

إسم البرنامج		برنامج الضمان الصحي المرن
الحد الأقصى للتغطية السنوية		150,000 درهم لكل شخص سنوياً
النطاق الجغرافي للتغطية		إمارة أبوظبي حالات الطوارئ الطبية: مغطاة ضمن دولة الإمارات العربية المتحدة
الشبكة الطبية		الشبكة المرنة
(تُمنح خدمة الدفع المباشر ضمن قائمة شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية)		<ul style="list-style-type: none"> • عيادات الشبكة / مراكز الرعاية الصحية الأولية - العلاج في العيادات الخارجية واستشارة الطبيب العام. لن يتم تغطية أي تكاليف يتم تكبدها للحصول على المشورة أو الاستشارات أو العلاجات المقدمة من قبل المتخصصين أو الاستشاريين بموجب هذا البرنامج دون استشارة الشخص المؤهل أولاً لطبيب عام مرخص من قبل دائرة الصحة-أبوظبي. حيث يجب على الطبيب العام إحالته مع الأسباب عبر النظام الإلكتروني للنظر في المطالبة. • المستشفيات ضمن الشبكة: ضمن مستشفيات الشبكة، يقدم البرنامج تغطية لعلاج المرضى داخل المستشفى والطوارئ فقط. لا يتم تغطية العلاج في العيادات الخارجية ضمن مستشفيات الشبكة ما لم تتم الإحالة من قبل طبيب عام تابع للشبكة في العيادات للحصول على المشورة / الاستشارة من قبل متخصص / استشاري في المستشفيات مع تقديم مبررات عبر النظام الإلكتروني للخدمات غير المتوفرة في العيادات / مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعين للشبكة المرنة.
تغطية الحالات السابقة لدى سريان الوثيقة		<ul style="list-style-type: none"> • يتم تغطية الحالات السابقة لبدء سريان الوثيقة فقط إذا تم الإفصاح عنها في نموذج الطلب. • تُطبق فترة انتظار مدتها 6 أشهر على العلاج داخل المستشفى فقط على الحالات الطبية التالية: مرض السكري، أمراض القلب والشرابيين، انسداد الشعب الهوائية المزمن (COPD)، جميع حالات مرض السرطان، جراحة الأعصاب، الأمراض الناتجة عن الجلطة الدماغية، جميع حالات الولادة. • لا تكون هناك فترة انتظار في حال وجود تغطية صحية سابقة سارية المفعول من دون انقطاع.
العلاج داخل المستشفى		<p>ضمن شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية</p> <p>خارج شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية⁵</p>
العلاج داخل المستشفى والعلاج ليوم واحد ¹		تكون التغطية بنسبة 80%
تكون التغطية حتى الحد الأقصى السنوي لكل شخص (التغطية تشمل قبل وبعد العلاج في المستشفى) (حد المبلغ المدفوع من المؤمن عليه 500 درهم في كل مرة يتلقى بها العلاج، وكحد أقصى سنوي 1000 درهم)		غير مغطاة
نوع الإقامة - عنبر عام (سريرين وما فوق)		تكون التغطية بنسبة 80%
الإقامة في المستشفى والخدمات		تكون التغطية بنسبة 80%
أتعاب الاستشاري والجراح وطبيب التخدير و أتعاب أخرى		تكون التغطية بنسبة 80%
خدمات الإسعاف (حالات الطوارئ الطبية فقط) - مع مراعاة الاستثناءات القياسية		تكون التغطية بنسبة 100%
إقامة الوالدين لمصاحبة الطفل المشمول بالتأمين والذي يقل عمره عن 16 سنة (تكون التغطية بمبلغ 100 درهم في اليوم كحد أقصى)		تكون التغطية بنسبة 80%
إقامة المرافق للشخص المشمول بالتغطية في حالات الضرورة الطبية وبناء على توصية من الطبيب المعالج (تكون التغطية بمبلغ 100 درهم في اليوم كحد أقصى)		تكون التغطية بنسبة 80%
العلاج في العيادات الخارجية		<p>ضمن شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية</p> <p>خارج شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية⁵</p>
استشارة الطبيب (يمكن الوصول إلى المتخصصين / الاستشاريين في العيادات الخارجية فقط عند الإحالة من قبل الطبيب العام التابع للشبكة المرنة (العيادات / الرعاية الصحية الأولية) مع تقديم المبررات عبر النظام الإلكتروني) (لا تطبق نسبة التحمل في حالة المتابعة مع الطبيب خلال 7 أيام)		<p>الطبيب العام - تكون التغطية بنسبة 80%</p> <p>الاخصائي - تكون التغطية بنسبة 100%</p>
التشخيص (الأشعة السينية والتصوير بالرنين المغناطيسي والتنظير وغيرها)، الفحوصات المخبرية		تكون التغطية بنسبة 80%
يُطلب الحصول على موافقة مسبقة على جميع الفحوصات التي تتضمن لكن دون الحصر التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الطبقي المحوري والتنظير		تكون التغطية بنسبة 80%
تغطية الأدوية والعقاقير (تكون التغطية بمبلغ 1,500 درهم كحد أقصى سنوياً لكل شخص وتتضمن نسبة التحمل) (مقتصر على قائمة أدوية الوصفات الأساسية)		تكون التغطية بنسبة 70%
العلاج الطبيعي ¹ (6 جلسات كحد أقصى سنوياً)		تكون التغطية بنسبة 80%
التطعيمات والتحصينات ²		تكون التغطية بنسبة 80%

مزايا أخرى	ضمن شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية	خارج شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية
علاج حالات الطوارئ داخل دولة الإمارات العربية المتحدة	تكون التغطية بنسبة 100%	تكون التغطية بنسبة 100% ⁶
الخدمات التشخيصية والعلاجية وذلك للعلاجات الخاصة بالأسنان واللثة (مغطى في الحالات الطبية الطارئة فقط)	تكون التغطية بنسبة 80%	تكون التغطية بنسبة 80% ⁶
وسائل المساعدة للسمع والرؤية وتصحيح الرؤية بواسطة العمليات الجراحية والليزر (مغطى في الحالات الطبية الطارئة فقط)	تكون التغطية بنسبة 80%	تكون التغطية بنسبة 80% ⁶
خدمات الحمل والولادة ^{1,3}	ضمن شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية	خارج شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية ⁵
تغطية خدمات الحمل والولادة داخل المستشفى (الحد الأقصى السنوي لكل ولادة ويشمل نسبة التحمل):	تكون التغطية بنسبة 90%	غير مغطاة
- الولادة الطبيعية: 7,000 درهم - الولادة القيصرية، المضاعفات والإجهاض للضرورة الطبية: 10,000 درهم - رعاية حديث الولادة: يصل لثلاثين يوم (30) من الولادة (رعاية حديث الولادة تشمل تطعيم BCG، التهاب الكبد "ب" و فحص حديث الولادة)	تكون التغطية بنسبة 90%	غير مغطاة
تغطية خدمات الحمل والولادة في العيادات الخارجية ⁴ (لا تطبق نسبة التحمل في حالة المتابعة مع الطبيب خلال 7 أيام)	تكون التغطية بنسبة 90%	غير مغطاة

- 1 يجب الحصول على الموافقة المسبقة لتغطية الخدمة. جميع الحالات الطارئة لا تحتاج للموافقة المسبقة ولكن يجب إخطار ضمان في غضون 24 ساعة.
- 2 تكون التغطية على أساس استرداد المصاريف المستحقة. التطعيمات الأساسية لحديثي الولادة والأطفال على النحو المنصوص عليه في سياسات وزارة الصحة وتحديثاتها.
- 3 خدمات الحمل والولادة: عند تفاقم أي حالة مهددة للحياة سواء للأم أو للطفل حديث الولادة، فإن المصاريف الطبية الضرورية سيتم تغطيتها ضمن الحد السنوي الإجمالي.
- 4 خدمات الحمل والولادة في العيادات الخارجية، تشمل: (1) 8 زيارات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية تشمل المراجعات والفحوصات والاختبارات وفقاً لبروتوكولات الرعاية السابقة للولادة. (2) جميع أنواع الرعاية التي يقدمها طبيب التوليد في الرعاية الصحية الأولية للمخاطر منخفضة أو أخصائي التوليد للإحالات عالية الخطورة.
- 5 العلاجات الاختيارية في المستشفيات الحكومية من خارج الشبكة - تكون التغطية بنسبة 80% للقيمة الفعلية وتخضع لحد أقصى 100% من تعريف الشبكة المعمول بها. العلاج في المستشفيات الحكومية من خارج الشبكة مغطاة على أساس استرداد المصاريف المستحقة.
- 6 العلاج في حالات الطوارئ في مزودي الخدمات من خارج الشبكة مغطاة على أساس استرداد المصاريف المستحقة.

من المهم أن تعرف

الحد الأقصى للتغطية السنوية

الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه ضمان بموجب شروط وأحكام هذه الوثيقة. سيكون لبعض المنافع بموجب البرنامج حد أقصى للتغطية خاصة بها وحصة المشترك. لن تتجاوز جميع المنافع مع الحد الأقصى للتغطية السنوية للبرنامج.

النطاق الجغرافي للتغطية

المنطقة الجغرافية المحددة للعلاجات الاختيارية / الطارئة التي يتم فيها تغطية الخدمات الصحية بموجب الوثيقة.

الشبكة الطبية

مزود الخدمات الصحية الذي لديه اتفاقية مشاركة سارية المفعول مع ضمان، لتقديم الخدمات الصحية للأشخاص المؤهلين على أساس الدفع المباشرة. يطلب من الأشخاص المؤهلين التحقق من حالة مشاركة الطبيب أو المستشفى أو الخدمات الصحية الأخرى حيث قد تتغير حالة مشاركة مزود الخدمة من وقت لآخر. يمكن للأشخاص المؤهلين التحقق من حالة المشاركة من خلال الموقع الإلكتروني / تطبيق ضمان للهاتف المتحرك أو عن طريق الاتصال بمركز خدمة العملاء في ضمان.

خارج الشبكة الطبية

مزود الخدمات الصحية الذي لا يُعد جزءاً من شبكة البرنامج. لا يتم تغطية العلاج المقدم من مزودي الخدمات غير التابعين للشبكة ما لم يتم ذكره على وجه التحديد في جدول المنافع والمزايا.

تغطية الحالات السابقة لدى سريان الوثيقة

أي إصابة أو مرض أو حالة طبية أخرى أو اضطراب أو علة كانت موجودة في وقت تقديم الطلب بما في ذلك أي مضاعفات أو عواقب لاحقة تتعلق بها أو تنشأ عنها. يتم تغطية الحالات السابقة لدى سريان الوثيقة فقط إذا تم الإفصاح عنها في نموذج الطلب.

الاستشارة (الوصول إلى أخصائي/استشاريين العيادات الخارجية فقط عند الإحالة من قبل الطبيب العام في العيادات/ مراكز الرعاية الصحية الأولية مع تقديم المبررات عبر النظام الإلكتروني)

لن يتم تغطية أي تكاليف يتم تكبدها للحصول على المشورة أو الاستشارات أو العلاجات المقدمة من قبل المتخصصين أو الاستشاريين بموجب هذا البرنامج دون استشارة الشخص المؤهل أولاً لطبيب عام مرخص من قبل دائرة الصحة-أبوظبي. حيث يجب على الطبيب العام إحالته مع الأسباب عبر النظام الإلكتروني للنظر في المطالبة.

قائمة أدوية الوصفات الأساسية

تخضع القائمة ويتم نشرها من قبل دائرة الصحة-أبوظبي. فقط الأدوية التي تشكل جزءاً من قائمة "أدوية الوصفات الأساسية" تكون مغطاة ضمن البرنامج. أما الأدوية التي ليست جزءاً من قائمة "أدوية الوصفات الأساسية" لا يتم تغطيتها بموجب البرنامج ويجب على المشترك دفع ثمنها.

تتضمن نسبة التحمل

و تعني الحد الأقصى للمنفعة، المدفوع من قبل ضمان بعد خصم حصة المشترك. [على سبيل المثال: الأدوية للمرضى الخارجيين (الحد السنوي 1,500 درهم إماراتي للشخص الواحد شاملاً لنسبة التحمل، ويغطي 70% (30% نسبة تحمل) ضمن الشبكة الطبية)]

الحد السنوي للشخص الواحد: 1,500 درهم إماراتي (الحد الأقصى لحصة ضمان شاملة نسبة التحمل: 70% من 1,500 درهم إماراتي = 1,050 درهم إماراتي)		الأدوية والعقاقير: 70% شاملة نسبة التحمل
الرصيد المتبقي	حصة ضمان (70%)	حصة المشترك (30%)
500 درهم { 1000 درهم - (700 درهم حصة ضمان + 300 درهم حصة المشترك)}	700 درهم	300 درهم
0 درهم { 500 درهم - (350 درهم حصة ضمان + 150 درهم حصة المشترك)}	350 درهم	150 درهم
تم استنفاد حد المنفعة	0* درهم	200 درهم
	1,050 درهم	650 درهم
المجموع		
* حيث أن المنفعة المقدمة تشمل نسبة التحمل 30% ، وقد دفعت ضمان بالفعل حد المنفعة السنوي الكامل وقدره 1,050 درهماً إماراتياً، فإنه لن تدفع ضمان أي مطالبة أخرى وسيتم على المشترك دفع كامل النفقات.		

حد المبلغ المدفوع من المؤمن عليه

يعني الحد الأقصى للمبلغ المستحق الدفع من قبل الشخص المؤهل للاستفادة من الخدمة الصحية المغطاة. [على سبيل المثال: علاج المرضى داخل المستشفى (80% مغطاة ضمن مزودي الشبكة (20% نسبة التحمل) الحد الأقصى للمبلغ المستحق الدفع من قبل الشخص المؤهل يبلغ 500 درهم إماراتي في كل مرة يتلقى بها العلاج وحد إجمالي سنوي قدره 1000 درهم إماراتي)

أمثلة	حصة المشترك (لكل لقاء بحد أقصى 1,000 درهم)	حصة المشترك (الحد الإجمالي السنوي 1,000 درهم)	حصة ضمان
اللقاء الأول للعلاج داخل المستشفى: قيمة الفاتورة: 1,000 درهم إماراتي	20%: 2,000 درهم	الحد المستخدم - 500 درهم إماراتي	ضمان تدفع: 9,500 درهم إماراتي، حيث أن الحد الأقصى للمبلغ المستحق الدفع من قبل الشخص المؤهل هو 500 درهم إماراتي
	يدفع المشترك: 500 درهم إماراتي	الرصيد 500 درهم	
اللقاء الثاني للعلاج داخل المستشفى: قيمة الفاتورة: 1,000 درهم إماراتي	20%: 200 درهم	الحد المستخدم - 500+200 درهم = 700 درهم	80%: 800 درهم
	يدفع المشترك: 200 درهم (حيث أن حصة المشترك أقل من الحد الأقصى للمبلغ المستحق الدفع من قبل الشخص المؤهل)	الرصيد 300 درهم	
اللقاء الثالث للعلاج داخل المستشفى: قيمة الفاتورة: 5,000 درهم إماراتي	20%: 1,000 درهم	الحد المستخدم - 1000 (500 + 300)	ضمان تدفع: 4,700 درهم
	يدفع المشترك: 300 درهم (حيث أن الحد الإجمالي السنوي 1,000 درهم)	الرصيد هو صفر	
اللقاء الرابع للعلاج داخل المستشفى: قيمة الفاتورة: 2,000 درهم إماراتي	يدفع المشترك: لا شيء*	الرصيد هو صفر	ضمان تدفع: 2,000 درهم
* بعد أن يدفع المشترك الحد السنوي الإجمالي البالغ 1000 درهم إماراتي ، لن يضطر المشترك إلى دفع أي نسبة تحمل إضافية فيما بعد لأي علاجات داخل المستشفى.			

حالة طوارئ

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

طلب الموافقة المسبقة

الموافقة المسبقة مطلوبة لأي علاج غير طارئ داخل المستشفى (طبي و/أو جراحي و/أو متعلق بالحمل والولادة) وكذلك لخدمات العيادات الخارجية الأخرى كما هو محدد في جدول المنافع. لا تتطلب الحالات الطارئة موافقة مسبقة ولكن يجب إخطار ضمان في غضون 24 ساعة.

استرداد المصاريف المستحقة

عندما يتم الاستفادة من العلاج أو الخدمة الطبية خارج مزودي شبكة البرنامج، أو إذا كانت تغطية منفعة ما على أساس استرداد المصاريف المستحقة؛ فيتعين على الشخص المؤهل الدفع مقابل الخدمة والمطالبة بالمبلغ عن طريق السداد.

الدفع المباشر

الحصول على العلاج ضمن شبكة مزودي خدمات الرعاية الطبية من دون الحاجة إلى دفع تكاليف العلاج، حيث سيتم تسوية الفواتير مباشرة من قبل ضمان. ومع ذلك، يبقى الشخص المؤهل مسؤولاً عن دفع نسبة التحمل المحددة في جدول المنافع.