



CMSM

Caisse Mutuelle Socio-Médicale
الصندوق التفاضلي الإجتماعي الصحي

FLAME PLUS

EDITION 2025 / 1

November



الفصل الأول: المصطلحات

تعريف المصطلحات وتحديدّها

١. الصندوق التعاضدي الإجتماعي الصحي (الصندوق)
الصندوق التعاضدي الإجتماعي الصحي المسجل لدى المديرية العامة للتعاونيات - وزارة الزراعة بموجب القرار رقم ٢٠/أ، تاريخ ١٩٩٢/١٠/٣٠ والمجاز له العمل على كافة الأراضي اللبنانية، يأخذ على عاتقه مسؤولية تسديد كلفة التغطية الإستشفائية والطبية للمنتسبين والمستفيدين، المنصوص عنها في هذا البرنامج الصحي.

٢. الوكيل الإداري (الوكيل)
شركة بست أسيس تنس ش.م.ل. هي وكيل الصندوق، تعمل لحسابه لإدارة هذا البرنامج جزئياً ومساعدته على حسن تطبيق أحكامه وشروطه ومراقبتها، وهي التي تتعامل مع المنتسب و/أو المستفيد من خلال مراكز خدمة صحية ومندوبين متخصصين (أطباء ومندوبون).
يقوم الوكيل تحديداً بمهمة التأكد بصورة متواصلة من حق إستفادة المنتسب و/أو المستفيد من التغطية المطلوبة ويتخذ القرار باسم الصندوق ولحسابه في ما يتعلق بمنح أو رفض الموافقة على التغطية، على أن يبقى للصندوق القرار النهائي بقبول التغطية أو رفضها، ولأجل ذلك يتابع الوكيل الملفات الطبية والحسابية العائدة للمنتسب و/أو المستفيد ويُدقق فيها، ويُنسّق مع الأطباء المعالجين إذا دعت الحاجة.

٣. المنتسب
هو الفرد أو الشخص المعنوي الذي يتقدم بصفته الشخصية باسمه، وبالنيابة عن المستفيدين من أفراد عائلته و/أو الأشخاص الذين هم على عاتقه / التابعين له، بطلب انتساب إلى الصندوق للإشتراك في برنامجه الصحي، ويقبل الصندوق إنتسابه رسمياً.

٤. المستفيد
هو المنتسب و/أو أحد أفراد عائلته أو الشخص التابع له، الذي يرد اسمه في طلب الإشتراك في البرنامج الصحي للصندوق أو يُضاف إليه لاحقاً، والذي يكون الصندوق قد قبل انتسابه رسمياً.

٥. الأشخاص التابعون

هم الأشخاص الذين هم على عاتق المنتسب الأساسي وهم أفراد عائلته: الزوج أو الزوجة، الأولاد غير المتزوجين الذين تتراوح أعمارهم بين يوماً واحداً و (١٨) سنة، أو (٢٥) سنة إذا كان ما زال أحدهم طالباً بدوام كامل في الجامعة، والتابعين له أو على عاتقه من غير أفراد عائلته، والذين قَبِلَ الصندوق إنتسابهم رسمياً ويشتركون في برنامجه الصحي.

٦. بطاقة الإستفادة

هي بطاقة شخصية تصدر باسم كل متنسب و/أو مستفيد، وتسهل إستفادته من الخدمات الإستشفائية والصحية التي يقدمها الصندوق ضمن برنامجه الصحي وهي ملك للصندوق.

٧. البرنامج الصحي

هو نظام التقديمات والتغطيات الإستشفائية والصحية وحدودها وإستثناءاتها التي يلتزم بها الصندوق مع المنتسبين إليه والمستفيدين منه.

٨. تاريخ الإشتراك

هو في الساعة صفر من اليوم والشهر والسنة الواردة في الشروط الخاصة للبرنامج، التي جرت فيها الموافقة على طلب الإنتساب الأول إلى الصندوق والإشتراك في هذا البرنامج.

٩. تاريخ سريان التجديد

هو في الساعة صفر من اليوم والشهر والسنة الواردة في أحكام وشروط البرنامج الصحي، التي يُعتبر فيها الصندوق موافقاً على تجديد هذا الإشتراك بدون إنقطاع، تبعاً لتوقيع المنتسب على مستندات التجديد وتسديده لقيمة الإشتراك في البرنامج المستحق بتاريخه.

١٠. تاريخ سريان ميزة ضمانة تجديد التغطية

هو في الساعة صفر من اليوم والشهر والسنة الواردة في الشروط الخاصة للبرنامج، التي فيها يُعتبر الصندوق موافقاً على تجديد البرنامج مع ميزة ضمانة التجديد، وفقاً للشروط الواردة في المادة (٧) فيما يلي: في هذا الوقت، يكون تاريخ سريان ميزة ضمانة التجديد مطبقاً على كل مستفيد على حدة وليس بالضرورة على البرنامج بمجمله أو على جميع المنتسبين و/أو المستفيدين.

١١. نموذج التقرير الطبي

هو نموذج خاص متوفر عند الطلب لدى الوكيل، يملؤه الطبيب المعالج ويوقعه ثم

يُعيده إلى الوكيل قبل دخول أي منتسب و/أو مستفيد إلى المستشفى، وهو شرط أساسي والزامي للإستفادة من التغطية الإستشفائية والصحية المطبقة.

١٢. تغطية الفحوصات الخارجية والأدوية

١. يُحدد ضمن البرنامج الصحي عدد المعاملات العائدة لتغطية الفحوصات الخارجية والأدوية التي يمكن للمنتسب و/أو المستفيد الإستفادة منها خلال الفترة التعاقدية الواحدة.

٢. يتم إلكترونياً، عبر بطاقة المنتسب و/أو المستفيد الشخصية، ملء نموذج طبي يخوله الإستفادة من تغطية الفحوصات الخارجية و/أو الأدوية موضوع وصفة طبية، على أن يكون مرفقاً بتقرير طبي معبأ وموقعاً وفق الأصول من الطبيب المعالج للمنتسب و/أو المستفيد.

٣. مدة صلاحية النماذج الطبية للفحوصات الخارجية والأدوية والتقرير الطبي المرفق بها تبقى صالحة لمدة (١٥) يوماً من تاريخ توقيعها من الطبيب المعالج.

١٣. المراكز المعتمدة ضمن الشبكة

هي المراكز التي توفر الخدمات الإستشفائية والطبية: المستشفيات، المراكز الطبية والعيادات المتكاملة، الصيدليات، المختبرات ومراكز العلاج الفيزيائي وغيرها المتواجدة على كافة الأراضي اللبنانية، المعتمدة من قبل الوكيل لتقديم الخدمات الإستشفائية والطبية المتوفرة لديها أو جزء منها.

الفيزيائي أو جزء من خدماتها أو أقسامها قابلة للتعديل خلال فترة الإشتراك (إضافة أو إسقاطاً) دون الحاجة لإخطار المنتسب أو لأخذ موافقته المسبقة.

الفصل الثاني: الأحكام العامة، الحقوق والواجبات والشروط

المادة ١. الإشتراك في البرنامج الصحي

١. إن طلب الإشتراك والإستمارة الطبية Membership & Medical Questionnaire Form والبرنامج الصحي، بما فيه، على سبيل المثال لا الحصر: المصطلحات، المعلومات العامة، الأحكام العامة والواجبات والشروط، حدود التغطية والإستثناءات الخاصة، إذا وُجدت، وكافة الملحقات والتعديلات العائدة لأي من الوثائق المذكورة، تشكل مجتمعة الإتفاق الكامل بين فرقاء هذا العقد (يُشار إليها في ما يلي بالبرنامج الصحي).

٢. يتم الإشتراك في البرنامج بعد موافقة الصندوق، موقعاً ومختومةً حسب الأصول، على الطلب المقدم، ولدى إصدار بطاقة الإستفادة الشخصية.

٣. عند استلام المنتسب مستندات الإشتراك وبطاقات الإستفادة الشخصية العائدة له ولأفراد عائلته / التابعين له المذكورين في طلب الإشتراك يكون قد وافق باسمه وباسمهم ولحسابهم جميعاً على الإشتراك في البرنامج الصحي وإستثناءاته والحدود التقنية والخاصة، إذا رأى الصندوق ضرورة لتحديد لها.
٤. إن أي تعديل في البرنامج الصحي أو أية إضافة إلى مضمونه، أو إلغاءه جزئياً أو كلياً يكون باطلاً ما لم يحمل توقيع وختم الصندوق.

المادة ٢. بدل الإشتراك

١. إن قيمة بدل الإشتراك هي سنوية، يُسدها المنتسب وفقاً للأحكام والموجبات والشروط المنصوص عنها في برنامج الصندوق، وتتضمن الإشتراك الصافي والنفقات الإدارية.
٢. تُحدد الدفعة الأولى بنسبة (٢٠٪) من بدل الإشتراك الكامل، ويُقسط الرصيد المتبقي، عند الإقتضاء، على دفعات متساوية (من دفعة واحدة إلى ثمانية)، تصدر بجدول محدد يدفعها المنتسب و/أو المستفيد في مركز الصندوق أو في المصرف المعتمد أو أحد مراكز شركة OMT.
٣. إن تسديد بدل الإشتراك بكامله أو بدفعة أولى عند تقديم الطلب الأول أو عند أي طلب تجديد لاحق لا يلزم الصندوق، تلقائياً، ولا يُشكل موافقة على الطلب المقدم.
٤. إذا تأخر أو تمتع المنتسب و/أو المستفيد عن التسديد لمدة (١٥) يوماً من تاريخ استحقاق البدل أو كل قسط، لا يعود باستطاعته وباستطاعة أفراد عائلته / التابعين له استعمال البطاقة الشخصية، ولا الإفادة من التقديمات الإستشفائية والصحية والمساعدات على أنواعها. وإذا، بعدها، تأخر أو تمتع عن التسديد لفترة إضافية مدتها (٣٠) يوماً؛ يحق لإدارة الصندوق إسقاط الإنساب وفسخ عقد الإشتراك هذا، وتُعتبر كل الأقساط المتبقية مستحقة.

المادة ٣. فترة الإشتراك والتجديد

١. تبدأ فترة الإشتراك المحددة في البرنامج الصحي من تاريخ سريان الإشتراك وحتى تاريخ إنتهائه. لا يُطلب، بنهاية فترة الإشتراك، أي إشعار بالفسخ ولا تُعطى أية فترة سماح.
٢. لا يكون تجديد الإشتراك ملزماً لأي من الطرفين: الصندوق والمنتسب، إنما يمكنهما الإتفاق مجدداً على برنامج جديد بذات التقديمات والشروط أو بأحكام وشروط مختلفة، بعد أن يكون الصندوق قد درس طلب التجديد.
٣. في حال رَفَضَ الصندوق طلب تجديد إشتراك أي منتسب و/أو مستفيد فهو ليس مُلزماً بتبرير قراره لهذا الرفض، عندها يُعيد إلى هذا الأخير كامل مبلغ الدفعة الأولى من بدل الإشتراك، إذا كان قد دفعها.
٤. يدخل الإشتراك المجدد في البرنامج الصحي حيز التنفيذ لفترة تعاقدية جديدة،

إبتداءً من التاريخ المحدد في طلب تجديد الإشتراك وبعد صدور بطاقة الإستفادة الشخصية، ووفقاً للأحكام، الموجبات، الشروط، الحدود والإستثناءات المحددة في وثائق التغطية الجديدة التي تصدر.

المادة ٤. التغطية الإستشفائية والطبية

١. السن:

يُحتسب سن المنتسب و/أو المستفيد بطرح سنة الولادة من السنة التي يصبح خلالها الإشتراك ساري المفعول، ويستطيع الذين تتراوح أعمارهم بين يوماً واحداً و (٦٥) سنة ضمناً أن يتقدموا بطلب إنتساب إلى الصندوق والإشتراك في برنامجه الصحي. يمكن للصندوق رفع الحد الأقصى للسن اذا اقتضت الحاجة.

أ. على من يبلغ عمره (ها) (٦٥) سنة اوما فوق ويرغب بالإنتساب الى الصندوق التقيد بالشروط التالية:

١. أن يرتبط انتسابه بإنتساب واحد أو أكثر من أفراد العائلة الذين هم دون سن ال (٤٦).

٢. إذا إنتهى انتساب الأصغر سناً لأي سبب كان ينتهي حكماً وتبعياً انتساب الأكبر سناً الذي انتسب / الذين انتسبوا معه.

٣. يملأ، يوقع ويختم الطبيب الخاص أو طبيب العائلة تقريراً طبياً خاصاً يفيد عن حالة المنتسب (ة) الصحية، يُستحصل على نموذج من الصندوق مع طلب الإشتراك.

٤. يُلغى تلقائياً عامل حدود السن للمنتسبين الذين تم انتسابهم قبل سن ال (٦٥).

٢. درجة الإستشفاء

تختار العائلة عند الإنتساب درجة إستشفاء واحدة لجميع أفرادها دون تمييزهما كانت علاقة القربى. وتُطبق درجة الإستشفاء، المذكورة أعلاه، خلال الفترة التعاقدية، كما هي محددة في البرنامج، باستثناء ما هو وارد خلافاً لذلك في الشروط الخاصة التي يضعها الصندوق للمنتسب. اما للشخص المعنوي، فله أن يختار درجة الإنتساب العائدة لكل مستفيد تابع له أو على عاتقه، من غير أفراد عائلته (الوالدان والزوج والأولاد).

٣. حدود التغطية المالية

لتنفيذ برنامجه الصحي، يُحدد الصندوق ويلتزم بمبلغ إجمالي أعلى لكل منتسب و/أو مستفيد في السنة التعاقدية الواحدة قدره (١٥٠,٠٠٠ \$) دولار أميركي للدرجة التعااضدية MUT و (٢٠٠,٠٠٠ \$) دولار أميركي للدرجة الأولى A

٤. النطاق الجغرافي للتغطية

تشمل تغطية الصندوق نفقات الأعمال الإستشفائية والطبية التي تحصل في لبنان وفقاً للأحكام والشروط والحدود والإستثناءات المنصوص عنها في هذا البرنامج.

٥. النطاق العام للتغطية

يتعهد الصندوق مقابل تسديد بدل الإشتراك من قبل المنتسب، بتغطية كل الخدمات الإستشفائية والطبية الضرورية واللازمة والمعقولة، Usual, reasonable, customary المحددة في البرنامج الصحي، ودفع المصاريف العائدة لها، كما يتعهد الصندوق بإعادة تسديد المصاريف التي يكون المنتسب و/أو المستفيد قد سددتها مباشرة ضمن الشروط المطبقة طبقاً للبرنامج الصحي للصندوق ووفقاً لأحكامه وحدوده واستثناءاته.

المادة ٥. تسديد الفواتير الإستشفائية والطبية

أولاً: التسديد المباشر:

١. إن الموافقة على التغطية هو قرار يتخذه الوكيل، بإسم الصندوق ولحسابه، لتغطية خدمة إستشفائية أو طبية احتاج إليها المنتسب و/أو المستفيد. يُحدد هذا القرار أيضاً شروط التغطية الموافق عليها وحدودها.
٢. تطبق إجراءات الموافقة على التغطية الإستشفائية والطبية في حال تمت خدمة العناية الطبية المطلوبة في أحد المراكز المعتمدة، وبعد اتباع المنتسب و/أو المستفيد الأصول التالية المتعلقة بكل حالة من الحالات دون سواها:
 - أ. على المنتسب و/أو المستفيد، في حال الإستشفاء غير الطارئ في مركز معتمد، سواء تطلبت حالته المكوث ليلة على الأقل في المستشفى أم لا، الإستحصال من الوكيل على الموافقة المسبقة على هذه التغطية قبل المباشرة بالإستفادة من أي عمل طبي وذلك بتقديمه تقريراً طبياً يُحدد الحاجة إلى ذلك، مُعبأ وموقعاً من الطبيب المعالج وفق الأصول.
 - ب. أما في حال الإستشفاء الطارئ لدى مركز معتمد، الذي يستوجب المكوث فيه ليلة واحدة على الأقل، فعلى المنتسب و/أو المستفيد الإستحصال على الموافقة على التغطية من الوكيل الإداري، فور دخوله المستشفى، على أن لا يتأخر عن يوم العمل التالي للدخول إذا ما حصل ذلك خلال أيام عطلة.
 - ج. في الحالة التي يحتاج فيها المنتسب و/أو المستفيد إلى خدمة طبية في قسم الطوارئ في مستشفى معتمد، لا تتطلب المكوث في المستشفى، عليه أن يُودع بطاقة الإستفادة الشخصية لدى المستشفى المذكور، بانتظار قرار الوكيل الإداري.
٣. يمكن للوكيل، بعد تقييم كل حالة بمفردها أن يمنح أو يرفض الموافقة على التغطية إستناداً إلى أحكام البرنامج الصحي وشروطه وحدوده واستثناءاته. يُبلغ هذا القرار إلى المنتسب و/أو المستفيد عبر مركز الخدمة أو بواسطة مندوب الوكيل، على أن يكون القرار النهائي في منح التغطية أو رفضها لإدارة الصندوق.

ثانياً: إعادة التسديد

يمكن، كإجراء إستثنائي، أن تُعاد إلى المنتسب و/أو المستفيد، كلياً أو جزئياً، المبالغ التي يُسدها هو شخصياً بدل أتعاب ونفقات ومصاريف أعمال إستشفائية وطبية يحصل عليها، شرط أن يشملها البرنامج الصحي وأن يتقيد بإجراءات إعادة المبالغ المسددة الخاصة المفصلة كما يلي:

١. على المنتسب و/أو المستفيد أن يملأ إستمارة خاصة بإعادة المبالغ المسددة مرفقةً بجميع الوثائق المساندة المطلوبة: (مثلاً: صورة عن البطاقة، صورة عن الهوية، التقرير الطبي المفصل، الفاتورة الأصلية المفصلة، الإيصال الأصلي بالدفع، إفادة السماح بالخروج، التقارير والوثائق الطبية وتقارير ووثائق الفحوصات، صورة عن جواز السفر وسمات الخروج والدخول...)

٢. يمكن تطبيق إجراءات إعادة المبالغ المسددة في الحالات التالية فقط:

أ. عند سلوك المنتسب و/أو المستفيد طريق المراجعة الموجه ضد قرار رفض الموافقة على التغطية لدى مركز معتمد في لبنان، وفي كل حالات العناية الطارئة في مركز غير معتمد، في لبنان أو خارجه، ضمن شروط محددة، وعلى أن يُعلم الصندوق أو الوكيل بذلك خلال (٤٨) ساعة من تاريخ الدخول.

ب. في كل الحالات، عندما يحصل المنتسب و/أو المستفيد على موافقة التغطية المسبقة من الوكيل بشأن خدمة إستشفائية أو طبية معينة في مركز غير معتمد في لبنان أو خارجه إذا لم يكن العلاج اللازم للحالة المرضية المعنية متوفراً لدى المراكز المعتمدة.

ج. في كل الحالات غير الطارئة، عندما يحصل المنتسب و/أو المستفيد على موافقة مسبقة على التغطية من الوكيل أو من الصندوق بشأن خدمة إستشفائية أو طبية معينة في مركز غير معتمد.

د. في الحالة التي يُجري فيها المنتسب فحوصات ما قبل الزواج بعد تقديم كافة المستندات المطلوبة.

هـ. في حال تمت المعالجة على حساب وزارة الصحة العامة أو الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي، بعد موافقة الصندوق، ويكون قد سدد المنتسب و/أو المستفيد مباشرة المبالغ المتوجبة.

٣. في الحالات المشار إليها في البند ٢- الفقرة (أ و ب)، تتم إعادة تسديد بدل الأتعاب والمصاريف الإستشفائية والطبية التي سدها المنتسب و/أو المستفيد على أساس التعرفة التفضيلية المطبقة على الصندوق، حين التسديد، من قبل مركز مواز مشارك في الشبكة المحددة في لبنان. أما في الحالة المشار إليها في الفقرة ٢- (د) فتتم إعادة تسديد بدل المصاريف الإستشفائية المسددة فقط، على أساس خمسة وسبعين بالمئة (٧٥٪) من التعرفة التفضيلية المذكورة أعلاه، إلا إذا قرر الصندوق خلاف ذلك.

٤. أما في الحالة المشار إليها في الفقرة ٢- (ج)، فلا تتم إعادة تسديد بدل أتعاب المصاريف الإستشفائية والطبية المسددة في لبنان أو في الخارج على أساس الفاتورة المقدمة، بل على أساس معدل الإستشفاء العادي و/أو الإستشفاء في أقسام العناية الفائقة الموافق عليه من الوكيل. إن احتساب المصاريف اليومية هذه يتم على الشكل التالي: يُحتسب المعدل اليومي المعتمد من الوكيل لدى مركز مواز للمراكز المشاركة في الشبكة المعتمدة في لبنان، بالنسبة للإستشفاء العادي و/أو قسم العناية الفائقة وبالنسبة للدرجة الإستشفائية التي يستفيد منها المنتسب و/أو المستفيد، بحسب التعرفة التفضيلية والإحصاءات المتوفرة لدى الوكيل عن السنة موضوع المراجعة، العائد لكافة أنواع الأعمال الجراحية (إذا كانت الفاتورة موضوع المطالبة هي عمل جراحي) أو لكافة أنواع الأعمال الطبية (إذا كانت الفاتورة موضوع المطالبة هي عمل طبي). يُطبق هذا المعدل على عدد أيام الإستشفاء الموافق عليها ضمن التغطية. في جميع الحالات المشار إليها في المادة ٥- البند ثانياً: «إعادة التسديد»، الفقرة ٢- أعلاه، لا يمكن أن يتعدى المبلغ الموافق عليه بموجب إجراءات إعادة التسديد قيمة الفاتورة المطالب بها.

٥. أما في جميع الحالات المشار إليها في المادة ٥- ثانياً: «إعادة التسديد»، البند ٢- الفقرة (ب، ج، د، هـ، و) أعلاه، فتتم إعادة المبالغ المسددة بعد أن يكون المنتسب و/أو المستفيد قد تقدم بطلب إلى إدارة الصندوق يُطالبها بذلك، في خلال: « (١٥) يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى إذا تمت الأعمال الإستشفائية والطبية في لبنان

» أو (٣٠) يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى إذا تمت خارج لبنان.

٦. إن إعادة المبالغ المسددة عن جميع النفقات الإستشفائية والطبية المدفوعة بالعملة الأجنبية، تتم بالدولار الأميركي الذي يُبدل بسعر الصرف المطبق بتاريخ الخروج من مركز العناية الصحية المثبت على الفاتورة المرفقة، أو ما يعادلها باليرة اللبنانية.

٧. لا تُطبق إجراءات إعادة التسديد على العلاجات الفيزيائية على أنواعها التي تحصل خارج شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة من قبل الصندوق.

المادة ٦. رفع السرية الطبية

١. يتمتع الصندوق بحقه في معاينة المنتسب و/أو المستفيد وإمكانية الإستقصاء حول ماضيه الصحي وواقعه الحالي وتطوره، والتأكد من كل أوضاعه الصحية والطبية دون إستثناء بما فيه الإطلاع على ملفه الطبي، متى شاء وبقدر ما يكون ذلك ضرورياً، ضمن المعقول، وذلك قبل أو خلال أو بعد تقديم أية خدمة إستشفائية أو طبية. لهذا الغرض وافق المنتسب و/أو المستفيد بالتنازل للوكيل ومندوبيه عن حقه بالسرية الطبية لصالح الصندوق. بموجب هذا التنازل يُعطي المنتسب و/أو المستفيد الصندوق/ الوكيل مطلق الصلاحية للإطلاع على كافة المعلومات الطبية

والإدارية المتوفرة عنه لدى أي مركز طبي (مستشفى، طبيب، مختبر...) و/أو صندوق تعاوضي آخر و/أو شركة ضمان أو أية هيئة ضامنة أخرى، واستلام نسخة عنها واستعمالها عندما تدعو الحاجة. كما ويسمح المنتسب و/أو المستفيد للصندوق و/أو الوكيل بإعلام طبيبه المعالج، قدر الإمكان، عن المعلومات المتوفرة لديهما حول حالته الصحية.

٢. للوكيل، إذا شاء، أن يطلب من المنتسب و/أو المستفيد عند دخوله المستشفى توقيع تنازل عن السرية الطبية طبقاً لما ورد في الفقرة ١- أعلاه.

٣. يُعتبر التوقيع على هذا المستند كشرط أساسي للإستفادة من التغطية الإستشفائية المطلوبة والمحددة في البرنامج الصحي.

المادة ٧. أحكام وشروط الإستفادة من ميزة ضمانة التجديد GR

يحتفظ الصندوق بحقه في منح ميزة ضمانة التجديد GR كالتالي:

أ. بدءاً من اليوم الأول للإنتساب لمن تتراوح أعمارهم بين ١ - ٤٥ سنة ضمناً ولم يعانون من أي مرض مزمن قبل تاريخ الإنتساب.

ب. لمن تتراوح أعمارهم بين ٤٦ و ٦٥ سنة ضمناً ولم يعانون من أي مرض مزمن قبل تاريخ الإنتساب وشمليهم تغطية البرنامج الصحي لمدة سنة كاملة بدءاً من تاريخ الإشتراك ودون أي إنقطاع وفق الأحكام والشروط التالية .

١. لا تكون الإستفادة من ميزة ضمانة التجديد نتيجة حتمية لتجديد الإشتراك في

البرنامج الصحي للصندوق، ولا هي حق مكتسب للمنتسب و/أو المستفيد بعد فترة الإشتراك الأساسية، إنما تُقرر فقط من قبل الصندوق، بصورة واضحة وعن كل منتسب و/أو مستفيد بشكل منفصل. يظهر هذا القرار بشكل واضح وفقاً لما يلي:

أ. تُحدد، بإشارة مناسبة، لكل منتسب و/أو مستفيد يستفيد من ميزة ضمانة تجديد، التغطية والشروط الخاصة للبرنامج الصحي التي تشمل هذه الميزة.

ب. يضع الصندوق إشارة "GR" خاصة بضمانة التجديد على بطاقة المنتسب و/أو المستفيد تؤكد إستفادته من ميزة ضمانة التجديد وفقاً لنطاق البرنامج الصحي، موجباته وشروطه.

٢. على المنتسب و/أو المستفيد أن يتقدم سنوياً بطلب لتجديد إشتراكه قبل إنقضاء مدته، وإلا للصندوق الحق باعتبار أي تأخير في تقديم الطلب كأساس للرجوع عن الحق بالإستفادة من ميزة ضمانة التجديد.

٣. يبقى طلب التجديد والبرنامج خاضعين للأحكام القانونية وشروط الإشتراك المرعية الإجراء، على أن لا يأخذ الصندوق بعين الإعتبار حالة المنتسب و/أو المستفيد الصحية المستجدة عند اتخاذه لقرار تجديد الإشتراك أو تعديل البرنامج الصحي،

وذلك طوال فترة اشتراك المنتسب و/أو المستفيد التعاقدية واستفادته من ميزة ضمانة التجديد.

٤. يحتفظ الصندوق بحقه في إعادة النظر في أحكام البرنامج الصحي وشروطه في حال طلب المنتسب و/أو المستفيد، عند تاريخ تجديد إشتراكه، إجراء تعديل في نطاق التغطية (مثلاً تغطية و/أو خطة إضافية)، أو في حال قرر تجديد الإشتراك في البرنامج الصحي لبعض المستفيدين وشطب البعض الآخر دون أي تبرير يتفق مع أحكام البرنامج الصحي، موجباته وشروطه، كما يحتفظ الصندوق أيضاً بحقه رد طلب التعديل إستسائياً ودون الحاجة لتقديم أي تبرير.

٥. للصندوق الحق في عدم تجديد طلب ضمانة التجديد من دون أي إشعار خطي و/أو من دون منح فترة سماح وذلك عندما لا يتم تسديد قسط الإشتراك المستحق وفقاً لأحكام البرنامج الصحي، موجباته وشروطه.

٦. إن أي تصريح كاذب أو أي إخفاء للمعلومات من قبل المنتسب أو من قبل المستفيد في الطلب الأساسي الذي يسبق تاريخ الإنتساب أو في أي طلب تجديد لاحق، يؤدي إلى إلغاء ضمانة التجديد وإبطالها من الأصل دون الحاجة إلى إشعار خطي، وعليه يحتفظ الصندوق بحقه في عدم تجديدها.

٧. إن أية تقديمات صحية يمنحها الصندوق على سبيل التسامح مع علمه بالتصريح الكاذب أو بإخفاء المعلومات لا يسقط حقه في رفض طلب التجديد لاحقاً أو في تعديل أحكام البرنامج وشروطه.

٨. يحتفظ الصندوق بحقه إضافة أي تعديل على مجمل البرنامج أو على أي جزء منه عند تاريخ التجديد (مثلاً: الشروط العامة، أفساط الإشتراك، التغطيات والإستثناءات...) شرط أن تُطبق هذه التعديلات بشكل متساوٍ على كل المنتسبين والمستفيدين الخاضعين إلى فئة الأخطار عينها.

المادة ٨. فسخ الإشتراك في البرنامج من قبل المنتسب

١. يُفسخ عقد إشتراك المنتسب و/أو المستفيد في البرنامج الصحي بعد إستلام الصندوق إشعاراً خطياً موقعاً من قبله أو من قبل مندوبه، وعلى مسؤوليته، مرفقاً ببطاقة أو بطاقات الإستفادة.

٢. يمكن للمنتسب و/أو المستفيد إستعادة القسط الذي يكون قد سدده، مُحْتَسَباً (Pro-rata) على أساس قيمة بدل الإشتراك المحددة للفترة التعاقدية (سنة) المتفق عليها محسوماً منه بدل المصاريف الإدارية.

٣. الإستفادة من التغطية:

أ. في حال استفاد المنتسب و/أو المستفيد من التغطية الإستشفائية أو الخارجية أو

وصفة الأدوية الطبية فلا يحق له المطالبة بإستعادة أي مبلغ من بدل الإشتراك الذي يصبح حقاً مكتسباً للصندوق.

ب. يتوجب على المنتسب و/أو المستفيد في الحال المذكورة في (أ) أعلاه أن يُسدد للصندوق كل الأقساط المستحقة من بدل الإشتراك وإذا تخلف يحق للصندوق إتخاذ التدابير المناسبة.

المادة ٩. فسخ الإشتراك من قبل الصندوق

في حال:

١. عدم تسديد المنتسب لقسط الإشتراك المستحق، كما ورد في المادة (٢) البند ٤- أعلاه،
٢. في حال التصريح الكاذب، المادة (١٠) أدناه،
٣. في حال الإساءة والتسبب بضرر ما يطل سمعة الصندوق.

المادة ١٠. التصريح الكاذب والتكتم

كل تصريح كاذب أو تكتم أو إخفاء معلومات أو تشويه حقائق من قبل المنتسب و/أو المستفيد يُعرض صاحبه إلى فسخ إشتراكه وإبطاله من أساسه إبطالاً كاملاً وإلى إلغائه نهائياً دون الحاجة إلى إشعار خطي، ويحق للصندوق، لأي سبب قانوني، الإمتناع عن تغطية المنتسب و/أو المستفيد للحالة الصحية موضوع التصريح الكاذب، إلى أن يتم تعديل البرنامج الذي بموجبه تُستثنى الحالة الصحية المذكورة.

المادة ١١. إضافة مستفيدين جُدد (زوج / زوجة ومولود جديد)

١. يحق للمنتسب أن يطلب إضافة زوجته أو مولوده الجديد إلى البرنامج الصحي خلال فترة الإشتراك وفقاً للإجراءات التي يُحددها الصندوق، شرط أن يُقدّم طلب إضافة الزوج/الزوجة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ الزواج مرفقاً بقيمة الإشتراك.
٢. يُضاف، وفقاً لرأي الصندوق الإستنسائي، المولود الجديد القابل طبياً للإشتراك في البرنامج منذ اليوم الأول والفترة التعاقدية المتبقية من إشتراك والدته، ويستفيد من الشروط والأحكام ذاتها، بما فيها التقديرات الإستشفائية والطبية، التي تستفيد منها والدته.

المادة ١٢. شطب المستفيد

١. يشطب من البرنامج الصحي، وفقاً للأصول التي يُحددها الصندوق، المنتسب المتوفي أو المتزوج حديثاً أو أي منتسب و/أو مستفيد لم يُعُدّ يستوفي شروط الأشخاص التابعين، وعلى هذا الأخير أو مندوبه أن يُسلم إلى الصندوق إشعاراً خطياً بذلك.
٢. في حال وفاة المنتسب و/أو المستفيد يحتفظ الصندوق بحقه في أن يساهم مع ورثة

المتوفي بمبلغ حده الأقصى (\$٥٠٠) دولار أمريكي كمصاريف براد ودفن، على أن يتقدم هؤلاء الورثة، خطياً، خلال شهرين من تاريخ الوفاة، بتصريح عن الوفاة مرفقاً بكافة المستندات الثبوتية (إخراج قيد عائلي (مشطوب)، وثيقة وفاة، إفادة حصر إرث في حال الضرورة وغيرها...)

يستثنى من هذه الفقرة ما ورد في الفقرة (٤) أدناه – التغطية على الحياة.

٣. إذا لم تحصل اية إستفادة إستشفائية أو طبية، يحق للورثة استعادة الإشتراك مُحْتَسَباً على أساس بدل الإشتراك للفترة التعاقدية المتبقية من صلاحية البرنامج (Pro- rata) محسوماً منه بدل المصاريف الإدارية، أما إذا حصلت الإستفادة فيتوجب عليهم تسديد الدفعات المستحقة المتبقية.

٤. التغطية على الحياة

في حال وفاة منتسب مقدّم الطلب (Principal) يتراوح عمره بين ١٨ و ٦٩ سنة ضمناً، تُسَدّد شركة بنكرز لايف للورثة الشرعيين، بناءً على توصية الصندوق، شرط أن يكون المنتسب قد سدّد كامل بدل إشتراكه، مبلغاً مقطوعاً قدره (\$٢٠,٠٠٠) عشرون ألف دولار أمريكي كتغطية على الحياة (Life coverage).

يُسَلَّم الصندوق عند انتساب أو تجديد كلّ منتسب مقدّم الطلب (Principal) «إفادة سنوية بالتغطية على الحياة» تتضمن الأحكام، الشروط، الإستثناءات والمستندات المطلوبة المتعلقة.

المادة ١٣. واجبات إعادة التسديد من قبل المنتسب

يتوجب على المنتسب و/أو المستفيد أن يُعيد إلى الصندوق مجموع قيمة الإستشفاء أو الطّابة التي يكون قد سددها عنه هذا الأخير في الحالات التالية:

١. إذا سدد الصندوق أي مبلغ غير متوجب (مثلاً: المبلغ المقتطع).
٢. إذا سدد الصندوق مبلغاً يفوق حدود التغطية المنصوص عنها في البرنامج الصحي.
٣. الإستعمال المفرط أو سوء استعمال التغطيات المنصوص عنها في البرنامج الصحي.
٤. الإستعمال المفرط أو سوء استعمال بطاقة الإستفادة الشخصية و/أو إفادة اصدها الصندوق أو أي مستند آخر إستلمه المنتسب و/أو المستفيد مع البرنامج الصحي.

المادة ١٤. فقدان بطاقة الإستفادة

إذا فُقدت بطاقة الإستفادة الشخصية، على المنتسب و/أو المستفيد إعلام الصندوق خطياً وفي الحال، وإلا يتحمل هو جميع المبالغ التي تُنفق نتيجة الإستعمال المزور للبطاقة التي لم يُعلن عن فقدانها، ويلتزم بتسديدها كاملة.

المادة ١٥. تجاوز الحقوق لا يُشكل حقاً مكتسباً

مع مراعاة حقوق الصندوق الناتجة عن تطبيق القانون العام أو أي من أحكام هذا البرنامج خاصة أحكام المادة (١) الفقرة ٢- والمادة (١٣) أعلاه، إن أية تغطية

إستشفائية أو صحية يمنحها الصندوق إلى المنتسب و/أو المستفيد في حالات خاصة، متجاوزاً أو مخالفاً ما نص عليه هذا البرنامج بالتحديد، من الشروط أو التغطية المالية القصوى أو الحدود التقنية والإستثناءات والأصول الإدارية المطبقة عليها، لا يمكن ان تُفسر على أنها تنازل ضمني من قبل الصندوق عن حقوقه، ولا يمكن ان تُشكل حقوقاً مكتسبة أو محفوظة للمنتسب و/أو للمستفيد.

المادة ١٦. الحلول محل Subrogation

يحل الصندوق محل المنتسب و/أو المستفيد في جميع الحقوق والمستحقات والملاحقات، التي لهذا الأخير ضد أي طرف ثالث متسبب بضرر أو مسؤول عن أي موجب أو تعويض مصاريف تحصل لأي سبب كان؛ لذلك يتعهد المنتسب و/أو المستفيد بأن يقدم إلى الصندوق الدعم والإهتمام المطلوبين كما لو كان هو بذاته مُستدعياً، وبتزويده بجميع الوثائق والمستندات والتحقيقات والتقارير المتعلقة بالحدث، وبوكالة ملاحقة ومقاضاة، ويلتزم بعدم توقيع أية براءة ذمة إلا بعد مراجعة الصندوق وأخذ موافقته الخطية المسبقة تحت طائلة مسؤولية إلتزامه بإعادة تسديد كافة المبالغ التي سددها عنه الصندوق والتي كان بالإمكان إستيفاءها من أي فريق ثالث.

المادة ١٧. الإشعارات:

تُرسل جميع الإشعارات والتبليغات بواسطة البريد المضمون، أو برقياً أو بواسطة البريد السريع أو البريد الإلكتروني أو الرسائل القصيرة، وهي تُعتبر صحيحة وقانونية إذا أرسلت على العناوين المذكورة في المقدمة أعلاه وفي طلب الإشتراك. إن أي تغيير في العنوان يبقى غير نافذ إلا إذا أبلغ خطياً إلى الطرف الآخر.

المادة ١٨. المراجعات القانونية – الصلاحية

تَبَّت المحاكم المختصة في بيروت بأي نزاع ينشأ بين طرفي هذا البرنامج (الصندوق والمنتسب و/أو المستفيد) يتعلق بتنفيذه أو بتفسيره أو بإلغائه، وذلك وفقاً للقوانين اللبنانية النافذة.

المادة ١٩. الرأي الطبي الثاني :

١. إن الرأي الطبي الثاني و/أو الإستشارة حول المرض والملف الطبي في حالات مرضية معينة تشملها التغطية الإستشفائية، هو لمساندة الوكيل في تشخيص المرض و/أو إعطاء الإرشادات العلاجية تسهياً لإتخاذ القرار المناسب بقبول التغطية أو رفضها
٢. تقدم التغطية المذكورة أعلاه مجاناً للمنتسب من قبل أخصائيين في مجال الطب ذوي خبرة عالية، ومسجلين في نقابتي أطباء بيروت والشمال.

الفصل الثالث: التغطية الإستشفائية

أولاً: درجة الإستشفاء

يُغطى المنتسب و/أو المستفيد في درجة الإستشفاء المحددة في شروط هذا البرنامج والمثبتة على بطاقة الإستفادة الشخصية، مع مراعاة ما هو وارد في البند (ثانياً) من نطاق التغطية الإستشفائية أدناه.

ثانياً: نطاق التغطية الإستشفائية

يغطي الصندوق حصراً حالات العناية الصحية الإستشفائية التالية:

١. علاج الحالات الصحية (طبي أو جراحي أو بالمنظار) شرط أن:
أ. لا يكون بالإمكان علاجها على أساس عناية صحية خارجية كما هو محدد فيما يلي، وأن يتطلب هذا العلاج إقامة غير منقطعة في المستشفى، وذلك ضمن فترة الإشتراك في هذا البرنامج.
ب. يكون العلاج ضرورياً، لازماً ومعقولاً (Usual, Customary & Reasonable (UCR ومعترفاً به من قبل وزارة الصحة العامة ومن إدارة الغذاء والأدوية FDA.
٢. كافة إجراءات التنظير Endoscopy والإجراءات الجراحية العادية، وكافة العلاجات التي تعود لحالات طبية مغطاة، التي لا تتطلب إقامة ليلية واحدة في المستشفى على الأقل، المقدمة في قسم «غرفة العلاج ليوم واحد» أي كانت درجة إستشفاء المنتسب و/أو المستفيد، (على سبيل المثال لا الحصر): تنظير المعدة Gastroscopy، تنظير الإمعاء Colonoscopy، المعالجة الكيميائية Chemotherapy، المعالجة بالأشعة Radiotherapy، واستئصال غدة ليفاوية Excision of Lymph node.
٣. كل العمليات الجراحية بالمنظار المتوجبة طبياً، الضرورية اللازمة والمعقولة (UCR) و/أو المعترف بها من الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي.
٤. العلاجات في غرفة الطوارئ حصراً:
أ. العلاج الطبي أو الجراحي الذي لا يمكن ان يُؤجل، والنتائج عن حادث أو حالة مَرَضِيَّة مُفاجئة، يُسبب قلقاً مهنيّاً مشروعاَ لإمكانية وجود مشكلة طبية جدية.
ب. الحالات الموجودة سابقاً لحدود (٢٥٠\$) دولار أميركي فقط، أما حالات الطوارئ الأخرى المتوجبة طبياً فهي مغطاة ١٠٠٪.
٥. الفحوصات التي تسبق الجراحة، والمقتصرة تحديداً على الفحوصات الطبية الأساسية بما فيها فحص الـ PCR التي تجري في المستشفى قبل إجراء العمل الجراحي والتي تُشكل شرطاً مسبقاً لحسن أداء البنج.
٦. العلاج الفيزيائي المتعلق بعمل إستشفائي إذا أُجري خلال فترة الإقامة داخل

- المستشفى. أما أي علاج فيزيائي خارج المستشفى فهو مغطى شرط أن يكون المنتسب و/أو المستفيد مشتركاً في برنامج الفحوصات والعلاجات الخارجية Ambulatory.
٧. العناية المنزلية المتوجبة طبيياً بعد موافقة الطبيب المعالج Home Care Services.
٨. كل منتسب و/أو مستفيد لم يجدد إشتراكه في البرنامج وهو يستفيد من تغطية إستشفائية في المستشفى، بدأت خلال فترة إشتراكه، تبقى تغطيته مستمرة فقط لمدة (١٠) عشرة أيام من الإستشفاء دون إنقطاع، التي تلي مباشرة تاريخ إنتهاء الإشتراك في البرنامج.
٩. يُغطي إستشفاء المنتسب ربّ العمل، جراء حادث عمل، بنسبة ١٠٠٪ عن كل حادث. أما الأجراء فلحدود (\$٥,٠٠٠) دولار أميركي عن كل حادث.
١٠. تغطي الحالات الجينية لحدود ال (\$٢٠,٠٠٠) دولار أميركي في السنة.
١١. تغطي كلفة إستشفاء المضاعفات الناتجة عن الإصابة بفيروس كورونا Covid19 لحدود (\$١٠,٠٠٠) دولار أميركي.
١٢. يغطي الصندوق كلفة إجراءات الفحوصات اللازمة لتحضير الدم قبل نقله الى المريض

ثالثاً: الولادة

١. يُغطي الصندوق حالات الولادة الطبيعية أو القيصرية المتوجبة طبيياً، الإجهاض المتوجب طبيياً، الحمل خارج الرحم، التخدير النصفي للولادة Epidural في حال الولادة الطبيعية، والإشتراكات المتعلقة بالحمل ونتائجها.
٢. لا يُطبق، ما ورد في (١) أعلاه، على المنتسبين الجدد إلا في حال انتسب الزوجان معاً إلى الصندوق وإشتراكاً في برنامجه الصحي على ان لا يتعدى الحمل شهره الرابع (٤) او ما يعادل (١٧) أسبوعاً عند تاريخ الإشتراك في الدرجة التعاضدية MUT فقط. أما في حال إنتساب الزوجة وحدها فقط فتطبق عليها فترة إنتظار مدتها (١٢) شهراً، كما تطبق فترة الإنتظار هذه على المنتسبين الجدد في الدرجة الأولى.
٣. عندما تكون الولادة الطبيعية أو القيصرية مغطاة بموجب هذا البرنامج، يأخذ الصندوق على عاتقه أكلاف المنامة في سرير المولود Nursery ، لمدة عشرة (١٠) أيام فقط، مصاريف الفحوصات للمولود الجديد لحدود (\$١٠٠) دولار أميركي فقط وكلفة استشارة واحدة للطبيب المعالج.
٤. يُغطي الصندوق تكاليف إقامة المولود الجديد في غرفة العناية الفائقة ICN، إذا توجّبت طبيياً، لحدود (\$٥,٠٠٠) دولار أميركي فقط، شرط أن تكون العائلة قد أتمّت إنتساب مولودها الجديد إلى الصندوق.
٥. يغطي الصندوق نفقات ومصاريف عملية الختان للمولود الجديد الذكر إذا أجريت خلال فترة إقامة الوالدة في المستشفى أو بعد انتسابه الى الصندوق.

رابعاً: علاجات القلب والشرابين

يُغطى الصندوق، بعد ثلاثة (٣) أشهر من تاريخ الإنتساب، علاجات القلب والشرابين بما فيها عمليات القلب المفتوح وتمييل الشرايين للحالات المتوجبة طبياً. تخضع تغطية كلفة الصمامات وكلفة الروسور Stents وأجهزة تنظيم ضربات القلب كما ورد في البند «سابعاً»، الفقرة (١) أدناه.

أما إذا كانت هذه الحالات تقع ضمن إطار الحالة غير المصرح عنها، فعندها تُطبق المادة (١٠) «التصريح الكاذب والتكتم»، إلا إذا ورد نص خاص في شروط البرنامج يُخالف ذلك.

خامساً: الحالات السابقة

الحالة الموجودة سابقاً هي حالة صحية أو عاهة طبية موجودة قبل تاريخ الإشتراك، بعلم المنتسب و/أو المستفيد أو بغير علمه.

١. لا يغطي الصندوق الحالات أو العاهات الموجودة سابقاً، إلا إذا ورد نص في الشروط الخاصة بالمنتسب و/أو المستفيد يُخالف ذلك.
٢. لا يكون لإلغاء إستثناء الحالات الموجودة سابقاً، بدءاً من السنة الثانية، أي تأثير على الإستثناءات الأخرى المنصوص عليها في البرنامج والتي تبقى سارية المفعول.

سادساً: الحالات الخلقية

الحالات الخلقية هي تشوهات أو عيوب هيكلية أو وظيفية تحدث للجنين يتم تشخيصها خلال فترة الحمل، عند الولادة أو بعدها، وقد تظهر لاحقاً في الحياة (منظمة الصحة العالمية)

١. يُغطي الصندوق الحالات الخلقية لدى كل طفل تمت تغطية ولادته ضمن البرنامج الصحي هذا وذلك بدءاً من اليوم الأول حتى سن الثانية عشر (١٢) ضمناً كما يلي:
*نسبة (١٠٠٪) للحالات الستة والعشرين (٢٦) التالية:

١٤. انسداد مجرى المرارة Biliary Atresia	١. حالات القلب الخلقية Defects Congenital Heart
١٥. كيس قصب الرئتين Bronchogenic Cyst	٢. عقدة اللسان Tongue Tie
١٦. تورم غددي Cystic Adenomatoid malformation	٣. الفتق Hernia
١٧. تضخم القولون Congenital Megacolon	٤. الكيس الورقي اللساني Thyroglossal Cyst
١٨. انسداد المخرج Imperforate Anus	٥. ضيق البواب Pyloric Stenosis
١٩. انسداد المريء (البلعوم) Esophageal Atresia	٦. الإرتداد البولي Urinary Reflux
٢٠. انسداد الإثني عشري Duodenal Atresia	٧. الإرتداد المعدي Gastroesophageal Reflux
٢١. انسداد الأمعاء Intestinal Atresia	٨. الماء الزرقاء Cataract
٢٢. غشاء مجرى البول Posterior urethral valve	٩. الفتق السري Omphalocele and Laparoschisis
٢٣. المبولة خارج البطن Exstrophy of Bladder	١٠. مبال فوقاني Epispadias
٢٤. سوء تكوين البطن Exstrophy of abdomen	١١. مبال تحتاني Hypospadias
٢٥. تضخم مجرى البول Megaureter	١٢. تضخم الكلية بالماء u-p Hydronephrosis
٢٦. فتق الحجاب الحاجز Diaphragmatic Hernia	١٣. الخصية المنتبذة Ectopic Testis

* أمّا جميع الحالات الخلقية الأخرى غير الواردة أعلاه فتُغطّى لحدود (\$٥,٠٠٠) دولار أميركي في السنة كحد أقصى عن كل حالة .

٢. يُغطّي الصندوق لحدود خمسة آلاف (\$٥,٠٠٠) دولار أميركي، كحد أقصى، عن كل حالة خلقية لدى أطفال العائلات المنتسبة الذين لا تشملهم الفقرة (أ) أعلاه، وذلك بدءاً من السنة الثانية، أو في حال حصول العائلة على إستمرارية تعاقد الإشتراك.

٣. للراشدين:

أ. تُغطّي عمليات الكيس الورقي اللساني Thyroglossal Cyst، الفتق Hernia، الخصية المهاجرة Ectopic Testis والختان Circumcision بدءاً من السنة الثانية، أو في حال حصول المنتسب على إستمرارية تعاقد الإشتراك.
ب. وتغطي الحالات الخلقية الأخرى لحدود خمسة آلاف (\$٥,٠٠٠) دولار أميركي كحد أقصى وذلك بدءاً من السنة الخامسة للإنتساب.

سابعاً: البدائل الإصطناعية

يُغطي الصندوق كلفة البدائل الإصطناعية Prosthesis التي تستعمل للحلول مكان عضو ما أو أية وظيفة في جسم الإنسان، على أن لا تتعدى هذه التغطية بمجمّلها نسبة (١٠٪) عن كل حالة طبية، وذلك كالتالي:

١. جراء حالة مرضية Illness

* لحدود (\$٨,٠٠٠) دولار أميركي في الدرجة التعاضدية MUT

* لحدود (\$١٠,٠٠٠) دولار أميركي في الدرجة الأولى A

٢. جراء حادث Post-Traumatic

* (\$١٥,٠٠٠) دولار أميركي عن كل حادث Per Accident في الدرجتين A & MUT. كما

تغطي كلفة Human bone graft

* لحدود (\$٤,٠٠٠) دولار أميركي على أن يُحتسب المبلغ من ضمن الحدود المالية المحددة أعلاه لتغطية البدائل الإصطناعية.

ثامناً: معالجة عدم الخصب والعقم

يُغطي الصندوق، معالجة عدم الخصب والعقم بما فيها تنظير الرحم Hysteroscopy، الجراحة بالمنظار Coeloscopy والقيلة الدوالية Varicocele والفحوصات الخارجية العائدة لها ضمناً في الدرجة الأولى (A) لحدود (\$٢,٠٠٠) دولار أميركي فقط، وفي الدرجة التعاضدية (MUT) لحدود (\$١,٥٠٠) دولار أميركي، وذلك بدءاً من السنة الثانية للإنتساب.

تاسعاً: غسل الكلى

يغطي الصندوق عمليات غسل الكلى كما يلي:

١. جلسات غسل الكلى Hemodialysis للفشل الكلوي الحاد Acute Renal Failure في الدخول الأول إلى المستشفى.
٢. جلسات غسل الكلى Hemodialysis للفشل الكلوي المزمن Chronic Renal Failure بنسبة ثلاث جلسات تحضيرية داخل المستشفى فقط.
٣. عملية الشريان الوريدي - القسطرة البيريتونية Arterio Venostomy - Peritoneal Catheter/ وكل المضاعفات الناتجة عنها لحدود (\$١,٥٠٠) دولار أمريكي فقط.

عاشراً: علاجات الأسنان واللثة الطبية

علاجات الأسنان واللثة الطبية أو الجراحية إذا كانت ضرورية إثر حادث يُغطيه هذا البرنامج ويحصل خلال فترة الإشتراك، على أن يجري العلاج خلال سريان مفعول الإشتراك في البرنامج وضمن مهلة ستة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث، شرط الحصول على موافقة خطية مسبقة من الصندوق. كما يغطي حالات أورام اللثة المتوجبة طبياً والتي تستوجب الدخول إلى المستشفى.

حادي عشر: العمليات الجراحية المتعلقة بالأنف

يغطي الصندوق، في السنة الأولى، أية عملية جراحية متعلقة بالأنف، إذا كانت من جراء حادث مُغطى يحصل خلال فترة هذا البرنامج. تخضع هذه العملية لموافقة خطية مسبقة من قبل الصندوق.

ثاني عشر: الجراحة التجميلية والبلاستيكية

يُغطي الصندوق الجراحة التجميلية والبلاستيكية، فقط إذا كانت ضرورية إثر حادث مُغطى، يحصل خلال فترة هذا الإشتراك، على أن يجري العلاج ضمن مهلة ستة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث.

ثالث عشر: جراحة ترميم الثدي Breast Reconstruction

كما يغطي عملية ترميم الثدي Breast Reconstruction بعد استئصاله إثر ورم خبيث لحدود (\$٢,٠٠٠) دولار أمريكي فقط في الدرجة الأولى A ولحدود (\$١,٥٠٠) دولار أمريكي في الدرجة التعااضدية MUT لمرة واحدة فقط عن كل ثدي، لا تغطي مضاعفات عملية ترميم الثدي.

رابع عشر: جراحة علاج البدانة Bariatric surgeries

تغطي لحدود (\$ ٣,٠٠٠) دولار أمريكي سنوياً كحد أقصى إذا كانت متوجبة طبياً ووفقاً لمؤشر حجم الجسم ووزنه BMI > 40 وتخضع لرأي طبي ثانٍ في الدرجتين A & MUT.

خامس عشر: تخطيط الدماغ والقلب والتنفس أثناء النوم

يُغطى الصندوق مرة واحدة فقط في السنة، بدءاً من السنة الثانية، أو في حال حصول المنتسب على إستمرارية تعاقد الإشتراك، تخطيط الدماغ والقلب والتنفس أثناء النوم Polysomnography Procedures للحالات المتوجبة طبياً والعلاجات المتعلقة بها لحدود (\$١,٥٠٠) دولار أميركي فقط لا غير في الدرجتين (A & MUT)

سادس عشر: زرع قرنية العين:

تُغطى فقط كلفة الجراحة المتعلقة بزرع قرنية العين، وذلك ضمن الشروط المحددة، لا تشمل هذه التغطية ثمن القرنية.

سابع عشر: جراحة زرع نخاع العظم:

تُغطى لحدود (\$١٠,٠٠٠) دولار أميركي في السنة، كلفة جراحة زرع نخاع العظم، وذلك بدءاً من السنة الثانية للإنتساب.

ثامن عشر: العلاج النفسي:

تُغطى لحدود (\$٢,٥٠٠) دولار أميركي في السنة كلفة استشفاء العلاجات النفسية المتوجبة طبياً بدءاً من السنة الثانية للإنتساب بما فيها الألزهايمر Alzheimer، بإستثناء جلسات العلاج النفسي Psychotherapy

الفصل الرابع: إستثناءات التغطية الإستشفائية

لا يُغطي الصندوق الحالات المرضية التالية والإشتراكات الناتجة عنها والمرتبطة بها، ما لم يرد نص خلاف ذلك وضمن الشروط المحددة:

١. جميع الخدمات الطبية الخارجية غير المغطاة بصورة واضحة ضمن نطاق البرنامج الصحي المطبق، منها تلك التي لا تستوجب إلزاماً إقامة في المستشفى (على سبيل المثال لا الحصر: فحوصات التشخيص Investigation، والفحوصات الروتينية Check-up والعلاجات وغيرها...).
٢. كل إستثناء خاص بأي منتسب و/أو مستفيد منصوص عنه في أحكام وشروط هذا البرنامج أو في تعديلاته.
٣. حالات الإستشفاء التي هي غير ملزمة طبياً لصحة المنتسب و/أو المستفيد (على سبيل المثال لا الحصر: جراحة تصحيح البصر- التبرع بعضو...).
٤. المعدات الطبية المساعدة-Orthesis (أمثال المشد وغيره...).
٥. غسل الكلى المزمن Chronic Hemodialysis and Peritoneal Dialysis
٦. فترات الإستراحة، والإقامة في المصحات والعناية بالخلوة وفترات الحَجَر الصحي

- وأنظمة التغذية الخاصة والأكلاف المتعلقة بالنقاهة حتى في الحالات التي يكون فيها الإستشفاء الأول مغطى بموجب البرنامج.
٧. الإنتحار والتدمير الذاتي أو أية إصابة ذاتية مفتعلة أو أية محاولة مماثلة سواء في حالة سلامة العقل أو إختلاله.
٨. الإفراط في إستعمال الكحول، المخدرات والمستحضرات المماثلة والإدمان أو أي استعمال مفرط في الأدوية من دون مراقبة طبية، وكل ما ينتج عنها من مفاعيل.
٩. النفقات الناتجة عن إشتراك المنتسب و/أو المستفيد الفعلي في أي من الأحداث التالية: الحروب، والأعمال المشابهة وأعمال الشغب والجرائم والجنع، كذلك جميع الحالات الناتجة عن مشاركة المنتسب و/أو المستفيد في أعمال غير قانونية خلال إقامته في السجن.
١٠. علاجات الإصابات والأمراض الحاصلة من جراء مشاركة المنتسب و/أو المستفيد (بصفة هاو أو محترف) في ألعاب رياضية خطيرة، (على سبيل المثال لا الحصر: سباق السيارات أو الدراجات النارية، قيادة ال ATV، الغطس العميق، القفز بالمظلات، الطيران الشراعي، ورياضة التزلج وغيرها...).
١١. الحالات الناتجة عن الإشعاعات المؤذية والتلوث الكيميائي أو النووي.
١٢. علاجات الأسنان واللثة الطبية أو الجراحية، بما في ذلك الخراجات والوجبات وخلل المفصل الفكي السفلي المؤقت Disorders of Temporomandibular Joints.
١٣. الجراحة التجميلية والبلاستيكية في أية حالة من الحالات باستثناء ما ورد في (ثاني عشر) أعلاه.
١٤. أيأ تكن درجة إستشفاء المنتسب و/أو المستفيد، تستثنى جراحة أي نوع من أنواع عمليات زرع الأعضاء، نقلها وثمرتها، بما فيه زرع الكلى بإستثناء جراحة وزرع نخاع العظم Bone Marrow الواردة في الفقرة السابعة عشر أعلاه.
١٥. الأعمال الطبية التالية المتعلقة بالولادة: الإجهاض غير المتوجب طبياً، ربط الأنابيب، إجراءات منع الحمل ونتائجها، علاجات العجز الجنسي وعواقبها.
١٦. التلقيح داخل الأنبوب وخارج الأنبوب In-vitro، وكل عمليات التلقيح الإصطناعية الأخرى Artificial Insemination Procedure.
١٧. عملية تغيير الجنس وأدوية وعلاجات المنشطات الجنسية كالفياغرا Viagra والكاليس Calis والفيترا L vitra وغيرها...، وكل ما ينتج عن تناولها من مفاعيل و/أو إشتراكات.
١٨. الأمراض المنقولة جنسياً، مرض فقدان المناعة المكتسبة أو السيدا HIV/AIDS أو حامل فيروس السيدا وجميع الفحوصات التي تؤدي إلى كشفه والأدوية والعلاجات العائدة له.
١٩. سائر أنواع الأوبئة بإستثناء كورونا Covid ١٩ كما ورد في الفصل ٣- ثانياً- ١١ أعلاه.
٢٠. علاجات تساقط الشعر والعمليات التابعة لها وكل ما ينتج عنها من مفاعيل.

٢١. سائر أنواع علاجات داء الباركنسون Parkinson بما فيها الجراحة.
٢٢. المعالجة الديناميكية بالأشعة Verteporfin
٢٣. علاجات النطق Speech Therapy باستثناء مشاكل النطق الناتجة عن حالة صحية داخل المستشفى.
٢٤. كافة أنواع الإجراءات الجينية بما فيها الهندسة الوراثية والإستنساخ. Cloning Procedure and Genetic Architecture
٢٥. العمليات الجراحية بواسطة الروبو Robotic Surgeries
٢٦. نفقات خدمة الإسعاف البري والجوي.

الفصل الخامس: التغطية الصحية الخارجية

أولاً: حدود التغطية الصحية الخارجية

تقتصر التغطية الصحية الخارجية التي يقدمها الصندوق على الخدمات الصحية التي تتم في المراكز المعتمدة حصرياً من قبل الوكيل الإداري نسبة خمسة وثمانين بالمئة (٨٥٪) من كلفة هذه الخدمات الصحية الخارجية، باستثناء أتعاب الطبيب المعالج، وذلك لحدود

* (٥) استمارات للمنتسب و/أو المستفيد في السنة الأولى وبعد ٣ أشهر من تاريخ الإنتساب

* (١٠) إستمارات كحد أقصى بدءاً من السنة الثانية.

ثانياً: نطاق التغطية الصحية الخارجية

يُغطي الصندوق كلفة فحوصات التشخيص والعلاجات المتوجبة طبياً التي لا تحتاج إلى إقامة في المستشفى على ان يكون الفحص ضرورياً، معقولاً ولازمياً Usual, reasonable, customary على سبيل المثال لا الحصر:

الفحوصات والأشعة

✓ الفحوصات المخبرية والأشعة، مخطط الصدى Ultrasonography، إختبارات الطب النووي Nuclear Medicine Tests، تخطيط الرأس EEG، تخطيط القلب ECG، تخطيط العضل EMG، تخطيط السمع Audiogram، فحوصات المجهود القلبي Stress Test، الإجابة المحفزة Evoqued response، تخطيط ضغط العين Thallium Myocardial، تصوير عضلة القلب والتاليوم Ocular Angiography، التصوير الصوتي للقلب Scintigraphy، التخطيط المتواصل Holter Monitoring، وفحص السل Tuberculin - test PPD وغيرها.

✓ فحص ال Toxoplasmosis لغاية أربع (٤) مرات خلال فترة الحمل في حال كانت نتيجة الفحص الأولى سلبية.

✓ فحوصات حالة الجنين خلال الحمل: Double, Triple, Quadruple Tests فحص واحد من فحوصات حالة الجنين الصحية الثلاث (٣) خلال فترة الحمل ولمرة واحدة فقط وفحص السائل الأمنيوني Amniocentesis.

✓ الفحوصات الجينية لغاية (٥٠٠ \$) سنوياً

✓ فحوصات الكورونا Covid 19 Related tests يغطي الصندوق فحوصات كورونا بإستثناء فحص ال PCR

بعد ٦ أشهر من تاريخ الإنتساب وبعد الموافقة المسبقة من الوكيل الفحوصات والعلاجات التالية:

✓ تصوير بالأشعة المقطعية C.T. Scan

✓ التصوير بالرنين المغناطيسي MRI

✓ التصوير المقطعي بالإنبعاث البوزيتروني Pet Scan

✓ التصوير المقطعي VCT64

✓ فحص الكالسيوم بالتصوير المقطعي Calcium-Score

✓ صورة الفكين Panoramic تقتصر حصرياً على الحالات الناتجة عن حادث فقط

✓ العلاج بواسطة أشعة الليزر، Argon Laser

✓ المعالجة الفيزيائية Physiotherapy والمعالجة بالحركة Kinesithrapy.

* لا تطبق فترة الإنتظار على المعالجة الفيزيائية والمعالجة بالحركة جراء حادث مغطى في هذا البرنامج.

✓ غيره

الفحوصات الروتينية التالية Routine Check Up لمرة واحدة فقط في السنة

✓ تصوير الثدي الشعاعي والصوتي Mammo, Echo بدءاً من سن ال (٤٥)

✓ ترقق العظام Osteodensitometry بدءاً من سن ال ٤٥ الخامسة والأربعين.

✓ Vit D

✓ Free and Total PSA

ثالثاً: إستثناءات التغطية الصحية الخارجية

تُستثنى من التغطية الصحية الخارجية كل استثناءات التغطية الإستشفائية كما تستثنى الفحوصات غير المتوجبة طبياً، الفحوصات الروتينية غير المذكورة أعلاه ، فحوصات الأمراض المنتقلة جنسياً وفحص الكورونا (PCR) .

الفصل السادس: تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية

يغطي الصندوق الأدوية موضوع وصفة طبية، تلك المسجلة والمرخصة من قبل وزارة الصحة اللبنانية، بالأسعار المحددة من قبل هذه الأخيرة، والتي يكون الطبيب المعالج قد حددتها في وصفته الطبية.

١. حدود تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية

- أ. تقتصر تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية على تلك المتوفرة في الصيدليات المعتمدة من قبل الوكيل.
- ب. يغطي الصندوق (٨٥٪) من فاتورة الأدوية موضوع وصفة طبية، باستثناء أتعاب الطبيب المعالج، وذلك لغاية عشر (١٠) وصفات طبية في السنة الواحدة كحد أقصى لكل منتسب أو مستفيد، كما هو وارد في الشروط الخاصة للبرنامج.
- ج. تُحدد الأدوية المغطاة في كل إستمارة وتُحصر بالكمية الضرورية، المعقولة واللازمة التي قد يحتاجها المريض لعلاج شهر واحد.
- د. اللقاحات الإلزامية المحددة من قبل وزارة الصحة العامة في الروزنامة الوطنية للتلقيح.

٢. إستثناءات تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية

١. تُستثنى من التغطية كل المستحضرات التي يمكن الحصول عليها من دون وصفة طبية (مثلاً: مستحضرات التجميل، المستحضرات الصحية الشخصية والمنزلية وكل ما يعود إلى العلاج بالمستحضرات النباتية والأعشاب). تستثنى الفيتامينات والمستحضرات المعدنية المتوجبة طبياً، مستحضرات التطهير، مستحضرات العناية بالشعر، مستحضرات العناية بالأسنان واللثة (مثلاً: المستحضرات الصحية أو العلاجية)، المنشطات الجنسية، مستحضرات وأدوية منع الحمل، وعلاج العقم والعجز والقحط، المنشطات والمستحضرات المؤثرة على المزاج (مثلاً: المستحضرات المزيل للقلق والمهدئة للأعصاب)، مستحضرات الحماية الغذائية لجميع الأعمار، المستحضرات الجلدية باستثناء تلك المتعلقة بعلاج الأمراض الالتهابية (مثلاً: الجدري)، الحساسية، أو نتائج الحوادث (مثلاً: الحروق)، جميع أجهزة تصحيح السمع أو البصر (مثلاً: العدسات والنظارات) والمستحضرات المستعملة لتنظيفها والحفاظ عليها.
٢. تطبق كل إستثناءات التغطية الإستشفائية المذكورة أعلاه على تغطية الأدوية موضوع وصفة طبية.

الفصل السابع: خطة التغطية الإستشفائية خلال السفر خارج لبنان

تعريف المصطلحات وتحديدها:

تحدد المصطلحات والتعابير المذكورة أدناه، أينما وردت في هذا البرنامج، المعاني التالية:

١. الصندوق التعاضدي الإجتماعي الصحي: (الصندوق) المسجل لدى المديرية العامة للتعاونيات بموجب القرار رقم ٢٠/أت، تاريخ ٣٠/١٠/١٩٩٢، والمجازله العمل على كافة الأراضي اللبنانية، وهو يؤمن التغطية المحددة في هذا البرنامج.
٢. الوكيل الإداري: (الوكيل) شركة أوروكرس أسيسستانس أو أي من شركات الإدارة الطبية الأخرى المتعاقدة معها حول العالم.
٣. المنتسب و/أو المستفيد: الأشخاص المشمولون بالتغطية والمحددة أسماؤهم في هذا البرنامج.
٤. بلد الإقامة الدائمة: البلد الذي يقيم فيه المنتسب و/أو المستفيد بصورة دائمة أكان يحمل جنسية هذا البلد أم لا.
٥. حادث: أي حادث خارجي، محدد، مفاجئ، غير طبيعي، طارئ وغير متوقع، غير مقصود وغير اعتيادي، يقع في زمان ومكان محددين بمعزل عن أي سبب معين يؤدي فوراً، وبشكل مباشر، إلى ضرر جسدي شخصي دون غيره من الأضرار أو الصدمات ويستوجب تدخلاً علاجياً طبياً عاجلاً. لا يعتبر حادثاً أي حادث يشكل، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، مضاعفات لضرر جسدي سبق حصوله.
٦. حالة طبية طارئة: كل حالة طبية أو مرض مفاجئ غير متوقع وغير موجود سابقاً، يستوجب علاجاً طارئاً يوقف خطراً يهدد حياة المنتسب و/أو المستفيد أو صحته و/أو يخفف من حدة هذا الخطر. تنتفي صفة الطارئ في حال تبين طبياً أن المنتسب و/أو المستفيد قادر على العودة إلى بلد إقامته الدائمة للمعالجة و/أو لاستكمال العلاج. لا يشمل تحديد المرض المفاجئ أي مرض متصل بحالة مرضية سابقة. لا تعتبر زيارة الطبيب حالة طارئة إذا كان المنتسب و/أو المستفيد قادراً على القيام بها شخصياً.
٧. الحالات السابقة: الحالة الموجودة سابقاً هي عيب جسدي أو عجز أو ضرر أو مرض أوداء أو إصابة أو عاهة أو مسبب رئيسي لخطراً أو أية حالة مرضية أخرى موجودة طبياً قبل اكتتاب المنتسب / أو التجديد له، أكانت بعلمه أو بغير بعلمه.
٨. نطاق التغطية: يهدف هذا البرنامج إلى تغطية المنتسب و/أو المستفيد ضد المرض، الحوادث الطارئة والحالات المفاجئة التي يتعرض لها خلال سفره لدواعي سياحية أو ترفيهية أو ثقافية خارج لبنان. لا تشمل التغطية تكاليف أي سفر لدواعي مهنية أو علاجية.

✓ المدة القصوى: ٣١ يوماً متتالية لكل رحلة

- ✓ النطاق الجغرافي: حول العالم (باستثناء لبنان)
- ✓ شروط التغطية: كما هي محددة في هذا البرنامج.
- ✓ السن: المنتسب و/أو المستفيد الذي لا يزيد عمره عن ٧٥ سنة ضمناً.

٩. حدود التغطية:

١. تبدأ التغطية بتاريخ سريان فترة الإشتراك في البرنامج وحتى تاريخ انتهائها.
٢. إذا كان المنتسب و/أو المستفيد يستفيد من تقديمات شركة ضامنة أو أية مؤسسة أخرى، يغطي البرنامج فقط ما يفوق حصة الشركة الضامنة الأخرى أو المؤسسة المعنية بعد موافقة الوكيل وفقاً للشروط العامة للبرنامج وضمن الحدود المنصوص عنها.
٣. لا يتحمل الصندوق أو الوكيل أية مسؤولية لجهة النتائج التي قد تترتب عن خطأ طبي أو علاج غير كافٍ أو غير ملائم.
٤. لا يتحمل الصندوق أو الوكيل أية مسؤولية لتغطية نفقات العلاجات التي قد يحتاجها المنتسب و/أو المستفيد بعد الحادث أو متابعته الطبية من أي نوع كانت.

١٠. التقديمات

التقديمات	حدود التغطية
١. خدمة الإستعلام حول السفر	مجاناً
٢. إحالة المنتسب و/أو المستفيد إلى أطباء معتمدين في الخارج	مجاناً
٣. (رأي طبي عبر الهاتف)	مجاناً
٤. إيصال الرسائل الطارئة	مجاناً
٥. نقل المنتسب و/أو المستفيد المصاب وإعادته إلى بلده	تغطية قصوى \$ ٥٠,٠٠٠
٦. إعادة جثمان المنتسب و/أو المستفيد، في حال وفاته، إلى بلده	تغطية قصوى \$ ٥٠,٠٠٠
٧. تغطية النفقات الطبية وتكاليف الإستشفاء في الخارج	تغطية قصوى \$ ٥٠,٠٠٠
٨. تغطية نفقات سفر أحد المقربين لموافاة المنتسب و/أو المستفيد	بطاقة سفر ذهاباً وإياباً
٩. إعادة الأولاد التابعين إلى بلدهم	بطاقة سفر إياب

تفاصيل جدول التقديمات:

١. خدمة الاستعلام حول السفر: يمكن لكل منتسب و/أو مستفيد، قبل سفره، إذا رغب، الإستعلام عن معلومات طبية أو إدارية تهمه، أو حول إجراءات الحصول على جواز سفر أو تأشيرة دخول، أو حول اللقاحات المطلوبة والرسوم الضريبية

والجمركية والعملات وغيرها من متطلبات السفر وحاجاته، الاتصال بمركز الطوارئ لدى الوكيل على رقم هاتف الخدمة المدون على بطاقته.

٢. إحالة المنتسب و/أو المستفيد إلى أطباء معتمدين في الخارج: خلال فترة وجوده في الخارج، يمكن لكل منتسب و/أو مستفيد، إذا دعت الحاجة، الاتصال بمركز الطوارئ لدى الوكيل حيث يتم توجيهه وإحالاته على أحد الأطباء المعتمدين في منطقة تواجده. إن معظم الأطباء المعتمدين يتكلمون اللغة الإنكليزية.

٣. رأي طبي عبر الهاتف: في حال احتاج المنتسب و/أو المستفيد خلال سفره إلى استشارة طبية غير متوفرة في منطقة تواجده، يمكنه الاتصال بمركز الطوارئ عينه للحصول على استشارة طبية من قبل طبيب متخصص. لا تُشكل خدمة الإستشارة هذه تشخيصاً طبياً بل تُعتبر بمثابة استشارة طبية فقط لا غير.

٤. نقل الرسائل المستعجلة: عند حدوث طارئ يستدعي تأمين المساعدة الفورية وفي حال الضرورة الملحة، يتعهد الوكيل بنقل أية رسالة مستعجلة من قبل المنتسب و/أو المستفيد وتبليغها إلى أسرته أو رب عمله، وإطلاعهم تدريجياً على الترتيبات المتخذة لتأمين هذه المساعدة الفورية المطلوبة ومتابعتها.

٥. نقل المنتسب و/أو المستفيد وإعادةه إلى بلده:

أ. إذا ما قرر الأطباء المعتمدون ضرورة نقل المنتسب و/أو المستفيد إلى المستشفى أو إلى مركز طبي متخصص لتأمين العلاج المناسب له، يتعهد الوكيل بترتيب إجراءات النقل بأية وسيلة نقل متوفرة، هليكوبتر، إسعاف بري أو جوي، أو على متن رحلة جوية عادية، أو غيرها، وتغطية كافة المصاريف المترتبة على ذلك. وعندما تسمح حالته الصحية بالسفر والعودة إلى بلده، يمكن للوكيل، إذا لزم الأمر، ترتيب سفره وإعادةه إلى بلد إقامته على متن إحدى الرحلات الجوية العادية. كما يمكن أيضاً، ونظراً لوضعه الصحي وطول المسافة بين البلدين، أن يعتمد الوكيل على إعادة المنتسب و/أو المستفيد إلى بلد إقامته الدائمة مباشرة بواسطة وسيلة نقل طبية خاصة.

ب. يحتفظ الوكيل بحقه في تحديد وجهة إعادة المنتسب و/أو المستفيد ومكانها، ووسيلة النقل المعتمدة، مع الأخذ بعين الاعتبار، ضمناً، كافة ظروفه الصحية، بما فيه درجة حالته الطارئة، إستعداده للسفر، توفر المطار الصالح، الأحوال الجوية والمسافة التي ستستغرقها الرحلة، إن في طائرة مجهزة بالمعدات الطبية اللازمة أو بالهليكوبتر، أو برحلة مقررة بطائرة عادية، بقطار أو بسيارة. يرافق المنتسب و/أو المستفيد، خلال سفره، طبيب أو طاقم طبي مختص، إلا إذا نصح طبيب الوكيل بغير ذلك. يتعهد الصندوق التعاضدي بتغطية كافة مصاريف السفر والإعادة على أن لا تتعدى هذه الكلفة مبلغ \$٥٠,٠٠٠ (خمسون ألف دولاراً أميركياً) للحالة الواحدة.

٦. إعادة الجثمان في حال الوفاة: في حال وفاة المنتسب و/أو المستفيد، خلال وجوده في الخارج، نتيجة حالة مرضية مفاجئة، يتعهد الوكيل بتأمين المساعدة في الإجراءات

اللازمة وتغطية مصاريف نقل الجثمان وإعادته إلى المكان الذي يحدده وريثه أو الوصي الشرعي.

يمكن للوكيل، بناءً على طلب من عائلة المنتسب و/أو المستفيد المتوفي أو الوصي الشرعي، أن يبادر إلى تغطية تكاليف الدفن في البلد الذي تحصل فيه الوفاة، شرط أن تسمح قوانين هذا البلد بذلك.

لا تشمل تغطية إعادة الجثمان مصاريف المعاملات الإدارية ومراسم الجنازة (بما فيها كلفة النعش). أن الوكيل غير ملزم بأية تغطية لإعادة الجثمان إذا لم يتم إعلامه بحدوث الوفاة خلال ستة (٦) أيام أقله من تاريخه.

٧. تغطية النفقات الطبية وتكاليف الإستشفاء في الخارج: يتعهد الصندوق التعاضدي بتغطية تكاليف حالات الطوارئ ونفقات الإستشفاء المعقولة الناتجة عنها فقط (راجع الفقرة ١٠ - التقديرات) لغاية (٥٠,٠٠٠ \$) دولار أميركي عن كل منتسب و/أو مستفيد وفي الحالة الواحدة، وذلك وفقاً للحد الأدنى لمعايير الاستشفاء العادية المطبقة في البلد الذي تجري فيه المعالجة.

٨. تغطية نفقات سفر أحد المقربين لموفاة المستفيد: إذا أدخل منتسب و/أو مستفيد مسافراً بمفرده إلى المستشفى، خلال سفره، لمدة تزيد على (١٠) أيام، يتعهد الوكيل بتأمين تذكرة سفر جوية ذهاباً وإياباً في الدرجة السياحية لأحد أفراد عائلته الذي يعينه هوليكي يتمكن من الوقوف إلى جانبه ومرافقته، على أن يكون هذا الشخص مقيماً، بصورة دائمة، في بلد إقامة المنتسب و/أو المستفيد. كما يتعهد الوكيل بمنح هذا الشخص علاوة يومية قدرها (٨٠ \$) ثمانون دولار أميركي لفترة لا تزيد على (١٠) أيام لتغطية بعض من مصاريف إقامته.

٩. إعادة الأهل القاصرين إلى ديارهم: في حال تعرض المنتسب و/أو المستفيد المسافر برفقة أفراد عائلته لحادث أو لمرض مفاجئ، نتج عنه بقاء أولاده القاصرين من دون رعاية، يتعهد الوكيل بترتيب إعادتهم إلى بلد إقامتهم وتغطية مصاريف سفرهم في الدرجة السياحية، كما يؤمن لهم، عند الضرورة، مرافقاً مؤهلاً دون تحميلهم أية كلفة إضافية.

١٠. شروط الاستفادة من التقديمات: كي يتمكن المنتسب و/أو المستفيد من الاستفادة من التقديمات التي يوفرها برنامج التأمين الإستشفائي هذا، عليه الإتصال بمركز الطوارئ المختص خلال (٤٨) ساعة من تعرضه للحادث أو إصابته بالمرض المفاجئ (باستثناء إعادة الجثمان في حال الوفاة) على الأرقام التالية: هاتف: +٩٦١٤٥٤٨٦١٠ بريد إلكتروني: claims@mideast-assistance.com

إذا كان وضع المنتسب و/أو المستفيد الصحي لا يسمح له بالاتصال شخصياً بمركز الطوارئ، عندها يُعتبر أي تبليغ يقوم به أحد المقربين منه أو الشرطة أو إدارة المستشفى أو رجال الإطفاء أو أي شخص صودف وجوده في مكان الحادث وقدم المساعدة والإسعاف، تبليغاً صالحاً كما لو قام به المشترك و/أو المستفيد نفسه.

بعد موافقة الوكيل على تغطية الحادث أو المرض المفاجئ الذي يتعرض له، على المنتسب وأوالمستفيد أن يقدم، النسخ الأصلية للمستندات الثبوتية التالية: التقرير الرسمي عن الحادث صادر عن الشرطة، صورة عن جواز السفر وتأشيرة الدخول (في حال وجودها)، الملف الطبي الكامل المعد من قبل الطبيب الذي عاين الحادث أو المستشفى الذي تمت فيه المعالجة، الوصفات الطبية والفواتير الطبية والإستشفائية. يحتفظ الوكيل بحقه في التثبت من صحة الوقائع المتعلقة بالحادث المصريح عنه، كما يحتفظ بحقه في تغطية التكاليف و/أو دفع التعويضات عن النفقات المترتبة، إذا تخلف المشترك وأوالمستفيد عن إبراز المستندات الأصلية المطلوبة ضمن مهلة شهرين من تاريخ وقوع الحادث أو المرض المفاجئ.

١١. واجبات المنتسب و/أوالمستفيد:

أ. يوافق المنتسب و/أوالمستفيد، في حال تعرضه لحادث أوإصابته بمرض مفاجئ، على التنازل للصندوق وللوكيل عن حقه بالسرية الطبية، وبموجب هذا التنازل يُعطي للصندوق وللوكيل مطلق الصلاحية للإطلاع على كافة المعلومات الطبية والإدارية المتوفرة عنه والمتعلقة بالحادث الذي تعرض له أوالمرض المفاجئ الذي أصابه، كما يوافق على إعفاء جميع الأطباء وأفراد الطاقم الطبي الذين يعاينونه قبل الحادث وبعده من موجب السرية المهنية حول وضعه الصحي.

ب. إذا تخلف المنتسب و/أوالمستفيد عن التصريح عن أي من وقائع الحادث أو المرض المفاجئ وظروفهما، كتم أو أغفل أية معلومة تتعلق بالحادث أو بالمرض المذكورين، يُعطي الحق للوكيل، ويحق لهذا الأخير الإمتناع عن تغطية المنتسب و/أوالمستفيد للحادث أو المرض المفاجئ موضوع التصريح الكاذب.

١٢. حالات عدم التغطية: يحتفظ الوكيل بحقه في عدم التغطية في الحالات التالية:

١. تخلف المنتسب و/أوالمستفيد عن الإبلاغ، خلال (٤٨) ساعة من وقوع الحادث أو الإصابة بالمرض المفاجئ الذي يستدعي تقديم المساعدة الطبية الفورية.
٢. تخلفه عن تقديم كافة المستندات المطلوبة لتقويم الحادث أو الحالة المرضية المفاجئة.
٣. ارتكابه جرماً أو عملاً مخالفاً للقانون أدى إلى وقوع الحادث.
٤. عدم الحصول على الموافقة المسبقة من الوكيل على تأمين الترتيبات والمبالغ اللازمة للمساعدة. يخضع إلزامياً للموافقة المسبقة أي قرار بتغيير العلاج أو بنقل المنتسب و/أوالمستفيد إلى مركز طبي آخر أو بالقيام بإجراء طبي ضروري، بما في ذلك العمليات الجراحية، خلال فترة الإستشفاء التي يكون الوكيل قد وافق عليها، تحت طائلة الإمتناع عن التغطية.
٥. تخلفه عن إعلام الوكيل بوجود عقد ضمان آخر يغطيه للأخطار نفسها.
٦. تخلفه عن اتخاذ التدابير المعقولة لتفادي الحادث.
٧. تخلفه عن التصريح بالمعلومات اللازمة للوكيل وعن إعطائها أجوبة صريحة وكاملة.

٨. رفض المنتسب و/أو المستفيد أو الشخص الذي يقرر عنه قبول قيمة التغطية التي قررها الوكيل بالتوافق بين الأطباء المعتمدين والأطباء المتواجدين في مكان الحادث. في هذه الحالة.
٩. في حال سفره: خلافاً لنصيحة الطبيب - على أثر علمه بتشخيص يبين إصابته بمرض عضال في مرحلته الأخيرة - بغية الخضوع لعلاج طبي أو علاج متابعة أو استقصاءات طبية لحالة مرضية سابقة - خلال فترة مرض أو علاج كبير أو فترة عدم قدرة على العمل - في حال كان من المقرر إجراء عملية جراحية له ولم يخضع لها بعد.
١٣. إستثناءات برنامج التأمين الإستشفائي خلال السفر خارج لبنان:
تُستثنى من التغطية الحالات والأضرار الناتجة عن:
 ١. قيام المنتسب و/أو المستفيد بعمل خطر مقصود غير ضروري أو غير قانوني (باستثناء محاولة إنقاذ حياة إنسان)، أو بعدم اتخاذه التدابير الاحترازية اللازمة والكافية لسلامته. مشاركته في أعمال الشغب والجرائم والجنگ وأعمال مشابهة وأي شجار. ممارسته لنشاطات رياضية ذات درجة عالية من الخطورة مثل الهبوط بالمظلات، والألعاب الهوائية، استكشاف الكهوف، والسباقات باستخدام الأجهزة الميكانيكية، والأسلاك العالية، التزلج والقفز على الثلج، القفز من الطائرة والقفز في الجو، قفز البنجي، القفز الحر، القفز المظلي، سباحة المياه المفتوحة، الغوص، ركوب سيارات السكيدو، ركوب الزلاجة المائية، ركوب الأمواج وركوب الأمواج الشراعي، التزلج على الماء، ركوب الطوف وقوارب التجديف، الرماية، تسلق الأماكن المغلقة والهواء الطلق، ركوب الدراجات الجبلية، القفز في الهواء، الملاكمة، سباق السيارات، والركبي، والطيران.
 ٢. الحروب المعلنة وغير المعلنة والثورات وأعمال التخريب والإرهاب وإقامة الحواجز خلال مظاهرات شعبية، وبشكل عام كل أنواع الاضطرابات والتدابير المتخذة لإعادة الأمن.
 ٣. الاضطرابات الباطنية والفيضانات والانفجارات البركانية وغيرها من العوامل الطبيعية التي تعتبر كوارث طبيعية. الأضرار الصحية الناتجة عن التعرض للإشعاعات النووية. الأضرار الناتجة عن التعرض لمواد أو مركبات بيولوجية و/أو كيميائية أو غيرها المستعملة بهدف إلحاق الأذى.
 ٤. النفقات المتصلة بحالات الإنتحار أو محاولة الإنتحار والتدمير الذاتي أو أية إصابة ذاتية مفتعلة أو أية محاولة مماثلة سواء في حلة سلامة العقل أو إختلاله. تعاطي المخدرات و/أو الكحول أو غير ذلك من المواد المهلوسة، اما الإكتئاب والقلق والضغط النفسي أو غيرها من الحالات النفسية والعصبية فهي مغطاة لحدود \$٢٥٠ لا غير.
 ٥. عمليات استئصال أو زرع الأعضاء أو الأنسجة أو الخلايا، الأعضاء الاصطناعية والبدايل وما شابه من الأجهزة الطبية (الثابتة والمتحركة).
 ٦. كل الحوادث المتصلة بالحمل والرضاعة أو الناتجة عنهما، بما في ذلك التشخيص وعلاجات المتابعة، والإجهاض، والولادة.

٧. جلسات العلاج الفيزيائي إلا تلك التي تحظى بموافقة الوكيل المسبقة والتي تتم ضمن فترة الإستشفاء المتصلة بالحدث المصرح عنه، الإقامة الاختيارية في دار للنقاهة أو مركز لإعادة التأهيل.
٨. أي مرض أو حالة (بمعزل عما إذا كانت معلومة أو تمت معالجتها سابقاً) تشكل عامل خطر رئيسي ذا علاقة بالحالة الطارئة المصرح عنها، العلاجات المرتبطة بالتشوهات الخلقية، الأمراض الوبائية والمتوطنة.
٩. الإستشارات التي يقوم بها المنتسب و/أو المستفيد من تلقاء نفسه لدى أطباء الصحة العامة والإختصاصيين وكل أنواع المراجعات والإستقصاءات الطبية.
١٠. العلاجات أو الإستشفاء أو التكاليف الطبية المرتبطة بحالات مرضية سابقة أو بمضاعفات ناتجة عن حالات مرضية سابقة، بمعزل عما إذا كان المستفيد على علم بها أم لا، تم تشخيصها أم لا، تمت معالجتها أم لا عند الإكتتاب / أو التجديد. لا يغطي البرنامج أية نفقات متصلة بحالات مرضية سابقة، بما فيها نفقات الطوارئ، أو بعلاج تلك الحالات أو بإعادة المنتسب و/أو المستفيد إلى بلده.
١١. أي دخول لاحق، مرتبط بالدخول الأول، للمنتسب و/أو للمستفيد إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ، ما لم يكن إثر حالة مرضية مختلفة.
١٢. أية حالة طبية لم يلتزم فيها المنتسب و/أو المستفيد بأخذ العلاج الموصى به أو الأدوية الموصوفة وفقاً لتوجيهات طبيبه في بلد إقامته.
١٣. الأدوية الموصوفة خارج إطار تغطية نفقات الطوارئ أو تكاليف الإستشفاء الناتجة عنه.
١٤. الرحلات غير المألوفة.
١٥. قبل أي دخول إلى المستشفى في الحالات غير الطارئة، ان اختيار المستشفى من قبل أطباء الوكيل هو الزامي وإلا لا تغطي نفقات الإستشفاء ضمن هذا العقد.
١٦. الأمراض الجهازية والأمراض الروماتيزم وكذلك الأمراض المزمنة، اما الحساسية فهي مغطاة لحدود \$٢٥٠.
١٧. إذا قُبِلت، جميع الملفات أو فواتير المعالجة من دون ضمانة للدفع أو تفويض خطي من قبل الصندوق، تخضع لرسوم إضافية.
١٨. في حال عدم حصول أطباء الوكيل على تشخيص طبي واضح، لا يغطي هذا البرنامج سوى الأيام الثلاثة الأولى من أي دخول إلى المستشفى، حتى إذا كان هناك ضرورة طبية؛ كما أن هذا البرنامج لا يغطي أي استشفاء بغرض التشخيص الطبي.