees or dependents to be covered by insurance upon commencement of the validity of the policy. Said policyholder may add a beneficiary on proportional basis upon proof of said employee's employment, or request the deletion of a beneficiary in the event said employee transfers to work for another employer.

4. مزاولة الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
5. أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.
6. الحوادث أو التفاعلات الكيميائية أو البيولوجية أو البكتريولوجية، إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.

#### القسم الرابع - الشروط العامة

##### (1) إثبات سريان المفعول:

تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن لهم. ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يُثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف مُخوّل رسمياً من الشركة كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أُثبت ذلك بملحق مُوقّع من موظف مُخوّل رسمياً من الشركة.

##### (2) السجلات والتقارير:

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

##### (3) المؤهلون للتأمين:

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

##### (4) سداد القسط (الاشتراك):

- أ- يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك التأمين المتفق عليه مع الشركة الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن له، وذلك عند ابتداء التغطية التأمينية.
- ب- في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يعطيها الجزء المسدد من الاشتراك، في هذه الحالة تكون الشركة ملزمة بإبلاغ المجلس بذلك.

##### (5) تواريخ نفاذ التغطية:

- أ- **بالنسبة للعاملين:**  
يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للعامل الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، أو من تاريخ الإنضمام إلى الوثيقة بالنسبة للعامل الذي يلتحق بالعمل في وقت لاحق.

##### ب- بالنسبة للمُعاليين:

يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمُعاليين من التاريخ الذي أصبح فيه العامل والمسئول عن إعالتهم مؤمناً له أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة مُعاليين.

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

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

##### (7) انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن لهم :

B. With respect to additions not falling under Paragraph (a) above, new beneficiaries shall be added as of the issuance date of the policy and their coverage shall be deemed effective as of the date of addition.

**(7) Termination of Beneficiaries' Insurance Coverage:**

- a. For workers: coverage of any worker under the policy shall automatically terminate in the following cases:
1. If the policy period ends as defined in the policy schedule.
  2. Upon exhaustion of the maximum benefit limit provided in the policy.
- b. For dependents: coverage under the policy shall automatically terminate in the following cases:
- (1) The dependent no longer qualifies as "dependent" as defined in Paragraph (14) of Section One (Definitions) of the policy.
  - (2) If the policy period ends as specified in the schedule.
  - (3) Upon exhaustion of the maximum benefit limit provided in the policy.
- c. Payment of recoverable expenses in respect of any illness that requires continued hospitalization on the date of termination of coverage shall continue for the period necessary for treatment of such illness provided that such period shall not exceed 365 days from the date of onset of said illness and within the maximum amount of coverage provided for under the policy schedule.
- d. In case the policy is terminated for any reason, the policyholder must immediately return to the company all health insurance cards issued, relating to direct billing of the company by the assigned PPN network. This shall also apply to the termination of any insured's coverage. The policyholder shall be liable to reimburse the company for all medical costs and expenses resulting from his failure to comply with this condition.

**(8) Verification of the Insured's Health Condition:**

- a) The company may have the insured, for whom a claim was submitted for recoverable expenses, examined by an accredited medical facility at the expense of the company for up to two times within a period not exceeding 60 business days following submission of the claim.
- b) The policyholder or the insured shall cooperate with the company and allow all necessary measures that may be reasonably required by and paid for by the company for the purpose of supporting its liabilities, claims or compensations from third parties to which the insured or policyholder is deemed liable. The policyholder or the insured may not waive such rights without the company's explicit or implicit consent.

**(9) Non-Duplication of Benefits:**

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

**(10) Basis of Direct Billing of the Company by the PPN:**

- a. The company shall issue each insured individual a health insurance card entitling him to receive healthcare from the PPN agreed upon with the company without being required to pay the costs of such services other than the deductible specified in the policy schedule.
- b. The service providers, assigned by the company, shall, on a monthly basis, send all invoices relating to medical expenses incurred in accordance with the policy. The company shall assess and process such expenses and advise the policyholder whenever expenses reach the maximum benefit limit.
- c. In case such limit is exceeded and already incurred by the company, the company shall have the right to recover such expenses within a period not exceeding 60 business days from the date of notification of the policyholder.
- d. In case the policyholder defaults in paying such expenses to the company within the specified period, the company may refer the matter to the Council for action.

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

1. إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في جدول الوثيقة.
2. عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة الذي تنص عليه الوثيقة.

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

- (1) فقدان المُعال لصفته التأمينية كُعمال وفقاً لأحكام الفقرة رقم 14 من التعريفات بموجب القسم الأول من الوثيقة.
  - (2) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.
  - (3) عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة المنصوص عليه بموجب هذه الوثيقة.
- (ج) يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار التويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية وذلك للمدة التي تتطلبها العلة شريطة ألا تتجاوز تلك المدة 365 يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت التويم بالمستشفى وفي حدود الحد الأقصى للتغطية الواردة في جدول الوثيقة.

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

**(8) تحقق شركة التأمين من حالة المؤمن له :**

- (أ) يحق للشركة، ويجب أن تُتاح لها الفرصة ، من خلال جهة طبية معتمدة، فحص الشخص المؤمن له الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بحد أقصى مرتان، وذلك خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ تسلم المطالبة.
- (ب) على حامل الوثيقة أو الشخص المؤمن له أن يتعاون ويسمح بالقيام، على نفقة الشركة بالأعمال الضرورية التي تطلبها الشركة في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير ، تثبت مسؤوليته عنها. ولا يجوز له التنازل عن الحقوق المالية الا بموافقة الشركة الصريحة أو الضمنية.

**(9) عدم ازدواجية المنافع**

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

**(10) أساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة:**

- (أ) تصدر الشركة بطاقة تأمين صحي لكل شخص مؤمن له يحق له بموجبها تلقي الخدمة الصحية لدى شبكة مقدمي الخدمة المنفق عليها مع الشركة ودون أن يطلب منه تسديد نفقات تلك الخدمات، فيما عدا مبلغ نسبة التحمل المبيّنة في جدول الوثيقة.
- (ب) يرسل مقدمو الخدمة المعيّنين من الشركة، وعلى أساس شهري ، جميع النفقات الطبية المتكبّدة بموجب الوثيقة. وتقوم الشركة بتقييم تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة القصوى.
- (ج) في حالة تجاوز ذلك الحد وتكون شركة التأمين قد تحمّله بالفعل ، فيحق لها المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن 60 يوم عمل من تاريخ إبلاغ حامل الوثيقة بهذه النفقات .
- (د) في حالة عدم تقييد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف للشركة خلال المدة المحددة يحق للشركة رفع الأمر إلى المجلس لاتخاذ ما يلزم.
- (هـ) للشركة الحق في حنف أو استبدال أي من / أو جميع مقدمي الخدمة المعيّنين لأغراض هذه الوثيقة، خلال مدة سريانها، شريطة التنسيق مع حامل الوثيقة وتعيين بديل عنهم بنفس المستوى.

**(11) نسبة التحمل (المشاركة في الدفع):**

مع عدم الإخلال بالتسهيلات الممنوحة بمقتضى القيد المباشر على حساب الشركة، فإنه لشرط ملزم وإجباري أن يقوم المؤمن له بدفع مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) المحدد في جدول

e. Upon coordination with the policyholder, the company may delete any service provider assigned for purposes of the policy during its validity and appoint substitutes of the same level.

**(11) Deductible (Co-payment):**

Without prejudice to the facility of direct billing of the company, the insured shall pay the deductible, if any, specified in the policy schedule at the healthcare center under the agreement between said healthcare service provider and the company. Any attempt by the insured to withhold payment shall be considered breach of the terms and conditions of the policy whose validity shall be suspended in respect of such insured until the deductible is paid.

**(12) Reimbursement Basis:**

In cases of emergency, the insured may obtain urgent medical treatment in centers other than the PPN agreed upon with the company on reimbursement basis. In such case, the company shall, in accordance with the policy's terms, conditions, limitations and exclusions, compensate the policyholder within a period not exceeding 15 business days for recoverable costs and expenses on the basis of prevailing prices, provided that it provides the company with the supporting documents it requires within 30 business days as of the date of incurring such expenses.

**(13) Cancellation:**

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

- The company shall notify (pursuant to a notice) the General Secretariat and PPN as soon as it receives the relevant notice from the policyholder (employer/insured) regarding cancellation of the policy.
- The employer shall purchase another insurance policy from a qualified company or include the beneficiaries in another insurance coverage scheme approved by the Council. The new coverage shall commence as of the day following the date of cancellation of the previous policy, in case of transfer of employment.
- The employer shall provide the insurance company with proof of the beneficiaries' departure from the Kingdom if one or more workers are to be deleted from the policy.

In such case, the company shall be liable to reimburse the policyholder, within 60 business days from the date of cancellation, for the remaining part of the premium for each insured individual whose claims did not exceed 75% of the annual premium. The recoverable amount shall be calculated on proportional basis: (Refund = annual premium ÷ 365.25 days X number of remaining days).

In case the policyholder defaults in paying the expenses that have exceeded the maximum benefit limit within the period specified in Condition 10 of the General Conditions of the policy and resulting from direct billing of the company, the company shall have the right to withhold refund of recoverable premiums, if any, and use such amounts to compensate for the expenses paid to service providers which should have been paid to the company by the policyholder.

**(14) Approvals :**

The company shall respond to approval requests from service providers to provide health service to beneficiaries within a period not exceeding 60 minutes.

**(15) Gender:**

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

**(16) Notices:**

- All notices or correspondences between the insurance parties shall be formal.
- The company shall notify the policyholder of the dates of renewal or expiry of the policy 30 business days prior to said dates.
- The insured (policyholder) shall notify the company of any changes to contact details thereof or those of his affiliates.

**(17) Compliance with Policy Provisions:**

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

الوثيقة حسب القيمة المنفوعة لدى مركز الخدمة وفق عقد المركز مع شركة التأمين، وأي محاولة من جانب الشخص المؤمن له للامتناع عن الدفع سوف تعتبر إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويطلب مفعولها بالنسبة لهذا الشخص لحين سداد هذا المبلغ.

**(12) أساس تعويض البديل:**

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

**(13) الإلغاء:**

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

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

وفي هذه الحالة الاشتراك ملزمة خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن له لم تتجاوز مطالباته 75% من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي :

(الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ÷ 365.25 يوم الموافقات X الأيام المتبقية )

وفي حالة امتناع حامل الوثيقة عن رد النفقات التي تجاوزت حد المنفعة الأقصى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (10) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة أسلوب التقييد المباشر على حساب الشركة، يحق للشركة الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة (إن وجدت)، واستخدامها للتعويض عن النفقات المنفوعة لمقدمي الخدمة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أدائها للشركة.

**(14) الموافقات :**

يتم الرد على طلب الموافقات من قبل شركة التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة.

**(15) صيغة الجنس :**

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

**(16) الإشعارات :**

- يجب أن تكون جميع الإشعارات أو المخاطبات بين أطراف العلاقة التأمينية بصفة رسمية.
- يجب على شركة التأمين إشعار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء وثيقة التأمين قبل 30 يوم عمل من بلوغ هذا التاريخ.
- المؤمن له ( حامل الوثيقة) ملزم بإشعار شركة التأمين عند تغير أي من بيانات الاتصال الخاصة به والتابعين له.

**(17) التقيد بأحكام الوثيقة:**

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

**(18) الجزاءات:**

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيعليهما أحكام النظام وذلك وفقاً للمادة (14) من النظام.

**(18) Penalties:**

Any disagreement or dispute arising out of or relating to the policy shall be settled in accordance with Section (14) of the Law.

**Policy Appendix**

**ملحق الوثيقة**

This Appendix is an integral part of the policy. It includes the following instructions and guidelines related to the policy's implementation; in addition to all documents which were mentioned in some of the policy's articles:

هذا الملحق جزء لا يتجزأ من هذه الوثيقة ويحتوي على التعليمات والأجراءات ذات العلاقة بتطبيق هذه الوثيقة ويشمل جميع المستندات التي أشير إليها في بعض مواد هذه الوثيقة، كما يلي :

Appendix No. (1): Preventive measures such as vaccinations and ante/post natal care as per the directive set by the MOH.

ملحق رقم (1): الأجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، و رعاية الأمومة و الطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة.

Appendix No. (2): Schedule of vaccinations as set by the MOH.

ملحق رقم (2): جدول التطعيمات الأساسية عن وزارة الصحة.

Appendix No. (3): Schedule of checkups related to the National Program for Newborns for Early Detection of Disability.

ملحق رقم (3): جدول فحوصات البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.

Appendix No. (4): Services provided for Autism patients.

ملحق رقم (4): الخدمات المقدمة لمرضى التوحد.

Appendix No. (5): Controls governing the need of infant Milk formula medically indicated up to the age of 24 months.

ملحق رقم (5): ضوابط الإحتياج لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبياً حتى عمر 24 شهر.

Appendix No. (6): The schedule of Respiratory Syncytial Virus (RSV) vaccine in accordance with instructions issued by the Ministry of Health

ملحق رقم (6): جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخولي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة.

Appendix No. (7): Accredited Minimum Healthcare Providers Network

ملحق رقم (7): شبكة الحد الأدنى لمقدمي الخدمة الصحية المعتمدة.

**Policy Appendix No. (1)**

Preventive measures adopted by the Ministry

**ملحق الوثيقة رقم (1)**

الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة

The basic vaccinations for children, which include:

1. Tuberculosis vaccines, Hepatitis (B) at birth, Quintuple vaccine (DTP, hepatitis (B), Haemophilus influenza), Quadtruple vaccine (DTP, Haemophilus influenza), Polio vaccine, DTP and MMR vaccine, Triple vaccine (DTP), Pneuinococcal Conjugated Vaccine, and any given vaccinations on the schedule, in addition to any other vaccines that are added in the future, according to the results of epidemiological analysis of the disease.
2. Comprehensive national vaccination campaigns or limited campaigns (polio, measles, meningitis, or any other vaccinations determined by the Ministry).
3. The monitoring of the growth and nutrition surveillance of children up to five years of age.
4. Treatment of certain infections and endemic diseases through the taken preventive measures.
5. Follow-up of pregnant mothers, and vaccinations against tetanus for pregnant women and women of childbearing age.
6. Providing deliveries in remote locations or where hospitals are not available.

1. التطعيمات الأساسية للأطفال، والتي تشمل لقاحات الدرن، والالتهاب الكبدي (ب) عند الولادة، اللقاح الخماسي (الثلاثي البكتيري، والالتهاب الكبدي (ب) و المستديمة النزلية) واللقاح الرباعي (الثلاثي البكتيري والمستديمة النزلية) ولقاح شلل الأطفال واللقاح الثلاثي الفيروسي ولقاح الثلاثي البكتيري و تعطى وفق جدول التطعيمات المرفق، بالإضافة إلى أي لقاحات أخرى يتم إدخالها مستقبلاً وفقاً لنتائج التحليل الوبائية للأمراض.
2. حملات التطعيم الوطنية الشاملة أو المحدودة (شلل الأطفال والحصبة، الحمى الشوكية، أو تطعيمات أخرى تقررها الوزارة).
3. التردد التغذوي و متابعة نمو الأطفال حتى عمر خمس سنوات.
4. علاج بعض حالات الامراض المعننية والمتوطنة ضمن الإجراءات الوقائية المتخذة.
5. متابعة الأم الحامل والتطعيم ضد الكزاز للحوامل والنساء في سن الإنجاب.
6. تأمين الولادات في الاماكن البعيدة والتي لا توجد بها مستشفيات.

Policy Appendix No. (2) National Vaccination Schedule adopted by the Ministry of Health		ملحق الوثيقة رقم (2) جدول التطعيمات الصادر عن وزارة الصحة	
Age	Vaccine	التطعيم	العمر
At Birth	*BCG *HepB	*الدرن * الإتهاب الكبدي (ب)	الولادة
2 Months	*IPV *(DTP, HepB)	*شلل الأطفال المعطل *(الثلاثي البكتيري؛ الإتهاب الكبدي (ب)؛ المستدمية النزلية)	شهرين
4 Months	*OPV *(DRP, HepB, Hib)	*شلل الأطفال الفموي *(الثلاثي البكتيري؛ الإتهاب الكبدي (ب)؛ المستدمية النزلية)	4شهور
6 Months	*OPV *(DRP, HepB, Hib)	*شلل الأطفال الفموي *(الثلاثي البكتيري؛ الإتهاب الكبدي (ب)؛ المستدمية النزلية)	6شهور
9 Months	*Measles (mono)	*الحصبة المفرد	9شهور
12 Months	*OPV *MMR *Varicella	*شلل الأطفال الفموي *الثلاثي الفيروسي *الجديري المائي	12 شهر
18 Months	*OPV *(DTP m Hib) *Hepatitis (A)	*شلل الأطفال الفموي *(الثلاثي البكتيري؛ المستدمية النزلية) *الإتهاب الكبدي (أ)	18 شهر
24 Months	*Hepatitis (A)	12 شهر	24 شهر
4-6 Years	*OPV *DTP *MMR *Varicella	*شلل الأطفال الفموي *الثلاثي البكتيري *الثلاثي الفيروسي *الجديري المائي	4-6 سنوات

**Policy Appendix No. (3)**  
National NBS Program Schedule

**ملحق الوثيقة رقم (3)**  
جدول فحوصات البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة

1) Congenital Hypothyroidism - CH	1) مرض قصور الغدة الدرقية
2) Congenital Adrenal Hyperplasia-CAH	2) مرض فرط استنساخ خلايا الغدة الكظرية
3) Phenylketonuria – PKU	3) مرض البيلة الكيتونية الفينولية
4) Maple Syrup Urine Disease - MSUD	4) مرض داء البول القيقبي
5) Propionic Acidemia –PPA	5) مرض حموضة الدم البريونوني
6) Methylmalonic Acidemia – MMA	6) مرض حموضة الدم ميثائل مالونيك
7) 3-Methylcrotonyl-CoA Carboxylase Deficiency -3MCC	7) مرض نقص إنزيم ميثائل كو إي كاريو كسيليز الثلاثي
8) Biotinidase Deficiency	8) مرض نقص فيتامين إتش (هـ)
9) GlutaricAcidemia type -1-GA	9) مرض بيلة حامض الجلوتاريك النوع الأول
10) IsovalericAcidemia – IVA	10) مرض حموضة الدم ايزوفاليريك
11) HMG-Co Lyase Deficiency – HMG	11) مرض نقص إنزيم (إتش أم جي) كو إي ليز
12) Beta-Ketothiolase Deficiency – BKT	12) مرض نقص إنزيم البيتاكيتوثايوليز
13) Arginosuccinase Deficiency – ASL	13) مرض نقص إنزيم أرجينين سكينيت لايز
14) Citrullinemia – ASD	14) سيتروليلنيميا
15) Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency - MCAD	15) مرض إم كاد
16) Very long-chain AcylCoA dehydrogenase deficiency - VLCAD	16) مرض نقص إنزيم في إل كاد
17) Galactosemia – GALT	17) مرض سكر اللبن في الدم

**Policy Appendix No. (4)**  
Services provided to Autism patients

**ملحق الوثيقة رقم (4)**  
الخدمات المقدمة لمرضى التوحد

1) Diagnosis of Autism spectrum disorder	1) تشخيص اضطراب طيف التوحد.
2) Medical diagnostic procedures (MRI, Genetic and Metabolic disorders laboratory investigations, etc.)	2) الإجراءات التشخيصية الطبية (رنين مغناطيسي ، تحاليل جينات وأمراض استقلابية وخلافه).
3) Psychological assessment (IQ test, CARZ, GARZ, ADOS, and VINLAND)	3) التقييم النفسي واختبارات القياس النفسي (النكاء IQ ، مقياس التوحد كارز CARZ و غارز GARZ أيدوس ADOS ، مقياس الكيف البيتي VINLAND).
4) Rehabilitation (Speech, Occupational and Behavioural Therapies)	4) التأهيل الطبي (علاج تخاطب ، وعلاج وظيفي ، وعلاج تعديل سلوك).
5) Early intervention program (for children less than 6 years with a minimum of 3 hours daily , 3 times a week for two years	5) برنامج التدخل المبكر (للأطفال أقل من 6 سنوات بحد أدنى 3 ساعات باليوم ثلاث مرات أسبوعياً لمدة سنتين).
6) Medical and Psychological counseling.	6) الاستشارات الطبية والنفسية.

**Policy Appendix No. (5)**

Controls governing the need of infant Milk formula medically indicated up to the age of 24 months.

**ملحق الوثيقة رقم (5)**

ضوابط الإحتياج لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيياً حتى عمر 24 شهر

In accordance with the Ministers' Council resolution No.(333) dated 09/08/1437H that includes coordination of the Saudi Health Council and the Council of Cooperative Health Insurance to prepare the regulations required for dispensing infant Milk Formula medically indicated up to the age of 24 month infants covered by insurance.

Accordingly, and with coordination with the Health Council, the controls were prepared to cover the expenses of infant Milk Formula medically indicated up to the age of 24 month for insured infants as long as it was prescribed by the treating physician to cover the following conditions:

إستناداً على قرار مجلس الوزراء رقم (333) وتاريخ 9 / 8 / 1437 هـ المتضمن قيام المجلس الصحي السعودي بالتنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني لإعداد ضوابط منظمة لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيياً إلى عمر ( 24 ) شهر المشمولين بالتأمين. عليه فقد تم إعداد الضوابط المنظمة وبالتنسيق مع المجلس الصحي لتغطية تكاليف حليب الأطفال المؤمن لهم المحتاجين إليه طبيياً إلى عمر ( 24 ) شهراً طالما أنها وصفت من خلال الطبيب المعالج على أن تغطي الحالات التالية:

- 1) Metabolic Disorders (1) أمراض التمثيل الغذائي.
- 2) Disorders related to the National Program for Newborns for Early Detection of Disability. (2) أمراض البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.
- 3) Milk protein allergy or Galactosemia (3) حساسية الحليب أو السكر.
- 4) Pediatric Malabsorption Syndromes (4) وجود مشاكل في الإمتصاص.
- 5) Preterm, underdeveloped or Extremely Low Birth Weight for gestational age Infant with higher protein, minerals and calorie requirements in addition to the breast Milk (5) الطفل الخديج وناقص النمو أو ناقص الوزن الشديد للعمر الحمل بحيث يحتاج درجات حرارية أو معززات نمو إضافية لحليب الأم.
- 6) Metabolic Syndrome. (6) الأمراض الإستقلابية.

**Policy Appendix No. (6)**

**RSV Vaccine MOH Schedule**

**ملحق الوثيقة رقم (6)**

**جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخولي المعتمدة (RSV) الصادر عن وزارة الصحة**

تاريخ الزيارة التالية Date Of Next Visit	الختم Stamp	الاسم والتوقيع & Name Signature	التاريخ Date	الجرعات المطلوبة Doses	الجرعة المطلوبة Dose Needed	العمر عند منتصف شهر أكتوبر Age at Middle of October	الأطفال الذين يحتاجون مصل الفيروس التنفسي المخولي Babies Eligible For RSV Prophylaxis
				الجرعة الأولى First Dose	جرعة المصل المضاد لمرض الفيروس التنفسي المخولي تغطي لمدة 28 يوماً من منتصف شهر أكتوبر إلى منتصف شهر مارس Dose of RSV Prophylaxis Every 28 Days for 5 Months Starting October Middle of until Middle of March	> أقل من سنة Years of age 1	الطفل المولود أقل من ( 29 ) أسابيع حملي weeks gestional age 29 > Baby born
			الجرعة الثانية Second Dose	> أقل من سنة Years of age 1		الطفل الخديج الذي يعاني من مرض الرئة المزمن Preterm infants with BPD	
			الجرعة الثالثة Third Dose	> أقل من سنتين Years of age 2		الطفل الذي يعاني من اعتلال الرئتين أو الجهاز العصبي ولا يستطيع التخلص من البلغم أو يعاني نقص المناعة الشديد Children with pulmonary abnormality or the neuromuscular disease that impairs ability to clear secretions from the upper severely airways and infants who are immunocompromised	
			الجرعة الرابعة Fourth Dose	> أقل من سنة Years of age 1		الطفل الذي يعاني من أمراض القلب الخلقية Infants with certain haemodynamically significant heart diseases	
			الجرعة الخامسة Fifth Dose				

**Policy Appendix No. (7)**  
Minimum Healthcare Providers Network

**ملحق الوثيقة رقم (7)**  
الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة الصحية

(Please refer to attached network list)

(يرجى الرجوع لقائمة الشبكة المرفقة مع ملف وثيقة)

I declare that I have read and received the policy wording and the schedule including all appendix, I understood and agreed to the terms, condition and exclusions

أقر بالإطلاع والاستلام لوثيقة التأمين وجدول الوثيقة وكافة ملحقاتها ، مع فهم والموافقة على كافة الشروط والأحكام والإستثناءات

Issued in RIYADH - SAUDI ARABIA on:

صدر في مدينة الرياض - المملكة العربية السعودية في يوم

**For the Company**  
عن الشركة

**For the Policyholder**  
عن حامل الوثيقة



**Signed and Stamped**  
التوقيع والختم

**Signed and Stamped**  
التوقيع والختم

