

Sahatuna Basic

Individual Medical Expenses Policy

Policy Wordings

Policy Form Content

1. Chapter I Definition
2. Chapter II General Terms and Conditions
3. Chapter III Claim Administration
4. Chapter IV Exclusion
5. Annexure No (1) Policy Schedule
6. Annexure No. (2) Insurance Application
7. Annexure No. (3) Optional Benefits Schedule
8. Annexure No. (4) Table of Basic Health Benefits
9. Annexure No. (5) Preauthorization

Chapter I.

DEFINITIONS

1. Policy

Individual Medical Expenses Policy and its Annexures

2. Insurance Application

Application by the policyholder in accordance with the details specified in Annexure No. (2) attached with this policy

3. Insured

The worker or dependent to whom the insurer renders its obligations under the provisions of the policy

4. Policyholder

Natural or juristic person who pays the insurance premium and in whose name the policy is issued in favour of the insured

5. Insurer

Insurance company licensed to carry out health insurance business in Oman

6. Policy Period

The period stated in the policy and agreed between the insured and the policyholder specified in the Annexure No. (1) attached with this policy. The Insurance coverage is granted during this period

7. Premium

Amount of money the policyholder undertakes to pay in consideration of the insurer bearing costs of health care for the insured under the policy

8. Insurance Coverage

Basic Health benefits and optional benefits available and agreed in details between insurer and the policyholder in favour of the insured under this policy

9. Basic Health Benefits

Health services available to the insured under health services in accordance with Annexure No.(4) attached in this policy

10. Licensed Doctor

A Clinician licensed by the Ministry of Health to Practice the Medical Profession

11. Consultant

A Clinician licensed by the Ministry of Health to practice Medicine in the capacity of a Consultant Doctor.

12. Coverage commencement date

The date stated in Policy Schedule (in Annexure No. (1)) attached with this policy. This is the date (time, day, month and Year) during the Policy Period when the Insurance Coverage becomes active

13. Maximum limit of insurance coverage

The Maximum amount of Money the insured may be compensated for covered services as a result of receiving appropriate treatment during the policy period.

14. Worker

Every natural person who is actually employed by the policyholder and registered as such in the employer's registers.

15. Dependent

a. Every person who is spouse of the worker and actually and legally residing in Oman and registered as such in the registers of the policyholder.

b. Children of the worker or the spouse of the worker whose ages are not more than 21 years and registered as such with the policyholder.

c. Any person who doesn't belong to (a) and (b) and actually and legally residing in Oman and is dependent of the worker and registered as such in the registers of the policyholder.

16. Coinsurance/Contribution

Percentage borne by the insured toward the cost of medical expenses in accordance with Annexure No. 4 attached with this policy

17. Health services provider

Approved health facility duly licensed by the Ministry of Health to provide health services in Oman in accordance with the applicable laws and regulations

18. Health Services Providers Network

A group of healthcare service providers designated accredited by the insurer to provide healthcare to the insured

19. Illness

Health condition suffered by the insured, which necessitates health care during the period of the policy.

20. Allergy

Sensitive to certain types of food, weather or pollen or any allergens of plants, insects, animals, minerals, chemicals or other elements or material

21. Chronic diseases

Disease or injury that has one or more of the following characteristics:

a. It needs ongoing or long-term monitoring through consultation, examination, checkups and tests.

b. It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms.

- c. It needs rehabilitation or the patient to be trained to cope with it.
- d. It continues indefinitely.
- e. It comes back or likely to come back

22. Pre-existing conditions

Any injury or disease or condition for which signs or symptom(s) been shown at some point before enrolment in a new medical insurance plan where a prudent person would have to sought treatment and/or any conditions for which the patient has already received medical advice or treatment prior to their enrolment in a new medical insurance plan

23. Reimbursement

Reasonable and customary medical costs paid by the Insurer/Insurance Company when the insured has incurred a cost for receiving the required medically necessary treatment not excluded under chapter IV of the policy at a Health Service provider other

than the designated providers in the following cases:

- a. Emergency
- b. Upon agreement between the insurer and the insured

24. Claim supporting documents

Documents proving the identity of the insured, medical reports, invoices and police report if any

25. Hospitalization

Registering an insured with the health service provider as inpatient including hospitalization in day care, accidents and emergency departments based on consultation by a licensed or Consultant doctor

26. Inpatient

Registering an insured with the health service provider as inpatient overnight to receive treatment

27. Outpatient

Visits by the insured to the health service provider for consultation, diagnosis and/or treatment in an Outpatient setting

28. Emergency Condition

Is a case, which calls for immediate medical intervention by the Health Services Provider for the rescuing of a person's life or elimination of the hazard threatening such person

29. Medically Necessary Treatment

Medical or health service or treatment, which is appropriate and consistent with the diagnosis in accordance with the health standards, rendered by a licensed or consultant doctor

30. Covered Medical Expenses

An Amount of money paid by the Insurer to the health service provider for rendering the medically necessary treatment to the Insured as per this policy terms and conditions

31. Pregnancy and birth complications

Complications arising during pregnancy or during birth

32. Alternative Medicine

Complementary and Alternative Medicine (CAM) or “ complementary health approaches” are a group of diverse medical and health care practices and products that are not presently considered to be part of conventional medicine and/or do not fall within the approved main health care system by Ministry of Health

Chapter II

General Terms and Conditions

Preamble

The policy and Proposal form shall be deemed one contract. Words and expressions with special meaning in any part of the policy or insurance application/Proposal form shall have the same meaning unless the context otherwise requires, the material information or statements and the acceptable practices in health insurance contracts provided by the policyholder or their representative related to insurance coverage shall be the basis of this contract.

The insurer shall grant the policyholder access to the policy and ensure obtaining the required insurance coverage.

1. Insurance application statements

The information provided by the policyholder shall be correct.

2. Policy scope and validity

The policy represents the maximum limit of benefits provided to the insured. The policy or any amendment thereto shall not be valid unless confirmed by an endorsement signed by the parties.

3. Policy period

Unless otherwise agreed by the parties the period of the policy is one year

4. Records and Reports

The policyholder shall maintain a record of all its employees covered under the policy comprising the following:

- Name, gender, age, nationality, marital status, ID number.
- Any basic information the insurer requires to be listed in the policyholder's records.

The policyholder shall be obligated to provide the insurer any information on the Insured and grant access to the records to verify their accuracy.

5. Eligibility

The worker shall be deemed eligible for insurance by the policyholder. The dependent, who is not a worker, shall be deemed eligible as per the employment terms of the worker.

6. Basic health benefits

The policyholder shall have the right to select at minimum, the basic health benefits schedules (a) or (b) in Annexure No. (4) attached with this policy and may increase the limits of basic health coverage of Annexure No. (4) attached with this policy and accordingly the insurance premium shall be specified by the insurer. Policyholder may add any of the optional benefits, to the basic health coverage, in accordance with Annexure No. (3) attached with this form.

7. Payment of Premium

The policyholder shall pay the premium during the agreed time with the insurer.

8. Addition and Deletion of Insured Persons

- 1) The policyholder shall inform the insurer in writing for adding or deleting of the insured persons, provided evidence of joining or leaving employment. The policyholder shall, in case of deletion of insured person, return the membership card and any information required by the insurer prior to deletion date. In the event of not returning the card, the policyholder shall make good of the loss/liability incurred by the insurer in respect of any claim occurring after the deletion date. Deletion shall be effective from the date of the approval of the insurer of the request.
- 2) In the case of expatriate workers as insured, the policyholder shall provide evidence of the insured's departure from Oman if the request is to delete a worker from the policy.
- 3) Additional premium will be calculated in accordance with the agreement between the insurer and policyholder.
- 4) The premium refund relating to an insured who did not use the insurance coverage shall be as per the following equation :

$$\text{Premium refund} = \text{Premium} \times \frac{\text{Remaining period}}{\text{Policy period}}$$

Insurer shall refund the premium during within a period not exceeding thirty (30) days from the date of approval of the deletion.

9. Effective date of coverage

a. For workers:

Coverage shall become effective from the inception date shown in the policy annexure (1) attached with this policy or from the endorsement date of addition for the worker who joins work after policy's inception date

b. For dependents:

For eligible and enrolled dependents, Insurance coverage shall become effective for dependents from the date the worker supporting them becomes insured or from the date they become dependents.

10. Cancellation of the Policy

The policyholder may cancel the policy at any time under written notice to the insurer at least thirty (30) working days prior to the date of intended termination provided evidence is established of concluding another insurance coverage commencing on the day following the cancellation of the previous policy.

In such event the insurer shall be obliged, during not more than thirty (30) working days from the date of termination to refund to the policyholder the remaining portion of the insurance period for every insured who didn't benefit from the coverage. The remaining portion of the premium shall be calculated as per the equation provided for in Clause (8c) above.

11. Confidentiality of claim supporting documents

The policyholder and insured shall agree to give the insurer or their representative access to claim supporting documents provided the insurer or their representative maintain the confidentiality of such information.

12. Complaints

The policyholder and the insured shall have the right to file complaints in accordance with the procedures specified by CMA.

The policy holder or insured member may also raise a complaint or grievance with the insurer via designated channels are described below;

Mailing address:

National Life & General Insurance Company SAOG

Post Box No 798, Postal code 117

Wadi Kabir, Sultanate of Oman

Telephone +968 24730999 (ext. 835)

During business hours -Sunday to Thursday -8 AM to 5 PM

Fax No 795222

Email : complaints.oman@nlicgulf.com

Webpage://www.nlicgulf.com/complaints.html

13. Medical Expenses

The insurer shall be obliged to pay the medical expenses to the health service provider incurred within the policy period in accordance with its provisions. The insurer shall ensure whether such medical expenses were incurred during the policy period based on the following rules:

Health service	Basis for incurring medical expenses
Consultation fees of the licensed doctor or Consultant	Actual date of visit by the insured
Laboratory and diagnostic imaging	Date of rendering the service
Pharmacy/medications	Date of dispensing the medicines according to prescribed dose by the licensed doctor or consultant to be used within the policy period
Cost of room rent	Actual date of hospitalization and Discharge
Surgeon's fees/anesthetic technicians fees	Surgery date
Other medical services for inpatient	Actual date of rendering the service

14. Limits of insurance coverage

Insurer's liability is limited to the amounts specified for the insurance coverage in annexure No. (4) and endorsements attached with this policy.

15. Geographical Scope of Policy validity

This policy shall apply to eligible medical expenses incurred in the territorial borders of the Sultanate of Oman unless otherwise agreed by the parties.

16. Jurisdiction

The courts of the Sultanate of Oman shall have jurisdiction to settle the disputes arising out of the application of the provisions of the policy.

Chapter III

Claim Administration

1. Health Insurance Claim Administration Terms and Conditions

- a) Health service provider shall submit claim notice in the form prepared by the insurer together with the following documents:
 1. Complete medical and diagnostic reports on the disease description and treatment.
 2. Preauthorization form
 3. Any other medical information that may be deemed necessary
- b) All claim notifications should be complaint with electronic claim systems implemented in Sultanate.

2. Basis of bearing consultants

No costs shall be incurred for advice, consultation or treatment provided by consultant without the insured first being referred by a licensed doctor

3. Pre-authorization

The health service provider shall be obligated to obtain pre-authorization before rendering any treatment in accordance with annexure (5) attached with this policy

4. Reimbursement

Insurer will reimburse the insured the cost of eligible expenses within fifteen (15) working days, provided completed claim form along with any other documents to support the claim, as specified in the notice of claim mentioned above are submitted to the insurer within a period of one hundred and twenty (120) working days from incurring such expenses. The expenses include:

1. Outpatient treatment expenses.
2. Inpatient treatment expenses including surgeries.
3. Costs of repatriation of the corpse to the home country specified in the employment contract except the death resulting from injuries specified in Clause 37 of Chapter IV

5. Claim Denials

Insurer have the right to decline or return submitted claims, as the case may be, under the following condition:

1. Submitting incomplete claim form.
2. Treating doctor or consultant's signature and seal is not on the claim form.
3. Tests, drugs and treatment not prescribed by a licensed doctor or consultant.
4. Diagnosis and treatment are not medically relevant
5. Claims are submitted after one hundred and twenty (120) days from the date of treatment.
6. Expenses in excess of the maximum limit of insurance coverage.
7. Treatment was before the insured member's addition to the policy or after policy expiry

In the event of claim denial the insurer shall give the insured written statement of the causes of denial within ten (10) working days maximum from the date of submitting the claim. The insured shall have the right to recourse to the competent authorities to decide in the claim.

Chapter IV

General Exclusions

The Insurer shall not be liable under this Policy for any claim in connection with or in respect of:

1. Intentional Self-inflicted injury
2. Experimental treatment
3. Pre-Existing Diseases and chronic conditions for Outpatients Benefits
4. General examinations, checkups and /or services not justified for treatment of a medical condition covered under the policy
5. Any investigation or health service conducted for non-medical purpose such as investigation related to employment, travel, licensing or insurance.
6. Hazardous or Personal risks which personal activities are resulting in high risks to the insured or causing disease, accident, or leading to worsening his previous condition or injury.
7. Diseases identified by World Health Organization as epidemic
8. Complementary and Alternative medicine procedures and medications.
9. Conditions or Illness resulting from abuse of some medicines, stimulants or tranquilizers, or from abuse of alcohol, drugs and psychotropic substance.
10. Cosmetic treatment or surgery unless necessitated by accidental bodily injury not excluded.
11. Recreational therapy and general physical health programs.
12. Treatment of venereal or sexually transmitted diseases.
13. Costs of treatment following diagnosis of HIV or any disease related to HIV, including AIDS and its derivatives, alternatives or other forms.
14. Costs related to tooth implant, dentures (fixed or removable), bridges and/ or orthodontic treatment, unless resulting from an accident.
15. Vision or hearing correction tests and visual or hearing aids, unless resulting from an accident.
16. Corrective treatment for nasal septum deviation and nasal concha resection, coblation method plasty unless for treatment of illness such as nasal occlusion and difficulty in breathing or resulting from an accident.
17. Treatment of Hair loss, baldness or artificial hair.
18. Treatment of Psychological or mental disorders except emergencies.
19. Allergy tests and desensitization of any nature, unless relating to allergy toward specific medication and/ or supplies used in treatment of a medical condition.
20. Any expenses related to immunomodulatory and immunotherapy.
21. Sexual transformation treatment and services, sterilization, infertility and impotence.
22. Any expenses related to the treatment of sleep related disorders.



23. Treatment resulting from participation in hazardous sports/activities including but not limited to scuba diving, parachuting, rock mountain climbing, dune bashing/biking.
24. Treatment of congenital deformity including functional, chemical or metabolic defect usually existing before birth, whether hereditary or due to environmental factors.
25. Skin disorders such as acne and keloid etc..
26. Treatment of obesity or overweight.
27. Organ or bone marrow transplant, or implant of artificial organs to wholly or partially replace any organ of the body.
28. Investigation in to, or treatment of Natural changes related to menopause, including menstrual disorders.
29. Claims related to genetic disorders, cold storage, transplant of live cells or live tissues (including but not limited to stem cell treatment) whether self- originated or donated.
30. Treatment of neurological loss of appetite, polyphagia, loss of appetite and other eating disorders or any sort of treatment by psychiatrist.
31. Any costs or additional expenses incurred by the insured's companion during hospitalization, except for hospital room and board charges for one companion, such as a mother accompanying a child up to the age of sixteen (16) or if medically necessary as assessed by the attending doctor or consultant.
32. Expenses incurred due to complications directly resulting from illness or injury or treatment excluded from coverage.
33. All supplies which are not considered as medicines such as but not limited to mouthwash, tooth paste, soap, moisturizing lotions, creams lozenges, antiseptics, milk formulas, food supplements, children food, baby supplies, skin care products, shampoos and multi vitamins (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, air purifying systems, arch supports, exercise equipment and sanitary supplies.
34. Any external medical appliances, devices and equipment including but not limited to breast pumps, massage machines, exercise machines, thermometer, blood pressure/sugar monitors and glucose strips.
35. Orthotic, mouth guards, bandages, crepe bandages, support stockings and pantyhose.
36. Supports of any type including but not limited to crutches, braces, slings, lumbar supports, corsets, cervical collars, other joint supports, belts, wheel chairs, heel pads, arch support, orthopedic shoes.
37. Disease or Injuries resulting from the following events:
 - 1) Military operation whatever their type.
 - 2) Natural calamities.
 - 3) Criminal acts or the insured resisting the authorities.
 - 4) Ionizing radiations, pollution from radioactivity of any nuclear fuel or waste.
 - 5) Radioactive, toxic or explosive substances.
 - 6) Riots, strike and terrorism.
 - 7) Chemical, biological or bacteriological incidents or reactions

Annexure No 1

Policy Schedule (Certificate of Insurance / Tax Invoice)

Policy Number	
Policy Holder	
Type of Insurance	
Name of the insured	
Address	
	PB No PC
Insurance policy period	From : To :
Insurance Premium	RO
Basic Insurance Premium	RO
Optional Benefits premium	RO
Supervision and Regulation fees (Insurance fees, policy fees and VAT)	RO
Total Premium	

Signature of Policy holder

Signature of Insurer

Commencement date

Annexure No 2 (Insurance Application - enclosed)

Annexure 3 - Optional benefits schedule

Additional coverage	Insurance	Yes /No	Premium	Signature
Maternity Benefit				
Dental Benefit				
Vision/Optical Benefit				
Child health services as per MOH standards				
Work injuries treatment				
Other optional benefits				
Additional premium payable on additional benefits				

Signature of Policy holder

[Signature area for Policy holder]

Signature of Insurer

[Signature area for Insurer]

Date

[Date area]

Annexure no. (4) – Table of basic health benefits

Table of Basic Health Benefits (a)

Basic cover	Description	Coinsurance	Limit
In patient treatment	1) Admission or treatment (day care) for diagnosis or treatment or surgery procedure 2) Hospital accommodation /room rent charges 3) Intensive care unit charges /fees 4) Consultants /Physicians/medics and paramedics 5) Diagnostics/radiology/imaging charges (x-ray, MRI, CT scan, ultrasound...etc.) 6) Medications and solutions 7) Preexisting and chronic conditions 8) Emergency treatment and admission 9) Ambulance expenses 10) Companion accommodation (for patients less than 16 years)	None	<ul style="list-style-type: none"> Maximum limit of inpatient RO 3,000 per insured person during the policy period Hospitalization for maximum of 30 days per admission Sharing room accommodation Insured person transportation to hospital for maximum RO 100 per transport trip
Outpatient treatment	1) Consultation fees 2) Diagnostics/Radiology/Imaging charges (Xray.MRI, CT scan, Ultrasound ..etc.) 3) Laboratory fees	1) 15% in designated network providers maximum of RO 20 per visit 2) 30% in non designated network providers	Maximum limit of outpatient is RO 500 for the policy period
	4) Medications charges (generic drugs to be prescribed whenever available)	3) 10% for medication applicable for maximum	

		of 5RO per visit	
Remains transportation to home country	Expenses of remain transportation to home country	None	Maximum limit for remains transportation RO 1000

Table of Basic Health Benefits (b)

Basic cover	Description	Limit
In patient treatment	1) Admission or treatment (day care) for diagnosis or treatment or surgery procedure 2) Hospital accommodation /room rent charges 3) Intensive care unit charges /fees 4) Consultants /Physicians/medics and paramedics 5) Diagnostics/radiology/imaging charges (x-ray, MRI, CT scan, ultrasound...etc.) 6) Medications and solutions 7) Preexisting and chronic conditions 8) Emergency treatment and admission 9) Ambulance expenses 10) Companion accommodation (for patients less than 16 years)	<ul style="list-style-type: none"> Maximum limit of inpatient RO 3,000 per insured person during the policy period Hospitalization for maximum of 30 days per admission Sharing room accommodation Insured person transportation to hospital for maximum RO 100 per transport trip
Outpatient treatment	1) Consultation fees 2) Diagnostics/Radiology/Imaging charges (Xray.MRI, CT scan, Ultrasound ..etc.) 3) Medications charges (generic drugs to be prescribed whenever available) 4) Laboratory fees	Maximum limit of outpatient is RO 500 for the policy period
Remains transportation to home country	Expenses of remain transportation to home country	Maximum limit for remains transportation RO 1000

Table of Basic health Benefits (c)

Basic cover	Description	Limit
In patient treatment	<ol style="list-style-type: none"> 1) Admission or treatment (day care) for diagnosis or treatment or surgery procedure 2) Hospital accommodation /room rent charges 3) Intensive care unit charges /fees 4) Consultants /Physicians/medics and paramedics 5) Diagnostics/radiology/imaging charges (x-ray, MRI, CT scan, ultrasound...etc.) 6) Medications and solutions 7) Preexisting and chronic conditions 8) Work injuries treatment 9) Emergency treatment and admission 10) Ambulance expenses 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum limit of inpatient RO 4,000 for domestic workers during the policy period • Admission for maximum of 30 days per time • Public room accommodation except for cases requiring isolation • Injury transportation to hospital for maximum RO 100 per time.
Outpatient treatment	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consultation fees 2) Diagnostics/Radiology/Imaging charges (Xray.MRI, CT scan, Ultrasound ..etc.) 3) Medications charges (generic drugs to be prescribed whenever available) 4) Laboratory fees 	Maximum limit of outpatient is RO 500 for the policy period
Remains transportation to home country	Expenses of remain transportation to home country	Maximum limit for remains transportation RO 1000

Annexure no. (5)

Treatment Preauthorisation

1. Medical Service provider shall request approval for treatment of the insured in the following cases
 - a. Treatment at outpatient clinic if costs of consultant or laboratory or diagnosis or radiology or medication or treatment procedures exceed RO 100
 - b. Hospitalization and surgeries for non-emergency cases
2. Emergency cases, patient's treatment shall commence immediately without delay and then approval request procedures will commence, however, the request must be submitted within 48 hours of admission
3. Health care providers must write all medical information clearly on the approval form as well as date and time of the request
4. Insurer shall respond to the request of approval by the service provider within max of 30 minutes from the time of receipt in the event of denial, the causes shall be stated as no response during the specified time shall be deemed as an implied approval
5. If medical service provider does not receive any response to the request for approval during the specified time the same shall be treated as implied approval after ensuring that insurer received the request for approval during the specified time
6. Medical service provider shall respond to the inquiries or comments of the insurer (if any) within 30 minutes from the time of receipt
7. After the insurer receives the request for approval sent by the medical service provider, the insurer shall respond immediately by confirming receipt

وثيقة التأمين الصحي للأفراد – الشروط والأحكام



محتوى الوثيقة

الفصل الأول: التعريفات

الفصل الثاني: الشروط والأحكام العامة

الفصل الثالث: إدارة المطالبات

الفصل الرابع: الاستثناءات

- الملحق (1) جدول الوثيقة
- الملحق (2) طلب التأمين
- الملحق (3) جدول المزايا الاختيارية
- الملحق (4) جدول المنافع الصحية الأساسية
- الملحق (5) التفويض المسبق للموافقة على العلاج



الفصل الأول (التعريفات)

1. الوثيقة هي وثيقة الموحدة للتأمين الصحي وملاحقتها.
2. طلب التأمين هو الطلب الذي يتولى المؤمن له تعبئته وفق البيانات المحددة بالملحق رقم (2) المرفق في هذا النموذج.
3. المؤمن عليه هو العامل أو المعال أو المستخدمين داخل المنازل أو خارجها الذين يؤدي إليهم المؤمن ما التزم به بموجب أحكام الوثيقة.
4. المؤمن له هو الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يلتزم بدفع قسط التأمين وتصدر الوثيقة باسمه لصالح المؤمن عليه.
5. المؤمن تعني شركة التأمين المرخص لها بمزاولة نشاط التأمين الصحي في سلطنة عُمان.
6. المستخدمون داخل المنازل أو خارجها أي كل شخص يؤدي عملاً داخل المنزل أو خارجه، مثل السائق أو المربية أو الطباخ ومن في حكمهم.
7. قسط التأمين يعني مبلغ من المال يلتزم المؤمن له بسداده مقابل التزام المؤمن بتحمل تكاليف الرعاية الصحية للمؤمن عليه بموجب الوثيقة.
8. التغطية التأمينية تعني المنافع الصحية الأساسية والمنافع الاختيارية المتاحة والمتفق عليها تفصيلاً بين المؤمن والمؤمن له لصالح المؤمن عليه بموجب الوثيقة.
9. المنافع الصحية الأساسية هي الخدمات الصحية المتاحة من خدمات التأمين الصحي للمؤمن عليه وفقاً للملحق رقم (4) المرفق في هذا النموذج.
10. الطبيب المرخص هو الطبيب المرخص له بمزاولة مهنة الطب من وزارة الصحة.
11. الاستشاري هو الطبيب المست وبتنوفي لشروط شغل وظيفة طبيب استشاري.
12. تاريخ بدء التغطية هو التاريخ المبين في الملحق رقم (1) المرفق في هذا النموذج.
13. الحد الأعلى للتغطية التأمينية هو إجمالي المبالغ المالية التي قد يطالب بها المؤمن عليه نتيجة تلقيه العلاج المناسب خلال مدة الوثيقة.
14. العامل هو أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى المؤمن لهوسجل بتلك الصفة في سجلاته.
15. المعال تعني :-
 - أ- كل من يرتبط بعلاقة زوجية مع العامل، ويقيم إقامة فعلية وقانونية في السلطنة، على أن يكون مسجلاً بهذه الصفة في سجلات المؤمن له.
 - ب- أبناء العامل أو أبناء من يرتبط به بعلاقة زوجية ممن لا تزيد أعمارهم على 21 عاماً ومسجل بهذه الصفة لدى المؤمن له.
 - ت- أي شخص آخر لا ينتمي إلى أي من الفئتين (أ) و (ب) ويقيم في السلطنة إقامة فعلية وقانونية ويعتمد على العامل في إعالتهم ومسجل بهذه الصفة لدى المؤمن له.
16. المساهمة تعني نسبة مساهمة المؤمن عليه في تكلفة المصاريف الطبية وفقاً للملحق رقم (4) المرفق في هذا النموذج.
17. مقدم الخدمة المرفق الصحي المعتمد من وزارة الصحة والمرخص له وفقاً للأنظمة المعمول بها بتقديم الخدمات الصحية في السلطنة.
18. شبكة مقدمي الخدمة تعني مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين والمحدد من قبل المؤمن لتقديم خدمة الرعاية الصحية للمؤمن عليه.
19. الحساسية حالة مرضية تنتج عن تحسس الفرد بصفة خاصة لأنواع معينة من الغذاء أو الطقس أو غبار الطلع أو أي مسببات أخرى من النباتات والحشرات والحيوانات والمعادن والكيماويات والعناصر أو المواد الأخرى.
20. المرض يعني الحالة الصحية التي يعاني منها المؤمن عليه، وتتطلب أن يتلقى فيها الرعاية الصحية خلال مدة الوثيقة.
21. الحالات المزمنة هي المرض أو الإصابة التي تتسم بوحدة أو أكثر من الخصائص التالية:
 - أ. الحاجة إلى المتابعة المستمرة أو لمدة طويلة من خلال الاستشارات والكشف الطبي والفحص.



- ب. الحاجة إلى التحكم المستمر أو على المدى الطويل أو تخفيف الأعراض.
- ج. الحاجة إلى إعادة التأهيل أو التدريب على التماشي مع المرض.
- د. تستمر إلى ما لا نهاية.
- هـ. قد تعود أو من المرجح أن تعود مرة أخرى.
22. الحالة الموجودة مسبقاً هي أي إصابة أو مرض أو حالات مرضية أو حالات ذات صلة ظهرت علاماتها أو أعراضها في الفترة السابقة لبدء التغطية التأمينية.
23. النفقات القابلة للاستعاضة يعني المصاريف الطبية المعتادة والضرورية التي يتكبدها المؤمن عليه نظير تلقيه العلاجات اللازمة طبيًا للحالات - غير المستثناة - بموجب الفصل الرابع من الوثيقة - خارج نطاق شبكة مقدمي الخدمة الصحية، وذلك في الحالات التالية:
- أ- الحالات الطارئة
- ب- عند الاتفاق بين المؤمن والمؤمن له
24. المستندات المؤيدة للمطالبة تعني المستندات التي تثبت هوية المؤمن عليه والتقارير الطبية والفواتير وتقرير الشرطة إن وجد.
25. التنويم تعني ترقيده المؤمن عليه لدى مقدم الخدمة الصحية، بما في ذلك الترقيد في العناية النهارية، والترقيده في أقسام الحوادث والطوارئ، وذلك بناء على استشارة من الطبيب المرخص أو الاستشاري.
26. علاج المريض الداخلي يعني ترقيده المؤمن عليه لدى مقدم الخدمة الصحية ليلة واحدة لتلقي العلاج.
27. المعالجة في العيادات الخارجية هو تردد المؤمن عليه على العيادات الخارجية لمقدم الخدمة الصحية بغرض التشخيص أو العلاج من مرض.
28. الحالة الطارئة هي حالة صحية تستدعي التدخل الطبي السريع.
29. العلاجات اللازمة طبيًا هو الخدمة الصحية أو العلاج الطبي الذي يتلائم أو يتسق مع التشخيص وفقاً للمعايير الصحية من قبل الطبيب المرخص أو الاستشاري.
30. المصاريف الطبية هي مبلغ مالي يدفعه المؤمن إلى مقدم الخدمة الصحية نظير تقديم العلاجات اللازمة طبيًا للمؤمن عليه وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة.
31. مضاعفات الحمل أو الولادة هي الحالات التي تنشأ خلال مراحل الحمل أو أثناء الولادة.
32. الطب البديل هي مجموعة من ممارسات الرعاية الصحية التي لا تندرج ضمن نظام الرعاية الصحية الرئيسي المعتمد من وزارة الصحة.



الفصل الثاني (الشروط والأحكام العامة)

تمهيد:

تعتبر الوثيقة وطلب التأمين عقد واحد. وكل كلمة أو عبارة أعطي لها معنى خاص في أي جزء من الوثيقة أو طلب التأمين يكون لها المعنى ذاته، ما لم يقتض سياق النص معنى آخر. كما تعتبر المعلومات والبيانات الجوهرية والممارسات المتعارف عليها في عقود التأمين الصحي والمقدمة من قبل المؤمن له أو من ينوب عنه والمتعلقة بالتغطية التأمينية أساساً لهذا العقد. وعلى المؤمن إطلاع المؤمن له على الوثيقة والتأكد من حصوله على التغطية التأمينية المطلوبة.

1- بيانات طلب التأمين

يجب أن تكون البيانات المقدمة من قبل المؤمن له صحيحة

2- نطاق وسريان الوثيقة

تمثل الوثيقة الحد الأدنى للمنافع الصحية الأساسية المقدمة للمؤمن عليه. ولن تكون الوثيقة أو أي تعديل لاحق عليها ساري المفعول ما لم يثبت ذلك في جدول موقع عليه من الطرفين.

3- مدة الوثيقة

تكون مدة الوثيقة سنة ميلادية ما لم يتم الاتفاق على مدة أطول. وفي حال كان المؤمن عليهم من فئة المستخدمين داخل المنازل أو خارجها، فتكون مدة الوثيقة سنتين ميلاديتين.

4- السجلات والتقارير

على المؤمن له أن يحتفظ بسجل لجميع العاملين لديه والمؤمن عليهم بموجب الوثيقة ويجب أن يحتوي هذا السجل على البيانات الآتية:

أ- الاسم والجنس والعمر والجنسية والحالة الاجتماعية ورقم البطاقة.

ب. أي معلومات أساسية أخرى يطلب المؤمن إدراجها في سجلات المؤمن له.

ويلتزم المؤمن له بتزويد المؤمن بأي بيانات قد يطلبها للأشخاص المؤمن عليهم، والسماح له بالاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحتها.

5- المؤهلون للتأمين

يُعتبر العامل من الفئات المؤهلة للتأمين عليهم من قبل المؤمن له، كما ويُعتبر المُعال، غير العامل، من هذه الفئات حسب امتيازات عقد عمل العامل المعيل.

6- المنافع الصحية الأساسية

يحق للمؤمن له اختيار أي من جدول المنافع الصحية الأساسية (أ) أو (ب) المرفقين بهذا النموذج. أما بالنسبة للمستخدمين داخل المنازل أو خارجها فينطبق عليهم المرفق في هذا (4) جدول المنافع الصحية الأساسية (ج) ويجوز للمؤمن له رفع حدود التغطية الصحية الأساسية في الملحق رقم النموذج، وبناء على ذلك يتم تحديد القسط التأميني من قبل المؤمن، ويمكن للمؤمن له إضافة أي من المزايا الاختيارية على المرفق في هذا النموذج (3) التغطية الصحية الأساسية وفقاً للملحق رقم

7- سداد قسط التأمين

يلتزم المؤمن له بدفع القسط خلال المواعيد المتفق عليها مع المؤمن.

8- إضافة وحذف المؤمن عليهم



- يجب على المؤمن له إخطار المؤمن كتابياً عند إضافة أو حذف المؤمن عليه أو حذفه، شريطة إثبات التحاقه بالعمل أو تركه له. وعلى المؤمن له طلب حذف أي من المؤمن عليهم إعادة بطاقة العضوية وأي مستندات أخرى يطلبها المؤمن قبل تاريخ الحذف. وفي حال عدم إعادة بطاقة العضوية، يتعين على المؤمن له تعويض الخسارة المتكبدة من قبل المؤمن على الطلب.
 - يجب على المؤمن له تقديم ما يثبت مغادرة المؤمن عليه (الأجنبي) للسلطنة إلى المؤمن إذا كان المطلوب حذف عامل من الوثيقة.
 - يتم احتساب قسط التأمين الإضافي طبقاً لما يتم الاتفاق عليه بين المؤمن والمؤمن له.
 - يتم احتساب قسط التأمين المسترجع المتعلق بالمؤمن عليه الذي لم ينتفع من التغطية التأمينية وفقاً للمعادلة التالية:
 - القسط المسترجع = قسط التأمين X (الفترة المتبقية / مدة الوثيقة)
- ويجب على المؤمن رد قسط التأمين المسترجع خلال مدة لا تزيد على ثلاثين (30) يوماً من تاريخ الموافقة على الحذف.

9- تاريخ بدء التغطية

- بالنسبة للعامل:

اعتباراً من تاريخ بدء التغطية المحدد في الملحق (1) المرفق في هذا النموذج، أو من تاريخ الإضافة إلى الوثيقة بالنسبة للعامل الذي يلتحق بالعمل بعد ذلك.

- بالنسبة للمُعَال:

اعتباراً من التاريخ الذي أصبح فيه العامل المعيل مؤمناً عليه أو من تاريخ اكتساب صفة المعال لدى المؤمن له.

10- إلغاء الوثيقة

يجوز للمؤمن له إلغاء الوثيقة في أي وقت بموجب إخطار كتابي يرسل للمؤمن قبل 30 يوم عمل على الأقل من تاريخ الرغبة في الإلغاء، شريطة أن يقدم ما يثبت إبرام وثيقة تأمين أخرى تتضمن بدء التغطية التأمينية الجديدة من اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة. وفي هذه الحالة يكون المؤمن ملزماً خلال مدة لا تزيد على 30 يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن يعيد للمؤمن عليه الجزء المتبقي من قسط التأمين عن كل مؤمن عليه لم ينتفع بالتغطية التأمينية ويتم احتساب الجزء المتبقي من قسط التأمين وفقاً للمعادلة المنصوص عليها في البند 8 من هذا الفصل.

11- سرية المستندات المؤيدة للمطالبة

يوافق كل من المؤمن له والمؤمن عليه على اطلاع المؤمن أو من ينوب عنه على المستندات المؤيدة للمطالبة على أن تلتزم المؤمن بالحفاظ على سرية المعلومات التي تتضمنها المستندات.

12- التظلمات والشكاوى

يحق للمؤمن له أو المؤمن عليه تقديم الشكاوى وفقاً للإجراءات التي تحددها الهيئة العامة لسوق المال.

13- المصاريف الطبية

يلتزم المؤمن بسداد المصاريف الطبية إلى مقدم الخدمة الصحية خلال مدة الوثيقة ووفقاً لأحكامها، ويقوم المؤمن بالتأكد مما إذا كانت تلك المصاريف الطبية التي تم تكبدها خلال مدة الوثيقة، وذلك باتباع الأسس المبينة في الجدول الآتي:

الخدمات الطبية	أساس احتساب تاريخ تكبد المصاريف الطبية
استشارات الطبيب المرخص أو الاستشاري	تاريخ الزيارة الفعلية للمؤمن عليه
المختبر والأشعة التشخيصية	تاريخ الحصول على الخدمة
الأدوية والصيدلانية	تاريخ صرف الدواء حسب الجرعة الموصوفة من قبل الطبيب أو الاستشاري المرخص ليتم استخدامه خلال فترة الوثيقة



إيجار غرفة التنويم	التاريخ الفعلي لدخول المستشفى والخروج منه
رسوم الجراحة أو فني التخدير	تاريخ الجراحة
الخدمات الطبية الأخرى لعلاج المريض الداخلي/المنوم	التاريخ الفعلي للحصول على الخدمات

14- حدود التغطية التأمينية

تقتصر مسؤولية المؤمن على المبالغ المحددة للتغطية التأمينية في الملحق (4) المرفق في هذا النموذج.

15- الحدود الجغرافية ونطاق سريان الوثيقة

تسري الوثيقة على المصاريف الطبية المتكبدة داخل الحدود الإقليمية لسلطنة عُمان ما لم يتفق الطرفان على خلاف ذلك.

16- الاختصاص القضائي

تختص محاكم سلطنة عُمان بالفصل في المنازعات الناشئة عن تطبيق أحكام الوثيقة.



الفصل الثالث (إدارة المطالبات)

1. شروط إدارة مطالبات التأمين الصحي

(01) يلتزم مقدم الخدمة الصحية بتقديم إخطار أي مطالبة حسب النموذج المعد من المؤمن مرفقاً به المستندات التالية:

1. التقارير الطبية والتشخيصية الكاملة والمفصلة بوصف المرض والعلاج الخاص به.
2. نموذج التفويض المسبق للموافقة على العلاج.
3. أي معلومات طبية أخرى قد تعتبر ضرورية.

(02) يجب أن تكون جميع إخطارات المطالبة متوافقة مع أنظمة المطالبات الإلكترونية المعمول بها في السلطنة.

2. أساس تحمّل تكلفة مراجعة الاستشاري

لا يجوز تحميل المؤمن تكاليف الاستشارة أو العلاج الذي يقدم بواسطة الاستشاري دون أن يسبق ذلك قرار بالإحالة من الطبيب المرخص.

3. التفويض المسبق للموافقة على العلاج

يلتزم مقدم الخدمة الصحية بالحصول على التفويض من المؤمن قبل خضوع المؤمن عليه لأي معالج وفقاً للملحق رقم (5) المرفق في هذا النموذج.

4. النفقات القابلة للاستعاضة

يلتزم المؤمن بتعويض المؤمن عليه عن النفقات القابلة للاستعاضة خلال مدة لا تزيد على (15) خمسة عشر يوم عمل من تاريخ استكمال المستندات المؤيدة للمطالبة إلى المؤمن، شريطة تزويد المؤمن بالمستندات المؤيدة للمطالبة خلال مدة لا تزيد على (120) مائة وعشرين يوم عمل من تاريخ تكبّد تلك النفقات، وتشمل هذه النفقات الآتي:

1. مصاريف العلاج في العيادات الخارجية.
2. مصاريف علاج المرض الداخلي بما في ذلك العمليات الجراحية.
3. مصاريف إعادة جثمان المتوفى أو رفاتة إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل عدا حالات الوفاة الناتجة عن الإصابات الواردة في البند (37) من الفصل الرابع من هذا النموذج.

5. رفض المطالبات

يحق للمؤمن رفض أو إرجاع المطالبات المقدمة – حسب الأحوال – في أي من الحالات التالية:

1. عدم تقديم نموذج المطالبة الأصلية مكتملاً.
2. عدم وجود وتوقيع وختم الطبيب المرخص أو الاستشاري.
3. إذا كانت الفحوصات التي أجريت على المؤمن له والعلاج الذي تلقاه لم يكن بناءً على طلب أو تحديد من الطبيب المرخص أو الاستشاري.
4. عدم صلة التشخيص والعلاج بالحالة المرضية.
5. المطالبات المقدمة بعد مرور (120) مائة وعشرين يوماً من تاريخ العلاج.
6. النفقات المتجاوزة للحد الأعلى للتغطية التأمينية.



7. المعالجات التي كانت قبل تاريخ إضافة المؤمن عليه للوثيقة أو بعد انتهاء مدتها.

ويلتزم المؤمن عند رفضه المطالبة المقدمة من المؤمن عليه أن يسلمه بياناً مكتوباً بأسباب الرفض، وذلك خلال (10) عشرة أيام على الأكثر من تاريخ تقديم المطالبة، وللمؤمن عليه الحق في اللجوء إلى الجهات المختصة للبت في المطالبة.

الفصل الرابع (الاستثناءات)

تستثني من تطبيق أحكام الوثيقة الحالات التالية:

1. الإصابة التي يسببها المؤمن عليه لنفسه متعمداً.
2. العلاج التجريبي.
3. الحالة الموجودة مسبقاً، والعلاج في العيادات الخارجية بالنسبة للأمراض المزمنة.
4. الفحوصات الشاملة التي لا تتطلب معالجة طبية لحالة مرضية منصوص عليها في الوثيقة.
5. أي فحوصات أو خدمات صحية تتم لأغراض غير طبية مثل الفحص الطبي المتعلق بالتوظيف أو السفر أو الترخيص أو التأمين.
6. المخاطر الشخصية وهي الأنشطة الشخصية التي ينتج عنها مخاطر كبيرة على المؤمن له أو تعرضه لمرض أو حادث أو تؤدي إلى تفاقم حالته المرضية أو إصابته السابقة.
7. الأمراض الوبائية حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية.
8. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
9. الأمراض التي تنتشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدنات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو المؤثرات العقلية.
10. الجراحة أو العلاج التجميلي إلا إذا استدعتها إصابة جسدية عرضية غير مستثناة.
11. الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة.
12. معالجة الأمراض التناسلية التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبيياً.
13. مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص (فيروس نقص المناعة البشرية) HIV أو العلل ذات الصلة بال HIV بما فيها مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى.
14. جميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم غير الناتجة عن حادث.
15. اختبارات وعمليات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة غير الناتجة عن الحادث.
16. العلاج التقويمي لحاجز الأنف وقطع محارة الأنف والجراحة التعويضية إلا إذا كانت لعلاج حالة مرضية كانسداد الأنف وصعوبة التنفس أو ناتجة عن حادث.
17. علاج تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.
18. العلاج النفسي أو الاضطرابات العقلية عدا حالات الطوارئ.
19. اختبارات الحساسية وعلاج الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بالحساسية من نوع معين من الأدوية والمستلزمات المستخدمة في العلاج.



20. أية مصاريف ذات صلة بالمعدل المناعي والعلاج المناعي.
21. علاج وخدمات التحول الجنسي والتعقيم والعقم والعجز الجنسي.
22. أي نفقات تتعلق بعلاج الاضطرابات المتعلقة بالنوم.
23. العلاج الناتج عن المشاركة في الرياضات والأنشطة الخطرة بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - الغطس بالرنسة المائية والقفز بالمظلات وتسلق الجبال والصخور وقيادة المركبات والدراجات على الكتيان.
24. العيب أو التشوه الخلقي الذي يشمل الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية.
25. اضطرابات الجلد مثل الثآليل والجذري وحب الشباب.
26. علاجات السمنة والبدانة.
27. حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم بشكل كلي أو جزئي.
28. التغيرات الطبيعية لسن اليأس ويشمل ذلك اضطرابات الطمث.
29. مطالبات الاضطرابات الوراثية، والحفظ بالتبريد، زرع الخلايا الحية أو الأنسجة الحية، بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - العلاج بالخلايا الجذعية سواء كانت ذاتية المنشأ أو مقدمة من قبل مانح.
30. علاج فقدان الشهية العصبي والشره المرضي وفقدان الشهية واضطرابات الأكل الأخرى، أو أي شكل آخر من المعالجات من قبل الطبيب النفسي.
31. أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق الخاص للمؤمن عليه في أثناء تنويمه أو إقامته لدى مقدم الخدمة الصحية، عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن عليه، كمرافقة الأم لطفلها ممن تقل أعمارهم عن (16) ستة عشر عاماً، أو حيثما تقتضي العلاجات اللازمة طبياً ذلك حسب تقدير الطبيب المرخص أو الاستشاري.
32. النفقات المتكبدة بسبب المضاعفات الناتجة بشكل مباشر عن مرض أو إصابة أو علاج مستثنى من التغطية التأمينية.
33. كل المستلزمات التي لا تعتبر أدوية وتشمل - على سبيل المثال لا الحصر - غسول الفم ومعجون الأسنان والصابون والمرطبات والكريمات والمطهرات وصفات الألبان والمكملات الغذائية وأطعمة الأطفال ومنتجات العناية بالجلد ومستلزمات الرضع والفيتامينات المتعددة (ما لم توصف كبدل للعلاج في حالة نقص فيتامينات معروفة) وكل المعدات التي ليس القصد منها تحسين الحالة الطبية أو الإصابة.
34. أي أدوات طبية خارجية وأجهزة ومعدات بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - مضخات الثدي، ماكينات المساج، معدات التمارين، مقياس الحرارة، أدوات قياس ضغط الدم، والسكري، وشرائط الجلوكوز.
35. واقيات الفم والضمادات وجوارب الدعم والجوارب الطويلة.
36. الدعامات الخارجية من أي نوع بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - عصي المشي والحمالات، والمساند، والرافعات، ودعامات الظهر، ومشدات الخصر، وطوق الرقبة، ودعامات المفاصل الأخرى، والأحزمة والكراسي المتحركة، ومساند الكعب، وأحذية تجبير العظام.
37. الإصابات الناشئة عن الحالات الآتية:
 - 1) العمليات العسكرية أياً كان نوعها.
 - 2) الكوارث الطبيعية.
 - 3) الأعمال الإجرامية أو مقاومة المؤمن عليه للسلطات.
 - 4) الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أي نفايات نووية.
 - 5) المواد المشعة أو السامة أو المتفجرة.



- (6) أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب.
(7) التفاعلات الكيميائية أو البيولوجية أو البكتريولوجية.

ملحق (5)

ملحق (1)
جدول الوثيقة

	(1) رقم الوثيقة:
	(2) اسم المؤمن:
	(3) نوع التأمين:
	(4) اسم المؤمن له:
	(5) العنوان:
(6) صندوق البريد:	
(7) الرمز البريدي:	
إلى / / م	(8) مدة التأمين : م / / م
	(9) قسط التأمين :
ر.ع	أ- قسط التأمين الأساسي.
ر.ع	ب- قسط المزايا الاختيارية.
ر.ع	ت- رسوم الإشراف والرقابة (6 في الألف من صافي قسط التأمين).
ر.ع	ث- رسوم صندوق الطوارئ (1% من صافي قسط التأمين)
ر.ع	(10) إجمالي القسط المدفوع.

تاريخ بدء التغطية:	توقيع المؤمن:	توقيع المؤمن له:

ملحق (2)
طلب التأمين

بيانات مقدم الطلب



القبيلة	الثالث	الثاني	الأول	1) الاسم حسب البطاقة الشخصية	
				2) الاسم التجاري للشركة	
				3) رقم السجل التجاري	
				4) المقر الرئيسي للشركة	
7) الولاية:		6) المحافظة:		5) العنوان الدائم	
9) القرية:		8) المدينة:			
				10) هاتف العمل	
				11) البريد الإلكتروني	
				12) صندوق البريد	
				13) الرمز البريدي	
				14) عدد الأشخاص المؤمن عليهم	
موقع العمل	رقم البطاقة الشخصية/بطاقة مقيم	المهنة	الجنس	العمر	الاسم
15) هل لديك تأمين صحي سابق؟					
لا () نعم ()					
16) المؤمنون السابقون؟					

التاريخ:

توقيع المؤمن:

توقيع المؤمن له:

--	--	--

ملحق (3)

جدول المزايا الاختيارية

التوقيع	قسط التأمين	نعم	تغطية تأمينية إضافية	
			منافع الحمل والولادة	(1)
			منافع الأسنان	(2)
			منافع العيون	(3)
			خدمات صحة الطفل وفقاً للمعايير المعمول بها في وزارة الصحة	(4)
			علاج إصابات العمل	(5)
			منافع اختيارية أخرى	(6)
ريال عماني			مبلغ القسط المطلوب سداده بالنسبة للمزايا الإضافية	(7)

التاريخ:

توقيع المؤمن:

توقيع المؤمن له:

--	--	--



ملحق (4)

جدول المنافع الصحية الأساسية (أ)

التغطية الأساسية	الوصف	مبلغ المساهمة	الحدود
علاج المريض الداخلي	(1) التنويم في المستشفى أو العناية للتشخيص أو (Day care) النهارية العلاج أو لإجراء الجراحة. (2) الإقامة في المستشفى / إيجار الغرفة. (3) الإقامة والعلاج في غرف العناية المركزة. (4) رسوم الأطباء / الاستشاريين والفئات الطبية المساعدة. (5) التشخيص / الأشعة / الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية، الموجات فوق الصوتية. (6) الأدوية والمحاليل. (7) الحالات الموجودة مسبقاً والأمراض المزمنة. (8) العلاج والإقامة في غرف الطوارئ. (9) مصاريف الإسعاف. (10) إقامة المرافق (للمرضى ممن تقل أعمارهم عن (16) ستة عشر عاماً)	لا يوجد	(1) الحد الأقصى لعلاج المريض الداخلي 3,000 ريال عماني للشخص المؤمن عليه خلال مدة الوثيقة. (2) التنويم في المستشفى بحد أقصى (30) ثلاثين يوماً للمرة الواحدة. (3) الإقامة في غرفة مشتركة. (4) نقل المصاب إلى المستشفى بحد أقصى (100) مائة ريال عماني لكل نقلة.
العلاج في العيادات الخارجية	(1) رسوم الاستشارات. (2) التشخيص / الأشعة / الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية / الموجات فوق الصوتية (3) رسوم المختبر • رسوم الصيدلية (الأدوية الجنيصة وفي حال عدم توفرها تصرف الأدوية الأخرى)	(1) 15% لشبكة مقدمي الخدمة الصحية المحددين بحد أقصى (20) عشرون ريالاً عماني لكل زيارة. (2) 30% لشبكة مقدمي الخدمة الصحية غير المحددين (3) 10% للأدوية تطبق و بحد أقصى (5) خمسة ريالاً عماني لكل زيارة.	الحد الأقصى للمعالجة في العيادات الخارجية (500) خمسمائة ريال عماني خلال مدة الوثيقة.



إعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي	مصاريف إعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي	لا يوجد	الحد الأقصى لإعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي (1,000) ألف ريال عماني
-----------------------------------------	------------------------------------------------	---------	-----------------------------------------------------------------------------

ملحق (4)

جدول المنافع الصحية الأساسية (ب)

التغطية الأساسية	الوصف	الحدود
علاج المريض الداخلي	(11 Day care) التنويم في المستشفى أو العناية النهارية للتشخيص أو العلاج أو لإجراء الجراحة. (12 الإقامة في المستشفى / إيجار الغرفة. (13 الإقامة والعلاج في غرف العناية المركزة. (14 رسوم الأطباء / الاستشارين والفئات الطبية المساعدة. (15 التشخيص / الأشعة / الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية، الموجات فوق الصوتية. (16 الأدوية والمحاليل. (17 الحالات الموجودة مسبقاً والأمراض المزمنة. (18 العلاج والإقامة في غرف الطوارئ. (19 مصاريف الإسعاف. (20 إقامة المرافق (للمرضي ممن تقل أعمارهم عن (16) ستة عشر عاماً)	(1 الحد الأقصى لعلاج المريض الداخلي 3,000 ريال عماني للشخص المؤمن عليه خلال مدة الوثيقة. (2 التنويم في المستشفى بحد أقصى (30) ثلاثين يوماً للمرة الواحدة. (3 الإقامة في غرفة مشتركة. (4 نقل المصاب إلى المستشفى بحد أقصى (100) مائة ريال عماني لكل نقلة.
المعالجة في العيادات الخارجية	(1 رسوم الاستشارات (2 التشخيص / الأشعة / الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية / الموجات فوق الصوتية. (3 رسوم الصيدلية (الأدوية الجينية وفي حال عدم توفرها تصرف الأدوية الأخرى) (4 رسوم المختبر	الحد الأقصى للمعالجة في العيادات الخارجية (500) خمسمائة ريال عماني خلال مدة الوثيقة.
إعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي	مصاريف إعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي	الحد الأقصى لإعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي (1,000) ألف ريال عماني



ملحق (4)

جدول المنافع الصحية الأساسية (ج)

الحدود	الوصف	التغطية الأساسية
<ul style="list-style-type: none">• الحد الأقصى لعلاج المريض الداخلي (4,000) أربعة آلاف ريال عماني للشخص للمستخدمين داخل المنازل أو خارجها خلال مدة الوثيقة• التتويج في المستشفى بحد أقصى (30) ثلاثون يوماً للمرة الواحدة• الإقامة في غرفة مشتركة الإفي الحالات التي تستوجب العزل.• نقل المصاب إلى المستشفى بحد أقصى (100) مائة ريال عماني لكل نقلة	<ol style="list-style-type: none">(1) Day care) التتويج في المستشفى أو العناية النهارية للتشخيص أو العلاج أو لإجراء الجراحة.(2) الإقامة في المستشفى / إيجار الغرفة.(3) الإقامة والعلاج في غرف العناية المركزة.(4) رسوم الأطباء / الاستشارين والفئات الطبية المساعدة.(5) التشخيص / الأشعة / الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية، الموجات فوق الصوتية.(6) الأدوية والمحاليل.(7) الحالات الموجودة مسبقاً والأمراض المزمنة.(8) علاج أصابات العمل.(9) العلاج والإقامة في غرف الطوارئ.(10) مصاريف الإسعاف.	علاج المريض الداخلي
<ul style="list-style-type: none">• الحد الأقصى للمعالجة في العيادات الخارجية (500) خمسمائة ريال عماني خلال مدة الوثيقة	<ol style="list-style-type: none">(1) رسوم الاستشارات.(2) التشخيص / الأشعة / الرنين المغناطيسي / الأشعة المقطعية / الموجات فوق الصوتية.(3) رسوم الصيدلانية (الأدوية الجينية وفي حال عدم توفرها تصرف الأدوية الأخرى)(4) رسوم المختبر.	المعالجة في العيادات الخارجية
<ul style="list-style-type: none">• الحد الأقصى لإعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي (1,000) ألف ريال عماني	مصاريف إعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي	إعادة جثمان ورفات المتوفى لموطنه الأصلي



الملحق (5)

التفويض المسبق للموافقة على العلاج

- (1) يجب على مقدم الخدمة الصحية تقديم طلب الموافقة على علاج المؤمن عليه في الحالات التالية:
 1. المعالجة في العيادات الخارجية إذا كان إجمالي تكلفة الاستشارات أو المختبر أو التشخيص أو الأشعة أو الأدوية أو إجراءات العلاج تزيد على (100) مائة ريال عُمان.
 2. علاج المريض الداخلي والعمليات الجراحية غير الطارئة.
- (2) في الحالات الطارئة، يتم البدء في علاج المؤمن عليه مباشرة دون أدنى تأخير، وبعد ذلك يتم البدء في إجراءات طلب الموافقة، على أن يقدم الطلب خلال (48) ثماني وأربعين ساعة من دخول المستشفى.
- (3) يجب على مقدم الخدمة الصحية كتابة كافة المعلومات الطبية اللازمة على نموذج طلب الموافقة وكذلك تاريخ ووقت الطلب.
- (4) يجب على المؤمن الرد على طلب الموافقة خلال (30) ثلاثين دقيقة من وقت تسلمه للطلب وفي حالة الرفض يجب أن يكون القرار مسبباً، ويعتبر عدم الرد على الموافقة في المدة المحددة موافقة ضمنية على الطلب.
- (5) في حالة عدم تسلم مقدم الخدمة الصحية الرد على طلب الموافقة في المدة المحددة من إرسالها يعتبر أن المؤمن موافق ضمناً على الحالة، وذلك بعد التأكد من أن المؤمن تسلم طلب الموافقة أثناء المدة المحددة.
- (6) يجب على مقدم الخدمة الصحية الرد على استفسارات أو ملاحظات المؤمن-إن وجدت- خلال (30) ثلاثين دقيقة من وقت تسلم تلك الاستفسارات أو الملاحظات.
- (7) يجب على المؤمن بعد تسلمه لطلب الموافقة المرسل من مقدم الخدمة الصحية أن يقوم بالرد مباشرة بتأكيد التسلم.