

Medical Insurance Policy

RAKEZ MEDICAL INSURANCE POLICY	وثيقة التأمين الصحي راكيز
for	إلى
Issued by	صادرة عن
RAKINSURANCE	شركة راك للتأمين
P.O. Box 506, RAK UAE	ص.ب 506، رأس الخيمة، الإمارات العربية المتحدة
Medical Department	القسم الطبي
Declaration of Acceptance of this Contract	إقرار قبول بهذا العقد
This Contract is issued in consideration of the application for this policy by the Employer (hereinafter called the Contract holder). Application form along with declaration, any statement, email, report or other documents shall be the basis of this Contract and shall be deemed to be incorporated herein and forming an integral part of this Contract that the Contract holder has applied for, to RAS AL KHAIMAH NATIONAL INSURANCE COMPANY (PSC) and has paid or agreed to pay the premium as consideration for such insurance to RAS AL KHAIMAH NATIONAL INSURANCE COMPANY (PSC) (hereinafter called the "Insurer" or "RAKINSURANCE"). Now this Policy witnesses that in respect to the agreed insurance conditions occurring during the Period of Insurance within the Territorial Limits stated in the Schedule of Benefits and subject to Schedule of Benefits, Exclusions, Special Terms and Conditions, Contract Definitions, General terms and conditions and Beneficiary User's Guide contained herein, endorsed or attached hereto or otherwise expressed hereon - the Insurer shall pay the agreed Benefits to Contract holder or the Insured Member, as the case may be, up to but not exceeding the amounts specified in the Schedule of Benefits against the Medical Expenses incurred by the Contract holder for the treatment of his Insured Employees and their Insured Dependents in the manner described	نُظم هذا العقد وفقاً لاستمارة طلب التأمين المقدمة من قبل صاحب العمل (المشار إليه في ما يلي بحامل العقد) ويتألف هذا العقد من الاستمارة والإقرار وأي بيان أو بريد إلكتروني أو تقرير أو أي مستندات أخرى تقدّم بها حامل العقد إلى شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين ش.م.ع والتي تشكل جزءاً لا يتجزأ من العقد، وقد دفع أو وافق على دفع القسط لقاء هذا التأمين إلى شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين ش.م.ع (المشار إليها في ما يلي بشركة التأمين أو "راك للتأمين"). ونصّت هذه الوثيقة على أن تدفع شركة التأمين المنافع المتفق عليها إلى حامل العقد أو العضو المؤمن له، كما تقتضي الحالة، وضمن مبلغ لا يتخطى ذاك المذكور في جدول المنافع لقاء النفقات الطبية التي يتكبدها حامل العقد جزاء علاج أحد الموظفين والمعالين على النحو المذكور أدناه، وذلك في ما يتعلق بحالات التأمين المتفق عليها والتي تطرأ خلال فترة التأمين ضمن الحدود الإقليمية المذكورة في جدول المنافع ومع مراعاة جدول المنافع والإستثناءات والشروط والأحكام الخاصة وبموجب دليل المستفيد الوارد في هذه الوثيقة والمصادق عليه أو الملحق بها، أو المعبر عنه صراحة.

hereafter.	
This Contract commences at 00.00 hours on	يبدأ هذا العقد في تمام الساعة 00:00 بتاريخ
and ends at 24.00 hours on	وينتهي عند الساعة 24:00 بتاريخ
Signed and stamped on behalf of	وَقَّعَ وَخَتَمَ بالنيابة عن
RAS AL KHAIMAH NATIONAL INSURANCE COMPANY (PSC)	شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين (ش.م.ع.)
I/We hereby declare that I/we have read, understood and fully accepted and approved all terms, conditions, exclusions and limitations stated in this Contract and agree to be bound by them	أنا / نحن نصرِّح بأنني/ بأننا قرأنا وفهمنا فهما مطلقاً ووافقنا على الشروط والأحكام والإستثناءات والحدود المذكورة في هذا العقد ونلتزم بالامتثال لهم.
Signed and stamped on behalf of Contract Holder	وَقَّعَ وَخَتَمَ بالنيابة عن حامل العقد
Shortfall Undertaking	العجز في التعهّد (تدابير /تحمل العجز)
I/We [POLICYHOLDER'S NAME] hereby irrevocably agree and undertake to fully reimburse RAK National insurance Company PSC (the Insurer) for all costs, expenses, fees paid by the Insurer or the TPA to the medical providers in respect of the Medical Expenses Insurance Contract (the plan) and which exceed the limits stated in the Plan.	نوافق بموجبه بشكل لا [اسم حامل الوثيقة] أنا / نحن رجوع عنه ونتعهّد بالدفع لشركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين (ش.م.ع.) (شركة التأمين) كافة النفقات والتكاليف والرسوم التي دفعتها شركة التأمين أو شركة إدارة المطالبات الطبية للمزودين الطبيين فيما يتعلّق بعقد التأمين الخاص بالنفقات الطبية (المخطّط) والذي يتخطّى الحدّ المذكور في المخطّط
The above-mentioned reimbursement shall be processed maximum within 30 days from the date of receipt of the notification issued by the Insurer in this respect.	تتمّ تسوية الدفع المذكور أعلاه خلال فترة أقصاها 30 يوما من تاريخ تلقّي الإخطار الذي أصدرته شركة التأمين بهذا الصّدّد
THE INSURER	شركة التأمين
THE CONTRACT HOLDER	حامل العقد
A. PREMIUM PAYMENT SCHEDULE	جدول دفع قسط التأمين أ.
Address	العنوان
A/C no. (Account No.)	رقم الحساب
Document type: Policy Renewal	نوع المستند: تجديد الوثيقة
Payment Terms	شروط الدّفع
Document: Invoice	المستند: فاتورة
Percentage	النسبة المئوية
Due Date	تاريخ الاستحقاق
Due Amount	المبلغ المستحق
B. LIST OF MEMBERS	قائمة الأعضاء ب.

Category: Individuals	الفئات: الأفراد
C. SPECIAL TERMS AND CONDITIONS	الشروط والأحكام الخاصة بـ
1. Quoted premium is payable annually and in advance against the delivery of cards.	1. يدفع القسط المنفق عليه سنوياً ومسبقاً لقاء تسليم البطاقات.
2. Quoted terms are valid for 30 days from the date of quotation.	2. تكون الشروط المتفق عليها صالحة لمدة ثلاثين يوماً من تاريخ عرض السعر.
3. The quote assumes coverage is compulsory for all active at work, permanent employees residing in UAE on valid Residence permit. No voluntary selection.	3. يشمل عرض السعر تغطية إلزامية لكل الناشطين في العمل والموظفين الدائمين الذين يقطنون دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب إذن إقامة ساري المفعول. وتجدر الإشارة إلى أنه ليس اختياري.
4. If Policy holder has opted to add dependents for certain category. All dependents in the category residing in UAE on valid Residence permit should be enrolled without exception in this contract from inception. No voluntary selection.	4. إذا اختار حامل الوثيقة إضافة المعالين ضمن فئة معينة، يجب إدراج ضمن الفئة المعينة كافة المعالين الذين يعيشون في الإمارات العربية المتحدة بإذن إقامة ساري المفعول ومن دون أي استثناء منذ تاريخ بداية هذا العقد. وتجدر الإشارة إلى أنه ليس اختياري.
5. The scheme being offered doesn't apply to the UAE nationals eligible for Thiqa scheme.	5. لا ينطبق البرنامج المقدم على مواطني دولة الإمارات العربية المتحدة المؤهلين للحصول على برنامج "ثقة".
6. Medical cover shall automatically cease for deceased and terminated employees along with the dependents of the employee being deleted.	6. تتوقف التغطية الطبية مباشرة للموظفين المتوفين وأولئك المنتهية خدمتهم، بالإضافة إلى معالي الموظف الذي جرى حذفه.
7. Enrolment of new employee or dependent shall be restricted to the following within 30 days of eligibility: - New employees – Official date of employment with passport and visa copies to be submitted - New spouse – Date of marriage or date of entry in UAE (whichever is later) with passport and visa copies to be submitted - Newborn child – date of birth or date of entry in UAE (whichever is later) with passport and visa copies to be submitted	7. يقتصر إدراج الموظف الجديد أو المعال على المذكور أدناه وذلك ضمن فترة أهلية أقصاها 30 يوماً: - بالنسبة للموظفين الجدد: التاريخ الرسمي للعمل مع نسخة عن جواز السفر وتأشيرة الدخول. - بالنسبة إلى الزوجة الجديدة: تاريخ الزواج أو تاريخ الدخول إلى الإمارات العربية المتحدة (أيهما أحدث) مع نسخة عن جواز السفر وتأشيرة الدخول. - بالنسبة إلى الطفل حديث الولادة: تاريخ الولادة أو تاريخ الدخول إلى الإمارات العربية المتحدة (أيهما أحدث) مع نسخة عن جواز السفر وتأشيرة الدخول.
8. The effective date of addition/deletion	8. يكون التاريخ الفعلي لطلب الإضافة أو الحذف

request shall be the email date or the acknowledged letter request date. All additions/ deletions should be reported as soon as possible but not exceeding 30 days for Non-Dubai Health Authority compliant policies.	وفقا لتاريخ البريد الإلكتروني أو تاريخ الطلب المرسل والمصرح بذلك. ويجب التبليغ عن كافة الإضافات أو الحذوفات في أبكر وقت ممكن قبل أن يتخطى مدة 30 يوما للسياسات غير المتوافقة مع هيئة الصحة بدبي.
9. Premium refund on deletion of insured members is not applicable	9. لا ينطبق استرداد القسط عند حذف الأعضاء المؤمنين من التغطية التأمينية.
10. Claims paid by RAKINSURANCE to medical providers for uncovered services / members related to the group policy in concern such as excess of limits or service availed by the member following his cancellation shall be debited to the policy holder. Policy holder hereby confirms to pay such amounts within 30 days from notice.	10. إن المطالبات التي تدفعها شركة راك للتأمين إلى مزودي الخدمة الطبية (مستشفيات أو عيادات) وذلك مقابل الخدمات التي يتم تقديمها إلى حامل الوثيقة كدفع الخدمات التي لا تشملها التغطية، الذين يستخدمون بطاقاتهم الصحية بعد حذفهم من وثيقة التأمين أو في حالات تجاوز حدود الأسعار المنصوص عليها في الوثيقة، هذه المبالغ سيتم تحميلها على حساب حامل الوثيقة وهنا يؤكد هذا الأخير على دفع هذه المبالغ خلال فترة 30 يوما من الاخطار.
11. The company reserves its rights to amend terms, rates and conditions in case of risk findings reveals misrepresented or undisclosed material facts that could affect the decision of the underwriter.	11. تحتفظ الشركة بحقوقها في تعديل الأحكام والأسعار والشروط في حال أدت الاستنتاجات التي تم التوصل إليها عن المخاطر إلى بروز حقائق مادية مضللة أو غير معلنة من شأنها التأثير في قرار مكتب التأمين.
12. Diagnostic test MRI, CT and Endoscopies are subject to pre-approval.	12. تخضع الفحوصات التشخيصية كأشعة الرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية والتنظير الداخلي إلى الموافقة المسبقة.
13. Claim submission within 45 day for Elite and Enhanced Plans and 30 days for Essential Plan.	13. يجب تقديم المطالبات خلال 45 يوما لخطط النخبة والمحسنة و 30 يوما للخطة الأساسية.
14. Quoted Network is subject to periodical revision.	14. تخضع تسعيرة الشبكة الصحية لمراجعة دورية.
15. Change in benefits may only take place at renewal of the policy.	15. قد يحدث تغيير في المنافع لدى تجديد الوثيقة فقط.
16. The company reserves the right to vary the premium rates, if there is change in the total number of insured members above or below 15% during the policy year.	16. تحتفظ الشركة بحق تغيير قيمة الأقساط، إذا كان هناك تغيير في المجموع الكلي للأفراد للأعضاء المؤمن بنسبة أعلى أو أدنى من 15 بالمئة خلال عام الوثيقة.
17. This proposal is based on the information given by the policy holder. Any change in	17. استند هذا العرض إلى المعلومات المقدمة من حامل الوثيقة، وقد يؤدي أي تغيير في العدد،

the number, age, sex, nationality, benefits or category of the persons to be insured or the scope of coverage will result in recalculation of the premium rates and benefits.	السن، الجنس، الجنسية، المنافع أو فئات الأفراد المؤمن عليهم أو نطاق التغطية إلى عملية إعادة احتساب قيمة الأقساط والمنافع على حد سواء.
18. 18 years and over but below 25 years of age, having the same permanent residence under employee, and who are full time students at an accredited college or university, such children shall be dependent upon the employee for support, and registered as dependents of the employee in the records of the policyholder.	18. يسجل بصفة مُعال من قبل الموظف في سجلات حامل الوثيقة كل من يبلغ من العمر 18 عاما وأكثر ودون الـ 25 عاما ويسكن بشكل دائم مع الموظف وهو متفرغ بدوام كامل للدراسة في جامعة أو كلية معترف بها، ويستند إلى دعم الموظف.
19. Members above 60 years of age would have to complete individual enrolment form, they can be considered for coverage subject to individual underwriting on special rates to be agreed on.	19. يتعين على الأعضاء الذين تخطوا الـ 60 عاما من العمر استكمال استمارة التسجيل الفردية، ويمكن اعتبارهم خاضعين للتأمين الفردي وفقا لأسعار خاصة يتم الاتفاق عليها.
20. Quoted terms are subject to company being informed of any major chronic condition or major illness or any condition diagnosed to develop into major condition at inception of the policy and at addition of a member. Failure to disclose such material facts will lead to the termination of this policy by the Insurer from inception and, therefore, all claims relate to this Policy will be rejected including claims not related to the non disclosed material fact.	20. تخضع الشروط المذكورة إلى إبلاغ الشركة بأي حالة مزمنة حرجية أو مرض رئيسي أو أي حالة مشخصة بأنها قد تتدهور، وذلك عند بدء الوثيقة ولدى إضافة أي عضو. عدم الإفصاح عن هذه الحقائق المادية يؤدي إلى فسخ هذه الوثيقة من تاريخ بدء سريانها و بالتالي رفض كافة مطالبات التعويض حتي وإن كانت غير ذي علاقة بالحالة التي لم يتم الإفصاح عنها.
21. All benefits are inclusive of co-insurance (if co-insurance applicable).	21. يشمل مبدأ المشاركة في الدفع كافة المنافع الواردة بهذه الوثيقة (في حال كانت منطبقة)
22. Arab countries (if mentioned) in the quote include: Algeria, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iraq, Jordan, Kingdom of Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, Libya, Mauritania, Morocco, Oman, Palestine, Qatar, Somalia, Sudan, Syria, Tunisia, Yemen.	22. البلدان العربية (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: الجزائر، البحرين، دجيبوتي، مصر، العراق، الأردن، المملكة العربية السعودية، الكويت، لبنان، ليبيا، موريتانيا، المغرب، عمان، فلسطين، قطر، الصومال، السودان، سوريا، تونس، اليمن.
23. South East Asia Countries (if mentioned) in the quote include: Cambodia, Laos, Myanmar, Thailand, Vietnam, Malaysia, Indonesia, Philippines, Brunei, Singapore, East Timor, Bangladesh, Bhutan, India,	23. بلدان جنوب شرق آسيا (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: كمبوديا، لاوس، ميانمار، تايلندا، فيتنام، ماليزيا، اندونيسيا، الفلبين، بروناي، سنغافورة، تيمور الشرقية، بنغلادش، مملكة بوتان، الهند، جزر المالديف، باكستان، النيبال،

Maldives, Pakistan, Nepal, Sri Lanka.	سريلانكا.
24. Indian Subcontinent countries (if mentioned) in the quote include: India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Maldives, Bhutan, Sri Lanka, Philippines	24. شبه القارة الهندية (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: الهند، باكستان، بنغلادش، النيبال، جزر المالديف، بوتان، سريلانكا، الفلبين.
25. Middle East countries (if mentioned) in the quote include: Egypt, Iran, Turkey, Iraq, Kingdom of Saudi Arabia, Yemen, Syria, UAE, Israel, Jordan, Palestine, Lebanon, Oman, Kuwait, Qatar, Bahrain, Cyprus.	25. بلدان الشرق الأوسط (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: مصر، إيران، تركيا، العراق، المملكة العربية السعودية، اليمن، سوريا، الإمارات العربية المتحدة، إسرائيل، الأردن، فلسطين، لبنان، عمان، الكويت، قطر، البحرين، قبرص.
26. Europe (if mentioned) in the quote include: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia & Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Kosovo, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macedonia, Malta, Moldova, Monaco, Montenegro, The Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russia, San Marino, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, Ukraine, United Kingdom, Vatican City (Holy See).	26. أوروبا (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: ألبانيا، أندورا، أرمينيا، النمسا، أذربيجان، بيلاروسيا، بلجيكا، البوسنة والهرسك، بلغاريا، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمارك، إستونيا، فنلندا، فرنسا، جورجيا، ألمانيا، اليونان، هنغاريا، إيسلندا، إيرلندا، إيطاليا، كوسوفو، لاتفيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورغ، مقدونيا، مالطا، مالدوفا، موناكو، مونتينيغرو، هولندا، النرويج، بولندا، البرتغال، رومانيا، روسيا، سان مارينو، صربيا، سلوفاكيا، سلوفينيا، اسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، أوكرانيا، المملكة المتحدة، مدينة الفاتيكان.
27. GCC (if mentioned) in the quote include: UAE, Bahrain, Kuwait, Qatar, Oman and Kingdom of Saudi Arabia.	27. بلدان مجلس التعاون الخليجي (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: الإمارات العربية المتحدة، البحرين، الكويت، قطر، عمان والمملكة العربية السعودية.
28. Middle East & North Africa (if mentioned) in the quote include: UAE, Lebanon, Kuwait, Syria, Kingdom of Saud Arabia, Qatar, Algeria, Bahrain, Egypt, Iraq, Jordan, Libya, Morocco, Oman, Tunisia and Yemen.	28. بلدان الشرق الأوسط و شمالي إفريقيا (إن ذكرت) في عرض السعر تتضمن: الإمارات العربية المتحدة، لبنان، الكويت، سوريا، المملكة العربية السعودية، قطر، الجزائر، البحرين، مصر، العراق، الأردن، ليبيا، المغرب، عمان، تونس و اليمن.
29. Extended Territory if offered is covered only for medical necessitated emergency while insured member is travelling (vacation/	29. إذا تم عرض النطاق الجغرافي الموسع، ستشمله التغطية فقط في الحالات الطبية الطارئة إذا كان

business trip) subject to maximum period of 90 days in a policy year.	العضو مسافرا) في رحلة عمل أو إجازة) لغاية 90 يوما كحد أقصى خلال عام الوثيقة.
30. Notwithstanding any cancellation provision contained within the policy, in the event that an instalment of premium is not paid by its due date insurers shall have the right to terminate the cover afforded by the policy to the insured and other party (ies) protected thereby, whether by endorsement or otherwise, by giving of not less than thirty (30) days' notice in writing to the client or the appointed broker. Notice shall be deemed to commence from the date such notice is given by the insurers.	30. بغض النظر عن أي حكم إلغاء وارد في هذه الوثيقة، فإنه في حال لم يتم دفع قسط من أقساط التأمين في الموعد المحدد، يحق لشركة التأمين إنهاء التغطية التي توفرها الوثيقة للمؤمن له ولأي طرف (أطراف) آخر، سواء عبر ملحق أو بواسطة إخطار خطي لا تتجاوز مدته ثلاثين يوما يرسل إلى العميل أو الوسيط المعين، ويبدأ سريان مفعول هذا الإخطار من اليوم الذي أرسلته شركة التأمين.
31. Change of category is not allowed during the policy period unless the member's internal status has changed in the company like promotion or salary change. Any such change would need supporting documents like promotion letter, change in contract etc.	31. لا يسمح بإجراء أي تغيير في الفئات خلال فترة سريان الوثيقة إلا في حال تم تعديل الوضع الوظيفي للعضو داخل الشركة كالترقية أو تغيير في الراتب. يحتاج أي تغيير إلى تقديم المستندات الداعمة كخطاب الترقية أو التغيير في العقد، إلخ.
32. The policy may be terminated at any time at the request of the policyholder, in which case the company shall be entitled to retain the premium.	32. يمكن إنهاء الوثيقة في أي وقت بطلب من حامل الوثيقة، فيجوز للشركة الاحتفاظ بالقسط المستحق في هذه الحالة.

Excluded healthcare services.	خدمات الرعاية الصحية المستثناة.
1. Healthcare Services which are not medically necessary	1. خدمات الرعاية الصحية، والتي ليست ضرورية طبياً.
2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments.	2. جميع النفقات المتعلقة بعلاج الأسنان وتركيبات الأسنان وعلاجات تقويم الأسنان.
3. Care for the sake of travelling.	3. الرعاية من أجل السفر.
4. Custodial care including	4. تشمل الرعاية الوصائية ما يلي:
(1) Non-medical treatment services;	(1) خدمات العلاج غير الطبية؛
(2) Health-related services which do not seek to improve or which do not result in a change in the medical condition of the patient.	(2) الخدمات المتعلقة بالصحة التي لا تسعى إلى تحسين أو التي لا تؤدي إلى تغيير في الحالة الطبية للمريض.
5. Services that do not require continuous administration by specialized medical personnel.	5. الخدمات التي لا تتطلب توجيه مستمر من طاقم طبي متخصص.
6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies).	6. وسائل الراحة الشخصية والترفيه (التلفزيون، أو خدمة الحلاقة أو التجميل، أو خدمة الضيوف والخدمات واللوازم العرضية المماثلة).
7. All cosmetic healthcare services and services associated with replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which are related to an Injury, sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body and breast reconstruction following a mastectomy for cancer are covered.	7. جميع خدمات الرعاية الصحية التجميلية والخدمات المرتبطة باستبدال غرسة الثدي الموجودة. تغطية العمليات التجميلية المتعلقة بالإصابة أو المرض أو الشذوذ الخلقي عندما يكون الغرض الأساسي هو تحسين الأداء الفسيولوجي للجزء المصاب من الجسم وإعادة بناء الثدي بعد استئصاله لإصابته بالسرطان.
8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.	8. العلاج الجراحي وغير الجراحي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية)، وأي برامج أو خدمات أو لوازم أخرى للتحكم في الوزن.
9. Medical services utilized for the sake of research, medically non-approved	9. الخدمات الطبية المستخدمة من أجل البحث والتجارب غير المعتمدة طبياً والتحققات وأنظمة إنقاص الوزن الدوائية.

experiments, investigations, and pharmacological weight reduction regimens.	
10. Healthcare Services that are not performed by Authorized Healthcare Service Providers.	10. خدمات الرعاية الصحية التي لا يوفرها مقدمو خدمات الرعاية الصحية المعتمدون.
11. Healthcare services and associated expenses for the treatment of alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs.	11. خدمات الرعاية الصحية والنفقات المرتبطة بها لعلاج الصلع أو تساقط الشعر أو قشرة الرأس أو الشعر المستعار.
12. Health services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.	12. الخدمات والمستلزمات الصحية لبرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.
13. Treatment and services for contraception	13. العلاج والخدمات لمنع الحمل
14. Treatment and services for sex transformation, sterilization or intended to correct a state of sterility or infertility or sexual dysfunction. Sterilization is allowed only if medically indicated and if allowed under the Law.	14. العلاج والخدمات الخاصة بالتحول الجنسي أو التعقيم أو التي تهدف إلى تصحيح حالة العقم أو عدم الخصوبة أو العجز الجنسي. لا يُسمح بالتعقيم إلا إذا أُشير إليه طبيًا وإذا كان ذلك مسموحًا به بموجب القانون.
15. External prosthetic devices and medical equipment.	15. الأجهزة التعويضية الخارجية والمعدات الطبية.
16. Treatments and services arising as a result of professional sports activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any other professional sports activities.	16. العلاجات والخدمات الناشئة عن الأنشطة الرياضية الاحترافية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، أي شكل من أشكال الطيران الجوي، وأي نوع من سباقات المركبات الكهربائية، والرياضات المائية، وأنشطة ركوب الخيل، وأنشطة تسلق الجبال، والرياضات العنيفة مثل الجودو والملاكمة والمصارعة والقفز بالحبلة وأي أنشطة رياضية مهنية أخرى.
17. Growth hormone therapy unless medically necessary	17. علاج هرمون النمو ما لم يكن ذلك ضروريا من الناحية الطبية
18. Costs associated with hearing tests, prosthetic devices or hearing and vision aids.	18. التكاليف المرتبطة باختبارات السمع أو الأجهزة التعويضية أو أجهزة السمع والرؤية.
19. Mental Health diseases, both outpatient and in-patient treatments, unless it is an emergency condition	19. أمراض الصحة النفسية، سواء في العيادات الخارجية أو داخل المستشفى، ما لم تكن حالة طارئة
20. Patient treatment supplies (including for example: elastic stockings, ace bandages,	20- مستلزمات علاج المرضى (بما في ذلك على سبيل المثال: الجوارب المرنة، وضمادات الوجه، والشاش، والمحاقن،

gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescription drugs and treatments,) excluding supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency.	وأشرطة اختبار السكري، والمنتجات المماثلة؛ والأدوية والعلاجات غير الموصوفة) باستثناء اللوازم المطلوبة نتيجة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة أثناء الطوارئ الطبية.
21. Allergy testing and desensitization (except testing for allergy towards medications and supplies used in treatment); any physical, psychiatric or psychological examinations or investigations during these examinations	21. اختبار الحساسية وإزالة التحسس) باستثناء اختبار الحساسية تجاه الأدوية والمستلزمات المستخدمة في العلاج؛ وأي فحوصات جسدية أو نفسية أو سيكولوجية خلال هذه الفحوصات.
22. Services rendered by any medical provider who is a relative of the patient for example the Insured person himself or first-degree relatives.	22. الخدمات التي يقدمها أي مقدم خدمات طبي من أقارب المريض على سبيل المثال الشخص المؤمن عليه نفسه أو الأقارب من الدرجة الأولى.
23. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during in-patient treatment	23. التغذية المعوية (عبر أنبوب) والمكملات الغذائية والكهارل الأخرى، ما لم يكن ذلك ضروريا من الناحية الطبية أثناء العلاج داخل المستشفى
24. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation	24. خدمات الرعاية الصحية لتعديل خلع العمود الفقري
25. Healthcare services and treatments by acupuncture; acupressure, hypnotism, massage therapy, aromatherapy, ozone therapy, and all forms of treatment by alternative medicine.	25. خدمات الرعاية الصحية والعلاجات عن طريق الوخز بالإبر؛ والعلاج بالابر والتنويم المغناطيسي والعلاج بالتدليك والعلاج بالروائح والعلاج بالأوزون وجميع أشكال العلاج بالطب البديل.
26. All healthcare services & treatments for in-vitro fertilization (IVF), embryo transfer; ovum and sperms transfer.	26. جميع خدمات الرعاية الصحية والعلاجات للتخصيب في المختبر ونقل الأجنة ونقل البويضات والحيوانات المنوية..
27. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision.	27. خدمات التشخيص الاختيارية والعلاج الطبي لتصحيح الرؤية.
28. Nasal septum deviation and nasal concha resection.	28. انحراف الحاجز الأنفي واستئصال المحارة الأنفية.
29. All chronic conditions requiring haemodialysis or peritoneal dialysis, and related investigations, treatments or procedures	29. جميع الحالات المزمنة التي تتطلب غسيل الكلى أو غسيل الكلى البريتوني، والفحوصات أو العلاجات أو الإجراءات ذات الصلة
30. Healthcare services, investigations and treatments related to viral hepatitis and associated complications, except for the	30. خدمات الرعاية الصحية والفحوصات والعلاجات المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات المرتبطة به، باستثناء العلاج والخدمات المتعلقة بالتهاب الكبد (ب) و (ج).

treatment and services related to Hepatitis B and C.	
31. Any services related to birth defects, congenital diseases and deformities unless if left untreated will develop into an emergency.	31. أي خدمات تتعلق بالعيوب الخلقية والأمراض الخلقية والتشوهات ما لم تُترك دون علاج ستتطور إلى حالة طارئة.
32. Healthcare services for senile dementia and Alzheimer's disease	32. خدمات الرعاية الصحية لخرف الشيخوخة ومرض الزهايمر
33. Air or terrestrial medical evacuation and unauthorized transportation services	33. الإجلاء الطبي الجوي أو الأرضي وخدمات النقل غير المصرح بها
34. Inpatient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of medical emergency that were not notified within 24 hours from the date of admission where possible.	34. تم تلقي علاج المرضى الذين تتم معالجتهم داخل المستشفى علاج دون موافقة مسبقة من شركة التأمين بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية التي لم يتم إخطارها في غضون 24 ساعة من تاريخ القبول حيثما أمكن ذلك.
35. Any inpatient treatment, investigations or other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardizing the Insured Person's health.	35. أي علاج للمرضى الذين تتم معالجتهم داخل المستشفى أو الفحوصات أو الإجراءات الأخرى التي يمكن إجراؤها في العيادات الخارجية دون تعريض صحة المؤمن عليه للخطر.
36. Any investigations or health services conducted for non-medical purposes such as investigations related to employment, travel, licensing or insurance purposes.	36. أي فحوصات أو خدمات صحية أجريت لأغراض غير طبية مثل التحقيقات المتعلقة بالتوظيف أو السفر أو الترخيص أو التأمين.
37. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, food supplements, skin care products, shampoos and multivitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency Conditions); and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury, including but not limited to: air conditioners or air purifying systems, arch supports, exercise equipment and sanitary supplies.	37. جميع المستلزمات التي لا تعتبر علاجات طبية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم ومعجون الأسنان والمستحلبات والمطهرات والمكملات الغذائية ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو والفيتامينات المتعددة (ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لنقص الفيتامينات المعروف) وجميع اللوازم التي لا تهدف في المقام الأول إلى تحسين الحالة الطبية أو الإصابة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، ودعلمات القوس، ومعدات التمارين الرياضية واللوازم الصحية.
38. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by the treating physician.	38. أكثر من استشارة أو متابعة مع طبيب أخصائي في يوم واحد ما لم يحيله الطبيب المعالج.

39. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or a recipient. This exclusion also applies to follow-up treatments and complications unless if left untreated will develop into an emergency.	39. الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بزراعة الأعضاء والأنسجة، بغض النظر عما إذا كان الشخص المؤمن عليه متبرعا أو متلقيا. ينطبق هذا الاستثناء أي ضا على علاجات المتابعة والمضاعفات ما لم تتطور إلى حالة طوارئ إذا تركت دون علاج.
40. Any expenses related to immunomodulators and immunotherapy unless medically necessary.	40. أي نفقات تتعلق بمضادات المناعة والعلاج المناعي ما لم يكن ذلك ضروريا من الناحية الطبية.
41. Any expenses related to the treatment of sleep related disorders.	41. أي نفقات تتعلق بعلاج الاضطرابات المرتبطة بالنوم.
42. Services and educational programs for people of determination, this also includes disability types such as but not limited to mental, intellectual, developmental, physical and/or psychological disabilities.	42. الخدمات والبرامج التعليمية للمعاقين، وهذا يشمل أي ضا أنواع الإعاقة مثل على سبيل المثال لا الحصر الإعاقات العقلية والفكرية والتنمية والجسدية و/أو النفسية.
Exclusions-2	استثناءات -2
1. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.	1. الإصابات أو الأمراض التي يتعرض لها المؤمن عليه نتيجة العمليات العسكرية أيما كان نوعها.
2. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type.	2. الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها الشخص المؤمن عليه نتيجة للحروب أو الأعمال الإرهابية أيما كان نوعها.
3. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.	3. خدمات الرعاية الصحية للإصابات والحوادث الناشئة عن التلوث النووي أو الكيميائي.
4. Injuries resulting from natural disasters, including but not limited to: earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.	4. الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر) الزلازل والأعاصير وأي نوع آخر من الكوارث الطبيعية.
5. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.	5. الإصابات الناتجة عن قيام المؤمن عليه بأعمال إجرامية أو مقاومة السلطة.
6. Injuries resulting from a road traffic accident.	6. الإصابات الناتجة عن حادث مروري.

7. Healthcare services for work related illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, its amendments, and applicable laws in this respect.	7. خدمات الرعاية الصحية لأمراض وإصابات العمل وفقا للقانون الاتحادي رقم 8 لسنة 1980 في شأن تنظيم علاقات العمل وتعديلاته والقوانين المعمول بها في هذا الصدد.
8. All cases resulting from the use of alcoholic drinks, controlled substances and drugs and hallucinating substances.	8. جميع الحالات الناتجة عن استخدام المشروبات الكحولية والمواد الخاضعة للرقابة والأدوية والمواد التي تؤدي إلى الهلوسة.
9. Any investigation or treatment not prescribed by a doctor.	9. أي فحوصات أو علاج لا يصفه الطبيب.
10. Injuries resulting from attempted suicide or self-inflicted injuries	10. الإصابات الناتجة عن محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية.
11. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.	11. خدمات التشخيص والعلاج لمضاعفات الأمراض المستثناة.
12. All healthcare services for internationally and/or locally recognized epidemics.	12. جميع خدمات الرعاية الصحية للأوبئة المعترف بها دوليا ومحليا.
13. Healthcare services for patients suffering from (and related to the diagnosis and treatment of) HIV – AIDS and its complications and all types of hepatitis except virus A, B and C hepatitis	13. خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون من (والمتعلقة بتشخيص وعلاج) فيروس نقص المناعة البشرية - الإيدز ومضاعفاته وجميع أنواع التهاب الكبد باستثناء فيروس التهاب الكبد (أ) و (ب) و (ج).

HEALTHCARE SERVICES OUTSIDE THE SCOPE OF HEALTH INSURANCE (EXCLUSIONS)	الخدمات الصحيّة خارج نطاق التأمين الصحي (الإستثناءات)
HAAD EXCLUSION LIST	لائحة أبو ظبي لاستثناءات الصحة
Schedule 2	الجدول 2
Excluded Healthcare Services	الخدمات الصحيّة المستثناة
This Schedule sets out the non basic (excluded) healthcare services	يحدّد هذا الجدول خدمات الرّعاية الصحيّة غير الأساسيّة (المستثناة)
1. Healthcare Services, which are not medically necessary.	1. الخدمات الصحيّة التي لا تعتبر ضرورة طبيّة.
2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments.	2. النفقات المتعلّقة بعلاج الأسنان، وبدلة الأسنان وعلاجات تقويم الأسنان.
3. Domiciliary care; private nursing care; care for the sake of travelling.	3. التمريض المنزلي والعناية التمريضية الخاصة، والرعاية الصحيّة من أجل السفر.
4. Custodial care including A. Non-medical treatment services; or B. Health-related services which do not seek to improve or which do not result in a change in the medical condition of the patient.	4. العناية الوصائيّة وتشمل: أ- خدمات العلاجات غير الطبيّة؛ أ- الخدمات المتعلّقة بالصحة التي لا تؤدي إلى تحسّن أو تغيير الحالة الطبيّة للمريض.
5. Services which do not require continuous administration by specialised medical personnel.	5. الخدمات التي لا تتطلّب إشرافاً مستمراً من قبل طاقم طبيّ متخصص.
6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies).	6. الراحة الشخصيّة والأدوات الترفيهية (التلفاز أو الحلاق أو خدمات التجميل أو خدمة الضيوف أو تجهيزات وخدمات ثانوية أخرى مشابهة).
7. Healthcare Services and associated expenses for replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which improve physical appearance and which are related to an Injury, sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body. Breast reconstruction following a mastectomy for cancer is covered.	7. جميع الخدمات الصحيّة التجميليّة والخدمات المتعلّقة باستبدال زراعة ثديي موجود. تشمل التغطية العمليات التجميليّة المتعلّقة بأي إصابة أو مرض أو تشوه خلقي إذا بات الهدف الأساسي منها هو تحسين الوظيفة الفيزيولوجيّة للجزء المحدّد في الجسم وعملية إعادة ترميم الثدي بعد عمليّة استئصال بسبب السرطان.
8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.	8. العلاجات الجراحية وغير الجراحية الخاصة بالبدانة (بما فيها البدانة المرضيّة) وأي برامج وخدمات وتجهيزات خاصّة بضبط الوزن.
9. Medically non-approved experimental, research, investigational healthcare services, treatments, devices and	9. الخدمات الطبيّة غير الموافق عليها والتي تستخدم للأبحاث والفحوصات والعلاجات والأجهزة

pharmacological regimens.	والنظم الدوائية.
10. Healthcare Services that are not performed by Authorised Healthcare Service Providers.	10. الخدمات الصحية غير المقدمة عن طريق مزودي الخدمات الطبية المعتمدين.
11. Healthcare services, treatments & associated expenses for the treatment of alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs.	11. الخدمات الصحية والنفقات ذات العلاقة جزاء علاجات داء الثعلبة والصلع وتساقط الشعر القشرة والشعر المستعار.
12. Supplies, treatment and services for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.	12. الخدمات الصحية والإمدادات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاجات إدمان النيكوتين.
13. Non-medically necessary Amniocentesis	13. بزل السائل الأمنيوسي غير الضروري طبيا.
14. Treatment, services and surgeries for sex transformation, sterility and sterilisation.	14. العلاجات والخدمات والجراحات المتعلقة بالتحول الجنسي والعقم والتعقيم.
15. Treatment and services for contraception.	15. علاجات وخدمات منع الحمل.
16. Treatment and services related to fertility / sterility (treatment including varicocele / polycystic ovary / ovarian cyst / hormonal disturbances / sexual dysfunction).	16. العلاجات والخدمات المتعلقة بالخصوبة / العقم (العلاجات التي تشمل دوالي الخصية / المبيض المتعدد الكيسات / الكيسة المبيضية / الاضطرابات الهرمونية / اختلال الوظيفة الجنسية)
17. Prosthetic devices and consumed medical equipment, unless approved by the insurance company.	17. الأجهزة التعويضية والمعدات الطبية المستهلكة إلا إذا وافقت عليها شركة التأمين.
18. Treatments and services arising as a result of hazardous activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any professional sports activities.	18. العلاجات والخدمات الناتجة عن ممارسة نشاطات خطيرة بما في ذلك (على سبيل الذكر لا الحصر) أي شكل من أشكال الطيران الجوي وسباقات القدرة للمركبات والأنشطة المائية والفروسية وتسلق الجبال والرياضات العنيفة كالجيدو والملاكمة والمصارعة وقفز الحبل وأي نشاطات رياضية محترفة.
19. Growth hormone therapy.	19. علاج هرمون النمو
20. Costs associated with hearing tests, vision corrections, prosthetic devices or hearing and vision aids.	20. النفقات المرتبطة بفحوصات السمع وتصحيح الرؤية والأجهزة التعويضية أو الأجهزة المساعدة على السمع أو الرؤية.
21. Mental Health diseases, in-patient and out-patient treatments, unless the condition is a transient mental disorder or an acute reaction to stress.	21. الأمراض العقلية والعلاجات داخل المستشفى وخارجه (مرضى العيادات الخارجية)، إلا إذا كانت الحالة مرضا عقليا عابرا أو رد فعل حادة نتيجة الإجهاد.
22. Patient treatment supplies (including for example: elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescription drugs and	22. تجهيزات علاج المريض (وتشمل على سبيل المثال: الجوارب المرنة والضمادات المطاطية والشاش والحقن وأشرطة فحوصات السكر)

treatments,) excluding supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency.	والمنتجات المماثلة والعلاجات والأدوية غير الموصوفة) باستثناء الإمدادات المطلوبة نتيجة الخدمات الصحية المزودة أثناء حالة طبية طارئة.
23. Preventive services, including vaccinations, immunizations, allergy testing and desensitization; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.	23. الخدمات الوقائية بما فيها التلقيح والتطعيم واختبارات الحساسية واختبارات فقدان الحساسية أي فحوصات أو اختبارات جسدية، عقلية أو نفسية أثناء هذه الفحوصات.
24. Services rendered by any medical provider relevant of a patient for example the Insured person and the Insured member's family, including spouse, brother, sister, parent or child.	24. الخدمات المقدمة من قبل أي مزود طبي تربطه علاقة بالمريض، على سبيل المثال المؤمن له وعضو مؤمن عليه من عائلته، بمن فيه الزوج(ة)، الشقيق والشقيقة وأحد الوالدين والولد.
25. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during treatment.	25. الإطعام المعوي (بواسطة الأنبوب) والمكملات الغذائية والكتروليتية، إلا إذا كانت تعد ضرورة طبية أثناء العلاج.
26. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation, diagnosis and treatment by manipulation of the skeletal structure, by any means, except treatment of fractures and dislocations of the extremities.	26. الخدمات الطبية المتعلقة بالخلع الجزئي الفقري، والتشخيص والعلاج بتداول الهيكل العظمي بأي وسيلة كانت باستثناء علاج الكسور وخلع أطراف البدن.
27. Healthcare services and treatments by acupuncture; acupressure, hypnotism, rolfing, massage therapy, aromatherapy, homeopathic treatments, and all forms of treatment by alternative medicine.	27. الخدمات الطبية والعلاجات المتعلقة بالوخز بالإبر والعلاج بالضغط على نقاط معينة والتشويم المغناطيسي والعلاج بالتدليك والمداواة بالاعشاب والعلاج بالأوزون والمعالجة المثلية وكافة أنواع المعالجات بالطب البديل.
28. All healthcare services & treatments for In-Vitro Fertilization (IVF), embryo transfer; ovum and sperms transfer.	28. الخدمات الطبية والعلاجات المتعلقة بالإخصاب في الأنابيب ونقل الأجنة والبويضة والحيوانات المنوية.
29. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision.	29. خدمات التشخيص والعلاجات الطبية الاختيارية لتصحيح الرؤية.
30. Nasal septum deviation and nasal concha resection.	30. انحراف الحاجز الأنفي واستئصال المحارة الأنفية.
31. All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related tests, treatments or procedures.	31. الحالات المزمنة كافة التي تتطلب غسيل الكلى وغسيل الكلى البريتوني وجميع الفحوصات أو العلاجات أو الإجراءات ذات العلاقة.
32. Treatments and services related to viral hepatitis and associated complications, except for treatments and services related to Hepatitis A.	32. العلاجات والخدمات المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات ذات الصلة باستثناء العلاجات والخدمات المتعلقة بالتهاب الكبد أ.
33. Birth defects, congenital diseases for	33. التشوهات والأمراض والعيوب الخلقية.

newborn &/or and deformities.	
34. Healthcare services for senile dementia and Alzheimer's disease.	34. الخدمات الصحية الخاصة بالخرف الشيخوخي ومرض الزهايمر.
35. Air or terrestrial medical evacuation except for Emergency cases or unauthorised transportation services.	35. الإخلاء الطبي الجوي أو البري باستثناء الحالات الطارئة أو خدمات النقل غير المرخص لها.
36. Circumcision healthcare services.	36. خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالختان
37. In-patient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of medical emergency which were not notified within 24 hours from the date of admission.	37. العلاج داخل المستشفى الذي يتم تلقيه من دون موافقة مسبقة من شركة التأمين بما فيه الحالات الطبية الطارئة التي لم يتم الإبلاغ عنها خلال 24 ساعة من تاريخ الدخول إلى المستشفى.
38. Any in-patient treatment, tests or other procedures, which can be carried out on out-patient basis without jeopardising the Insured Person's health.	38. أي علاجات أو فحوصات أو إجراءات أخرى تتم داخل المستشفى والتي يمكن إجراؤها خارج المستشفى ومن دون تعريض صحة المؤمن له للخطر.
39. Any test or treatment, for purpose other than medical such as tests related for employment, travel, licensing or insurance purposes.	39. أي فحوصات أو خدمات صحية أجريت لأغراض غير طبية كالفحوصات الخاصة بالتوظيف أو السفر أو التراخيص أو التأمين.
40. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, food supplements, skin care products, shampoos and multivitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency conditions); and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury, including but not limited to: air conditioners or air purifying systems, arch supports, convenience items / options, exercise equipment and sanitary supplies.	40. الإمدادات التي لا تعدّ علاجات طبية على سبيل الذكر لا الحصر كغسول الفم ومعجون الأسنان وأقراص الحلق والمطهرات، والحليب والمكملات الغذائية ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو و الفيتامينات المتعددة (إلا إذا وصفت كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامينات المعروفة) وكافة المعدات غير المستخدمة أساسا لتحسين حالة طبية أو إصابة على سبيل الذكر لا الحصر المكيفات وأنظمة تنقية الهواء ودعائم النفوس والمعدات الرياضية والإمدادات الصحية.
41. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by a physician.	41. أكثر من إستشارة طبية أو متابعة مع طبيب مختص في اليوم الواحد إلا إذا كانت بأمر تحويل من الطبيب المعالج.
42. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or a recipient.	42. الخدمات الصحية والنفقات ذات الصلة بزراعة الأعضاء والأنسجة، بغض النظر ما إذا كان المؤمن له هو المتبرع أو المتلقي. وينطبق هذا الاستثناء أيضا على مواعية متابعة العلاجات أو المضاعفات المواقبة.
43. Services and educational programs for	43. الخدمات والبرامج التعليمية لذوي الاحتياجات

handicaps.	الخاصة.
A. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.	أ- الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها المؤمن له نتيجة عملية عسكرية مهما كان نوعها.
B. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type.	ب- الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها المؤمن له نتيجة الحروب أو الأعمال الإرهابية من أي نوع كانت.
C. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.	ت- الخدمات الصحية للإصابات والحوادث الناجمة عن التلوث النووي أو الكيميائي.
D. Injuries resulting from natural disasters, including but not limited to: earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.	ث- الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية على سبيل الذكر لا الحصر: الهزات الأرضية والأعاصير وأي كوارث طبيعية أخرى.
E. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.	ج- الإصابات الناجمة عن الأعمال الجرمية أو مقاومة السلطة من قبل المؤمن له.
F. Healthcare services for patients suffering from AIDS and its complications.	ح- الخدمات الصحية للمرضى الذين يعانون من فيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ومضاعفاته.
G. Healthcare services for work related illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, its amendments, and applicable laws in this respect.	خ- الخدمات الصحية للأمراض والإصابات العمل وفقا للقانون الاتحادي رقم 8 لعام 1980 بشأن ضوابط العمل وتعديلاته والقوانين السائدة في هذا الصدد.
H. All cases resulting from the use of alcohol, drugs and hallucinatory substances.	د- الحالات الناجمة عن استخدام المشروبات الكحولية والأدوية والمواد الخاضعة للرقابة والمخدرات والمواد المهلوسة.
I. Any test or treatment not prescribed by a doctor.	ذ- أي فحص أو علاج لم يوص به الطبيب.
J. Injuries resulting from attempted suicide or self-inflicted injuries.	ر- الإصابات الناجمة عن محاولات الانتحار أو إصابات متعمدة يلحقها الشخص بذاته.
K. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.	ز- الخدمات العلاجية والتشخيصية للمضاعفات الناتجة بعد التعافي من الأمراض.
L. All healthcare services for internationally and/or locally recognised epidemics.	س- الخدمات الصحية كافة للأوبئة المعترف بها دوليا و/أو محليا.
M. Venereal sexually transmitted diseases. A list with respect thereto will be set out by the Health Authority – Abu Dhabi.	ش- الأمراض التناسلية المنقولة جنسيا. وسوف تقوم هيئة الصحة في أبو ظبي بإدراج لائحة بهذا الصدد.
Healthcare services outside the scope of health insurance.	الخدمات الصحية خارج نطاق التأمين الصحي.

F. BENEFICIARY USER'S GUIDE	ج) دليل المستفيد
How to make reimbursement claims - If applicable	كيفية المطالبة بتعويض - إذا كانت قابلة للتطبيق
Please call whenever in doubt (Telephone number can be located on the back of the medical card)	عند الشك، يرجى الاتصال بنا (تُرد أرقام الهاتف على ظهر البطاقة الطبية)
Claim Centre Role - Operating 24/7 round the clock for assistance and guidance - Professional, well-trained staff to handle all your queries / requests - Issues pre-approvals as required (within minutes for out-patient) - Fix appointments - Information about providers	دور قسم المطالبات - يعمل 24 ساعة في اليوم طيلة أيام الأسبوع للمساعدة والتوجيه. - طاقم عمل محترف ومتمرس للتعامل مع كافة أنواع الاستفسارات والطلبات. - إصدار الموافقة المسبقة كما هو مطلوب (خلال دقائق لمرضى العيادات الخارجية) (الغير مقيم في المستشفى). - تحديد المواعيد. - معلومات عن مزودي الخدمات.
Medical Policy Standard Claim Procedures	الإجراءات الاعتيادية المتبعة لمطالبات التعويض في الوثيقة الطبية
1. All medical claim documents should be remitted to Claim centre within the duration specified under each category.	1. يجب أن ترسل كافة مستندات مطالبات التعويض الطبية إلى قسم المطالبات ضمن المهلة المحددة وضمن كل فئة.
2. For Reimbursement:	2. لإسترداد النفقات الطبية
Within UAE 2.1. All documents have to be submitted within a period of 45 days for Elite and Enhanced plans and 30 days for Essential plan, from the date of the claim (being the date of the patient discharge from Hospital or the treatment date for out-patient) incurred within the UAE. 2.2. supporting documents to be provided for any medical claim are: - Doctor's prescription with seal and stamp. - Original payment invoices with breakdown in detail. - Medical report and discharge summary if any hospitalisation and/or Surgery (if any undergone). - Laboratory and diagnostic reports (if any prescribed by doctor and undergone).	داخل الإمارات العربية المتحدة 1-2 يجب تقديم كافة المستندات خلال 45 يوما للخطط النخبة و المحسنة و 30 يوما للخطة الأساسية من تاريخ المطالبة (من تاريخ خروج المريض من المستشفى أو من تاريخ تلقي العلاج الخارجي) التي تم تكبدها داخل دولة الإمارات العربية المتحدة. 2-2 بهدف تحصيل أي مطالبة طبية، يجب تقديم المستندات الداعمة التالية: - وصفة الطبيب موقعة ومختومة. - فواتير الدفع الأصلية مع جدول الدفع التفصيلي. - التقارير الطبية وملخص الخروج من المستشفى في حالات الإقامة فيها و/أو الجراحة (إذا تم الخضوع لأي منهما). - تقارير المختبر والتشخيص (إذا وصفها الطبيب أو تم الخضوع لها). - تقديم نسخة عن بطاقة تأمين المؤمن عليه.

• Copy of insurance card of the assured to be submitted.	
Outside UAE: 2.3. All documents have to be submitted within a period of 45 days for Elite and Enhanced plans and 30 days for Essential plan from the date of claims incurred outside the UAE. 2.4. All supporting documents as mentioned above to be provided for any medical claim. Exclusively a medical report specifying whether the treatment was an elective or emergency treatment with the medical condition briefly explained to evaluate the extent of coverage.	خارج الإمارات العربية المتحدة 2-3 يجب تقديم كافة المستندات خلال 45 يوما للخطط النخبة والمحسنة و 30 يوما للخطة الأساسية في حال تمت المعالجة خارج الإمارات العربية المتحدة. 2-4 يجب توفير كافة المستندات المذكورة آنفا جزاء أي مطالبة طبية. وحصرها، يجب تقديم تقرير طبي مقتضب يحدد ما إذا كان العلاج المتلقى هو اختياريًا أو حاجة طارئة مع شرح الحالة الطبية وذلك بهدف إجراء تقييم لنطاق التغطية.
3. TPA may, upon the evaluation of each case, grant or deny the coverage based on the Terms, Conditions, Limitations and Exclusion of the Policy.	3. لدى تقييم كل حالة، تقوم شركة إدارة المطالبات الطبية بمنح التغطية أو رفضها وذلك بالاستناد إلى الشروط والأحكام والحدود والاستثناءات الخاصة بالوثيقة.
4. Documents will be forwarded for TPA evaluation which extends to period of 3-4 weeks. On receipt of the evaluation sheet we proceed for the settlement of the claim.	4. يجب إرسال المستندات إلى شركة إدارة المطالبات الطبية للتقييم، ما قد يمتد لفترة ثلاثة أو أربعة أسابيع. وبعد إستلام تقرير التقييم يتم متابعة تسوية مطالبة التعويض.
5. Mode of settlement for medical reimbursement claim 5.1. The reimbursement will be evaluated at a rate of maximum eighty percent (75%) only along with the deductible and/or co-participation (if any) being applied as per policy of the incurred expenses that the insured paid in a non-TPA participating provider on the basis of the Reasonable and Customary Rate (R&C) applicable at TPA Participating provider in UAE at the time of the incurred expenses. 5.2. In all the reimbursement cases, the total approved fees and expenses cannot exceed the financial limitation as identified in the Policy Schedule. 5.3. The reimbursement of all claims will be effected in the United Arab Emirates Dirhams (AED) or USD equivalent (converted at the exchange rate	5. طريقة تسوية إسترداد النفقات الطبية 1.5 يتم تقييم الإسترداد بنسبة خمسة و سبعين بالمئة على الأكثر (75%) فقط بالإضافة إلى مبلغ التَّحْمِل و/أو نسبة المشاركة بالدفع (إن وجدت) المنطبقين وفقا لوثيقة النفقات المتكبدة التي دفعها المؤمن له بشأن شركة إدارة المطالبات الطبية، غير مشاركة، على أساس التكاليف المعقولة والمعهودة والمنطبقة على شركة إدارة المطالبات الطبية المشاركة في الإمارات العربية المتحدة وقت تكبد التكاليف. 2.5 وفي كافة حالات الإسترداد، لا يمكن لمجموع النفقات والتكاليف الموافق عليها أن تتخطى الحدود المالية المذكورة في جدول الوثيقة. 3.5 ويتم سداد كافة مطالبات التعويض الخاصة

applicable at the date evidenced by the bill) whenever the insured has paid the expenses of the claim, subject of the reimbursement, in a foreign currency.	باسترداد النفقات الطبية بالدرهم الإماراتي أو ما يعادله بالدولار الأميركي (يحول إلى سعر الصرف في التاريخ المؤتق في الفاتورة) عندما يدفع المؤمن له تكاليف مطالبات التعويض موضوع مطالبة الإسترداد بالعملة الأجنبية.
6. For Direct Network Within & Outside UAE (For outside the UAE on emergency cases only) As a standard procedure, we shall effect the payments of claims directly to the TPA Participating Provider via TPA and not by the Insured, based on a prior Approval of Coverage, and up to the limits authorised therein the Policy Schedule, except in the cases where the reimbursement procedure is applicable. Approval of Coverage The Approval of Coverage is a decision taken by the TPA on behalf of the RAKINSURANCE, to cover a healthcare service sought by the Insured; this decision may also determine the conditions and extent of the approved coverage. Procedures of Approval The procedures for Approval of Coverage for direct payment provided hereinafter are only applicable when the healthcare services are sought at a TPA Participating Provider and when the following procedures are compiled by the Insured depending on the following applicable cases: In cases of non-emergency admission to a Provider in the covered territory, whether requiring an overnight stay at the hospital or not, as defined in the Policy, the Approval of Coverage from the TPA must be secured by the Insured prior to his/her benefiting from a covered healthcare service by submitting the duly completed	6. فيما يختص بالشبكة الصحية المباشرة داخل الإمارات العربية المتحدة وخارجها (خارج الإمارات العربية المتحدة للحالات الطارئة فقط) كإجراء اعتيادي، نقوم بالتعويض بشكل مباشر إلى شركة إدارة المطالبات الطبية المشاركة وليس عبر المؤمن له وذلك بالاستناد إلى موافقة مسبقة للتغطية ووفقاً للحدود المسموح بها في جدول الوثيقة باستثناء الحالات التي تنطبق إجراءات التعويض عليها. الموافقة على التغطية إن الموافقة على التغطية هي قرار تتخذه شركة إدارة المطالبات الطبية بالنيابة عن شركة راك للتأمين، بهدف تغطية الخدمة الصحية التي يطلبها المؤمن له. وقد يحدّد هذا القرار شروط التغطية الموافق عليها ومداها. إجراءات الموافقة تتطبق إجراءات الموافقة على التغطية للدفع المباشر المنصوص عليها هنا فقط في حال كانت الخدمات الصحية مطلوبة من قبل شركة إدارة مطالبات طبية مشاركة، وعندما يمثل المؤمن له إلى الإجراءات المذكورة وفقاً للحالات التالية التي تنطبق عليها إجراءات الموافقة: في حال الدخول الغير طارئ إلى مزود خدمة طبية ضمن المناطق المشمولة بالتغطية، سواء كانت الحالة تتطلب البقاء أثناء الليل في المستشفى أم لا بحسب ما نصّت عليه الوثيقة، يتوجب على المؤمن له الحصول على الموافقة من شركة إدارة المطالبات الطبية قبل أن يستفيد من الخدمات الصحية المغطاة. وذلك بواسطة تسليم طلب التعويض بكامل المعلومات المطلوبة وفقاً للأصول سواء بشكل مباشر أو عبر المستشفى أو من خلال شركة إدارة المطالبات الطبية.

Claim Form either directly or through the hospital to the TPA. - In cases of emergency admission to a TPA Participating provider in the covered territory whereby the health status of the insured requires at least an overnight stay in the hospital, as defined in the Policy, Approval of Coverage must be requested by the Insured from the TPA either directly or through the hospital immediately upon admission. - Prior authorisation from the TPA is required for the following diagnostic / therapeutic in-patient and out-patient procedures prior to treatment.	- في حالات الدخول الطارئة إلى شركة إدارة المطالبات الطبية المشاركة ضمن المناطق المشمولة بالتغطية، حيث يتطلب الوضع الصحي للمؤمن له البقاء لمدة ليلة على الأقل في المستشفى كما هو منصوص في الوثيقة، يجب على المؤمن له تقديم طلب للموافقة على التغطية من شركة إدارة المطالبات الطبية سواء مباشرة أو عبر المستشفى فور قبوله في المستشفى. - يجب الحصول على الموافقة المسبقة من شركة إدارة المطالبات الطبية للإجراءات التشخيصية أو العلاجية للمرضى داخل المستشفى وخارجه وذلك قبل الخضوع للعلاج.
Pre-Approval for Diagnostic / Therapeutic Procedures - Angiography - IVP - Arthrogram - Mammogram - Barium Studies - MCU - All Endoscopies - MRI - CT-Scans - Myelogram - Doppler Studies - Oral Cholecystogram - Echocardiography - Pap smear - EEG - Rubella tests - EMG - Stress Tests - Excretory Urography - Thyroid function tests - FNAC - Toxoplasma tests - Holter monitoring TPA may upon the evaluation of each case, grant or deny the Approval Coverage based	الموافقة المسبقة للإجراءات التشخيصية / العلاجية - تصوير الأوعية الدموية - صورة الحويضة الوريدية - صورة شعاعية للمفصل - صورة شعاعية للثدي (ماموغرام) - دراسات الباريوم - صورة المثانة والإحليل التبولي - كافة أنواع التنظير الداخلي - الرنين المغناطيسي (إم آر أي) - الأشعة المقطعية (سي تي سكان) - صورة النخاع - دراسة دوبلر - منظار المرارة عبر الفم - تخطيط القلب - مسحة عنق الرحم - تخطيط كهرباء للدماغ (إي إي جي) - اختبارات الحصبة الألمانية - مخطط كهربائية العضلات (إي إم جي) - إختبارات الجهد - التصوير الإفراغي للجهاز البولي - اختبارات الوظيفة الغدة الدرقية - خزعة باستخدام بإبرة دقيقة (إف إن أي سي) - اختبارات التكتوبلازما

on the Terms, Conditions, Limitations and Exclusions of the Policy. This decision is relayed to the Insured and/or the hospital.	• مراقب هولتر لدى تقييم كل حالة، يجوز لشركة إدارة المطالبات الطبية منح الموافقة على التغطية أو رفضها وذلك بالاستناد إلى الشروط والأحكام والحدود والاستثناءات الخاصة بالوثيقة. ويعتمد هذا القرار على شركة التأمين و/أو على المستشفى.
7. For any assistance we have a team of medical and claims professionals at the Medical Claims Centre of the TPA where you have access on a 24-hour basis through a toll-free phone number as printed at the back of your medical card. Members can also utilize the Mobile App of TPA for various services.	7. للحصول على أي مساعدة، لدينا فريق متخصص في الحالات الطبية ومطالبات التعويض في قسم المطالبات الطبية لشركة إدارة المطالبات الطبية حيث يمكنكم طلب المساعدة طوال 24 ساعة في اليوم على رقم الهاتف المجاني الوارد بالجهة الخلفية لبطاقتكم الطبية. يمكن للأعضاء أيضا استخدام تطبيق الهاتف المحمول الخاص بشركة إدارة المطالبات الطبية لمختلف الخدمات.
Claim submitted directly to TPA 1. Member with reimbursement claim should scan the document and upload to TPA's website or Mobile App. 2. An electronic notification for the claim submitted will be given to RAKINSURANCE. 3. Claims will be processed by the TPA. Once confirmed, an E-claim and Electronic Bordereau (payment advice) will be sent to RAKINSURANCE. 4. TPA will send an SMS notification to the Member advising that the claim can now be settled through RAKINSURANCE. Members can also check the claim status in the TPA Mobile App for claims submitted through the Mobile App. 5. RAKINSURANCE will settle the claim to the Member.	المطالبات المقدمة مباشرة لشركة إدارة المطالبات الطبية 1. على العضو نسخ مستند المطالبة وتحميله على الموقع الإلكتروني الخاص بشركة إدارة المطالبات الطبية، أو تطبيق الهاتف المحمول. 2. ترسل شركة راک للتأمين إخطارا إلكترونيا عن المطالبة المقدمة. 3. تجهز شركة إدارة المطالبات الطبية المطالبة وما إن تأتي الموافقة عليها حتى يتم إرسالها إلكترونيا مع جداول مفصلة (إشعار بالدفع) لشركة راک للتأمين. 4. ترسل شركة إدارة المطالبات الطبية رسالة إلى العضو تفيد بإمكانية تسديد المطالبة بواسطة شركة راک للتأمين. 5. تقوم شركة راک للتأمين بتسوية المطالبة للعضو. يمكن للأعضاء الإطلاع على حالة المطالبة من خلال تطبيق الهاتف الخاص بشركة إدارة المطالبات الطبية للمطالبات المقدمة عبر تطبيق الهاتف.
Claim submitted directly to RAKINSURANCE	المطالبات المقدمة إلى شركة راک للتأمين بشكل مباشر

1. Member submits claims to RAKINSURANCE. 2. RAKINSURANCE will scan the document and send it to the TPA. 3. TPA will process the claim. Notification will be sent to the member that the claim has been settled by TPA.	1. يقدّم العضو مستند المطالبة لشركة راك للتأمين. 2. تتسخ شركة راك للتأمين المستند وترسله إلى شركة إدارة المطالبات الطبية. 3. تجهز شركة إدارة المطالبات الطبية هذه المطالبة، ويتم إخطار العضو بأن المطالبة باتت جاهزة للتسوية.
Your Medical Networks	شبكة الصحية الطبية
Network As per the attached list	الشبكة الصحية وفقاً للجدول الملحق
How to use the Network As a RAKINSURANCE beneficiary, you are eligible for receiving Out-patient and In-patient benefits. • Please refer to your Network list • Kindly identify yourself as a RAKINSURANCE beneficiary • After medical services have been rendered, please sign the medical expenses form	كيف تستخدم الشبكة الصحية؟ بصفقتك مستفيداً لدى شركة راك للتأمين ، يحق لك الاستفادة من منافع العلاج داخل المستشفى وخارجه على حد سواء. • يرجى العودة إلى جدول الشبكة الصحية الخاص بك. • الرجاء التعريف عن نفسك كمستفيد لدى شركة راك للتأمين. • بعد توفير الخدمات الطبية لك، يرجى توقيع نموذج النفقات الطبية.
When is pre-approval required?	متى ينبغي الحصول على موافقة مسبقة؟
For Out-Patient Refer to prior approval table in section C (Schedule of Benefits)	بالنسبة إلى العلاج خارج المستشفى يرجى العودة إلى جدول الموافقة المسبقة المذكور في القسم "ت" (جدول المنافع)
For In-Patient • Emergencies: Immediate admission upon presentation of TPA card. • TPA to be informed within 24 hours or before discharge. • Regular Admissions/ Daycare: Prior approval from Claims Center is required. • Elective Surgery Admissions: 24-hour's notice is required from beneficiary or physician.	بالنسبة إلى العلاج داخل المستشفى • الحالات الطارئة: قبول مباشر لدى إبراز بطاقة شركة إدارة المطالبات الطبية. • ينبغي إبلاغ شركة إدارة المطالبات الطبية في خلال 24 ساعة أو قبل الخروج من المستشفى. • الدخول الاعتيادي / العناية النهارية: يجب الحصول على الموافقة المسبقة من قسم المطالبات. • العمليات الجراحية الاختيارية: ينبغي إرسال إخطار من قبل الطبيب أو المستفيد قبل مدة 24 ساعة.
Other Services • Dental Benefit: 'DB' indicates dental	الخدمات الأخرى

coverage. Prior approval from Claims Centre is required for all Plans. • Physiotherapy: Prior to initiation of the first session.	• مزايَا الأسنان (DB): ويُقصد بها تغطية علاج الأسنان. يجب الحصول على الموافقة المسبقة من قسم المطالبات لكافة المخططات. • العلاج الفيزيائي: قبل الشروع في الجلسة الأولى.
Pre-approval requirements • Physiotherapy • Day-care / Observation • In-patient treatment • Non-emergency treatment outside UAE	مستلزمات الموافقة المسبقة: • العلاج الطبيعي • العناية النهارية / المراقبة • العلاجات داخل المستشفى • العلاجات غير الطارئة خارج الإمارات العربية المتحدة
Emergencies • Within 24 hours or prior to discharge	الحالات الطارئة • خلال 24 ساعة قبل الخروج من المستشفى
G. DEFINITIONS	خ. المفاهيم
Contract Definitions	مفاهيم العقد
1. Contract: The Contract or insurance policy (as defined in Article 1 of Section C: General Terms and Conditions) whereby the Insurer, subject to the Application Form/s, terms, provisions, Limitations, Exclusions, and other conditions provided herein, guarantees the payment of the benefits set forth in the Contract Schedule and Applicable Scope of Coverage Schedules.	1. العقد: العقد أو وثيقة التأمين (كما هو محدد في المادة 1 من القسم "ت": الشروط والأحكام العامة) حيث أنّ شركة التأمين تكفل دفع المنافع السارية المفعول في جدول العقد وجدول نطاق التغطية المنطبقة، وذلك مع مراعاة نموذج / نماذج الطلب والشروط والأحكام والحدود والبنود الأخرى المدرجة.
2. Schedule: Two technical addenda defining and forming an integral part of this Contract:	2. الجدول: ملحقان مفصّلان يحددان ويشكّلان جزءاً لا يتجزأ من هذا العقد:
2.1. Contract Schedule: The Schedule that specifies the specific conditions of the Contract and the Beneficiary and Insurer data. Listings of data include: Contract Party data, Effective Dates, Expiration Dates, Beneficiary' data, Enrolment Dates Specific Exclusions and related Exclusion Validity Periods, if any, Lifetime Limits when applicable, Hospitalization Class, selected Plan/Products, Premium, frequency of payment, and reference to the Applicable Scope of Coverage Schedule.	1.2 جدول العقد: يحدّد هذا الجدول الشروط الخاصة للعقد وبيانات المستفيد وبيانات شركة التأمين، والتي تتضمن البيانات التالية: بيانات أطراف العقد، تواريخ النفاذ، تواريخ إنتهاء الصلاحية، بيانات المستفيد وتواريخ الالتحاق والاستثناءات الخاصة وفترات صلاحية الاستثناء ذات الصلة (إن وجدت)، بالإضافة إلى الحدود العمرية عند الانطباق وفئات الاستثناء والمنتجات/المخطّط المختار والأقساط ومواعيد الدّفع والنطاق المطبق لجدول التغطية.

2.2. Applicable Scope of Coverage Schedule: The Schedule that designates the Plan/Products selected by the Contract holder (Coverage, Limits, Deductible Excess, Co-Participation, Priority Payer if any).	2.2 النطاق المطبق لجدول التغطية: ويقصد به الجدول الذي يحدّد المخطّط / المنتجات التي اختارها حامل العقد (التغطية، الحدود، مبلغ التحمّل، المساهمة في الدّفع، والطرف الأول في الدّفع إن وجد)
3. Beneficiary Guide: The booklet or pamphlet provided by the Insurer to the Contract holder that explains how to benefit from the Contract coverage.	3. دليل المستفيد: الكتيب أو المنشورات التي توفرها شركة التأمين إلى حامل العقد والتي تفسّر بموجبهم كيفية الاستفادة من تغطية العقد.
4. Insurer/: Ras Al Khaimah National Insurance Company PSC	4. شركة التأمين/ شركة راک للتأمين: شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين ش م ع.
5. Contract holder: The legal entity that applies for this Contract and whose Application Form has been formally accepted by the Insurer.	5. حامل العقد: الجهة القانونية التي ينطبق عليها هذا العقد والتي قبلت شركة التأمين إستمارة طلب التأمين الخاصة به.
6. Principal: One of the Contract's Beneficiaries designated as the leading Beneficiary and to whom any Dependent included in the same Contract is associated.	6. المستفيد الرئيسي: يقصد به أحد المستفيدين من العقد والمستفيد الرئيسي، والذي يرتبط به المعالون المذكورون في نفس العقد.
7. Legal Dependents: The unmarried children of the Contract holder or Principal who are 18 years of age or younger or below 25 years of age if full-time students; the spouse(s) of the Contract holder.	7. المعالون القانونيون: الأولاد غير المتزوجين لحامل العقد أو للمستفيد الرئيسي والذين يبلغون 18 عاما أو أقل، أو لم يتخطوا 25 عاما إذا كانوا طلابا بدوام كامل؛ بالإضافة إلى زوجة / زوجات حامل العقد.
8. Beneficiary: The person or persons designated by the Contract holder to received Contract proceeds. Beneficiaries may be the Enrolled Employees of the Contract holder, Legal Dependents of the Enrolled Employees, listed in the Application Form/s or included thereafter which are formally accepted by the Insurer and listed in the Contract Schedule or in any subsequent Endorsement.	8. المستفيد: الفرد أو الأفراد الذين عيّنه حامل العقد لتلقّي إيرادات العقد، وقد يتمثل هؤلاء بموظفيه المسجلين أو المعالين القانونيين للموظفين المسجلين والذين تمّ ذكرهم وإدراجهم في استمارة الطلب / الطلبات بعد أن توافق شركة التأمين رسميا ويتمّ إدراجهم في جدول العقد أو في أي جدول ملحق.
9. Employee: Any person Active at Work working on full time basis for the Contract holder and being remunerated accordingly.	9. الموظف: أي فرد ناشط في عمله ويعمل بدوام كامل لدى حامل العقد ويُسدّد أجره وفقا لذلك.

10. Enrolled Employee: Any Employee covered under this Contract as the result of the Contract holder's application and the acceptance of the Insurer in conformity with the Contractual procedures.	10. الموظف العضو: أي موظف مغطى بموجب هذا العقد نتيجة طلب حامل العقد بعد موافقة شركة التأمين بما يتماشى مع الإجراءات التعاقدية.
11. Active at Work: The work situation of any Employee reporting regularly and on a permanent/full time basis to his workplace and performing his usual and normal duties of his occupation in conformity with the employment conditions.	11. موظف نشط: هي حالة أي موظف يقدم تقاريره بانتظام وعلى رأس عمله بشكل دائم/ وبدوام كامل ويؤدي واجباته الوظيفية الاعتيادية وفقا لشروط العمل.
12. Category: The sub-group of beneficiaries within the group covered under this Contract and for which the Contract holder has selected per status a Product and decided upon particular considerations as specified in the Schedules and the Beneficiary's master file.	12. الفئة: المجموعة الفرعية للمستفيدين ضمن المجموعة المغطاة بموجب هذا العقد والتي اختار لها حامل العقد منتجاً وفقاً لكل حالة وبناءً على اعتبارات معينة كما ورد في الجداول وملف المستفيد الأساسي.
13. Evidence of Insurability: The medical and/or non-medical documentation supplied by or obtained from the Beneficiary which is necessary for the evaluation of the Application Form during the Underwriting process.	13. إثباتات قابلية التأمين: الوثائق الطبية أو غير الطبية التي يقدمها المستفيد أو يتم الحصول عليها من قبله والتي تعد ضرورية لتقييم استمارة الطلب خلال عملية الاكتتاب.
14. Pre-Existing Condition: Any Beneficiary health condition known to the Beneficiary and/or to the Contract holder that exhibited symptoms or was a consequence of Injury or Illness for which medical, Surgical and/or pharmaceutical Treatment, medical diagnosis or other advice was provided prior to the Beneficiary's Enrolment Date.	14. حالة طبية سابقة: أي حالة صحية لدى المستفيد و/أو حامل العقد تظهر عوارضها أو ناجمة عن إصابة أو علة مرضية استلزمت علاجاً طبياً أو جراحياً أو علاجياً أو تشخيصاً طبياً أو أي مشورة أخرى قبل تاريخ إدراج المستفيد للتأمين.
15. Declared Condition: Every Pre-Existing Condition that was declared by the Contract holder in an Application Form.	15. حالة مصرح عنها: وتعني كل حالة طبية سابقة صرح عنها حامل العقد في استمارة الطلب.
16. Undeclared Pre-Existing Condition: The non-disclosure of any Pre-Existing Conditions relating to symptoms, diagnoses, health conditions by the Beneficiary and/or by the Contract holder acting on behalf of the	16. حالة صحية سابقة غير مصرح عنها: ويقصد بذلك عدم الإفصاح عن أي حالة سابقة تتعلق بالأعراض أو التشخيصات أو الحالات الصحية من قبل المستفيد و/أو من قبل صاحب العقد بالنيابة عن المستفيدين، عند إكمال أي استمارة

Beneficiaries, when completing any Application Form related to this Contract.	طلب تتعلق بهذا العقد .
17. New Illness, Surgery or Injury: Surgery and/or Illness and/or Injury not-related to a Declared Condition or to an Undeclared Pre-Existing Condition.	17.مرض أو جراحة أو إصابة جديدة: الجراحة و/أو المرض و/أو الإصابة التي لا تتعلق بحالة مصرّح عنها أو حالة مسبقة غير مصرّح عنها.
18. Hazardous Activity: Any activity which exposes the Beneficiary to serious Injury or Illness such as but not restricted to piloting, motorcycling, mountaineering, underwater activities using artificial breathing apparatus, parachuting, hang-gliding, motor-racing, etc.	18.الأنشطة الخطرة: أي نشاط يعرّض المستفيد لإصابة خطيرة أو مرض، على سبيل الذكر لا الحصر، قيادة الطائرات أو ركوب الدراجات النارية أو تسلق الجبال أو النشاطات المائية تحت سطح البحر والتي تعتمد على استخدام أجهزة تنفس اصطناعية أو القفز بالمظلات أو الطيران الشراعي أو سباق السيارات إلخ.
19. Substandard Terms: Special adjustments and terms that are given by the Insurer to enable coverage of persons who according to underwriting standards cannot meet the normal health or other requirements of a standard Contract. Such terms include but are not limited to Specific Exclusions, additional Premium or other limitations.	19.شروط دون المستوى: ويقصد بها التعديلات والشروط الخاصة التي شركة التأمين للسماح بالتأمين على الأفراد الذين لا يستوفون متطلبات الصحة الاعتيادية أو أي متطلبات أخرى للعقد القياسي وفقا لمعايير الاكتتاب. وتشمل هذه الشروط، على سبيل الذكر لا الحصر، الاستثناءات الخاصة وأقساط التأمين الإضافية أو الحدود الأخرى.
20. Exclusion: Specified conditions, Illness/es, Treatment/s, Service/s, Cause/s, circumstances or other items that are expressly stated as not covered under this Contract.	20.الاستثناء: الشروط الخاصة، الأمراض، العلاج/العلاجات، الخدمة/الخدمات، الأسباب، الظروف أو البنود الأخرى المعلن عنها صراحة بأنها غير مغطاة بموجب هذا العقد.
21. Specific Exclusions: The Exclusions result from the Underwriting process, which are determined by the Insurer to be applied specifically to a certain Beneficiary.	21.الاستثناءات الخاصة: وتشمل الاستثناءات الناجمة عن عملية إكتتاب التأمين والتي تحددها شركة التأمين على أن تنطبق بشكل خاص على بعض المستفيدين.
22. Plan Exclusions: The Exclusions that are attached to a specific Plan.	22.استثناءات الخطة: ويقصد بها الاستثناءات الملحقة بخطة معينة.
23. Product Exclusions: The Exclusions that are applicable under this Contract to all Plan/Products.	23.استثناءات المنتج: تعني الاستثناءات التي تنطبق بموجب هذا العقد على جميع المنتجات أو الخطط.
24. Standard Exclusions: The combined list of Exclusions that are specified under Section E-(Exclusions).	24.الاستثناءات المعيارية: قائمة الاستثناءات الملحقة والمحددة في القسم "ج" - (الاستثناءات).
25. Exclusion Validity Period: The specified number of days following a Contract's Effective Date where certain Contract	25. فترة صلاحية الاستثناء: ويقصد بها عدد الأيام التي تلي تاريخ صلاحية العقد حيث لا تغطي

benefits for Illnesses, conditions, Treatments, other Services and any complication arising therefrom are not covered. Validity Periods may be applied to all, some or none of this Contract's Exclusions, and may or may not include a lifetime restriction on coverage in the event the Beneficiary obtains the condition during the Exclusion Validity Period.	بعض منافع العقد من حيث الأمراض والشروط والعلاجات والخدمات الأخرى، بالإضافة إلى كلّ المضاعفات الناجمة عنها. وقد تنطبق فترات الصلاحية على كافة استثناءات هذا العقد أو على بعضها أو لا تنطبق على أي منها، ومن جهة أخرى، قد تشمل أو لا تشمل دائما على التغطية في حال أصيب المستفيد بالحالة في خلال فترة صلاحية الاستثناء.
26. Exclusion Waiver Date: The date an Exclusion's Validity Period ends.	26. استثناء تاريخ انتهاء فترة الانتظار: أي التاريخ الذي تنتهي فيه فترة صلاحية استثناء ما.
27. Gross Premium (also referred to as Premium): The amount paid by the Contract holder for insurance coverage excluding applicable taxes and Underwriting adjustments, when applicable.	27. قسط التأمين الإجمالي (والمشار إليه أيضا بالقسط): ويعني المبلغ الذي يدفعه حامل العقد لقاء التأمين ولا يشمل الضرائب وتعديلات الاكتتاب، في حال تطبيقها.
28. Initial Contract: The first Contract the Beneficiary enroll in.	28. العقد الأول: العقد الأول الذي ينتسب إليه المستفيد.
29. Contract Period: The length of time between a Contracts' Effective Date and its Expiration Date.	29. مدة العقد: المدة الذي تمتد بين تاريخ سريان العقد وتاريخ انتهاء صلاحيته.
30. Enrolment Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) the Beneficiary enrolls for the first time in a selected Plan/Product under this Contract; or enrolls under an Initial Contract which has been renewed without any interruption or alteration. The same Beneficiary can have different Enrolment Dates for different Plan/Products.	30. تاريخ الإدراج: يقصد به اليوم (عند الساعة 00:00 في التوقيت المحلي والشهر والسنة) الذي ينتسب فيه المستفيد للمرة الأولى إلى الخطة / المنتج المحدد بموجب هذا العقد أو ضمن عقد أول. يتم تجديده دون أي انقطاع أو تعديل. وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن للمستفيد عيّن أن يملك تواريخ تسجيل مختلفة لخطة / أو لمنتج مختلف.
31. Effective Date: The day (00:00hrs local time, month and year) the insurance under this Contract takes effect for the first time or takes effect for each subsequent Renewal. Healthcare expense benefits begin on the Effective Date in accordance with and subject to the terms and conditions of this Contract and any attachment/s thereto.	31. تاريخ السريان: يعني اليوم (عند الساعة 00:00 في التوقيت المحلي والشهر والسنة) الذي يصبح فيه التأمين بموجب هذا العقد ساري المفعول للمرة الأولى أو يسري على كل تجديد لاحق. وتبدأ منافع نفقات العناية الصحية في تاريخ السريان بموجب شروط هذا العقد وأحكامه وأي ملحق/ملحقات ذات علاقة.
32. Renewal: The continuance of coverage under a Contract beyond its original Contract Period by the offer and	32. التجديد: استمرار التغطية بموجب عقد ما بما يتجاوز فترة العقد الأصلية وفقا للطلب ويتم دفع القسط لفترة جديدة.

payment of a Premium for a new Contract Period.	
33. Renewal Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) which coverage under a Contract continues beyond its original term provided that payment of a Premium for the continuance of coverage has been conducted. The Renewal date coincides with the Expiration Date of the original Contract Period.	33. تاريخ التّجديد: أي اليوم (عند السّاعة 00:00 في التوقيت المحلي والشّهر والسّنة) الذي تستمر فيه التّغطية بموجب عقد ما بعد المدة الأصليّة، شريطة أن يتم دفع القسط لقاء استمرار التّغطية، ويتزامن تاريخ التّجديد مع تاريخ انتهاء صلاحية العقد الأصليّ
34. Endorsement: Any Amendment to the existing Contract, usually addition or deletion of an insured or Plan/Product changes.	34. الملحق: يقصد به أي تعديل في العقد القائم وغالباً ما يكون إضافة أو حذفاً لمؤمّن له أو تغييرات في مخطّط /أو في منتج ما.
35. Amendment: A formal document changing the provisions of the Contract.	35. التعديل: ويعني المستند الرّسمي الذي يغيّر أحكام العقد.
36. Expiration Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) this Contract expires. Healthcare expense benefits end on this date unless Renewal has been conducted.	36. تاريخ انتهاء الصّلاحية: أي اليوم (عند السّاعة 00:00 في التوقيت المحلي والشّهر والسّنة) الذي تنتهي فيه صلاحية العقد. والجدير ذكره أن منافع تكلفة الرعاية الصحيّة تنتهي في هذا اليوم إلّا إذا تجدد العقد.
37. Contract Cancellation Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) this Contract is stopped as a result of the Contract holder's written request.	37. تاريخ إنهاء العقد من قبل حامل الوثيقة: اليوم (عند السّاعة 00:00 في التوقيت المحلي والشّهر والسّنة) الذي تم فيه إنهاء العقد بطلب خطّي من حامله.
38. Beneficiary Deletion Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) the Beneficiary's coverage is stopped as a result of the Contract holder's written request and/or in case the status of the Contract holder's Beneficiaries as defined in the Contract is no longer held, or upon the cancellation of this Contract.	38. تاريخ حذف المستفيد: اليوم (عند السّاعة 00:00 في التوقيت المحلي والشّهر والسّنة) الذي توقّفت فيه تغطية المستفيد بطلب خطّي من حامل العقد و/أو لم تعد حالة المستفيدين من العقد كما هو منصوص عليها في العقد، أو عند إلغاء هذا العقد.
39. Contract Termination Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) the Contract is stopped by the Insurer as the result of the non-fulfilment of the Contract holder's obligations as set forth in the general terms herein.	39. تاريخ إنهاء العقد من قبل الشركة: اليوم (عند السّاعة 00:00 في التوقيت المحلي والشّهر والسّنة) الذي قامت به شركة التأمين بإنهاء العقد كنتيجة لعدم وفاء حامل العقد بأي من الإلتزامات الواردة بهذا العقد و/أو جداوله و/أو ملاحقه.
40. Beneficiary Termination Date: The day (00:00 hrs local time, month and year)	40. تاريخ إنهاء تغطية المستفيد: اليوم (عند السّاعة 00:00 في التوقيت المحلي والشّهر والسّنة)

the Beneficiary's coverage is stopped by the Insurer as the result of the non-fulfilment of the Contract holder's obligations as set forth in the general terms herein or upon termination of this Contract.	الذي إنتهت فيه تغطية المستفيد من قبل شركة التأمين كنتيجة لعدم وفاء حامل العقد بأي من الإلتزامات الواردة بهذا العقد و/أو جداوله و/أو ملاحقه أو من تاريخ إنهاء العقد من قبل حامل الوثيقة.
41. Claim: A written demand made to the Insurer by or on behalf of a Beneficiary for the payment of medical expenses under this Contract. A Claim is submitted on claims form which is accompanied by supporting billing documentation and medical reports establishing that chargeable healthcare Services were or will be rendered to the Beneficiary and the medical reasons for the conduction of such Services including but not Limited to the History and Physical Examination Report for the Beneficiary, the medical description of the present condition, Surgical or procedure reports and discharge summary. One Claim pertains to one Episode of Care.	41. مطالبة التعويض: طلب خطي يُقدّم إلى شركة التأمين بواسطة أو بالنيابة عن المستفيد لدفع النفقات الطبية بموجب هذا العقد. ويقدم طلب التعويض عبر نموذج مطالبات التعويض ويتم إرفاقه بالفواتير المؤقتة والتقارير الطبية التي تفيد أن خدمات الرعاية الصحية قد توفّرت أو سيتم توفيرها إلى المستفيد وتشمل الأسباب الطبية للقيام بخدمات مماثلة على سبيل الذكر لا الحصر تقارير الفحص الطبي والتاريخ الطبي للمستفيد والوصف الطبي للوضع الحالي والتقارير الإجرائية أو الجراحية وملخص الخروج من المستشفى. وتعود كل مطالبة بتعويض لحالة طبية واحدة فقط.
42. Episode of Care: All Treatment rendered within a specified time frame for a Specific Assessment. The specified time frame for an In-patient Claim is defined as the period from Provider facility admission to discharge for the same corresponding admission. The specified time frame for an Outpatient Claim is defined as the single occurrence of rendering a specific Service, usually per visit, per Treatment, per test/s, per prescription or per examination.	42. سلسلة الرعاية: كافة العلاجات المقدّمة ضمن إطار زمني محدّد ولقاء تقييم معيّن. ويحدّد الإطار الزمني لمطالبة التعويض العلاج داخل المستشفى ابتداءً من موافقة المزود وحتى الخروج من المستشفى للحالة الطبية نفسها الذي دخل على أساسها. ويحدّد الإطار الزمني لمطالبة العيادات الخارجية كحالة فردية لتقديم خدمة معيّنة، وعادة ما تكون وفقاً للزيارة أو العلاج أو الفحوصات أو الوصفة الطبية أو الفحص.
43. Claims Adjudication: The process of placing a Claim through a series of administrative, Contract and medical edits to determine coverage or non-coverage of a Claim as well as the determination of financial settlement parameters. Pre-requisites for Claims Adjudication are: 43.1. The retrieval of all administrative and	43. تسوية المطالبات: هي عملية تقديم المطالبة من خلال سلسلة من التعديلات الإدارية والتعاقدية والطبية بهدف قبول التغطية الناتجة عن المطالبة أو رفضها، إضافة إلى معايير التسوية المالية وتكمن المتطلبات الأساسية للمطالبة فيما يلي: 1.43. استرجاع جميع المعلومات الإدارية وتلك المنصوص عليها في العقد.

Contract information 43.2. The submission of medical information pertaining to the Claim such as the Completed ASOAP medical and Service sections and; 43.3. When deemed applicable by the TPA Claims Centre, the History and Physical Examination Report, Pre-Operative Test Reports, Surgical Report, Procedure Report, Discharge Summary, other medical documents and signed Authorization for the Release of Medical Information.	2.43 تقديم المعلومات الطبية المتعلقة بالمطالبة وملء نموذج المطالبة المسمى (ASOAP) وقسم الخدمات و؛ 3.43 إذا اعتبرت قابلة للتطبيق من قبل مركز المطالبات لشركة إدارة المطالبات الطبية، يجب تزويد تقرير التاريخ الطبي ومعاينة الطبيب والتقارير السابقة للجراحة والتقارير الجراحية وتقارير الإجراء الطبي وملخص الخروج من المستشفى والتقارير الطبية الأخرى والموافقة الموقعة للتزود بالمعلومات الطبية.
44. Covered Claim: A Claim that is eligible to be paid in whole or in part by the Insurer according to the Claims Adjudication process and the conditions of this Contract. Covered Claims may be comprised of Eligible Medical Expenses and/or Non-Eligible Medical Expenses and may be inclusive or not of Beneficiary out-of-pocket amounts such as Specific Deductible Excess, Aggregate Deductible Excess, Co-Participation and/or Priority Payer shares and/or Limits as defined in the Applicable Scope of Coverage and Contract Schedules.	44. المطالبة المغطاة: يقصد بها المطالبة المؤهلة للتعويض الجزئي أو الكلي من قبل شركة التأمين وفقا لتسوية المطالبات وشروط هذا العقد. وقد تتكون مطالبات التعويض المغطاة من النفقات الطبية المستحقة والنفقات الطبية غير المستحقة وقد تشمل أو تستثنى النفقات الفعلية للمستفيد على سبيل المثال مبلغ التحمل المحدد ومبلغ التحمل الكلي والمشاركة و/أو حصص الطرف الأولي و/أو الحدود كما هو مذكور في نطاق التغطية المنطبق والجدول الملحقة بالعقد.
45. Non-Covered Claim: A Claim that is not eligible to be paid by the Insurer according to the Claims Adjudication process and the conditions of this Contract.	45. المطالبة غير المغطاة: وتعني المطالبة الغير مؤهلة للتعويض من قبل المؤمن وفقا لتسوية المطالبات وشروط هذا العقد.
46. Eligible Medical Expenses: The Medical expenses which are determined by Claims Adjudication as covered by the Contract inclusive or not of Beneficiary out-of-pocket amounts such as Specific Deductible Excess, Aggregate Deductible Excess, Co-Participation and/or Priority Payer shares and/or Limits as defined in the Applicable Scope of Coverage and Contract Schedules.	46. النفقات الطبية القابلة للتعويض: وتعني النفقات الطبية التي يتم تحديدها من خلال تسوية المطالبات وبموجب العقد الذي يشمل النفقات الفعلية للمستفيد أو لا يشملها، على سبيل المثال مبلغ التحمل المحدد ومبلغ التحمل الكلي والمشاركة و/أو حصص الطرف الأولي و/أو الحدود كما هو مذكور في نطاق التغطية المنطبق وجدول العقد.
47. Non-Eligible Medical Expenses: Medical expenses that are determined by Claims	47. النفقات الطبية غير القابلة للتعويض: يقصد بها النفقات الطبية التي يتم تحديدها من خلال تسوية

Adjudication as not covered by the Contract.	المطالبات على أنها غير مغطاة بموجب العقد.
48. Usual, Customary and Reasonable Charges (UCR): In the Insurer's sole opinion, a charge or expense for medical care which according to the Insurer's experience with the TPA local Providers does not exceed the general level of charges being made by other Providers of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable medical Treatment, Services or supplies.	48. النفقات المعتادة والمألوفة والمعقولة (UCR): وفقا لقرار شركة التأمين وحدها، فإن نفقات أو تكاليف الخدمة الطبية التي، وبالاستناد إلى خبرة شركة التأمين مع المزودين المحليين لشركة إدارة المطالبات الطبية، لا تتخطى المستوى العام للتكلفة التي يطلبها المزودون الآخرون في المستوى عينه وفي المكان الذي تقدم فيه الخدمات والتزويدات والعلاجات الطبية المماثلة أو المشابهة.
49. Cash Indemnity: A lump sum payable to a Beneficiary in connection with Covered Claim benefits. Lump sums may be payable on: 49.1. Service basis (i.e. type of Surgery) 49.2. Specific Assessment basis (i.e. type of diagnosis) or 49.3. Per day basis	49. التعويض المالي: مبلغ مالي يدفع إلى المستفيد لقاء منافع للمطالبة المغطاة بالتأمين، وقد تدفع وفقا للنحو التالي: 1.49. على أساس الخدمة (كنوع الجراحة) 2.49. على أساس تقييم معين (كنوع التشخيص) أو 3.49. على أساس يومي
50. Priority Payer: The entity or party which is primarily liable for a Beneficiary's Eligible Medical Expenses up to the Limits specified in the Applicable Scope of Coverage Schedule. Upon completion of the Priority Payer's obligation to pay Eligible Medical Expense amounts up to the specified Limits, the Insurer then becomes liable to pay remaining Eligible Medical Expense amounts within the provisions and Limits of the Beneficiary's Contract with the Insurer.	50. الطرف الأولي: أي الهيئة أو الطرف الذي يعدّ المسؤول الأول عن دفع النفقات الطبية القابلة للاستعاضة للمستفيد وحتى الحد المذكور في جدول نطاق التغطية المنطبق. ولدى إتمام موجبات الطرف الأولي بدفع النفقات الطبية القابلة للاستعاضة وحتى الحد المذكور، تصبح شركة التأمين مسؤولة عن دفع ما تبقى من هذه النفقات وذلك ضمن الموجبات والحدود المذكورة في العقد المبرم بين المستفيد وشركة التأمين.
51. Co-payer: An entity or person that participates with the Insurer in the payment of an Eligible Medical Expense according to defined percentages which are specified under the Contractual Schedule and/or Applicable Scope of Coverage Schedule.	51. المشارك في الدفع: الهيئة أو الفرد الذي يساهم مع شركة التأمين في دفع النفقات الطبية القابلة للتعويض وفقا للنسب المحددة بموجب الجدول التعاقدية و/أو برنامج نطاق التغطية المطبق.
52. Out-of-Pocket Expense: Expenses that must be paid by the Insured.	52. النفقات من الجيب/ النفقات الخاصة: أي النفقات الطبية التي يجب أن يدفعها المؤمن له.

53. Co-participation: The portion of incurred Medical Expenses, usually a fixed percentage, the Beneficiary is obliged to pay Out-of-pocket.	53. المشاركة في السداد: نسبة من النفقات الطبية، غالبا ما تكون نسبة محددة، يترتب على المستفيد دفعها من ماله الخاص.
54. Limit/s: A Contract provision that sets a cap on types of Eligible Medical Expenses. Limit/s may be a: 54.1. Monetary amount per lifetime 54.2. Quantity amount per lifetime 54.3. Monetary amount per year 54.4. Quantity amount per year 54.5. Monetary amount per Claim or 54.6. Quantity amount per Claim	54. الحد / الحدود: بند في العقد يضع سقفا لأنواع النفقات الطبية القابلة للتعويض. وقد يكون هذا الحد/الحدود على الشكل التالي: 1.54 مبلغ نقدي واحد مدى الحياة 2.54 مبلغ كمي مدى الحياة 3.54 مبلغ نقدي في السنة الواحدة 4.54 مبلغ كمي في السنة الواحدة 5.54 مبلغ نقدي لكل مطالبة أو 6.54 مبلغ كمي لكل مطالبة
55. Specific Deductible Excess: The amount deducted from a Claimed Medical Expense which is specified in monetary units (i.e. AED 25 or 50 or 100) and which may be applied on each Family of Service (FOS), Service (S) and/or Service Item (SI). This amount must be paid by the Beneficiary each time the FOS, S and/or SI is claimed and is deducted from the total Claim. The Insurer's payment portion is calculated on the remaining balance.	55. مبلغ التحمل المحدد: يقصد به المبلغ المقتطع من النفقات الطبية المطالب بها والذي يحدد ضمن وحدات مالية (على سبيل المثال 25 أو 50 أو 100 درهم إماراتي) والذي ينطبق على كل مجموعة خدمات أو خدمة و/أو بنود الخدمة. ويترتب على المستفيد أن يدفع هذا المبلغ في كل مرة يطالب فيها بتعويض لقاء مجموعة خدمات أو خدمة و/أو بنود الخدمة. ومن جهة أخرى، يقتطع هذا المبلغ المدفوع من مجموع المطالبة. وتحتسب حصة شركة التأمين في الدفع وفقا للميزانية المتبقية.
56. Aggregate Deductible Excess per Beneficiary: The accumulated amount of money relating to Eligible Medical Expenses specified in the Applicable Scope of Coverage which is paid by the Contract holder on behalf of a specific Beneficiary, in addition to Specific Deductible Excess and/or the Contract holder's Co-Participation if and when applicable during the period of this Contract.	56. مبلغ التحمل الكلي لكل مستفيد: يقصد بذلك المبلغ المالي الكلي المتعلق بالنفقات الطبية القابلة للتعويض والمذكورة في نطاق التغطية المطبق والذي يقوم حامل العقد بدفعه بالنيابة عن مستفيد معين، بالإضافة إلى مبلغ التحمل الخاص و/أو مساهمة حامل العقد عند الانطباق وفي حال كان ذلك نافذا خلال فترة صلاحية هذا العقد.
Coverage Definitions	مفاهيم التغطية
1. Product: The packaging of Plans that is offered by the Insurer and selected by the Contract holder in the Application Form.	1. المنتج: مجموعة الخطط التي تقدمها شركة التأمين والتي يختارها حامل العقد في استمارة الطلب.
2. Plan/Product: The covered Family of Benefits, Families of Services, covered Causes, Exclusions, the method of	2. المخطط/المنتج: مجموعة المنافع والخدمات والحالات المغطاة والاستثناءات وطرق تسوية

Claims handling, territorial Limits, financial restrictions that are offered by the Insurer under a given Product.	المطالبات والحدود الإقليمية والقيود المالية التي تعرضها شركة التأمين بموجب منتج معين.
3. Family of Benefits: A grouping of one or more Family of Services into a Category which defines the healthcare Services that are covered through a Product under a given Contract (e.g. In-Patient, Out-Patient, Dental, Optical).	3. مجموعة المنافع: رزمة من مجموعة أو مجموعات الخدمات التي تحدّد خدمات الرعاية الصحيّة المغطّاة ضمن منتج بموجب عقد مبرم. (على سبيل المثال العلاج داخل المستشفى، العلاج في العيادات الخارجية، العناية بالأسنان والعناية بالبصر).
4. Family of Services: A grouping of Services that are medically related to each other and are attached by the Insurer to different Families of Benefits. Examples: room & board, radiology, laboratory, pharmacy, Surgery, etc.	4. مجموعة الخدمات: مجموعة من الخدمات التي ترتبط ببعضها البعض من الناحية الطبيّة وهي تتعلّق بمجموعة مختلفة من المنافع المرتبطة بشركة التأمين. على سبيل المثال الغرفة والإقامة والطعام والأشعة والمختبر والصيدليّة والجراحة إلخ.
5. Service/s: Related sub-groups of medical Service items, which comprise a given Family of Services.	5. الخدمة / الخدمات: مجموعات فرعيّة لبنود الخدمة الطبيّة ذات الصلة والتي تتكوّن من مجموعة خدمات معيّنة.
6. Service Item: Individual medical Services, tests, exams, consultations or other items which may be charged during the care of a Beneficiary by a Provider. Examples: blood test, urine test, x-ray, etc.	6. بند الخدمة: الخدمات الطبيّة الفرديّة والفحوصات والاستشارات أو أي خدمة أخرى يتقاضى ثمنها المزود في خلال العناية بالمستفيد، نذكر منها على سبيل المثال فحوصات الدّم والبول والأشعة السينيّة إلخ.
7. Family of Cause: A general categorization of reasons that Beneficiaries seek healthcare (i.e. Injury, Illness, Maternity, etc.).	7. مجموعة الأسباب: تصنيف عام للأسباب التي تؤدّي إلى لجوء المستفيد إلى العناية الصحيّة (كالإصابة والمرض والولادة إلخ).
8. Cause: A term that broadly describes the reason a Beneficiary seeks healthcare, for an illness the description of the disease, for an accident the description of the accident.	8. السبب: مصطلح يصف على نطاق واسع سبب لجوء المستفيد إلى العناية الصحيّة، سواء بسبب المرض وفقا للوصف المسند لذلك المرض والحادّث وفقا لوصف الحادث.
9. Scope of Coverage: A pre-defined frame which sets and defines the parameters of how a Beneficiary will be covered by the insurer under a given Contract (e.g. Family of Benefits, territorial, financial limits etc).	9. نطاق التغطية: إطار محدد مسبقا يعيّن ويحدّد المعايير حول كيفية تغطية المستفيد من قبل شركة التأمين بموجب عقد معين (مجموعة المنافع، الأرض، الحدود المالية، إلخ).
10. Hospitalisation Class: The class of room and board Service which the Contract holder has selected on behalf of the Beneficiary/ies to be applied for In-patient confinements and which is identified in the Contract Schedule	10. فئة الاستشفاء: درجة خدمة الإقامة والطعام التي ينتقها حامل العقد بالنيابة عن المستفيد / المستفيدين والمنطقة على المريض أثناء مكوثه في المستشفى والتي تحدّد في برنامج العقد بالاستناد إلى الرّموز التّالية:

according to the following codes: • Elite Plan - Semiprivate room: A Semi-private room in a hospital refers to a hospital room shared maximum by two or three patients, where each patient has their own bed but shares the room and facilities. • Essential Plan and Enhanced Plan - General ward: A General wardroom refers to a larger space shared by multiple patients. It provides the most basic accommodation, and each patient has their own bed but shares the room and facilities	• خطة النخبة – غرفة شبه خاصة: تشير الغرفة شبه الخاصة إلى غرفة مشتركة بين مرضى اثنين أو ثلاثة على الأكثر، حيث كل مريض منهم لديه سريرًا خاصًا لكنه يشارك الغرفة والمرافق. • الخطة الأساسية و المحسنة – جناح عام: الجناح العام يشير إلى مساحة أكبر مشتركة بين عدة مرضى وتوفر أبسط وسائل الإقامة حيث يمتلك كل مريض سريرًا خاصًا به لكنه يشارك الغرفة والمرافق.
11.Territory of Occurrence: The country where the Beneficiary's health condition required healthcare Services and where related Medical Expenses were incurred.	11. منطقة الحدث : البلد حيث تتطلب حالة المستفيد اللجوء فيها إلى الخدمات الطبية والتي تترتب عنها النفقات الطبية.
12.Aboard: Any country excluding the country of Contract issuance.	12. الخارج: أي بلد باستثناء البلد الذي أصدر فيه العقد
13.In-patient: Treatment, diagnostic procedures and or other types of care which are delivered to a Beneficiary in a Hospital and Medically Necessitate the Beneficiary's Confinement to a Hospital as a registered bed patient for 24 hours or more. Day-Hospital admissions are considered Inpatient.	13. العلاج داخل المستشفى: إجراءات التشخيص والعلاج وأي أنواع أخرى من العناية التي تقدم إلى المستفيد في المستشفى وتتطلب مكوثه في المستشفى كحاجة طبية كمرضى مسجل للبقاء لمدة 24 ساعة أو أكثر. ويعتبر الدخول النهاري للاستشفاء كعلاج داخل المستشفى.
14.Non-In-patient: Treatment, diagnostic procedures and or other types of care which are delivered to a Beneficiary on an Out-patient basis.	14. العلاج في عيادات المستشفى إجراءات التشخيص والعلاج وأي أنواع أخرى من العناية التي تقدم إلى المستفيد على أساس العلاجات المقدمة في العيادات الخارجية.
15.Out-patient: Physician's consultation, prescribed drugs, diagnostic tests and Treatments which do not Medically Necessitate Hospitalisation or specialized medical attention and care in a Hospital before, during and/or after the procedure.	15. العلاج في العيادات الخارجية: استشارة الطبيب والأدوية الموصوفة والاختبارات التشخيصية والعلاجات التي لا تتطلب من الناحية الطبية البقاء في المستشفى أو الرعاية الطبية المتخصصة والرعاية الصحية في المستشفى قبل وخلال و/أو بعد الإجراء الطبي.
16.Day hospital: Surgery, medical Treatment and/or diagnostic tests which are performed on a same day Hospital	16. البقاء في المستشفى لنهار واحد: الجراحة والعلاج الطبي و/أو الفحوصات التشخيصية التي

basis and require specialized medical attention and care in a Hospital, before, during and/or after the Surgery, Treatment and/or test; but do not Medically Necessitate an overnight stay in a Hospital.	تجري في نفس اليوم وتتطلب عناية طبية متخصصة ورعاية في المستشفى قبل وأثناء و/أو بعد الجراحة أو العلاج و/أو الفحص ولا يلزم طبيا البقاء في المستشفى ليلا.
17.Confinement: An uninterrupted stay for a defined period of time in a Hospital followed by discharge.	17. الحجز في المستشفى: البقاء لمدة متواصلة من الوقت في المستشفى ثم الخروج منها.
18.Hospitalisation: Confinement in a Hospital for a minimum of one overnight stay for Medically Necessary Surgery, Treatment or other care related to an Illness or Injury which cannot be performed on an Out –patient basis.	18. الاستشفاء: البقاء في المستشفى لمدة ليلة كحد أدنى لإجراء جراحة أو علاج أو الخضوع لرعاية أخرى متعلقة بمرض أو إصابة تعد ضرورة طبية والتي لا يمكن تزويدها على أساس علاج في العيادات الخارجية.
19.Dental Care: All care given to the teeth or other mouth parts which is not listed under the definition “Oral & Maxillofacial Surgery” including but not limited to: clinical oral and x-ray examinations of the teeth & gums, pulp vitality tests, topical application of prophylactic substances, space maintenance, any type of filling or restoration caused from tooth decay or other reason, tooth extractions, root removals, root canal therapy, pulp capping, periapical Treatments, Services related to partial or complete dentures, bridges, dental implants, braces, retainers and orthodontic care.	19. العناية بالأسنان: كافة أنواع العناية بالأسنان أو أي جزء آخر من الفم غير المذكور ضمن مفهوم "جراحة الفم والفك العلوي والوجه" على سبيل الذكر لا الحصر: الفحوصات السريرية للفم والأشعة السينية للأسنان واللثة واختبار حيوية اللب والتطبيق الموضعي للمواد الوقائية، والحفاظ على المسافة بين الأسنان وأي نوع من الحشو أو الترميم الناجم عن تسوس الأسنان أو أي سبب آخر، قلع السن، سحب الجذور، علاج قناة جذر السن، تغطية اللب، علاج حوائط الدروة، الخدمات المتعلقة بجزء من أطقم الأسنان أو كلها، الجسور، زراعة الأسنان، جهاز تقويم الأسنان، المثبت والعناية بتقويم الأسنان.
20.Oral & Maxillofacial Surgery: Excision of tumours, cysts of jaws, cheeks, lips, tongue, roof, floor of mouth; Reconstructive Surgery for Accidental Injuries to a Sound Natural Tooth, jaws, cheeks, lips, tongue, roof and floor of mouth; excision of jaws and hard palate, external incision and drainage of cellulitis, incision and Surgical Treatment of accessory sinuses, salivary glands or ducts, reduction of dislocations.	20. جراحة الوجه والفكين: استئصال الأورام والخراجات من الفكين والخدين والشفاه واللسان وسقف الحلق وأسفل الفم؛ والجراحة الترميمية للإصابات العرضية التي أصابت الأسنان الطبيعية الدائمة السليمة الفكين، الخدين، الشفاه، اللسان، سقف الحلق وأسفل الفم، استئصال الفكين والحك المتصلب، الشق الخارجي وإزالة التهاب النسيج الخلوي، شق الجيوب الثانوية والعلاج الجراحي لها، الغدد أو القنوات اللعابية وتقليص الإزاحات بين الأسنان.
21.Sound Natural Tooth: A whole natural tooth without impairment and which is not in need of any other Treatment	21. السن الطبيعي السليم: سن كامل طبيعي من دون خلل ولا يحتاج إلى أي علاج باستثناء التاج عن إصابة نتيجة حادث. ولا يعتبر السن المزود

except for the reason other than Accidental Injury. A tooth with a crown/cap/ gum disease, a partial denture, a whole denture, a tooth implant or other oral appliance is not considered a Sound Natural Tooth.	بقلنسوة تاجية أو المصاب بمرض اللثة أو بدلة الأسنان الجزئية أو الكلبة أو زرع الأسنان أو غيرها من الأجهزة المركبة للأسنان سنا طبيعيا سليما .
22.Reconstructive Surgery: Any operative procedure or portion of a procedure performed to restore functionality or restore appearance which was lost due to Accidental Injury or Surgery or for which proper functionality or proper appearance did not exist due to a Congenital Disease.	22. الجراحة الترميمية: أي إجراء جراحي أو جزء من الجراحة يتم إجراؤه لاستعادة الوظيفة أو الشكل فقده بسبب إصابة عرضية أو جراحية، أو أن الوظيفة أو الشكل السليم لم يكونا موجودين أصلا بسبب مرض خلقي.
23.Cosmetic Surgery: Any operative procedure or any portion of a procedure performed to improve physical appearance and/or treat a mental condition through change in bodily form.	23. الجراحة التجميلية: أي إجراء جراحي أو جزء منه يُجرى لتحسين الشكل الخارجي و/أو معاينة الحالة العقلية جراء تغيير في الشكل البدني.
24.Congenital Anomaly: A condition existing at or from birth which is a significant deviation from the common form or normal and for the purposes of this Contract will include both visible and hidden structural body deviations as well as chromosomal abnormalities.	24. التشوه الخلقي: حالة موجودة منذ/عند الولادة تتمثل بانحراف كبير عن الشكل العادي أو الطبيعي والتي سوف تشمل، لأغراض هذا العقد، كل من الانحرافات الجسدية الواضحة والمخفية بالإضافة إلى التشوه الصبغي (الكروموسومي)
25. Maternity: Pregnancy, childbirth, caesarean delivery, miscarriage, abortions, obstetrical care and/or any complications related to any of the aforementioned. This benefit provides coverage for the following Out-of-Hospital services for Pre-natal and Post-natal care: • Physician consultation • Diagnostic tests • Pharmaceuticals Exclusions under this benefit: This benefit does not cover: • Supplementary maternity-related medicines • Antenatal screening tests such as Genetic studies, Amniocentesis, Chorionic Villus Biopsy, Foetal Blood sampling (Foetoscopy, Cordocentesis),	25. الأمومة: الحمل، الولادة، الولادة القيصرية، الإسقاط، الإجهاض، العناية التوليدية و/أو أي مضاعفات تتعلق بما ذكر. وتؤمن هذه المنفعة التغطية للخدمات التالية خارج المستشفى والمتعلقة بالعناية قبل الولادة وبعدها: • استشارة الطبيب • الفحوصات التشخيصية • الأدوية أما الاستثناءات غير المشمولة بموجب هذه المنفعة فهي كالتالي: • الأدوية الإضافية (المكملات) المتعلقة بالأمومة. • اختبارات الفحص قبل الولادة كالدراسات الوراثية وبزل السلى (السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين) وخزعة لفحص الزغابات المشيمية وأخذ عينات دم الجنين (منظار الجنين، أخذ عينات الدم من الحبل السري،

Toxoplasmosis, Listeriosis	داء المقوسات (جرثومة التوكسوبلازما)، داء الليستريات
26.Illness: A disease, impairment, interruption, cessation or disorder of bodily function/s, system/s or organ/s.	26. المرض: المرض، أو الضعف أو قصور أو خلل في الوظيفة/الوظائف، النظام/ الأنظمة، العضو/أعضاء الجسم.
27.Injury: Physical damage other than Illness, including all related conditions and recurrent symptoms which are usually caused by an Accident.	27. الإصابة: ضرر جسماني غير المرض ويشمل كافة الحالات والعوارض المتكررة ذات الصلة والناجمة في العادة عن حادث ما.
28.Accident: An unforeseen, unexpected and unintended event involving an external force or impact to the body.	28. حادث: حدث غير متوقع وطارئ وعرضي يتضمن قوة خارجية أو تأثير على الجسم.
29.Accidental Injury: An Accident which causes acute physical damage to a Beneficiary, excluding underlying health problems causes or Pre-Existing Conditions that may aggravate or enlarge the Injury. Accidental Injury excludes chipping or cracking of teeth which is caused by reasons other than external impact.	29. إصابة عرضية: حادث يؤدي إلى إصابة المستفيد بضرر جسماني بليغ، باستثناء المشاكل الصحية الضمنية أو الحالات المسبقة التي قد تتفاقم أو تزيد من حدة الإصابة. وتستثنى الإصابة العرضية تقطيع الأسنان أو تكسرها والتي تنجم عن أسباب أخرى غير التأثير الخارجي.
30.Emergency: A health condition sustained as a result of sudden, non-excluded Illness or Injury, raising a legitimate professional concern that there may be a significant medical problem necessitating Treatment (medical or Surgical) to be performed exclusively within the Territory of Occurrence which cannot be delayed and requires immediate Confinement to a Hospital followed by Hospitalization or not. Confinement must be conducted within 24 hours of the Illness or Injury onset.	30. الحالة الطارئة: حالة صحية نجمت عن مرض أو إصابة مفاجئة وغير مستثناة، مما يثير مخاوف مهنية مشروعة بأن هناك مشكلة طبية كبيرة تستدعي علاجاً طبياً أو جراحياً (يجب توفيره استثنائياً في منطقة الحدث والذي لا يمكن تأجيله، وهي تتمثل في الحاجة إلى الدخول الفوري إلى المستشفى سواء أتلّى ذلك استشفاء أو لا. ويجب أن يكون الدخول إلى المستشفى خلال 24 ساعة من وقوع المرض أو الإصابة.

Operational Definitions	المفاهيم التشغيلية
1. TPA: A Third-Party Administrator (TPA) is appointed by the Insurer to act in the name of and on behalf of the Insurer in administering this Contract. TPA interfaces with the Beneficiary through the TPA Claims Centre.	1. شركة إدارة المطالبات الطبية (TPA): طرف يتم تعيينه من قبل شركة التأمين للتصرف باسمها ونيابة عنها بشأن إدارة هذا العقد. وتتعامل شركة إدارة المطالبات الطبية مع المستفيد عبر قسم المطالبات لديها.
2. TPA Claims Centre: A professional Service centre operating 24 hours a day, year round, staffed with a team of medical and Claims administrative specialists to support and monitor the proper application and administration of the Contract. The TPA Claims Centre provides the Beneficiary with:	2. قسم المطالبات في شركة إدارة المطالبات الطبية: مركز خدمات مختص يعمل طوال فترة 24 ساعة في اليوم وعلى مدار السنة وهو مزود بطاقم عمل من الأخصائيين الطبيين ومديري المطالبات التعويض لدعم ومراقبة التطبيق والإدارة اللازمين للعقد. ويزود قسم المطالبات في شركة إدارة المطالبات الطبية المستفيد بما يلي:
2.1. Guidance and information through telephone inquiries at no cost	2.1. التوجيه والمعلومات عبر الاستفسارات الهاتفية ومن دون أي كلفة إضافية.
2.2. Verifies eligibility, carries out Pre-admission Review, performs Concurrent Review, conducts Claims Adjudication and grants Free Access in the name and on behalf of the Insurer to the specific healthcare Service Provider under consideration	2.2. التأكد من الأهلية وتنفيذ المراجعة السابقة للدخول، والقيام بالمراجعة المتزامنة والبت في مطالبات التعويض ومنح الدخول الفوري باسم شركة التأمين وبنياية عنها إلى مزود الخدمات الصحية الخاص قيد النظر.
3. Free Access: The Allowed Network Provider's direct billing of Eligible Claims Expenses to the Insurer and submission of payment to the Provider by the Insurer, minus any Co-payments, Limits or other Non-Eligible Medical Expenses.	3. الدخول المجاني: الإعداد المباشر للفواتير من قبل شبكة مزودي الخدمات والخاصة بنفقات التعويض المؤهلة إلى شركة التأمين وتقديم الدفعات إلى المزود من قبل شركة التأمين، مخصصا منها أي دفعات مشتركة أو حدود أو أي نفقات أخرى طبية غير قابلة للتعويض.
4. Access Card: A personalized card issued in the name of each Beneficiary, facilitating Free Access to the covered healthcare Services provided by the Allowed Network under this Contract.	4. بطاقة الدخول: بطاقة خاصة صادرة باسم كل مستفيد تقوم بتسهيل الدخول الفوري إلى مراكز الرعاية الصحية المغطاة والموفرة من الشبكة المتفق عليها بموجب هذا العقد.
5. Claims Form: A Claim form issued by TPA that contains:	5. استمارة المطالبة بالتعويض: استمارة تصدر عن شركة إدارة المطالبات الطبية وتشمل:
5.1 The medical details of the Claim as documented by the Beneficiary's Physician.	1.5 المعلومات الطبية للمطالبة كما هو موثق من قبل طبيب المستفيد.
5.2 Listing of chargeable healthcare Services which were or will be rendered (as requested and documented by the	2.5 إدراج الخدمات الصحية المستحقة الدفع والتي كانت أو سوف يتم تقديمها) كما طلب ووثق طبيب المستفيد)

Beneficiary's Physician). 5.3 The Claims Adjudication decision. 5.4 The availability of Free Access for the Beneficiary. 5.5 The coverage or non-coverage of the Beneficiary for chargeable healthcare Services and, 5.6 The directions for financial settlement	3.5 قرار تسوية المطالبة. 4.5 توفر الدخول الفوري للمستفيد. 5.5 تغطية المستفيد أو عدم تغطيته لقاء الخدمات الصحية المستحقة الدفع، 6.5 التوجيهات حول التسوية المالية.
6. Provider: A generic term for Physicians, Hospitals, clinics, medical centres, pharmacies, laboratories, physiotherapy centres, dentists and other paramedical institutions or persons who are licensed to offer healthcare Services.	6. المزود: مصطلح عام يشمل الأطباء والمستشفيات والعيادات والمراكز الطبية والصيديات والمختبرات ومراكز العلاج الطبيعي وأطباء الأسنان وغيرها من المؤسسات الطبية أو الأشخاص المرخص لهم لتقديم خدمات الرعاية الصحية
7. Network: A group of healthcare Providers Contracted by TPA for the purpose of providing Beneficiaries with Free Access to their Services on a direct billing and Free Access basis in conformity with the terms of this Contract. Listings of Network Providers are subject to change without advanced notice and may be obtained from the TPA Claims Centre.	7. الشبكة الصحية: مجموعة من المزودين الصحيين تتعاقد معهم شركة إدارة المطالبات الطبية بهدف توفير الدخول الفوري للمستفيد إلى مراكز خدماتهم المتاحة على أساس السداد المباشر بما يتماشى مع شروط هذا العقد. وتخضع لائحة المزودين إلى التغيير من دون إخطار مسبق ويتم الحصول عليها من قسم المطالبات في شركة إدارة المطالبات الطبية.
8. Not Allowed Network: Healthcare Service Providers that are part of the TPA Network, but which are not available under a particular Product.	8. الشبكة الصحية الغير المسموح بها: مزودو الخدمات الصحية الذين يشكلون جزءاً من شبكة شركة إدارة المطالبات الطبية ولكنهم لا يتوفرون ضمن منتج معين.
9. Non-Network: Healthcare Service Providers that are not part of the TPA Network.	9. خارج الشبكة الصحية: مزودو الخدمات الطبية الذين لا يشكلون جزءاً من شبكة إدارة المطالبات الطبية.
10. Preadmission Review: The practice of conducting Claims Adjudication before the Beneficiary has the care or Service conducted. Certain drugs, supplies, Services, Confinements, etc. may require prior approval before they are covered under this Contract. Failure to obtain prior approval may result in a Non-eligible Claim.	10. المراجعة السابقة للدخول: ممارسة عملية البت في المطالبات قبل أن تقدم الخدمة أو الرعاية للمستفيد. وتجدر الإشارة إلى أن بعض الأدوية والتجهيزات وخدمات البقاء في المستشفى تتطلب موافقة مسبقة قبل أن تتم تغطيتها بموجب هذا العقد، وعدم الحصول على هذه الموافقة قد يؤدي إلى عدم أهلية المطالبة.
11. Concurrent Review: The ongoing review of a Beneficiary Illness or Injury during Confinement to determine appropriateness, Medical Necessity and	11. المراجعة المتزامنة: المراجعة المستمرة لمرض المستفيد أو إصابته أثناء بقاءه في المستشفى بهدف تحديد الإجراء الملائم له والضرورة الطبية

coverage.	والتغطية المناسبة.
12. Generic Substitution: The method of dispensing the generic version of a drug in place of the original Product.	12. الاستبدال بالدواء المكافئ: طريقة صرف النسخة العامة للدواء بدلا عن المنتج الأصلي.
13. Gatekeeper: A primary care Physician which screens Beneficiary cases to effectively eliminate needless referral to specialist Physicians.	13. المعاین: الطبيب الأولي الذي يعاین حالة المستفيد لتجنب الإحالة غير الضرورية إلى الأطباء المختصين.
14. Length of Stay: The number of consecutive days a Beneficiary is confined.	14. طول مدة البقاء: عدد الأيام المتتالية التي بقي فيها المستفيد في المستشفى.
15. Deletion Date: The day (00:00 hrs local time, month and year) the Beneficiary's coverage is terminated as the result of deletion from this Contract at the request of the Contract holder.	15. تاريخ الحذف: اليوم (عند الساعة 00:00 من التوقيت المحلي والشهر والسنة) الذي تم فيه إنهاء تغطية المستفيد نتيجة حذفه من هذا العقد بطلب من حامل العقد.
Medical Definitions	المفاهيم الطبية
1. Hospital: Any medical institution, public or private, which is legally licensed and provides medical treatment to sick and injured persons. The facility must consist of organized premises, possess the necessary technical and scientific equipment for diagnosis and surgical operations and should provide healthcare services 24hrs/a day by a staff of at least one resident physician and qualified professional nurses. The term "Hospital" excludes Out-patient clinics, sanitarium, physiotherapy centres, health clubs, retirement homes, nursing homes and other non-hospital institutions, including those specialized in substance abuse (drugs, alcohol).	1. المستشفى: أي مؤسسة طبية سواء أكانت حكومية أو غير حكومية مرخصة قانونا وتؤمن العلاج الطبي للأفراد المرضى والمصابين. ويترتب على المنشأة أن تتألف من أماكن منظمة وتحتوي على المعدات التقنية والعلمية للتشخيص والعمليات الجراحية، وتوفر الخدمات الصحية طوال فترة 24 ساعة في اليوم من طاقم يتألف من طبيب مقيم وممرضات ذوات كفاءة عالية. ويستثنى من مصطلح "المستشفى" العيادات الخارجية والمصحات ومراكز العلاج الطبيعي ونوادي الصحة ودور التقاعد والرعاية أو الأماكن المستخدمة لرعاية المدمنين (مدمنو المخدرات والكحول)
2. Physician: Any Doctor of Medicine (MD) duly licensed and qualified to render Treatment provided under the law of jurisdiction in which Treatment is provided.	2. الطبيب: مزاول مهنة الطب مرخص له وفقا للأصول ومؤهل لتقديم العلاج ضمن القانون القضائي للولاية التي يتم فيها تقديم هذا العلاج.
3. Specific Assessment: A listing of ICD9CM (International Classification of Diseases, 9th Edition-Clinical Modification) diagnoses and identifying codes used by Physicians for reporting diagnoses of the Beneficiary. The coding and terminology provide a uniform	3. تقييم خاص: لائحة التصنيف الدولي للأمراض الطبعة التاسعة التعديل السريري ICD9CM وتشمل التشخيص والرموز المستخدمة من قبل الأطباء للإبلاغ عن تشخيص المستفيد. وتوفر الرموز والمصطلحات لغة موحدة تحدد بشكل دقيق التشخيص وتوفر معلومات معتمدة وموثوق بها

language that can accurately designate diagnoses and provide for reliable, consistent communication of such.	لهذه التشخيص والتسميات.
4. Treatment: Any Surgical, medical, pharmaceutical or other approach used to cure or rectify a Beneficiary Illness or Injury which is deemed as being Medically Necessary and which must be legally permitted in the country where the Treatment was prescribed.	4. العلاج: أي أسلوب جراحي أو طبي أو صيدلاني أو غيره يتم استخدامه لشفاء أو معالجة مرض المستفيد أو إصابته. ويعتبر ضرورة طبية ومسموح به قانونياً في البلد حيث تم وصفه.
5. Surgery / Surgical: Any invasive or incisional procedure including Laser, injection therapy, electro cauterization, cryotherapy, which is used to diagnose, cure or rectify an Illness, Injury, condition, defect or malformation. In this context, invasive diagnostic procedures such as endoscopy, angiography, destruction of kidney or gallstones, any method of treating a fracture, reduction of a dislocation, normal childbirth and catheterization (excluding urethral, peripheral venous and/or arterial) will be considered as Surgery / Surgical.	5. الجراحة / الجراحي: أي إجراء جراحي أو استئصالي بما فيه الليزر، المعالجة بالحقن، الكوي الكهربائي والمعالجة بالتبريد المستخدم لتشخيص وعلاج المرض أو الحالة الطبية أو التشوه والعيوب. وفي هذه السياقات تعتبر الإجراءات التشخيص الجراحي كالتنظير الداخلي وتصوير الأوعية الدموية وتقنيات حصى المرارة أو الكلى، وكل وسيلة لمعالجة الكسور وردّ الخلع والولادة الطبيعية والفتحة (باستثناء الفتحة الحليبية، المحيطية، الوريدية و/أو الشريانية) عمليات جراحية.
6. Medically Necessary: Hospitalizations, Confinements, Surgeries, procedures, Treatments, Services, supplies, medications, equipment or other items or expenses requested, provided or charged by a Provider which the Insurer, in its own opinion determines are all of the following: 6.1 Required for the Treatment or management of an Illness or Injury 6.2 Appropriate to diagnose or treat the Beneficiary's Illness or Injury 6.3 Consistent with standards of good medical practice 6.4 Are not primarily for the personal comfort or conveniences or the Beneficiary, family or the Provider 6.5 Are not a part of or associated with the scholastic education or vocational training of the Beneficiary or primarily for education or experimental purposes. 6.6 In case of Inpatient care, cannot be	6. ضرورة طبية: الاستشفاء، البقاء في المستشفى، الجراحات، الإجراءات، العلاجات، الخدمات والإمدادات والأدوية والمعدات واللوازم أو غيرها من البنود أو النفقات الأخرى المطلوبة، التي يقدمها أو يتقاضاها مزود الخدمة الصحية والتي تقرها شركة التأمين، وبحسب رأيها الخاص، أنها تتعلق بالتالي: 1.6 ضرورة لعلاج أو تدبير مرض أو إصابة ما، مناسبة لتشخيص أو معالجة مرض المستفيد أو إصابته، 3.6 تتوافق مع معايير الممارسات الطبية الجيدة، 4.6 ليست مستخدمة في الأساس للراحة الشخصية أو تعدّ من وسائل راحة المستفيد أو عائلته أو المزود، 5.6 لا تشكّل جزءاً أو ترتبط بالتعليم المدرسي أو التدريب المهني للمستفيد، أو أنها مستخدمة بشكل أساسي لغايات تربوية أو تجريبية. 6.6 في حالات العناية داخل المستشفى، لا يمكن منحها بشكل آمن على أساس علاج في العيادات

provided safely on an Out-patient basis and are given in the most cost-efficient manner and setting consistent with maintaining safe care. 6.7 Legally available in the country of prescription. The fact that a Provider has prescribed, recommended or approved a Hospitalization, Confinement, Surgery, procedure, Treatment, Service, supply, medication, equipment or other item or expense does not, in itself, make it Medically Necessary.	الخارجية، بالإضافة إلى تقديمها بأكثر الطرق فعالية من حيث التكلفة وعلى نحو يحافظ على الرعاية السليمة والأمنة. 6.7 متاحة بشكل قانوني في البلد الذي وصفت فيه إذ إن قيام المزود بوصفها أو اقتراحها أو الموافقة على هذا الاستشفاء أو البقاء في المستشفى أو الجراحات أو الإجراءات أو العلاجات أو الخدمات والإمدادات أو الأدوية والمعدات واللوازم أو النفقات لا يجعل من ذلك ضرورة طبية.
7. Unnecessary Treatment: A Service or Treatment that is not medically necessary.	7. العلاج غير الضروري: الخدمة أو العلاج الذي لا يعتبر ضرورة طبية.
8. Chronic Disorder: A Specific Assessment that requires a regular, lifetime Treatment.	8. مرض مزمن: تقييم خاص يتطلب علاجاً منتظماً مدى الحياة.
9. Release of Medical Information: A document prepared for the Provider which is signed and authorized by the Beneficiary to allow the CC on behalf of the Insurer to access all Beneficiary medical records at a given Provider. The Beneficiary's failure to sign or authorize a Release of Medical Information will result in a Non-eligible Claim.	9. الإفصاح عن المعلومات الطبية: مستند معدّ لمزود الرعاية الصحية ليوقع عليه المستفيد ويوافق عليه بهدف السماح لقسم المطالبة، والنيابة عن شركة التأمين، الوصول إلى جميع السجلات الطبية للمستفيد في مزود ما. وتجدر الإشارة إلى أن عدم امتثال المستفيد بتوقيع أو الموافقة على مستند الإفصاح عن المعلومات الطبية يؤدي إلى عدم أهلية المطالبة.
10. History and Physical Examination Report: A report issued by the Beneficiary's Physician which details two sections of the Beneficiary's medical profile: 10.1 Section related to previous health status including history of previous Hospitalisations, previous Illnesses and Injuries, childhood diseases, allergies, medications, habits, etc. and 10.2 Section related to the Beneficiary's current Illness or Injury including date of onset, symptoms, physical examination, test results, diagnosis/es or Specific Assessment/s and planned therapy	10. تقرير التاريخ الطبي والفحص البدني: تقرير يصدره طبيب المستفيد حيث يفصل فيه قسمين عن الوضع الطبي لهذا الأخير وهما: 1.10 قسم يتعلق بالوضع الصحي السابق ويشمل الاستشفاء والأمراض والإصابات وأمراض الطفولة والحساسيات والأدوية والعادات السابقة وإلى ما هنالك. 2.10 قسم يختص بالمرض الحالي أو الإصابة الحالية للمستفيد، بما في ذلك تاريخ بدء ظهور العوارض والنتائج الطبية والتشخيص/التشخيصات أو التقييم / التقييمات الخاصة والعلاج المخطط الخضوع له.
11. Surgical Report / Procedure Report: A report issued by the Beneficiary's	11. التقرير الجراحي/ تقرير الإجراء الطبي: تقرير

Physician who describes the Surgical or procedural act and results.	صادر عن طبيب المستشفى يشرح فيه الإجراءات الجراحية أو الإجرائية ونتائجها.
12. Discharge Summary: Summary of the Beneficiary's Hospitalization course including the History & Physical Examination Report, diagnoses/es or Specific Assessment/s, complications incurred during the course of Hospitalization, therapy or Treatment which was provided, results of the Hospitalization and the discharge status of the Beneficiary including the status of the diagnosis/es or Specific Assessment/s, future medical Treatment, medications and follow-up directions.	12. ملخص الخروج من المستشفى: ملخص يتناول فترة استشفاء المستشفى بما في ذلك تقرير التاريخ الطبي وتقرير الفحص البدني، التشخيص/ التشخيص أو التقييم/ التقييمات الخاصة والمضاعفات التي حصلت أثناء فترة الاستشفاء، والعلاج أو المداواة التي تم توفيرها ونتائج الاستشفاء وحالة المستشفى عند الخروج من المستشفى بما في ذلك حالة التشخيص / التشخيص أو التقييم / التقييمات الخاصة والعلاج الطبي والأدوية والمتابعة المستقبلية للحالة الطبية.
13. Check-up: Examinations, tests, procedures, consultations or other medical services that are conducted for preventative or screening reasons and which are not related to a current symptom, Specific Assessment or other Beneficiary health problem.	13. الفحص الطبي العام: المعاينات والفحوصات والإجراءات والاستشارات والخدمات الطبية الأخرى التي تم منحها لأسباب وقائية أو لعمليات الفحص والتدقيق وهي لا تتصل بأي عوارض حالية، أو تقييم خاص أو أي مشاكل صحية يعاني منها المستفيد.
GENERAL TERMS AND CONDITIONS	الشروط والأحكام العامة
Article 1: Insurance Policy (herein referred to as Contract)	المادة 1: وثيقة التأمين (المشار إليها في ما يلي بالعقد)
Declaration of Acceptance, Signed Quotation / Application Form/s duly completed by the Contract holder acting on behalf of the Beneficiary, Premium Payment Schedule, List of members, Schedule of Benefits, Special Terms and conditions, Exclusions, User beneficiary guide, Definitions, General Terms and Conditions and any attachment and Endorsement to any of the aforementioned shall constitute the entire Insurance Contract between the Insurer and the Contract holder (referred to as "this Contract"). In case of any inconsistencies between the schedule of Benefits and exclusions, Schedule of Benefits shall prevail. In case of any inconsistencies between General terms and conditions and special terms and conditions, special terms and conditions shall prevail. Amendment or addition to this Contract shall be void, unless it has been made in writing	إن إعلان القبول وعرض السعر الموقع ونموذج / نماذج الطلب المملوءة وفقاً للأصول من قبل حامل العقد الذي يتصرف بالنيابة عن المستفيد، وجدول تسديد الأقساط وقائمة الأعضاء وجدول المنافع والشروط والأحكام الخاصة والاستثناءات ودليل المستفيد والمفاهيم والشروط والأحكام العامة بالإضافة إلى أي ملحق أو مصادقة لما سبق وذكر أنفاً يشكل عقد التأمين بأكمله الذي نظم بين شركة التأمين وحامل العقد (المشار إليه بـ "هذا العقد"). ولدى حصول أي تضارب بين جدول المنافع والاستثناءات، يتم اعتماد جدول المنافع. وفي حال وجود أي تضارب بين الشروط والأحكام الخاصة والشروط والأحكام العامة، يجري اعتماد الشروط والأحكام الخاصة. ويعتبر كل تعديل أو إضافة إلى هذا العقد باطلاً إلا إذا تم القيام به خطياً بعد توقيعه و ختمه من قبل شركة التأمين. ولا يحق لوسطاء التأمين تعديل هذا العقد أو التنازل عن أي من أحكامه.

and is signed and sealed by the Insurer. No Insurance intermediary has the authority to amend this Contract or waive any of its provisions.	
Article 2: Contract Validity	المادة 2: صلاحية العقد
The validity of this Contract (in regard to each Product selected) begins at the Effective Date and terminates at the Expiration Date as specified in the Contractual Schedule. However, each Beneficiary is covered under this Contract as from his Enrolment Date as specified under the Contract Schedule and/or any related Endorsement up to the Expiration Date of this Contract.	تبدأ فترة صلاحية هذا العقد (في ما يخص كل منتج محدد) منذ تاريخ سريان التأمين وتنتهي في تاريخ انتهاء الصلاحية كما ذكر في جدول العقد. ومع ذلك تبدأ تغطية كل مستفيد بموجب هذا العقد منذ تاريخ إدراجه كما هو مذكور ضمن جدول العقد و/أو أي ملحق ذي صلة وحتى تاريخ انتهاء صلاحية ذلك العقد.
Article 3: Application Form	المادة 3: استمارة الطلب
This Contract and its related Endorsements have been issued by the Insurer on the basis of the Contract holder's declarations. The Insurer reserves the right to reject any Subsequent Application that is not in conformity with the provisions of this Contract.	تتم إصدار هذا العقد والملحقات ذات الصلة من قبل شركة التأمين بناءً على تصريحات حامل العقد. وتحتفظ شركة التأمين بحقها في رفض أي طلب لاحق لا يتناسب مع أحكام هذا العقد.
Article 4: Representation Clause	المادة 4: بند التمثيل
In the event that the Contract holder has provided and confirmed directly or through its appointed insurance representative, a claims experience on the basis of which the company has calculated the premium relating to this contract, the contract holder takes note that the company reserves the right to amend the premium of this contract, retro-actively from the effective date, if it has proof that the contract holder has directly or indirectly misrepresented the past claims experience. In such a case the contract holder acknowledges and agree that it shall be liable for such a premium revision, which payment to the company shall be subjected to the provisions under article 7.	في حال قدّم حامل العقد أو وافق على المطالبات بشكل مباشر أو عبر ممثله التأميني المعيّن، وقامت شركة التأمين باحتساب القسط المتعلق بهذا العقد بالاستناد إلى هذه المطالبات، يحيط حامل العقد علماً بأنه يجوز للشركة تعديل قسط التأمين في العقد على نحو رجعي منذ تاريخ سريان مفعوله وذلك في حال امتلكت الدليل الذي يثبت أن حامل العقد قد حرّف بشكل مباشر أو غير مباشر المطالبات السابقة. وفي هذه الحال، يقرّ حامل العقد ويوافق أنه مسؤول عن هذه المراجعة لقسط التأمين، وبالتالي يخضع الدفع إلى الشركة للأحكام المذكورة في المادة 7.
Article 5: Priority Payer	المادة 5: أولوية السداد
In case of the participation of a Priority Payer, the Applicable Scope of Coverage of this Contract shall apply in excess of the Priority Payer's share when applicable. The Priority Payer's share is specified if any, when applicable under the Applicable Scope of	في حالات المشاركة الطرف الأولي، يسري نطاق التغطية لهذا العقد بما يتجاوز حصة الطرف الأولي عند الانطباق. وتحدّد حصة الطرف الأولي إن وجدت في الحالات التي تسري فيها ضمن نطاق تغطية العقد.

Coverage Schedule.	
Article 6: Co-Payer	المادة 6: الطرف المساهم في التسديد
In case of the participation of a Co-Payer, the Applicable Scope of Coverage of this Contract shall apply on a proportional basis with the Co-Payer when applicable. The Co-Payer participation percentage is specified if any when applicable under the Applicable Scope of Coverage Schedule, the participation percentage being the balance of all the Co-Payer(s) Co-participation(s).	لدى مشاركة طرف مساهم، يسري نطاق التغطية المطبق لهذا العقد على أساس نسبي مع الطرف المساهم في التسديد عند الاقتضاء. وتحدد النسبة المئوية للطرف المساهم إن وجدت عند تطبيقها في إطار الجدول الزمني المطبق للتغطية وتكون نسبة المشاركة هي رصيد جميع المشاركين في الدفع والأطراف المساهمة.
Article 7: Premiums	المادة 7: أقساط التأمين
The Premium being the Gross Premium is due by the Contract holder to the Insurer as defined in the Contract Schedule are payable in advance by the Contract holder according to the frequency of payment agreed upon between the Contract holder and the Insurer and as specified in the Contract Schedule. The coverage provided by the Insurer under this Contract shall not commence until the first instalment is fully paid. In the event the Premium is not paid on the due date, the Insurer will notify the Contract holder of the amount payable within 30 days also informing the Contract holder that otherwise this Contract will be cancelled. If no payment is made at the end of this grace period of 30 days, this Contract will be terminated, and the Contract holder will be liable for the amount due until the date of Cancellation. During these 30 days grace period, Free Access to the Allowed Network on direct billing basis shall be suspended. In the event the Premiums payment is effected by the Contract holder within the grace period of 30 days, Free Access to the Allowed Network on direct billing basis shall be reinstated and healthcare expenses incurred during the suspended period shall be processed and reimbursed on the basis of TPA Network tariff. If no payment is made at the expiry of this grace period of 30 days this Contract will be	قسط التأمين هو المبلغ الإجمالي المستحق دفعه من قبل حامل العقد إلى شركة التأمين كما هو محدد في جدول العقد يدفع مسبقاً بالاستناد إلى أقساط الدفع المتفق عليهم بين حامل العقد وشركة التأمين وكما ورد في جدول العقد. وتجدر الإشارة إلى أن التغطية التي توفرها شركة التأمين لا تدخل حيز التنفيذ حتى يتم تسديد القفعة الأولى بالكامل. وفي حال لم يدفع القسط في التاريخ المحدد، ترسل شركة التأمين إخطاراً إلى حامل العقد بالمبلغ المستحق دفعه في خلال فترة 30 يوماً وتعلمه أنه في حال لم يسدد القسط، سيتم إنهاء العقد. إذا لم يسدد القسط حتى نهاية فترة السماح البالغة 30 يوماً، سيتم إنهاء هذا العقد ويكون حامله مسؤولاً عن المبلغ المستحق حتى تاريخ الإنهاء. وخلال فترة السماح التي تبلغ 30 يوماً سيتم تعليق الدخول إلى الشبكة الصحية المسموح بها على أساس السداد المباشر. وفي حال سدد حامل العقد القسط المستحق أثناء فترة السماح التي تبلغ 30 يوماً، يسري مجدداً مفعول الدخول الفوري إلى الشبكة الصحية المسموح بها على أساس السداد المباشر ويتم استرداد نفقات الرعاية

automatically terminated, and the Contract holder will be liable for the amount due until the date of cancellation. The Premium payment is substantiated exclusively and solely by the issue of a relevant receipt from a legally authorised representative of the Insurer.	الصحية المنكبة أثناء الفترة المعلقة على أساس تعرفه شبكة إدارة المطالبات الطبية. أما إذا لم يسدّد القسط حتى انقضاء فترة السماح التي تتكوّن من 30 يوماً، فيبنتهي هذا العقد تلقائياً ويكون حامله مسؤولاً عن المبلغ المستحق حتى تاريخ الإنهاء. ويثبت دفع قسط التأمين فقط عبر إصدار إيصال دفع ذو علاقة من قبل الممثل القانوني للمؤمن له أو المخوّل من قبله.
Article 8: Enrolment	المادة 8: الإدراج
The Contract holder has to declare in writing at the date of the initial application that all Employees of a Category are enrolled on compulsory basis. In virtue of the Contract holder declaration, this Contract was underwritten and issued by the Insurer. In accordance with the Contract holder declaration on the Initial Application Form it is agreed and understood that all Employees without exception are to be included under this Contract. Similarly, all Legal Dependents related to a specific Category for which the Contract holder has declared that enrolment of Legal Dependents is compulsory, are to be included under this Contract. However, Legal Dependents relating to a Category for which the Contract holder has not required and declared on the Initial Application Form the status of compulsory, cannot be enrolled under this Contract. It is fully agreed and understood that the enrolment rules as stated under this article form one of the basics of this Contract. The non-obedience by the Contract holder to these rules shall give to the Insurer the right to terminate this Contract from Effective Date without Premium refund.	يترتّب على حامل العقد الإعلان بشكل خطي في يوم تقديم الاستمارة أنه تم إدراج كافة الموظفين العائدين لفئة ما لهذا العقد على أساس إلزامي. وبناءً على إعلان حامل العقد، قامت شركة التأمين بإكتمال وإصدار هذا العقد. وبالاستناد إلى إعلان حامل العقد في نموذج الاستمارة الأولى، فإنه من المفهوم والمتفق عليه أن الموظفين كافة ومن دون استثناء هم مدرجون ضمن هذا العقد. وعلى نحو مماثل، يتم إدراج المعالين القانونيين العائدين إلى فئة معينة والذين أعلن حامل العقد أن إدراجهم ضمن هذا العقد إلزامي ومع ذلك لا يمكن إدراج المعالين القانونيين العائدين لفئة ما لم يطلب حامل العقد ولم يعلن عن إلزاميتها في نموذج الطلب. ومن المفهوم والمتفق عليه أن قواعد الإدراج المنصوص عليها في هذا العقد تشكل إحدى البنود الأساسية فيه، فعدم امتثال حامل العقد لهذه القوانين يمنح لشركة التأمين الحق بإنهاء العقد من تاريخ بدء سريانه ومن دون ردّ قسط التأمين.
Article 9: Addition	المادة 9: الإضافة
9.1 General Rule	9.1 قاعدة عامة

The Contract holder has the right to require from the Insurer by completing and signing a Subsequent Application Form, the addition of new Beneficiary/ies.

The Insurer shall restrict the enrolment of new Beneficiary/ies which addition has been applied for by the Contract holder to:

- New Employees
- New Spouse in case dependents is on compulsory basis for the concerned Category
- Newborn child or new adopted child in case dependents is on compulsory basis for the concerned Category

9.2 Supporting Documents

Submission by the Contract holder of supporting documents relating to the required addition which are satisfactory to the Insurer are necessary for the validation of any eligible addition.

9.3 Effective Date

The Effective Date of any approved addition should match with:

- **For New Employee:** The official date of employment in accordance with the Contract holder's House Rules.
- **For New Spouse:** The date of marriage
- **For Newborn child:** The date of birth
- **For New adopted child:** The date of official adoption

If request for an addition is made within 10 days following the eligibility date of a beneficiary, his/her Enrolment Date will be such eligibility date. Otherwise, the Enrolment Date of a Beneficiary is the date on which the Insurer accepts such addition.

Dependents not in UAE-please note they will automatically will be included from the date of arrival in UAE subject to addition request being made within 10 days of arrival, otherwise, the Enrolment Date of a

يجوز لحامل العقد الطلب من شركة التأمين إضافة مستفيد / مستفيدين جدد وذلك بإدخال البيانات الضرورية ب نموذج طلب إضافي وتوقيعه.

ويحق لشركة التأمين أ حصر إدراج مستفيد / مستفيدين جدد أضافهم حامل العقد في الأشخاص الآتية ذكرهم:

- موظفون جدد
- زوجة(جديد)ة في حال كان المعالون على أساس إلزامي في الفئة المعنية
- طفل حديث الولادة أو متبنّى في حال كان المعالون على أساس إلزامي في الفئة المعنية.

2.9 المستندات المؤيدة للإضافة

يقدم حامل العقد المستندات المؤيدة للإضافة المطلوبة والتي تكون مرضية لشركة التأمين وضرورية لإقرار أي إضافة مؤهلة.

3.9 تاريخ السريان

يجب ان يتطابق تاريخ السريان لأي إضافة معتمدة وفقا للتالي:

- بالنسبة إلى الموظف الجديد: تاريخ التوظيف الرسمي بالاستناد إلى القوانين الداخلية لحامل العقد.
- بالنسبة إلى الزوج(ة) الجديد(ة): تاريخ الزواج
- بالنسبة للطفل حديث الولادة: تاريخ الولادة.
- بالنسبة إلى الولد المتبنّى الجديد: تاريخ التبنّي الرسمي.

إذا تم طلب الإضافة في خلال عشرة أيام بعد تاريخ تمتع المستفيد بالأهلية، يكون تاريخ إدراج / إدراجها هو تاريخ الأهلية، وإلا يكون تاريخ الإدراج يوم موافقة شركة التأمين على هذه الإضافة.

بالنسبة إلى المعالين من خارج الإمارات العربية المتحدة – يرجى الانتباه إلى أنه يتم إدراجهم تلقائياً منذ تاريخ وصولهم إلى الإمارات العربية المتحدة شريطة

Beneficiary is the date on which the Insurer accepts such addition.	تقديم طلب إضافة في مدة عشرة أيام من وصولهم، وإلا يعد تاريخ إدراج المستفيد يوم موافقة شركة التأمين على هذه الإضافة.
9.4 Underwriting The initial Underwriting terms as applied on the Effective Date of this Contract shall be applied for all eligible additions which were required within a period not exceeding 30 days form the Effective Date of the required addition. In case an addition is required 30 days after the Effective Date of this addition, the Insurer reserves the right to proceed with a different Underwriting process which may result with different Underwriting terms than the ones applied on the Effective Date of this Contract.	4.9 الإكتتاب تسري شروط الإكتتاب كما تم تطبيقها منذ تاريخ سريان مفعول هذا العقد على كافة الإضافات المؤهلة وذلك في خلال فترة لا تتعدى مدة 30 يوما منذ تاريخ سريان مفعول الإضافة المطلوبة. وفي حال طُلبت إضافة ما بعد مرور فترة 30 يوما على تاريخ سريان مفعول هذه الإضافة، يجوز لشركة التأمين القيام بإجراءات إكتتاب مختلفة، ما قد يؤدي إلى شروط إكتتاب مختلفة عن تلك التي انطبقت في تاريخ سريان مفعول هذا العقد.
9.5 Premium The Premium relating to any approved addition shall be calculated on pro-rata basis.	5.9 قسط التأمين يحتسب كل قسط متعلق بأي إضافة موافق عليها على أساس نسبي.
Article 10: Deletion	المادة 10: الحذف
10.1. General Rules The Contract holder has the right to require from the Insurer by completing and signing a Subsequent Application Form, the deletion of Beneficiary/ies. The Insurer shall restrict the deletion of Beneficiary/ies which deletion has been applied for by the Contract holder to: • Deceased Employees • Terminated Employees (Retired, Resigned, Dismissed) • Legal Dependents of Employees eligible for deletion	1.10 القواعد العامة يجوز لحامل العقد أن يطلب من شركة التأمين حذف مستفيد / مستفيدين من خلال استكمال وتوقيع نموذج طلب تابع . ويحق لشركة التأمين حصر حذف مستفيد / مستفيدين الذين قام حمل العقد بطلب حذفهم بمايلي: • موظفون متوفون • الموظفون المنتهية خدمتهم (المتقاعدون، المستقيلون والمصروفون من الخدمة) • المعالون القانونيون للموظفين المؤهلين للحذف
10.2.Supporting Documents Submission by the Contract holder of supporting documents, relating to deletion request that are satisfactory to the Insurer is a pre-requisite for deletion validation. Among required documents is the Access Card of the Beneficiary which deletion is applied for.	2.10 المستندات المؤيدة للحذف يقدم حامل العقد المستندات المؤيدة للحذف المطلوب والتي تكون مقبولة لشركة التأمين وهي أساسية لتفعيل الحذف ونذكر منها بطاقة دخول المستفيد الذي ينطبق الحذف عليه.
10.3.Effective Date The Effective Date of any approved deletion should match with one day following the date	3.10 تاريخ السريان يترتب على كافة تواريخ السريان لأي حذف أن تتوافق مع التاريخ الذي يلي وفاة الموظف أو استبعاده عن

of death of the Employee or one day following the date of termination of the Employee.	الخدمة.
10.4.Liability The Contract holder shall be the sole and fully liable party towards the Provider(s) and/or TPA in relation with any health expenses incurred by the deleted beneficiaries as from the Effective Date of deletion. To this effect the Contract holder should make sure that the Access Card of the Beneficiary to be deleted has been withdrawn from the concerned Beneficiary prior or at the Deletion Date.	4.10 المسؤولية يكون حامل العقد المسؤول الوحيد والكامل تجاه المزود / المزودين و/أو إدارة المطالبات الطبية في ما يتعلق بالنفقات الصحية التي تكبدها المستفيدون المحذوفون ابتداءً من تاريخ سريان مفعول الحذف. لهذا الغرض، يحرص حامل العقد على سحب بطاقة الدخول من المستفيد المحذوف قبل تاريخ الحذف أو في اليوم عينه.
10.5.Premium The Premium refund relating to any approved deletion shall be calculated on pro-rata basis subject to no claim and the size of the group shall not diminish by 50% at the time of deletion.	5.10 قسط التأمين يتم احتساب القسط المسترد المتعلق بأي حذف موافق عليه على أساس نسبي شريطة عدم المطالبة بأي تعويض وألا يتضاءل حجم المجموعة بنسبة 50 بالمائة وقت حصول الحذف.
Article 11: Category	المادة 11. الفئة
The Contract holder has declared in writing at the date of the initial application, the different categories of his group of Employees in accordance with set criteria. Each Employee shall be enrolled at the initial Effective Date or at any subsequent Effective Date with his/her dependents under a specific Category in full accordance with his criteria. A Beneficiary's Category cannot be changed (unless his internal status has changed in the company – promotion) during the period of the Insurance Contract.	أعلن حامل العقد بشكل خطي في طلب الاستمارة عن الفئات المختلفة لمجموعة موظفيه بما يتناسب مع معايير محددة. يتم إدراج كل موظف في تاريخ السريان الأولي أو في تاريخ لاحق مع المعالين ضمن فئة معينة بما يتماشى على نحو تام مع معاييرهم. وفي خلال فترة العقد، لا يمكن تغيير فئة المستفيد (إلا إذا تغير وضعه الداخلي في الشركة أي تمت ترقيته)
Article 12: Amendments	المادة 12. التعديلات
The Contract holder has the right to require Amendments on the initial Contract conditions. However, any Amendment other than the ones clearly defined under article 9 and 10 shall be subject to the Insurer new Underwriting process which outcome may not be in line with the Underwriting terms applied at the Effective Date of this Contract.	يجوز لحامل العقد المطالبة بتعديلات على شروط العقد الأولية، إلا أن أي تعديلات غير تلك التعديلات المذكورة بوضوح ضمن المادتين 9 و10 يجب أن تخضع لإجراءات الإكتتاب جديدة مختلفة عن أحكام الإكتتاب المنطبقة لدى تاريخ سريان مفعول هذا العقد.
Article 13: Endorsement Validity	المادة 13. صلاحية الملحق
Any addition, deletion or any other Amendment can only be considered as	تعتبر لا يمكن اعتبار أي إضافة أو حذف أو تغيير مصادق عليه من قبل شركة التأمين إلا عند قيام هذه

accepted by the Insurer when and if a relevant Endorsement is issued, sealed and signed by the Insurer.	الأخيرة بإصدار ملحق ذو علاقة مختوم وموقع من قبلها.
Article 14: Experience Rating	المادة 14. تقييم الخبرة
The Insurer undertakes to renew this Contract taking into consideration the incurred Claims experience of the Contract holder as well as the global country related claims parameters.	تتعهد شركة التأمين بتجديد هذا العقد مع الأخذ بالاعتبار مطالبات الحامل العقد بالإضافة إلى إلى المعايير العامة للمطالبات بالبلد.
Article 15: Claims Notification	المادة 15. الإخطار بالمطالبات
In case of an intended or present healthcare Claim occurring at an Allowed Network or at a Not Allowed Network Provider, the Beneficiary is obliged to notify the TPA Call Centre immediately. Such notification may be conducted in writing and/or verbally 24 hours a day, 7 days a week. Subsequently, the TPA Call Centre shall provide the Allowed Network Provider with an authorization or denial form issued on behalf of the Payer. An authorization form shall result in the granting of free access to the Beneficiary at the allowed Network. In case the Beneficiary did not obtain Free Access under Inpatient on a direct billing basis, he is required to submit a signed Release of Medical Information from the Provider where Services were rendered and all relevant medical documents such as the surgical report, history and physical, diagnostic test reports, etc. within a maximum period of eight days starting from the Discharge Date, to the address specified in the Beneficiary Guide. In case of an Out-patient Claim occurring at an Allowed Network, the Beneficiary benefiting from Free Access, does not have to notify the Insurer. In case of an Out-patient Claim at a Network and/or at a Not Allowed Network where the Beneficiary did not obtain Free Access on direct billing basis, he is required to submit a completed ASOAP(s), a signed release of medical information form, as well as copies of	على المستفيد إخطار مركز اتصال إدارة المطالبات الطبية مباشرة لدى المطالبة أو سعيه للمطالبة بتعويض طبي لدى شبكة صحية مسموح أو غير مسموح بها. ويكون هذا الإخطار خطياً و/أو شفهيًا ولمدة 24 ساعة في اليوم وطيلة فترة أيام الأسبوع. وبالتالي، يقوم مركز اتصال إدارة المطالبات الطبية بتزويد الشبكة الصحية المزودة المسموح بها بموافقة أو رفض صادر عن المسدد. وتسمح هذه الموافقة بمنح المستفيد الدخول الفوري إلى الشبكة الصحية المسموح بها. في حال لم يحصل المستفيد على دخول فوري فيما يتعلق بالمرضى الداخليين داخل المستشفى على أساس السداد المباشر، ينبغي عليه تقديم نموذج الإفصاح عن المعلومات الطبية من المزود الذي وفّر له الخدمات إلى العنوان المذكور في دليل المستفيد بالإضافة إلى المستندات الطبية كافة كالقرار الجراحي وتقرير التاريخ الطبي والفحوصات الطبية والتشخيصية إلخ وذلك ضمن فترة ثمانية (8) أيام كحد أقصى بدءاً من تاريخ الخروج من المستشفى. أما في حالات مطالبات التعويض للمرضى خارج المستشفى لدى شبكة صحية مسموح بها، لا يطلب من المستفيد الذي يتمتع بدخول فوري أن يعلم شركة التأمين. وفي حالات مطالبات التعويض الناجمة عن مرضى خارج المستشفى لدى شبكة صحية و/أو شبكة صحية غير مسموح بها حيث أن المستفيد لم يحصل على دخول فوري على أساس السداد المباشر، يترتب عليه تقديم نموذج / نماذج المطالبة بتعويض ASOAP(ونموذج الإفصاح عن المعلومات الطبية موقع من قبله،

the related procedure reports, test reports, prescription or other documentation within a maximum period of eight (8) days starting from the date on which the medical Service/s was provided, to the address specified in the Beneficiary Guide.	بالإضافة إلى نسخة عن تقارير الإجراء الطبي ذات الصلة وتقارير الفحوصات والوصفات الطبية والمستندات الأخرى إلى العنوان المذكور في دليل المستفيد خلال ثمانية (8) أيام كحد أقصى من تاريخ تقديم الخدمات الطبية.
Article 16: Claims Receivables	المادة 16. مستحقات مطالبات التعويض
16.1. In-Patient claims It is agreed and understood that the Inpatient Family of Benefits is limited to Eligible Expenses arising from Inpatient admissions that have admission dates occurring within the validity period of this Contract. The liability of the Insurer ceases on the date of discharge and is limited to the services rendered during the Episode of Care not exceeding the Expiration Date of the Contract.	1.16 مطالبات التعويض نتيجة العلاج داخل المستشفى من المفهوم والمتفق عليه أن سلسلة منافع العلاج داخل المستشفى محصورة بالنفقات المستحقة الناجمة عن العلاج داخل المستشفى والتي تتميز بتاريخ دخول برزت ضمن فترة سريان مفعول هذا العقد. تتوقف مسؤولية شركة التأمين في تاريخ الخروج من المستشفى وهي تقتصر على الخدمات المقدمة خلال سلسلة الرعاية التي لا تتخطى تاريخ انتهاء صلاحية العقد.
16.2. Non In-patient claims It is agreed and understood that the liability of the Insurer is limited and restricted, under this Contract, to any Eligible Expenses incurred under all Family of Benefits, with the exception of In-Hospital, which Transaction Date is within the validity of this Contract.	2.16 مطالبات التعويض نتيجة العلاج خارج المستشفى من المفهوم والمتفق عليه أن مسؤولية شركة التأمين تقتصر بموجب هذا العقد على النفقات المستحقة المتكبدة ضمن مجموعة المنافع باستثناء العلاج داخل المستشفى، والتي يكون تاريخ إجراء المعاملة فيها ضمن فترة سريان هذا العقد.
16.3. Prior – Authorisation from the TPA Call Centre Is required for the following diagnostic / therapeutic in-patient and out-patient procedures, prior to treatment. Pre-Approval for Diagnostic / Therapeutic Procedures: • Angiography • IVP • Arthrogram • Mammogram • Barium Studies • MCU • All Endoscopies • MRI • CT-Scans • Myelogram • Doppler studies • Oral Cholecystogram • Echocardiography	3.16. ينبغي الحصول على الموافقة المسبقة من مركز اتصال إدارة المطالبات الطبية قبل إجراءات العلاج أو التشخيص / العلاجات داخل المستشفى وخارجه يجب الحصول على موافقة مسبقة للإجراءات التشخيصية والعلاجية التالية: • تصوير الأوعية الدموية • صورة الحويضة الوريدية (أي في بي) • صورة شعاعية للمفصل (أرتوغرام) صورة شعاعية للثدي (ماموغرام) • دراسة الباريوم • صورة المثانة و الإحليل التبولي (إم سي يو) • كافة أنواع التنظير الداخلي • التصوير بالرنين المغناطيسي (إم آر أي) • الأشعة المقطعية (سيتي سكان) • صورة النخاع (ميلوغرام) • دراسة دوبلر

• Pap smear • EEG • Rubella tests • EMG • Stress tests • Excretory Urography • Thyroid function tests • FNAC • Toxoplasma tests • Holter monitoring	• منظار المرارة عبر الفم • تخطيط القلب • مسحة عنق الرحم للكشف عن سرطان الرحم (أطاحة بابا نيكولاو) • تخطيط كهرباء الدماغ (إي إي دجي) • اختبار الحصبة الألمانية • اختبارات الجهد (إي إم دجي) • التصوير الإفراغي للجهاز البولي • اختبار وظيفة الغدة الدرقية • خزعة باستخدام الإبرة الدقيقة (إف إن إيه سي) • اختبارات التوكسوبلازما • مراقب هولتر
Article 17: Subrogation	المادة 17: الحلول
Once the Insurance Claim has been paid in accordance with the current terms, the Contract holder subrogates his/her right to the Insurer to pursue any third party responsible for an Injury the Contract holder and the Beneficiary transfer to the Insurer every relevant substantial and legal right. Both, the Contract holder and the Beneficiary shall provide the Insurer with every possible assistance in case the Insurer exercises the above right of subrogation. Should the Contract holder and the Beneficiary breach this obligation, they shall be responsible for any losses incurred by the Insurer.	ما إن يُسدد طلب التعويض بما يتماشى مع الأحكام السائدة، يحيل حامل العقد حقه/حقها إلى شركة التأمين لمطالبة أي طرف ثالث مسؤول عن الإصابة. وينقل حامل العقد والمستفيد على حد سواء حقهما الجوهري والقانوني إلى شركة التأمين كما أنهما يزودانها بكل مساعدة ممكنة في حال مارست الحقوق المذكورة والمحالة إليها. وإذا ما خرق حامل العقد والمستفيد هذا الحل، يكونان مسؤولين عن أي خسارة تكبدها شركة التأمين.
Article 18: Cancellation	المادة 18: إنهاء العقد
18.1. Contract holders' right The Contract holder has the right to formally request the cancellation of this Contract from the Insurer. In case of breach of contract by the contract holder, the Insurer has right to terminate this contract as per UAE laws and regulations. By doing so the Contract holder shall be the sole and fully liable party towards the healthcare Providers and/or the Insurer in relation with healthcare expenses incurred by the present beneficiaries as from the Cancellation Date of this Contract.	1.18 حق حامل العقد يجوز لحامل العقد مطالبة شركة التأمين بشكل رسمي بإنهاء هذا العقد. ، في حال الإخلال بالعقد من قبل حامل العقد، يجوز لشركة التأمين فسخ هذا العقد وفقا لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة وأحكامها. وبذلك، يكون حامل العقد الطرف المسؤول الوحيد والكامل تجاه مقدمي الخدمات الصحية و/أو شركة التأمين فيما يختص بالنفقات الطبية التي تكبدها المستفيدون الحاليون منذ تاريخ إلغاء العقد.

To this effect, the Contract holder should make sure that the Beneficiary Access Cards have been withdrawn prior or at the Cancellation Date. The Premium refund relating to the cancellation of this Contract should be condition no. 36 in Section 2 (Special Terms and Conditions).	ولهذا الغرض، يحرص حامل العقد على سحب بطاقة المستفيد قبل تاريخ الانتهاء/الفسخ أو في اليوم عينه. ويتمثل استرداد القسط المتعلق بإلغاء هذا العقد في الشرط رقم 36 من القسم 2 (الشروط والأحكام الخاصة)
18.2. Insurer's right The Insurer has the right to cancel the present Contract in the following instance: - Proven false statements made by the Contract holder. - Non-Payment of due Premium 30 days after the notification as per Article 7. - Conditions mentioned in Section 2 (General conditions and procedures). In case the Insurer legitimately cancels this Contract, no Premium refund shall be due to the Contract holder.	2.18 حق شركة التأمين يحق لشركة التأمين إنهاء/فسخ العقد الزاھن في الحالات التالية: أ. اثبات بأن البيانات التي قدمها حامل العقد غير صحيحة ب. عدم تسديد القسط المستحق خلال فترة 30 يوما من الإخطار وفقاً للمادة 7. ت. الشروط المذكورة في القسم 2 (الشروط والإجراءات العامة). في حال أنهت/فسخت شركة التأمين العقد بشكل قانوني، لا يتوجب رد أي قسط إلى حامل العقد.
Article 19: Governing Law and Jurisdiction This Insurance Policy shall be subject to and governed by, in its interpretation or in respect of any difference or dispute arising out of or in connection with it, to the laws and regulations of the United Arab Emirates. The competent Courts of the United Arab Emirates shall have the sole jurisdiction in case of any difference or dispute arising out of or in connection with this Insurance Contract.	المادة 19: القانون المنطبق والاختصاص القضائي تخضع وثيقة التأمين في تفسيرها وفيما يختص بأي خلاف أو نزاع ناجم أو متعلق بها إلى القوانين والأنظمة السائدة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وتتولى المحاكم المختصة في دولة الإمارات العربية المتحدة دون غيرها الفصل في الخلافات والنزاعات الناجمة أو المتعلقة بعقد التأمين.
Article 20: Currency Any money payable to or by the Insurer shall be in Dirhams. For Treatment Abroad the amount payable shall be based on the exchange rate prevailing at the Date of Transaction.	المادة 20: العملة يكون الدفع إلى أو من شركة التأمين بالدرهم الإماراتي. أما في ما يختص بالعلاج في الخارج، فيكون الدفع مستنداً إلى أسعار الصرف المعمول بها في تاريخ إجراء المعاملات.
Article 21: Change of Law	المادة 21: تغيير القانون

This Contract is intended to conform to the law of the country in which the Insurer home office is located. If a conflict arises between this Contract and such law becomes effective after the Contract Effective Date, the Insurer may, at its own option, re-negotiate the terms of this Contract from the date such law becomes effective.	يهدف هذا العقد إلى مطابقة قانون البلد الذي تقع فيه مكاتب شركة التأمين. وفي حال التضارب بين هذا العقد وأي قانون يصدر ويصبح نافذاً بعد تاريخ سريان مفعول هذا العقد، يحق لشركة التأمين ووفقاً لخيارها إعادة مناقشة أحكام هذا العقد منذ التاريخ الذي أصبح فيه ذلك القانون قيد التنفيذ.
Article 22: Duties The Contact Holder shall be the only party responsible to pay all fees and/or taxes (including VAT) applicable to this Contract by virtue of UAE Law.	المادة 22: إلزامات على حامل العقد وحده دفع أي رسوم أو ضرائب (بما في ذلك الضريبة على القيمة المضافة) يخضع إليها هذا العقد بموجب قانون دولة الإمارات العربية المتحدة.
Complaint and Dispute Resolution Mechanism	الشكاوى وآلية تسوية النزاعات
If you have any complaint, concern or dispute in relation to this Policy or the services provided, you may submit your complaint through RAKINSURANCE's complaints handling process by calling 800 7254 or emailing complaints@rakinsurance.com. Details of the complaints process and available channels are available at: https://www.rakinsurance.com/complaints If you are not satisfied with the outcome, you may escalate the matter to Sanadak by calling 800-SANADAK (800-7262325), using the Sanadak application, or visiting: https://sanadak.gov.ae/en. Where applicable, you may also contact the relevant authority, including the Central Bank of the UAE Customer Happiness Department on +971 2 691 5555, Dubai Health Authority on 800 342 for Dubai health insurance complaints, or Department of Health Abu Dhabi on 800 555 / +971 2 449 3333 or contact@abudhabi.ae, or through the DoH online health insurance complaints portal for Abu Dhabi health insurance complaints.	إذا كانت لديكم أي شكوى أو ملاحظة أو اعتراض أو نزاع يتعلق بهذه الوثيقة أو بالخدمات المقدمة بموجبها، فيمكنكم تقديم شكاوكم من خلال إجراءات معالجة الشكاوى المعتمدة لدى شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين ش.م.ع، وذلك عبر الاتصال على الرقم 800 7254 أو من خلال البريد الإلكتروني complaints@rakinsurance.com. كما يمكن الاطلاع على تفاصيل إجراءات الشكاوى والقنوات المتاحة لتقديمها من خلال الموقع الإلكتروني التالي: https://www.rakinsurance.com/complaints وفي حال عدم الرضا عن نتيجة معالجة الشكاوى، يجوز تصعيد الموضوع إلى سنذاك من خلال الاتصال على الرقم 800 SANADAK (800-7262325)، أو عبر تطبيق سنذاك، أو من خلال زيارة الموقع الإلكتروني التالي: https://sanadak.gov.ae/en وعند الاقتضاء، يمكنكم أيضاً التواصل مع الجهات المختصة ذات الصلة، بما في ذلك: • إدارة إسعاد المتعاملين لدى مصرف الإمارات العربية المتحدة المركزي على الرقم: 971 2 691 5555 • هيئة الصحة بدبي فيما يتعلق بشكاوى التأمين الصحي • في إمارة دبي على الرقم: 800 342 • دائرة الصحة - أبوظبي على الرقم: 800 555 أو: 971 2 449 3333 ، أو عبر البريد الإلكتروني contact@abudhabi.ae، وذلك فيما يتعلق بشكاوى التأمين الصحي في إمارة أبوظبي.

	- كما يمكن تقديم الشكاوى من خلال البوابة الإلكترونية - لشكاوى التأمين الصحي التابعة لدائرة الصحة - أبوظبي.
Confidentiality, Protection of Beneficiary Data and Handling of Health Insurance Information	سرية البيانات وحماية بيانات المستفيدين والتعامل مع معلومات التأمين الصحي
RAKINSURANCE is committed to maintaining the confidentiality and security of beneficiary and health insurance information and will collect, use, process, store and disclose such information only in accordance with applicable laws, regulatory requirements and its privacy practices. For further details on how personal data and health insurance information are handled and protected, please refer to our Privacy Pledge at: https://www.rakinsurance.com/policies/privacy_pledge	تلتزم شركة رأس الخيمة الوطنية للتأمين ش.م.ع. بالمحافظة على سرية وأمن بيانات المستفيدين ومعلومات التأمين الصحي، وتقوم بجمع هذه البيانات واستخدامها ومعالجتها وتخزينها والإفصاح عنها فقط وفقاً للقوانين والتشريعات النافذة والمتطلبات الرقابية المعمول بها وسياسات الخصوصية المعتمدة لديها. كما تلتزم الشركة بحماية البيانات الشخصية ومعلومات التأمين الصحي والتعامل معها بما يتوافق مع الأطر التنظيمية المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة. ولمزيد من المعلومات حول كيفية جمع البيانات الشخصية واستخدامها وحمايتها، يرجى الرجوع إلى تعهد الخصوصية الخاص بالشركة من خلال الرابط التالي: https://www.rakinsurance.com/policies/privacy_pledge