



t'azur

t'azur Company b.s.c (c)

Lepresident Tower, Building 2347, Road 2830, Block 428
P.O. Box 31600, Al Seef District, Kingdom of Bahrain
Telephone No : 17561661, Fax No. : 17561669
Email: info@tazur.com



Toll Free 80014367 Fax: +973-17911260
e-mail: info@gemstpa.com

www.gemstpa.com

together in trust

tazur.com

t'azur Company b.s.c (c)

Lepresident Tower, Building 2347, Road 2830, Block 428
P.O. Box 31600, Al Seef District, Kingdom of Bahrain
Telephone No : 17561661, Fax No. : 17561669
Email: info@tazur.com

1. Introduction

This guide serves as a summary of the coverage, its scope and limitations and the procedures to be followed in the event of claim.

It is important for members to understand that explanations given are for guidance only. For a detailed understanding of the scheme the policy document must be referred to. This is available from the Human Resources & Administration department in your company.

1.1 Advantages:

The Scheme includes, where applicable, direct billing, the advantages of this are:

- A:** No claim submission is needed (at Provider Network).
- B:** All eligible medical expenses incurred within the designated provider network will be paid for (less the deductible) directly.

1.2 Eligibility:

The scheme covers all full time employees up to 65 years including their legal spouses and all unmarried children of the employee under the age of 25 years.

1.3 Effective date & Termination of Membership:

Coverage will commence from the date of your employment with the company or date of commencement of the scheme whichever is later. Membership will automatically cease when your employment is terminated.

2. Definitions:

A: Treatment: A medical or surgical procedure, the sole purpose of which is to cure an illness and not to alleviate long-term chronic condition.

B: In-Patient treatment: Treatment where the Participant Member requires hospitalization for a minimum of one (1) night, for specialized medical attention and care, before, during and after the treatment. Such treatments cannot be performed on an out-patient basis.

C: Daycare treatments: Treatment where the Participant Member requires hospitalization in a hospital for specialized medical attention and care before, during and after the treatment, but not requiring an overnight stay. Such treatments cannot be performed on an out-patient basis.

D: Out-patient treatment: treatment at an out-patient clinic, a medical practitioner's consulting rooms or in a hospital where the member is not admitted to a bed.

E: Deductible: A specific amount of eligible medical expenses that must be incurred and paid for by the Participant Member before benefits are payable under this Plan. This amount is payable by the Participant Member per each out-patient consultation, except for a follow-up visit within ten (10) days for the same illness and by the same physician or consultant. If the eligible medical expenses are less than the deductible amount, then the Participant Member will be liable to pay all the expenses incurred. The deductible amount is stated in the Plan schedule, table of benefits and membership cards.

F: Provider Network: Hospitals, clinics, laboratories, diagnostic centers and pharmacies with which the Company has agreement to provide covered benefits, in accordance with the terms and conditions of this Plan, to the Participant Members and / or are included under the list of network in the Plan schedule. Benefits received at such network will be on Direct billing basis.

G: Non - Provider network: Hospitals, clinics, laboratories, diagnostic centers and pharmacies with whom the Company have no agreement to provide covered benefits, in accordance with the terms and conditions of this Plan, to the Participant Members and / or are not included under the list of provider networks in your Plan schedule. Benefits received at such providers will be on reimbursement basis.

H: Direct Billing: A system in which the Company settles the bills of the hospital either directly or through the third party administrator subject to the terms and conditions of the Plan without the Participant having to pay the bills.

I: Pre-authorization: Review and approval of treatments by the Company prior to or concurrent with the treatment date to ensure that they are undertaken within the scope of cover of the Plan terms and conditions, benefits and exclusions.

J. Takaful: It is a kind of cooperative insurance under the management of specialized company that adheres to the rules and principles of Islamic Shari'a.

K. Table of benefits: A schedule issued by the Company showing the extent and nature of benefits, deductible amount and percentages of co-payment applicable under this Plan.

3. Summary of General Exclusions:

Unless specifically included in the table of benefits, this Plan does not cover expenses arising directly or indirectly for any tests or treatments for the following:

- o Pre-existing conditions (other than acute presentation of a pre-existing condition), as specified under Article 3.11 of this Plan, if not included in the Plan schedule, table of benefits and membership cards.
- o Unless pre-existing condition is covered, maintenance treatment of chronic conditions, except for necessary investigations until a diagnosis for the condition is confirmed
- o Home visits
- o Services or treatment in any rest home, spa, hydro-clinic, health resorts, massage centres, sanatorium or long-term care facility that is not a hospital, unless covered in the table of benefits
- o Admissions for rehabilitation and isolation purposes, unless covered in the table of benefits
- o Routine medical examinations or regular check-ups, unless covered in the table of benefits
- o Medical certificates and examinations for residence, employment or travel
- o Provider registration fees, and medical report charges unless requested by the Company
- o Vaccinations, unless covered in the table of benefits
- o Circumcision, unless covered in the table of benefits
- o Cosmetic, plastic, reconstructive or restorative treatments, unless pre-authorized by the Company
- o Cosmetic products such as shampoos, soaps, hair stimulants, hair removers, moisturizers, creams or other similar products

- o Alternative treatments including but not limited to ayurvedic (such as herbal medicine), holistic medicine, hypnosis, yoga, acupuncture, homeopathy, chiropractic and other similar treatments, unless covered in the table of benefits
- o Any illness caused by, or resulting from sexually transmitted illnesses, and any treatment or test for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and any AIDS / HIV related conditions
- o Organ transplantation and its related expenses not covering the acquisition or search costs of an organ, treatment incurred as a result of the removal of a donor organ from a donor, or treatment for removal of an organ from a Participant Member for the purposes of transplantation into another person and any complications arising thereafter. However, heart, heart / valve, heart / lung, liver, pancreas, kidney, bone marrow transplantation are covered, but organ-donor related charges and organ acquisition charges are not covered
- o Prosthesis (including stents) and medical appliances including but not limited to knee brace, collar brace, lumbar support, heel pads, arch support and hearing aids, unless covered in the table of benefits
- o Long term kidney dialysis in the case of chronic kidney failure. The Company does pay for dialysis for up to three (3) months during preparation for kidney transplant.
- o Medical treatment of obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services or supplies
- o Psychiatric disorders, unless covered in the table of benefits
- o Vitamins, mineral supplements, hormones replacement therapy, steroids and organic preparation, unless covered in the table of benefits
- o Skin disorders like warts, skin tags, keloid, acne (unless infected) , and molluscum contagiosum, sebaceous cyst (unless infected), epidermal cyst, lipoma.
- o Maternity care, as specified under Article 3.8 of this Plan, if not included in the Plan schedule, table of benefits and membership cards.
- o Dental related services, as specified under Article 3.9 of this Plan, if not included in the Plan schedule, table of benefits and membership cards, except in cases of accidental injury, where damage has occurred to sound natural teeth. Services are covered for initial pain relief and for any treatment necessary to preserve the dental structure for future permanent restoration for damages done to sound natural teeth
- o Optometry / optical treatment and surgeries for correction of refraction errors, as specified under Article 3.10 of this Plan, if not included in the Plan schedule, table of benefits and membership cards
- o Infertility, impotency, sexual dysfunction, contraception, sterilization or other similar conditions
- o Children under 15 days unless covered in table of benefits
- o Birth defects, congenital illness, hereditary conditions, developmental disorders and behavioural problems unless covered in the table of benefits.
- o All transportation costs occurring during trips specifically made for the purpose of obtaining treatment
- o Corrective treatment for hearing defects
- o Injuries arising from professional and hazardous sports including but not limited to scuba diving, sky diving, parachuting, paragliding, mountaineering and martial arts
- o Treatments and medical costs resulting from work related accidents and / or illnesses that are eligible under any workers' compensation scheme

- o Injury or Illness caused by, contributed to, or resulting from self-infliction, suicide, use of alcohol, intoxicants, hallucinogenic, illegal drugs or any drugs and medicines that are not taken in the dosage or for the purpose as prescribed by the physician
- o Treatments resulting from participating in war (declared or not), acts of terrorism, riot, civil commotion, or any illegal act, including resultant imprisonment and any accident or illness incurred while serving as a full-time member of a police or military unit
- o Injury caused by nuclear fission, nuclear fusion or radioactive contamination, chemical or biological warfare.
- o All exclusions specifically mentioned under Article 3 of this Plan
- o Health Service, which are not medically necessary
- o Personal comfort and convenience items or services such as television, telephone, barber, guest service and similar incidental services and supplies.
- o Health Services and associated expenses for experimental, investigational or unproven services
- o Services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction are excluded.
- o Growth hormone therapy, unless medically necessary
- o Treatment directly or indirectly associated with gender change and any consequence thereof.
- o Treatment for learning difficulties, hyperactivity, attention deficit disorder, speech therapy, developmental and behavioural problems in children. Unless covered in the Table of benefits
- o Treatment for sleep related breathing disorders, including snoring and sleep apnoea, fatigue, jet lag or work related stress or any related conditions
- o Air ambulance transportation in general and terrestrial transportation in non-emergency cases or by non-licensed providers
- o All cases related to maternity in respect of unmarried females.
- o All cases requiring emergency in-hospital treatment / services, which have not been notified to the Company within twenty-four (24) hours from admission.
- o Complications directly arising from services not covered.
- o Officially (WHO and / or national law) recognized epidemics/pandemics.
- o Any Health Services and associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff, wigs, or toupees.
- o Natural perils, such as but not limited to avalanches, earthquake, volcanic eruptions, tsunamis, hurricanes, tornados or any other kind of natural hazard;
- o All preventative cares , including vaccinations, immunizations, hyaluronic acid injection, allergy testing & desensitization; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations, unless covered in the table of benefits
- o Nasal septum deviation and/or nasal concha resection for cosmetic purpose.
- o All cases requiring non-emergency In-Hospital treatment / services, which have not been approved by the Company prior to admission.
- o Any test and / or treatment not required by a medical Physician.
- o Any In-Hospital treatment, tests and other procedures, which can be carried out on Out-of-Hospital basis without jeopardizing the Participant Member's health.
- o Any pharmaceutical products, which are not considered as specific treatment for a particular disease and / or not prescribed by an approved Physician

4. Scheme Administration & Customer Service Procedures:

4.1 Members Enrollment Executive – (MEE)

The MEE is responsible for membership registration, cancelation, Medical ID card(s) and any other queries related to member enrollment. Insured members can contact t'azur through your Human Resources (HR) for any queries related to enrollment.

4.2 Claim Executive – (CE)

Claim Executive is directly responsible for settlement of all claims. Insured members can contact t'azur through your Human Resources (HR) to enquire about his claim.

4.3 Medical Officer– (MO)

Medical Office is responsible to reply within 60 minutes for all the approval requests received from the network providers.

Insured members can call on Toll Free Number to enquire about approval status.
(Within Bahrain: 800-14367)
(Outside Bahrain: +973 66004414)

4.4 Procedure for pre-authorization of claims:

This is a process whereby the Authority Officer will review information to make sure that the insured's medical needs are being met and the most cost effective solution is being utilized.

This is done in conjunction with the insured, his attending physician, and the medical facility.
For services obtained within the designated provider network, pre-authorization should be sent to GEMS by the designated provider and not by the member.

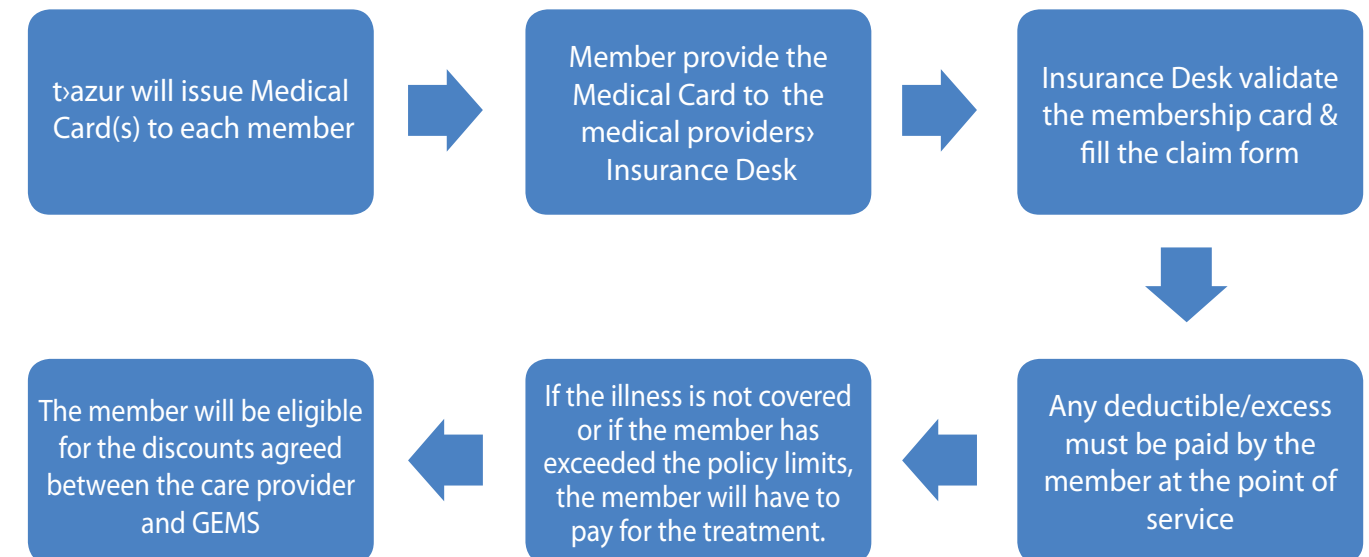
Pre-authorization is required for the following:

- In-hospital Admission
- Extension of Hospital stay
- Daycare Services
- MRI/CT Scan/EMG/ECG etc
- Physiotherapy
- Drugs for over three month stock
- Dental Treatment (Subject to policy terms and conditions)
- Optical Treatment (Subject to policy terms and conditions)
- Maternity Treatment (Subject to policy terms and conditions)
- Non-emergency out-patient services
Exceeding the limit

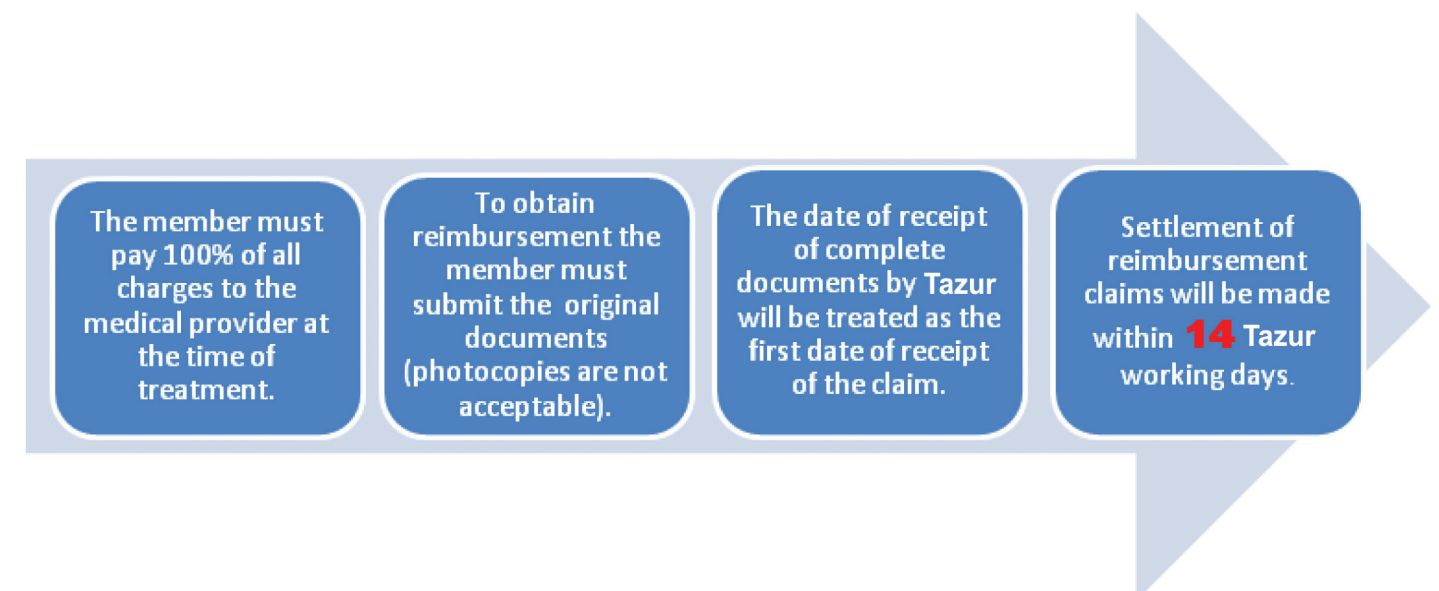
If non-emergency treatment is obtained from a provider outside the network the member should obtain pre-authorization from t'azur through your Human Resources (HR) The approval request will be forwarded to GEMS and they will respond to the request as soon as possible and within two (2) hours of the receipt of the request.

If the original pre-authorization time and benefit is exceeded a further pre-authorization for the proposed extension period should be obtained.

4.5 Procedure for Treatment within the designated provider network (Direct Billing)



4.6 Procedure for Treatment or settlement of claims outside the Designated Network (Reimbursement basis):



The following original documents will require for **Reimbursement claims**:



For Outpatient Claims /Procedures/ Investigation / Lab test/ Daycare Claims:

- Claim Form duly filled & signed by the patient & the doctor (Must be endorsed by the hospital/ clinic/ doctors stamp)
- Doctors prescription for medicines
- Original Medical Bills / Invoices
- Membership ID card copy
- Reports for investigations done (if applicable)
- Medicines and surgical appliances bills if purchased from outside pharmacy.
- For Dental Claims: detailed cost breakup/ treatment/ specification of tooth number
- For Optical Claims: Prescription has to be from a Ophthalmologist or a Optician



For Inpatient Claims:

- Claim Form duly filled & signed by the patient & the doctor (Must be endorsed by the hospital/ clinic/ doctors stamp)
- Pre-Authorization Approval
- Doctors prescription for medicines
- Original Medical Bills / Invoices
- Membership ID card copy
- Reports for investigations done
- Medicines and surgical appliances bills if purchased from outside pharmacy
- Detail Medical Report & Results
- Discharge Summary / card - For Inpatient claim

CASH REIMBURSEMENT FORM

National Claim form:

(Section A) : Will be filled by the member.

Member Name: Mention the Member name.

Insurance Company/TPA Name : Mention the name of the insurance co. and TPA name.

Membership/Policy No.: Mention the member identification number provided by insurance company(card no.)/ Mention the Reference number of the employee company provided by insurance company

Policy Holder : Mention the Name of the employee company.

Date of Birth : Mention the Birth Date of the Member.

Gender : Mention the Gender of the Member.

CPR/Passport No : Mention the CPR or Passport No.

Single/Married : Mention the status of the member

Member's Phone Number : Mention the member contact No.

Section B – Will be filled by the treating doctor

Member Declaration :

Signature : Member signature.

Date : Date of the signature.

BIA		gems		t'azur	
NATIONAL CLAIM FORM - PRIMARY MEDICAL CARE					
Sr. No.					
SECTION A: MEMBER DETAILS (TO BE FILLED BY THE INSURED MEMBER)					
Member Name:		Insurance Company/TPA Name:			
Membership/Policy No:		Policy Holder:			
Date of Birth:	Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CPR/Passport Number:			
Single <input type="checkbox"/>	Married <input type="checkbox"/>	Member's Phone Number:			
SECTION B: MEDICAL SECTION (TO BE FILLED ONLY BY THE TREATING PHYSICIAN)					
Please Tick: <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Emergency Case		Provider Name:			
Date of Treatment:		Medical Record No:			
Pre Existing Condition: <input type="checkbox"/> RTA <input type="checkbox"/>		Vital Signs:			
Chronic Condition: <input type="checkbox"/> Work Related Accident <input type="checkbox"/>		Blood Pressure:			
Maternity <input type="checkbox"/> EDD		Pulse:			
Others (please specify):		Temp:			
Main Complaint & Presenting Symptoms:		Duration/History of illness:			
Clinical Finding and Final Diagnosis: (use ICD codes as appropriate)					
PRE-AUTHORIZATION SECTION (MEDICAL & INVESTIGATION REPORT MUST BE ATTACHED WHERE APPLICABLE)					
Plan of Management/ Treatment		Expected Date of Admission:		Anticipated Length of Stay:	
Package Deal Code:		ANTICIPATED COST:			
Member Declaration <small>I the undersigned hereby certify that all statements & information provided concerning identification & the present illness or injury are TRUE, Furthermore, I authorize and request the Hospital to provide my insurance / TPA with any information they require in connection with any treatment and/or services provided to me and grant them full access to my medical files. The receipt of this claim form/ other supporting related documents does not constitute or be deemed to constitute an agreement by the Company of the claim and the Company reserves the right to process or reject or require further/additional information in respect of the claim.</small>		Medical Service Provider Declaration <small>I/We hereby certify that all information mentioned herein are correct & that the medical services shown on this form were medically indicated & necessary for the management of this case.</small>			
Signature: _____		Signature: _____			
Date: _____		Stamp & Licence No. _____ Date: _____			
FOR INSURANCE COMPANY USE ONLY:					
<input type="checkbox"/> Approved		<input type="checkbox"/> Not Approved		Comments: _____	
Approval No: _____		Approved Validity: _____		_____	
Insurance Officer: _____		Signature: _____		Date: / / CLAIM No. _____	
Hotline and Pre-authorization contact numbers: 80014367, 66004414, Fax - 17911260 For Approvals Email : info@gemstpa.com, helpdeskdoctor@gemstpa.com					

National Claim form (Dental & Optical)

Member Name : Mention the Member name.

Policy No. : Mention the Reference number of the employee company provided by insurance company.

Gender (M/F) : Mention the Gender of the Member.

D.O.B : Mention the Birth Date of the Member.

Mob. No. : Mention the member contact No.

Date of Visit : Mention the Date when the member avail the Dental/Optical treatment.

Section B : Will be complicated by Dentist.

Section C : Will be complicated by Ophthalmologist or Optician.

Section D : will be Signed by attending Physician and the Members or Guardian.

BIA		gems		t'azur	
NATIONAL CLAIM & APPROVAL FORM (DENTAL & OPTICAL)					
Sr. No.					
SECTION A: TO BE COMPLETED BY MEMBER					
Member Name:		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ID Number:	
Policy Number:		File No.		Date of Visit: / /	
SECTION B: TO BE COMPLETED BY DENTIST					
1. Chief Complaint & Main Symptoms:		Permanent			
2. Duration of illness:		18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28			
3. Diagnosis:		29 30 31 32 33 34 35 36 37 38			
4. Please tick (<input checked="" type="checkbox"/>) where appropriate:		49 50 51 52 53 54 55 56 57 58			
<input type="checkbox"/> RTA <input type="checkbox"/> Work Related Accident <input type="checkbox"/> Sports Related <input type="checkbox"/> Cleaning		<input type="checkbox"/> Check-Up			
<input type="checkbox"/> Orthodontics/Ethetics <input type="checkbox"/> Congenital/Developmental		<input type="checkbox"/> Others			
5. Anticipated plan of treatment/procedures		Anticipated Total Cost			
Anticipated Date of Rx		Anticipated Date of Rx			
SECTION C: TO BE COMPLETED BY OPHTHALMOLOGIST/OPTICIAN					
RIGHT EYE		LEFT EYE		PD	
Sphere	Cylinder	Axis	Prism	V/A	
Distance					
Near					
Right Lens Cost		Left Lens Cost		Anticipated Total Cost	
Frame Cost					
SECTION D: DECLARATION TO BE SIGNED BY ATTENDING PHYSICIAN AND THE MEMBER OR GUARDIAN					
I hereby certify that ALL information mentioned herein are correct & that the services shown on this form were medically indicated & necessary for the management of this case.		I, the undersigned, hereby declare that the above mentioned services have been rendered to me in full and confirm that the settlements contained herein are true and that all relevant information has been disclosed. I hereby authorize my insurer/TPA to review my file if any further information or clarification is required.			
Name of Physician:		The receipt of this claim form/ other supporting related documents does not constitute or be deemed to constitute an agreement by the Company of the claim and the Company reserves the right to process or reject or require further/additional information in respect of the claim.			
Signature: _____		Member Signature (TO BE SIGNED ONLY AFTER COMPLETION OF TREATMENT IN FULL)			
Stamp/Licence No: _____		Date of completion of treatment: / /			
FOR INSURANCE COMPANY USE ONLY:					
<input type="checkbox"/> Approved		<input type="checkbox"/> Not Approved		Comments: _____	
Approval No: _____		Approved Validity: _____		_____	
Insurance Officer: _____		Signature: _____		Date: / / CLAIM No. _____	
Hotline and Pre-authorization contact numbers: 80014367, 66004414, Fax - 17911260 For Approvals Email : info@gemstpa.com, helpdeskdoctor@gemstpa.com					

4.7 Customary and Reasonable charges:

The amount the Company recognizes for payment for a particular medical procedure. It is based on what is considered “reasonable” for that procedure in accordance with the market price, in the country where the treatment was provided or in the country of residence, whichever is less.

4.8 Emergency Treatment:

A: In case of emergency you should use the nearest medical provider.

B: If the medical provider is non-network, you must advise T’azur promptly, taking into account your physical condition. T’azur will inform then advise you on pre-authorization and will liaise with you and the medical provider regarding your treatment.

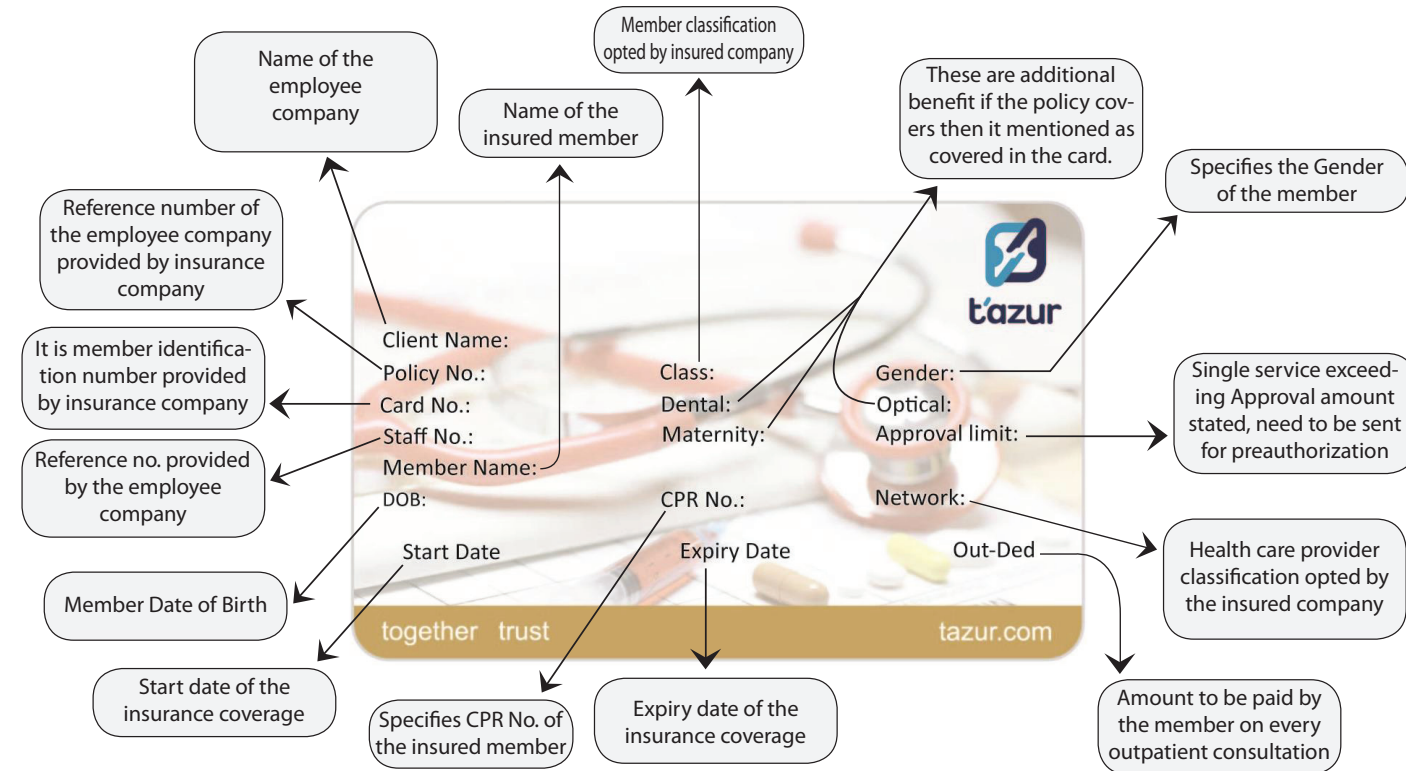
In an emergency we would not expect the member to contact us beforehand. However, please ask someone to telephone us as soon as practicable so that we are made aware of your case.

4.9 Second Medical Opinion:

We can ask an independent medical practitioner to advise us about the medical facts relating to a claim or to examine the member concerned in connection with the claim. This is needed only very rarely and we use this right only where there is uncertainty as to the nature or extent of the medical condition and/or our liability under the policy.

5. Membership card.

Please refer below for the sample of membership card.



5.1 Letter of Guarantee:

If the member opts for treatment outside the network and need for services requiring pre-approval arises, they have to get the information requested in the form provided in the following page filled up by the treating doctor and submit to GEMS for pre-approval either by e-mail or by Fax.

5.2 Replacement ID Card(s):

Contact your Human Resources (HR) for replacement of card lost by the member. Once cancelled, card(s) lost will not be valid for cover and should be returned to t'azur if found. When a member leaves the scheme or is no longer eligible for membership, the member's card(s) must be returned to the Human Resources and Administration Department before the last day of employment or eligibility.

5.3 If any problems arise:

With the best will in the world, concern about some aspect of our service can occasionally arise. In such circumstances, t'azur Managers have wide authority to settle problems and will do all that is required. This should be your first point of contact. In the unlikely event that your complaint is unresolved, please write to:

t'azur Company
P.O. Box 31600 Manama
Kingdom of Bahrain
Telephone No:- 17561661
Fax No. : 17561669
Email: info@tazur.com

Behind the card:

Contact numbers/details for alarm centre within and outside Bahrain is provided for easy reference.



24 hours helpline : (+973) 66004414

Toll-Free Tel. : 8001 4367

Fax : (+973) 17 911260

For general information : info@gemstpa.com

info@tazur.com

For International Assistance:


assist america®

Toll Free (Inside USA) : 1 877 488 9857 Other Countries : +1 609 275 4999

Email : medservices@assistamerica.com

Frequently Asked Questions (FAQs)

- How do I contact t'azur?**
Members should report directly to their Human Resources (HR) department in their company. The Human Resources (HR) will contact t'azur if required.
- Who is GEMS Bahrain?**
GEMS is the first TPA Company licensed in Bahrain to offer a wide range of healthcare management services, with strong Domain Knowledge and over 10 years of Regional Experience in handling Claims in Bahrain and Saudi Arabia.
- How Can I contact GEMS Bahrain?**
GEMS Bahrain has assigned a toll-free number 800-14-367 (Within Bahrain) & +973 66004414 (Outside Bahrain) 24/7 to receive calls/queries from all members. You can call this number whenever you need assistance, have query or face any problem at any participated medical provider within the network.
- What do the following abbreviations on my Health Insurance Card mean?**
Out-Ded: Outpatient Deductible, Network: Type of Network of Health Care Providers you are eligible to receive treatment on direct billing basis.
- What do I do in case I lose my card? How can I get a replacement card?**
Members should report to the Human Resources (HR) department in their company. A request form should be submitted to t'azur by the Human Resources (HR) department.
- How do I rectify errors in the information on my Health Insurance card?**
Members should report to the Human Resources (HR) department in their company. A request form should be submitted to t'azur by the Human Resources (HR) department.
- What is the turnaround time for approval if required at Network of Providers?**
It will take a maximum of 60 minutes to send a required approval notice once request received from the provider.
- Where can I submit my claim for reimbursement?**
You can submit your claim to your Human Resources (HR) Department who will forward it to t'azur.
- When should I submit my claims?**
Claim should be submitted within the time period mentioned in your plan.
- How long it takes to receive my money for direct reimbursement claim?**
It should not exceed 14 working days from the received date of any complete reimbursement claim.
- How do I use my Health Insurance Card?**
You need to present your Health Insurance Card each time you visit one of our network providers.
- How do I know my policy coverage?**
Please check your plan details with your Human Resources (HR). All the necessary information about the benefits, the geographical coverage, the network and the exclusions are mentioned in the plan.



شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية ذ.م.م.
Gulf Electronic Management Systems Co. W.L.L.

Letter of Guarantee

Ref No. :	
Provider Name: Patient File No. : Department : VisitDate :	Patient Name : MemberNo : Class : Gender : Age: PolicyNo :

Patient Type : VisitType: Chief Complaints And Main Symptoms: SignificantSigns : OtherConditions : Diagnosis :	Emergency Case ? Duration Of Illness: Service Type : Indicate LMP Date : NA Medication/Service Details: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 10%;">Code</th> <th style="width: 50%;">Description</th> <th style="width: 20%;">Specifics</th> <th style="width: 20%;">Cost</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Code	Description	Specifics	Cost				
Code	Description	Specifics	Cost						

Total Cost :

Please specify the possible line of management when applicable:

Estimated Length Of Stay : Comments :	Expected Admission Date : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> I hereby certify that all information mentioned are correct & that the medical services shown on this form were medically indicated & necessary for the management of this case. Physician Signature & Stamp: Date: </div>
--	--

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> I hereby certify that all statements & information provided concerning patient identification & present illness or injury are TRUE. Name & Relationship(If guardian) Signature Date </div>	Completed By : Signature : Date :
--	--

For Insurance Company Use Only: **Status :** **Approval Validity Date:**

Suggested Stay :

Comments :
GEMS Officer **Signature** **Date :**

GEMS confirms the coverage of member's treatment specified in the requested field based on the limited information provided during pre-approval.
GEMS reserves the right to fully or partially decline payment for any of the following reasons:
1.If details at the time of claim submission differ from those disclosed at the time of pre-approval.
2.If the line of treatment or service is not according to internationally recognized medical standards and MOH approved practices.
3.In case of forgery.
All the above approved cases will be considered upon submission of the claim with the original signed claim form, invoices, Medical Reports, CPR copy and signed patient declaration form for inpatient surgeries/procedures etc.

13. Which hospitals are included in GEMS Bahrain's network?

GEMS Bahrain has a large network of health service providers which is updated on a regular basis. The list of providers varies from one plan to other, and can be checked through the online provider directory on our website: www.gemstpa.com.

14. Can I visit a non-network provider?

Please check your plan details with your Human Resources (HR). You may contact GEMS Bahrain's call center on 800-14-367 (Within Bahrain) & +973 66004414 (Outside Bahrain) to check for eligibility.

15. What is the procedure of getting treatment partially within the network and partially outside the network? (e.g.:- consultation at non-network provider but prescribed medications at network provider)

You can dispense your prescription at any pharmacy within our network even though if the treating doctor is a non-network provider. You need to present the original prescription to the pharmacist who will dispense your medicine according to your policy terms and conditions.

16. What do we do if we would like to add a non-network provider to the network?

Send the contact details of the requested provider through your Human Resources (HR) department to T'azur Company which will ask GEMS Bahrain to add it to the list of participated providers if the provider falls under the category of your policy.

17. Where do I get the Reimbursement Form?

From your Human Resources (HR) department who should liaise with t'azur or you may download it from GEMS website(www.gemstpa.com).

18. What is the turn-around time to process card requests?

Any addition/deletion or card's replacement request should not exceed 2 working days.

19. Are over-the-counter medicines eligible expenses?

It depends on your policy's coverage. But in general, taking into consideration the side effects of some medications without physician's prescription, this kind of treatment is not covered.

20. What do I do if I am not able to submit the original documents due to not being in the country or any other justified reason?

You may, on exceptional basis, email a clear scanned copy of all required documents to your Human Resources (HR) department who should forward the same to t'azur Company.

21. When do I require treatment to be pre-authorized?

You should refer to the table of benefits of your policy. But in general all hospitalization cases availed outside the network require pre-authorization. Pre-authorization is required for the following.

- In-hospital Admission
- Extension of Hospital stay
- Daycare Services
- MRI/CT Scan/EMG/ECG etc
- Physiotherapy
- Drugs for over three month stock
- Non-emergency out-patient services exceeding the limit

22. What is the procedure for in-patient treatment outside Bahrain?

If you avail a service within the network list all what you need is to present your insurance card. But in case you seek an in-patient service outside the network you should get pre-authorization letter from GEMS Bahrain except for emergency cases.

23. What is the procedure for in-patient treatment outside the network?

You should get pre-authorization letter from GEMS Bahrain -except for emergency cases- and then you should submit –through your Human Resources (HR) department- a dully filled reimbursement claim for all paid expenses along with the required documents.

24. What happens if I pay cash at a network provider? Will I be reimbursed in full?

It is always recommended to present your insurance card whenever you approach a participated provider, but for certain reasons if you failed to present your card and pay cash the medical expenses, the same will be compensated / reimbursed according to GEMS agreed tariff with this provider and the terms & conditions of your policy.

25. What is a utilization report?

It presents the claims count and approved amount of the medical expenses which have been incurred during certain duration of the policy.

26. Where can I obtain my utilization report from?

From t'azur company through your Human Resources (HR) department.

27. Who do I contact if I want to follow up regarding a pending approval?

For local call: please call the toll-free number of GEMS Bahrain 800-14-367.
For outside Bahrain: you may call +973 66004414.

28. Who do I report a complaint regarding network providers to?

You may report such complaint to GEMS Bahrain through its toll free number or T'azur Company through your HR department.

29. Who do I contact when I face an issue at a network provider and require assistance?

Please call immediately the toll-free number of GEMS Bahrain to resolve your problem on the spot. 800-14-367 (Within Bahrain) & +973 66004414 (Outside Bahrain)

٧. **شبكة غيرمقدمة للخدمة :** وهي المستشفيات والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص والصيديات التي لا ترتبط الشركة معها باتفاق لتقديم المنافع المشمولة بالتغطية وفق شروط وأحكام هذا البرنامج للأعضاء المشتركين و/أو غير المدرجين بقائمة شبكات مقدمي الخدمات بجدول وثيقة البرنامج.وتكون المنافع المتلقاة من هذه الجهات المقدمة للخدمة على أساس التعويض.

٨. **الفوترة المباشرة :** وهو نظام تقوم الشركة من خلاله بتسوية فواتير المستشفى بشكل مباشر أو من خلال طرف ثالث مدير وذلك وفقاً لشروط وأحكام البرنامج دون أن يكون على المشترك دفع قيم الفواتير.

٩. **التصريح المسبق :** مراجعة واعتماد العلاجات من قبل الشركة قبل أو تزامناً مع تاريخ العلاج لضمان إجرائها في نطاق تغطية شروط وأحكام البرنامج ومنافعه واستثناءاته.

١٠. **تكافل :** وهو نوع من التأمين التعاوني يخضع لإدارة شركة متخصصة تلتزم بأحكام ومبادئ الشريعة الإسلامية.

١١. **جدول المنافع :** وهو جدول صادر عن الشركة يوضح نطاق وطبيعة المنافع ومبلغ التحمل ونسب السداد المشترك المعمول بها بموجب هذا البرنامج.

٣- الإستثناءات

لا يشمل البرنامج المصروفات الناشئة بشكل مباشر أو غير مباشر عن أية اختبارات أو علاجات للبنود التالية:

- الحالات القائمة مسبقاً كما هي محددة بالمادة ٣-١١ من هذا البرنامج إذا لم تكن مشمولة بجدول وثيقة البرنامج وجدول المنافع وبطاقات العضوية.
- ما لم تكن الحالة القائمة مسبقاً مشمولة بالتغطية ، علاج المحافظة للحالات المزمدة فيما عدا الفحوصات اللازمة ما لم يؤكد تشخيص الحالة.
- الزيارات المنزلية.
- الخدمات أو العلاج في أي مكان استجمامي ، أو منتجع، أو مراكز العلاج بالمياه المعدنية، أو المنتجعات الصحية، أو مراكز التدليك، أو المصحات، أو دار للرعاية الصحية الذي يقدم خدماته لفترات طويلة ولا يعتبر مستشفى- ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

- إدخال المستشفى لأغراض إعادة التأهيل والعزل – ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.
- الفحوصات الطبية المعتادة أو الفحوصات المنتظمة – ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.
- الشهادات والفحوصات الطبية لأغراض الإقامة أو العمل أو السفر.
- رسوم تسجيل لدى مقدم الخدمة وتكاليف التقارير الطبية – ما لم تقتضها الشركة.
- التطعيمات – ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.
- الختان – ما لم يكن مشمولاً بجدول المنافع.
- العلاجات التجميلية أو المعالجة لتجديد الخلايا أو ترميمها ما لم تكن مرخصة مسبقاً من قبل الشركة.
- مستحضرات التجميل كالشامبو أو الصابون أو مقويات الشعر أو مزيلات الشعر أو المرطبات أو الكريم أو المنتجات الأخرى المماثلة.

- العلاجات البديلة وتشمل دون حصر العلاج الأيورفيدي (الطب الهندي الطبيعي) (مثل طب الأعشاب) والطب الشمولي والتبويم الغناطيسي واليوجا والإبر الصينية والعلاج التجانسي والكايروبراكتيك والعلاجات الأخرى المشابهة – ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

- أي مرض ينتج من أو ينشأ عن الأمراض المنقولة جنسياً وأي علاج أو اختبار لمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وأي حالات ذات صلة بمرض نقص المناعة (الإيدز).

- نقل وزرع الأعضاء والنفقات ذات الصلة بها غير شاملة نفقات الحصول على أو البحث عن عضو والعلاج الذي ينتج عن

١- مقدمة :

يخدم هذا الدليل كملخص للتغطية ونطاقها وتحديداتها والإجراءات التي يتم اتباعها في حالة وجود مطالبة.

من المهم للأعضاء أن يفهموا بأن التفسيرات المعطاة هي للتوجيه فقط. لفهم مفصل للبرنامج فإنه يجب الرجوع إلى وثيقة التأمين وهي متوفرة لدى قسم الموارد البشرية والإدارة في شركتكم.

١-١ المزايا :

يشمل البرنامج، كلما كان ذلك قابل للتطبيق، فوترة مباشرة والمزايا هي:

أ: لا يلزم تقديم مطالبة (في المرافق الطبية المعينة)

ب: جميع المصاريف الطبية المستحقة التي يتم تكبدها ضمن شبكة مقدمي الخدمات المعينة يتم تسديدها (ناقص مبلغ الاقتطاع) مباشرة من قبل شركة تآزر.

١-٢ الاستحقاق :

يغطي البرنامج جميع الموظفين العاملين بدوام كامل حتى سن ٦٥ سنة و يتضمن ذلك الأزواج القانونيين و الأبناء الغير متزوجين للموظف تحت سن ٢٥ سنة.

١-٣ تاريخ بدء وانتهاء العضوية :

تبدأ التغطية من تاريخ توظيفكم لدى الشركة أو من تاريخ بدء البرنامج، أيهما يحدث بعد الآخر. تتوقف العضوية أوتوماتيكيا عند إنتهاء توظيفكم.

٢- تعريفات :

١. **العلاج :** إجراء طبي أو جراحي يكون هدفه الوحيد هو علاج المرض وليس تسكين الحالة المزمدة طويلة الأجل.
٢. **العلاج الداخلي:** وهو العلاج الذي يحتاج فيه عضو مشترك دخول المستشفى لمدة ليلة واحدة على الأقل للحصول على الرعاية والعناية الطبية المتخصصة قبل العلاج وأثنائه وبعده.ولا يمكن أداء هذه العلاجات على أساس العلاج الخارجي.
٣. **الرعاية اليومية :** وهو العلاج الذي يقتضي دخول العضو المشترك المستشفى للحصول على رعاية وعناية طبية متخصصة قبل وأثناء وبعد العلاج دون أن يتطلب ذلك المبيت.ولا يمكن تقديم هذه العلاجات على أساس العلاج الخارجي.
٤. **العلاج الخارجي:** كافة العلاجات والخدمات اللازمة من الناحية الطبية والتي لا تقتضي دخول المستشفى نهائياً أو ليلاً وكذلك لا تقتضي العناية الطبية المتخصصة.

٥. **مبلغ التحمل :** وهي قيمة محددة من النفقات الطبية المستحقة والتي يتحملها ويدفعها العضو المشترك قبل استحقاق سداد المنافع بموجب هذا البرنامج.وتكون هذه القيمة واجبة الدفع على العضو المشترك لكل استشارة من استشارات العلاج الخارجي فيما عدا زيارات المتابعة خلال عشرة (١٠) أيام من تاريخ بدء نفس المرض وبمعرفة نفس الطبيب أو الاستشاري.فإذا كانت النفقات الطبية المستحقة أقل من مبلغ التحمل، يعتبر العضو المشترك مسؤولاً عن سداد كافة النفقات المتكبدة.ويرد تحديد مبلغ التحمل بجدول وثيقة البرنامج وجدول المنافع وبطاقات العضوية.

٦. **شبكة مقدمي الخدمات :** وهي المستشفيات والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص والصيديات التي ترتبط الشركة معها باتفاق لتقديم المنافع المشمولة بالتغطية وفق شروط وأحكام هذا البرنامج للأعضاء المشتركين و/أو المدرجة بقائمة الشبكات بجدول وثيقة البرنامج.ويكون تلقي المنافع من هذه الشبكات على أساس الفواتير المباشرة.

إزالة عضو متبرع من متبرع أو العلاج الخاص بإزالة عضو من العضو المشترك لأغراض نقل وزرع الأعضاء إلى شخص آخر وأي مضاعفات تظهر بعد ذلك، ومع ذلك، تشمل الالتغطية عملية نقل وزرع القلب والقلب/صمام القلب والقلب/الرئة والكبد والبنكرياس والكلية والنخاع الشوكي، ولكنه لا تشمل المصروفات المتعلقة بالتبرع بالأعضاء ومصروفات الحصول على الأعضاء.

زرع الآلات التعويضية (بما في ذلك القنيات الاستت) والأجهزة الطبية وتشمل دون حصر رباط الركبة ورباط الياقة والدعم القطني ومخدرات الكعب ودعم القنطرة والوحدات المساعدة للسمع – ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

الغسيل الكلوي طويل المدى في حالة الفشل الكلوي المزمن.تدفع الشركة نفقات الغسيل الكلوي لمدة ثلاثة شهور أثناء الإعداد لعملية نقل وزرع الكلية.

العلاج الطبي للبدانة (بما في ذلك البدانة المرضية) وأي برامج أو خدمات أو تجهيزات أخرى للتحكم في الوزن. الاضطرابات النفسية – ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

الفيتامينات، والمعادن التكميلية، والعلاج بالهرمونات التعويضية، والستيرويداتوعلاج بديل للهرمونات والاسترويد والتجهيز العضوي ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

الإضطرابات الجلدية كالنتوءات ورقعات الجلد والكلويد وحب الشباب والمليساء المعدية.

رعاية الحمل والولادة كما هي محددة بالمادة ٣-٨ من هذا البرنامج إذا لم تكن مشمولة بجدول وثيقة البرنامج وجدول المنافع وبطاقات العضوية.

خدمات الأسنان كما هي محددة بالمادة ٣-٩ من هذا البرنامج – إذا لم تكن مشمولة بجدول وثيقة البرنامج وجدول المنافع وبطاقات العضوية – باستثناء حالات الإصابة العرضية التي تتسبب تلفاً للأسنان الطبيعية. تشمل الالتغطية خدمات تسكين الآلام الأولية ولأي علاج لازم للحفاظ على هيكل الأسنان للعلاج المستقبلي الدائم للتلث الذي يقع للأسنان الطبيعية.

علاج البصر والعيون وجراحات تصحيح أخطاء الانعكاس كما هي محددة بالمادة ٣-١٠ من هذا البرنامج إذا لم تكن مشمولة بجدول وثيقة البرنامج وجدول المنافع وبطاقات العضوية.

العقم أو العجز الجنسي أو الاضطراب الجنسي ، أو موانع الحمل، أو عمليات العقم، أو أية حالات أخرى مشابهة. تغطية حديثي الولادة من سن ١٥ يوم ، إلا في حالات استثنائية تكون مذكورة في جدول المنافع الطبية.

العيوب الخلقية ، والأمراض الخلقية، والأمراض الوراثية، والاضطرابات في النمو، والاضطرابات السلوكية ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

كافة نفقات النقل التي تتم أثناء الرحلات المخصصة لغرض الحصول على العلاج.

العلاج التصحيحي لعيوب السمع.

الإصابات التي تنشأ عن الرياضات الاحترافية والخطرة بما في ذلك ودون حصر الفوص بالمعدات والغطس الحر والنزول بالمظلات والطيران الشراعي وتسلق الجبال وفنون القتال.

نفقات العلاج والنفقات الطبية الناشئة عن حوادث العمل و/أو الأمراض المستحقة والمشمولة بتغطية أية وثيقة تعويض العمال . الإصابة أو المرض التي تنتج عن أو تنجم عن أو تنشأ عن الإصابة الذاتية أو الانتحار أو تناول الكحوليات أو المسكرات أو العقاقير غير القانونية أو أي عقاقير وأدوية لا يتم تناولها في شكل جرعات للأغراض التي يصفها الطبيب.

العلاجات التي تنشأ عن المشاركة في الحرب (المعلنة أو غير المعلنة) أو الأعمال الإرهابية أو أعمال الشغب أو الاضطراب المدني أو أي تصرف غير قانوني بما في ذلك الحبس الناتج وأي حادث أو مرض ينجم أثناء العمل كعضو متفرغ بوحدة للشرطة أو الجيش .

الإصابات الناشئة عن الانشطار النووي أو الاندماج النووي أو التلوث الإشعاعي أو الأسلحة الكيماوية أو البيولوجية.

كافة الاستثناءات المنصوص عليها تحديداً بالمادة (٣) من هذا البرنامج.

الخدمات الصحية غير اللازمة من الناحية الطبية.

الراحة الشخصية وسبل أو خدمات الراحة مثل التلفاز والهاتف والحلاق وخدمة النزلاء والخدمات والتجهيزات العرضية المماثلة.

الخدمات الصحية والمصروفات المصاحبة لخدمات التجريب أو الفحص أو الخدمات غير المؤكدة.

تُستثنى الخدمات والتجهيزات الخاصة ببرامج التوقف عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.

علاج هرمون النمو.

العلاج المصاحب بشكل مباشر أو غير مباشر لتغير الجنس وأي من مترتياته.

علاج صعوبات التعلم والنشاط المفرط واضطراب عدم القدرة على الانتباه وعلاج الكلام والمشكلات المتعلقة بالنمو والسلوكية لدى الأطفال- ما لم تكن مشمولة بجدول المنافع.

علاج اضطرابات التنفس أثناء النوم بما في ذلك الشخير أو الاختناق أثناء النوم أو اختلاف التوقيت أو ضغط العمل أو أي حالات ذات صلة.

نقل الإسعاف الجوي بصفة عامة والنقل الأرضي في غير حالات الطوارئ من قبل مقدمي الخدمات غير المرخص لهم.

كافة الحالات ذات الصلة بالحمل والولادة بالنسبة لغير المتزوجات.

كافة الحالات التي تتطلب علاج / خدمات الطوارئ الداخلي والتي لا يتم إبلاغ الشركة بها خلال أربع وعشرين (٢٤) ساعة من دخول المستشفى.

المضاعفات الناشئة بشكل مباشر عن الخدمات المستثناة من التغطية.

أية رعاية وقائية بما في ذلك التلقيحات والتطعيمات وحقن حمض الهيالورونيك واختيار الحساسية وإزالتها وأي اختبارات وفحوص جسمانية أو عقلية أو نفسية أثناء تلك الفحوص ما لم تكن مشمولة في قائمة الإعانات.

انحراف الحاجز الأنفي و / أو استئصال المحارة للأغراض التجميلية.

أي إقامة داخل المستشفى ، اختبارات تشخيصية و عمليات أخرى بدون إذن مسبق من شركة التأمين.

أي خدمات طبية و / أو علاج لم يوصف من قبل الطبيب المعالج.

جميع المصاريف والمستلزمات الطبية من أدوية وعلاج لا تمت للمرض بعلاقة ، أو توصف من قبل جهة طبية غير مرخصة.

جميع الحالات غير الطارئة التي تستدعي العلاج في المستشفى، والتي لم يتم الموافقة عليها من قبل الشركة قبل إدخال المريض للعلاج.

أي فحص/اختبار أو علاج غير مطلوب من قبل الطبيب.

أي علاج داخلي في المستشفى «يتطلب المبيت» أو فحوصات أو أي إجراءات أخرى من الممكن إجراؤها على نحو لا يستدعي التنويم في المستشفى دون تعريض صحة العضور المشارك للخطر.

أي منتجات دوائية أو طبية لا تعد كعلاج طبي لمرض معين أو لم ينص عليها من قبل الطبيب المعتمد.

٤- إدارة البرنامج وإجراءات خدمة العملاء؛

١-٤ الموظف المسئول عن تسجيل المؤمن عليه

وهو الموظف المسئول عن تسجيل العضوية وإلغاء العضوية و البطاقات الطبية وغيرها من الأمور المتعلقة بتسجيل الأعضاء. يستطيع الأعضاء المؤمنين الإتصال بشركة تازر من خلال قسم الموارد البشرية في شركاتهم للإستفسار عن الأمور المتعلقة بالتسجيل.

٢-٤ الموظف المسئول عن المطالبات

وهو الموظف المسئول عن تسوية جميع المطالبات. يستطيع الأعضاء المؤمنين الإتصال بشركة تازر من خلال قسم الموارد البشرية في شركاتهم للإستفسار عن الأمور المتعلقة بالمطالبات.

٣-٤ الطبيب

الطبيب هو المسئول عن الرد في خلال ٦٠ دقيقة على جميع الطلبات المقدمة اليه من مقدمي الخدمة للموافقة عليها.

يستطيع الأعضاء المؤمنين الإتصال على الرقم المجاني للإستفسار على الموافقة على الطلب.

(داخل البحرين: ٨٠٠١٤٣٦٧)

(خارج البحرين: ٠٠٩٧٣٦٦٠٠٤٤١٤)

٤-٤ إجراءات الموافقة المسبقة للمطالبات؛

٤-٦ إجراءات العلاج أو تسوية المطالبات خارج الشبكة المعينة / خارج منطقة التغطية (على أساس التعويض) :

هذه العملية يقوم خلالها مشرف خدمات العملاء بمراجعة المعلومات للتأكد من الوفاء بالاحتياجات الطبية للمؤمن له ومن استخدام الحلول المراعية لفعالية التكلفة. هذا يتم بالتعاون مع المؤمن له وطبيبه والمرفق الطبي.

بالنسبة للخدمات التي يتم الحصول عليها ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعينة يجب إرسال طلب الموافقة المسبقة إلى شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية وذلك من قبل مقدم الخدمة المعين وليس من قبل العضو.

الموافقة المسبقة مطلوبة لما يلي:

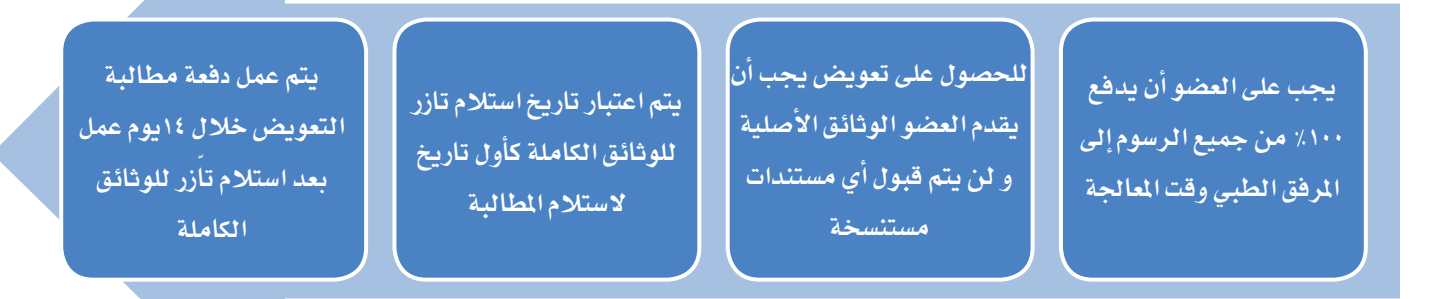
- الإدخال إلى المستشفى
- تمديد الإقامة في المستشفى
- خدمات الرعاية اليومية
- التصوير بالرنين المغناطيسي/التصوير بالمفراص/تخطيط العضلات الكهربائي/تخطيط القلب الكهربائي
- العلاج الطبي
- الأدوية لمخزون أكثر من ٣ شهور
- كافة علاجات الاسنان/النظارات/رعاية الحمل و الولادة
- خدمات العيادات الخارجية التي تتجاوز الحد

الموافقة المسبقة على علاج غير طارئ:

في حالة الحصول على علاج غير طارئ من مرفق طبي خارج الشبكة المعينة او خارج منطقة التغطية، يجب على العضو الحصول على موافقة مسبقة من شركة تازر وبالتنسيق مع قسم الموارد البشرية في شركتكم وسيتم إرسال الطلب الى شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية، هذا و ستتم الإجابة على الطلب خلال ساعتين من تاريخ الإستلام.

إذا تم تجاوز الوقت والمنفعة الأصليين للموافقة المسبقة فإنه يجب الحصول على موافقة مسبقة أخرى على مدة التمديد المقترحة.

٤-٥ إجراءات العلاج ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعينة (فترة مباشرة)



الوثائق الأصلية التالية مطلوبة لطلب التعويض:

لطلبات العلاج الخارجي / العمليات / الفحوصات / تحاليل / الرعاية اليومية :

- نموذج طلب كامل و يتم إمضاه من قبل المريض و الطبيب (يجب أن يكون مختوم بختم المستشفى / العيادة/ الدكتور)
- وصفة الطبيب للدواء
- الفواتير الطبية الأصلية
- صورة من بطاقة العضوية
- تقارير الفحوصات (إذا وجد)
- فواتير الأدوية و الأجهزة الطبية إذا تم شراؤها من الصيدلية
- لطلبات الأسنان: التكاليف المفصلة/ العلاج / تحديد رقم السن
- لطلبات العيون: الوصفة يجب أن تكون من طبيب العيون أو فاحص النظر



لطلبات العلاج الداخلي:

- نموذج طلب كامل و يتم إمضاه من قبل المريض و الطبيب (يجب أن يكون مختوم بختم المستشفى / العيادة/ الدكتور)
- خطاب الموافقة المسبقة
- وصفة الطبيب للدواء
- الفواتير الطبية الأصلية
- صورة من بطاقة العضوية
- تقارير الفحوصات (إذا وجد)
- فواتير الأدوية و الأجهزة الطبية إذا تم شراؤها من الصيدلية
- التقارير و النتائج الطبية المفصلة
- تقرير مفصل عن حالة المريض (الذي يتم إصداره بعد إخراج المريض)



٤-١٧ الرسوم المتعارف عليها و المعقولة

هو المبلغ الذي تقرره شركة تازر لإجراء طبي معين. وهذا يعتمد على أن يكون المبلغ مناسب لهذا الإجراء الطبي بمقارنته مع أسعار السوق، في البلد الذي تم العلاج فيه أو في بلد الإقامة، أيهما أقل.

٤-٨ العلاج الطارئ:

أ: في حالة الطوارئ يجب عليك استخدام اقرب مرفق طبي.

ب: إذا كان المرفق الطبي غير معين يجب عليك أن تخطر شركة تازر فوراً أخذاً بعين الاعتبار حالتك الصحية. عندئذ تقوم شركة تازر بإفادتك حول الموافقة المسبقة وتقوم بعمل الترتيبات معك ومع المرفق الطبي بخصوص علاجك.

في حالة الطوارئ لا نتوقع أن يقوم عضو بالاتصال بنا سلفاً. إلا أننا نطلب منك أن تطلب من أحد الأشخاص أن يتصل بنا هاتفياً في أقرب وقت ممكن ليكون لدينا علم بحالتك.

٤-٩ الرأي الطبي الثاني:

بإمكاننا أن نسأل ممارس طبي مستقل أن يفيدنا حول الوقائع الطبية المتعلقة بمطالبة أو أن يفحص العضو فيما يتعلق بالمطالبة. ونحتاج فقط إلى ذلك بشكل نادر جداً ونستخدم هذا الحق عندما يوجد شك حول طبيعة أو مدى الحالة الطبية و/أو مسئوليتنا بموجب الوثيقة.

٥- بطاقة العضوية.

أنظر النموذج من بطاقة العضوية.

نموذج التعويض النقدي:

نموذج المطالبات الموحد:

(Section A) يجب تعبئته من قبل العضو

Member Name : إسم المؤمن عليه

إسم شركة التأمين/

Insurance Company/TPA Name : إسم شركة إدارة المطالبات التأمينية

Membership / Policy No : رقم العضوية / الرقم الوثيقة التأمينية

Policy Holder : إسم شركة الموظف

Date of Birth : تاريخ الميلاد

Gender : الجنس

CPR/ Passport No : رقم البطاقة السكانية/ رقم جواز السفر.

Single/ Married : الحالة الإجتماعية

Member's phone number : رقم هاتف المؤمن عليه

(Section B) يجب تعبئته من قبل الطبيب المعالج.

تعريف العضو

Signature : الإمضاء

Date : التاريخ

نموذج المطالبات الموحد (الأسنان و العيون)

Member Name : إسم المؤمن عليه

Policy No : رقم الوثيقة التأمينية

Gender : الجنس

Date of Birth : تاريخ الميلاد

Member's phone number : رقم هاتف المؤمن عليه

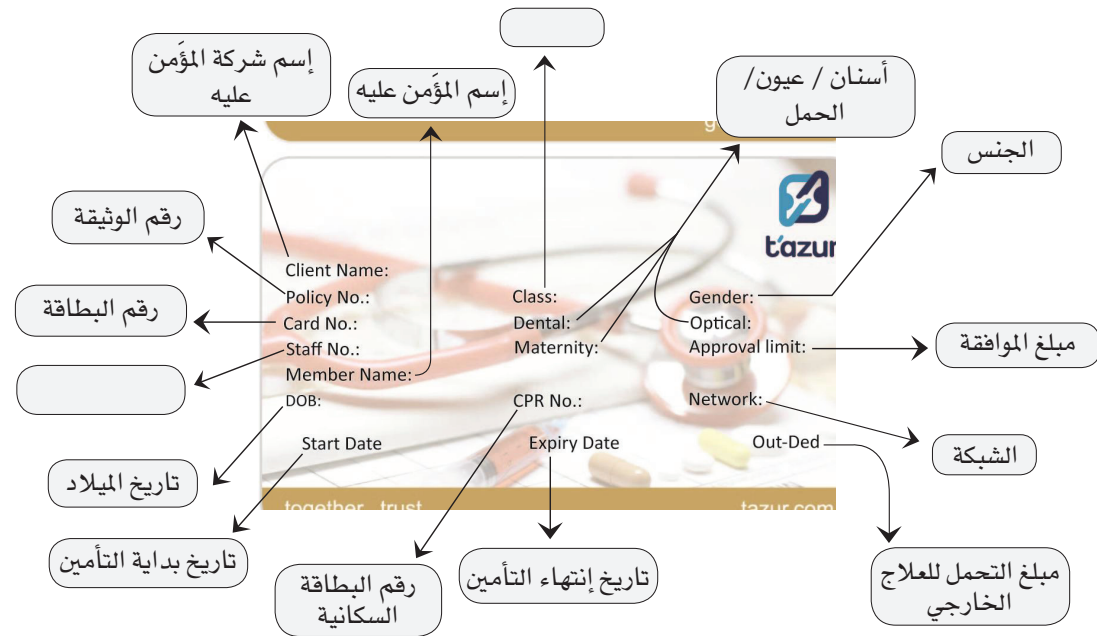
Date of Visit : تاريخ الزيارة

(Section B) يجب تعبئته من قبل طبيب الأسنان.

(Section C) يجب تعبئته من قبل طبيب العيون.

(Section D) يجب الإمضاء عليه من قبل الطبيب و العضو المؤمن عليه.

BIA		gems		tazur	
NATIONAL CLAIM & APPROVAL FORM (DENTAL & OPTICAL) Sr. No.					
SECTION A: TO BE COMPLETED BY MEMBER					
Member Name: _____		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ID. Number: _____	
Policy Number: _____		File No. _____		Mob. No. _____	
D.O.B. _____		Date of Visit: _____			
SECTION B: TO BE COMPLETED BY DENTIST					
1. Chief Complaint & Main Symptoms: _____ Permanent					
2. Duration of illness: _____					
3. Diagnosis: _____					
4. Please tick () where appropriate:					
<input type="checkbox"/> RTA <input type="checkbox"/> Work Related Accident <input type="checkbox"/> Sports Related <input type="checkbox"/> Cleaning <input type="checkbox"/> Orthodontics/Ethetics <input type="checkbox"/> Congenital/Developmental <input type="checkbox"/> Check-Up					
5. Anticipated plan of treatment/procedures _____					
Service		Cost		Anticipated Total Cost	
Doctors Fee		-		-	
Medicine		-		-	
X-Ray		-		-	
Dental procedures (specify)		-		-	
				Anticipated Date of Rx	
SECTION C: TO BE COMPLETED BY OPHTHALMOLOGIST/OPTICIAN					
RIGHT EYE		LEFT EYE		PD	
Sphere		Sphere		Cylinder	
Cylinder		Cylinder		Axis	
Axis		Axis		Prism	
Prism		Prism		V/A	
V/A		V/A		V/A	
Distance		Distance		Near	
Near		Near		Near	
Right Lens Cost		Left Lens Cost			
Frame Cost		Anticipated Total Cost			
SECTION D: DECLARATION TO BE SIGNED BY ATTENDING PHYSICIAN AND THE MEMBER OR GUARDIAN					
I hereby certify that ALL information mentioned herein are correct & that the services shown on this form were medically indicated & necessary for the management of this case.			I, the undersigned, hereby declare that the above mentioned services have been rendered to me in full and confirm that the settlements contained herein are true and that all relevant information has been disclosed.		
Name of Physician: _____			Member Signature _____		
Signature: _____			Date of completion of treatment: _____		
Stamp & Licence No. _____			Date: / /		
FOR INSURANCE COMPANY USE ONLY:					
<input type="checkbox"/> Approved		<input type="checkbox"/> Not Approved		Comments: _____	
Approved No.: _____		Approved Validity: _____			
Insurance Officer: _____		Signature: _____		Date: / / CLAIM No. _____	
Hotline and Pre-authorization contact numbers: 80014367, 66004414, Fax - 17911260 For Approvals Email : info@gemspa.com, helpdeskdoctor@gemspa.com					



٥-١- خطاب الضمان:

إذا إختار المؤمن عليه أن يتلقى العلاج من خارج الشبكة و يحتاج لخدمات تتطلب تصريح مسبق، يجب عليه أن يأخذ المعلومات المطلوبة في النموذج السابق و يجب إملأها من قبل الطبيب المعالج و إرسالها لشركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية للموافقة المسبقة إما عن طريق البريد الإلكتروني أو الفاكس.

٥-٢- البطاقات البديلة:

الرجاء الإتصال بقسم الموارد البشرية بشركتكم لإصدار بطاقات بديلة للتي يتم فقدانها. عند إلغائها فإن البطاقات المفقودة لا تكون صالحة للتغطية ويجب إعادتها إلى شركة تازر إذا تم العثور عليها.

عندما يترك العضو البرنامج أو لم يعد مؤهلاً للعضوية يجب إعادة بطاقة/بطاقات العضو إلى قسم الموارد البشرية والإدارة قبل آخر يوم عمل أو الأهلية.

٥-٣- في حالة نشوء مشاكل:

رغم كل النوايا الحسنة، ورغم كل الإصرار والعزم بتجنب المشاكل أحياناً تحدث بعض الأشكالات حول خدمات التأمين. لهذا ، وجدنا من الأنسب في مثل هذه الحالات أن يكون لدى مدراء شركة تازر للعناية الصحية الصلاحيات الواسعة لحل مثل هذه المشاكل وتقديم أقصى ما يمكن من الخدمات للعميل لذلك ، نحن نوصي العميل بالاتصال مباشرة بهم وفي حال أنهم لم يتمكنوا من حل المشكلة ، نرجوا منك أن تكتب إلى العنوان التالي حتى

نقوم بالتحقيق في المسألة بكل نزاهة وأمانة:

شركة تازر

رقم بريدي ٣١٦٠٠ المنامة، مملكة البحرين.

رقم الهاتف: ١٧٥٦١٦٦١

رقم الفاكس: ١٧٥٦١٦٦٩

بريد إلكتروني: info@tazur.com

الوجه الخلفي:

أرقام الهاتف و التفاصيل لمركز الإتصال داخل و خارج البحرين، متوفرة لسهولة الرجوع إلينا.



24 hours helpline : (+973) 66004414

Toll-Free Tel. : 8001 4367

Fax : (+973) 17 911260

For general information : info@gemstpa.com

info@tazur.com

For International Assistance:

assist america®

Toll Free (Inside USA) : 1 877 488 9857 Other Countries : +1 609 275 4999

Email : medservices@assistamerica.com



شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية ذ.م.م.

Letter of Guarantee

Ref No. :

Provider Name:	Patient Name :
Patient File No. :	MemberNo :
Department :	Class : Gender : Age:
VisitDate :	PolicyNo :

Patient Type :	Emergency Case ?
VisitType:	Duration Of Illness:
Chief Complaints And Main Symptoms:	
SignificantSigns :	
OtherConditions :	
Diagnosis :	

Service Type : Indicate LMP Date : NA

Code	Description	Specifics	Cost

Total Cost :

Please specify the possible line of management when applicable:

Estimated Length Of Stay : Expected Admission Date :

Comments :

I hereby certify that all information mentioned are correct & that the medical services shown on this form were medically indicated & necessary for the management of this case. Physician Signature & Stamp: Date:	I hereby certify that all statements & information provided concerning patient identification & present illness or injury are TRUE. Name & Relationship(if guardian) Signature Date
---	--

Completed By : Signature : Date :

For Insurance Company Use Only: Status : Approval Validity Date:

Suggested Stay :

Comments :

GEMS Officer Signature Date :

GEMS confirms the coverage of member's treatment specified in the requested field based on the limited information provided during pre-approval.

GEMS reserves the right to fully or partially decline payment for any of the following reasons:

1.If details at the time of claim submission differ from those disclosed at the time of pre-approval.

2.If the line of treatment or service is not according to internationally recognized medical standards and MOH approved practices.

3.In case of forgery.

All the above approved cases will be considered upon submission of the claim with the original signed claim form, invoices, Medical Reports, CPR copy and signed patient declaration form for inpatient surgeries/procedures etc.

١٣-	ما هي المستشفيات المشمولة في شبكة شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية؟	شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية بالبحرين لديها شبكة كبيرة من مقدمي الخدمة الصحية و يتم تحديثها كل فترة. و تختلف قائمة مقدمي الخدمة من برنامج لآخر، و يمكن التحقق منها من خلال زيارة الموقع الإلكتروني : www.gemstpa.com
١٤-	هل يمكنني زيارة احد مقدمي الخدمة خارج الشبكة؟	”
	الرجاء التحقق من تفاصيل برنامجكم مع قسم الموارد البشرية. و يمكنكم الإتصال بشركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية على رقم ٨٠٠١٤٣٦٧ (داخل البحرين) و ٠٠٩٧٣٦٦٠٠٤٤١٤ (خارج البحرين) للتحقق.	
١٥-	ما هي الخطوات لتلقي جزء من العلاج داخل الشبكة و الجزء الاخر خارج الشبكة؟ (مثال: الإستشارة في أحد مقدمي الخدمة خارج الشبكة و لكن الدواء الموصوف داخل الشبكة)	يمكنك أن تصرف الدواء من أي صيدلية داخل شبكتنا حتى إذا كان الطبيب المعالج من خارج الشبكة. يمكنك أن تقدم وصفة الطبيب الأصلية للصيدلي الذي سيصرف لك الدواء تبعاً للأحكام و الشروط المذكورة في وثيقتكم.
١٦-	ماذا نفعل إذا أردنا إضافة مقدم خدمة للشبكة و هو ليس بالشبكة؟	تقوم بإرسال تفاصيل مقدم الخدمة لشركة تازر من خلال قسم الموارد البشرية، وستقوم شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية بإضافته الى قائمة مقدمي الخدمة و إن وقع مقدم الخدمة تحت فئة وثيقتكم.
١٧-	كيف أحصل على نموذج التعويض؟	من قسم الموارد البشرية في شركتك و الذي سيتصل بشركة تازر، أو يمكنكم تحميل النموذج من على موقع شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية. (www.gemstpa.com)
١٨-	ما هو الوقت المطلوب لإجراءات طلب البطاقة؟	أي إضافة أو إلغاء أو إصدار بطاقة بديلة لن يستغرق أكثر من يومي عمل.
١٩-	هل الأدوية بدون الوصفة الطبية صالحة للتعويض؟	هذا يعتمد على تغطية وثيقتكم. و لكن بصفة عامة (أخذين في الاعتبار الأعراض الجانبية لبعض الأدوية المصروفة بدون وصفة الطبيب) فإن هذا النوع من المطالبات لن تتم تغطيته.
٢٠-	ماذا أفعل إذا لم أستطع إرسال الوثائق الأصلية بسبب عدم وجودي داخل البلد أو لأي سبب آخر مسبب؟	هناك بعض الاستثناءات، يمكنك إرسال بريد إلكتروني ملحقاً به نسخة واضحة من كل الوثائق المطلوبة لقسم الموارد البشرية، و هم سيقوموا بإرساله لشركة تازر.
٢١-	متى أحتاج الى الموافقة المسبقة للعلاج؟	يجب أن تراجع جدول المنافع في الوثيقة. و لكن بشكل عام جميع حالات التنويم في المستشفى خارج الشبكة تحتاج الى الموافقة المسبقة.
تحتاج الى الموافقة المسبقة في الحالات التالية :		
	<ul style="list-style-type: none"> الإدخال الى المستشفى تمديد الإقامة في المستشفى خدمات الرعاية اليومية التصوير بالرنين المغناطيسي / التصوير بالمفراس / دوبلر / جهاز هولتر / المنظار العلاج الطبيعي الأدوية لمخزون أكثر من ٣ شهور خدمات العيادات الخارجية التي تتجاوز الحد 	
الأسئلة المتوقعة :		
١-	كيف أستطيع الإتصال بتازر؟	يستطيع المؤمن عليه أن يخبر قسم الموارد البشرية في شركته. و هم سيتصلوا بتازر.
٢-	من هي شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية؟	شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية هي أول شركة إدارة مطالبات تأمينية مرخصة في البحرين و تقدم مجال واسع من خدمات الإدارة الصحية، و هي لديها معرفة و خبرة أكثر من ١٠ سنوات في التعامل مع المطالبات في البحرين و السعودية.
٣-	كيف أتصل بشركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية؟	شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية لديها رقم مجاني ٨٠٠١٤٣٦٧ لداخل البحرين، و ٠٠٩٧٣٦٦٠٠٤٤١٤ لخارج البحرين. تستطيع الإتصال بهم على مدار الساعة ٧ أيام في الأسبوع عندما تحتاج للمساعدة أو لديك إستفسار أو مشكلة مع أي من مقدمي الخدمة الطبية داخل الشبكة.
٤-	ماذا تعنى الإختصارات التالية الموجودة على بطاقة التأمين؟	مبلغ التحمل للعلاج الخارجي : Out-Ded
٥-	ماذا أفعل في حالة ضياع البطاقة؟ كيف أستطيع الحصول على بطاقة أخرى بديلة؟	يجب على المؤمن عليه أن يخبر قسم الموارد البشرية في شركته. يجب على قسم الموارد البشرية إرسال طلب لتازر.
٦-	كيف يمكن تصحيح الأخطاء في المعلومات الموجودة على بطاقة التأمين؟	يجب على المؤمن عليه أن يخبر قسم الموارد البشرية في شركته. يجب على قسم الموارد البشرية إرسال طلب لتازر.
٧-	ما هو الوقت المتوقع للموافقة على طلب في شبكة مقدمي الخدمة؟	بعد إرسال الطلب من خلال مقدم الخدمة، الوقت المتوقع لإرسال الموافقة هو ساعة بالأقصى.
٨-	أين يمكنني أن أرسل الطلب لأحصل على التعويض؟	يمكنك أن ترسله لقسم الموارد البشرية بشركتك و هم سيقوموا بإرساله إلينا.
٩-	متى يمكن أن أرسل الطلب؟	الطلب يمكن أن يقدم في خلال الفترة المذكورة في البرنامج.
١٠-	كم يستغرق من الوقت للحصول على مبلغ التعويض المادي للطلب؟	خلال ١٤ يوم عمل من تاريخ الإستلام لأي طلب تعويض مكتمل المعلومات.
١١-	كيف أستخدم بطاقة التأمين؟	ينبغي أن تقدم بطاقة التأمين في كل مرة عند زيارة أحد مقدمي الخدمة الطبية داخل شبكتنا.
١٢-	كيف أعرف مدى تغطية وثيقتي؟	يجب أن تراجع تفاصيل البرنامج مع قسم الموارد البشرية. كل المعلومات اللازمة عن المنافع و التغطية الجغرافية و الشبكة و الإستثناءات تكون مذكورة في البرنامج.

٢٢- ما هي الإجراءات لعلاج التنويم خارج البحرين؟

إذا كنت تحصل على الخدمة من خلال أحد مقدمي الخدمة داخل الشبكة فكل ما تحتاج اليه هو إبراز بطاقة التأمين. و لكن في حالة الحصول على الخدمة من أحد مقدمي الخدمة خارج الشبكة فيجب أن تأخذ خطاب الموافقة المسبقة من شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية. ما عدا في الحالات الطارئة.

٢٣- ما هي الإجراءات لعلاج التنويم خارج الشبكة؟

يجب أن تأخذ خطاب الموافقة المسبقة من شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية. ما عدا في الحالات الطارئة. و بعدها يجب إرسال نموذج تعويض المطالبات لجميع المبالغ المدفوعة و معها الأوراق المطلوبة، و يتم الإرسال من خلال قسم الموارد البشرية.

٢٤- ماذا يحدث إذا قمت بدفع المبلغ نقدا لأحد مقدمي الخدمة داخل الشبكة؟ هل سيتم تعويض المبلغ المدفوع بالكامل؟

من المفضل أن تظهر دائما بطاقة التأمين عندما تذهب الى أحد مقدمي الخدمة داخل الشبكة، و لكن إذا لم يحدث ذلك لسبب ما و قمت بدفع المبلغ نقدا، سيتم تعويضك بالمبلغ حسب تعاقدا شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية مع مقدمي الخدمة في الشبكة و تبعا للأحكام و الشروط في بوليصتك.

٢٥- ما هو تقرير الاستخدام؟

هو تقرير يوضح عدد المطالبات و المبلغ المعتمد للنفقات الطبية و التي حصلت خلال فترة الوثيقة.

٢٦- أين يمكنني أن أحصل على تقرير الاستخدام؟

من خلال قسم الموارد البشرية في شركتكم و الذي يحصل عليها من شركة تازر.

٢٧- من يمكنني أن أحادثه لكي أستطيع متابعة الموافقة؟

للإتصال المحلي يمكنكم الإتصال على الرقم المجاني لشركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية ٨٠٠١٤٣٦٧

للإتصال من خارج البحرين: يمكنكم الإتصال على ٠٠٩٧٣٦٦٠٠٤٤١٤

٢٨- لمن يمكنني أن أرسل شكوى ضد أحد مقدمي الخدمة؟

يمكنكم أن ترسلوا الشكوى لشركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية عن طريق الإتصال على الرقم المجاني أو إرسال الشكوى لشركة تازر من خلال قسم الموارد البشرية في شركتكم.

٢٩- مع من يمكنني أن أتواصل عندما تواجهني مشكلة مع أحد مقدمي الخدمة و أحتاج الى مساعدة؟

يمكنكم الإتصال على الرقم المجاني لشركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية بالبحرين لإيجاد حل للمشكلة ٨٠٠١٤٣٦٧ (داخل البحرين) أو الإتصال على ٠٠٩٧٣٦٦٠٠٤٤١٤ (من خارج البحرين)

Overall Limits & Benefits

Area of Cover	Kingdom of Bahrain, GCC, Middle East, Indian sub-continent, South East Asia
Overall Annual Limit Per Person	BD 5,000 pppa
Emergency treatment outside Bahrain	Covered in full within area of cover and extended to worldwide subject to Bahrain network charges or the actual whichever is less while on a business trip / vacation not exceeding 90 days per person per annum.
Elective or Non-emergency treatment outside Bahrain	Covered subject to reasonable & customary Bahrain network charges or the actual whichever is less and plan deductible/co-payment
Elective or Non-emergency treatment outside Network providers	Covered subject to applying out-of-network co-payment <i>Please refer to deductible/co-payment section</i>
Treatment other than emergency outside area of cover	Not covered
Work related injuries	Not Covered
Pre-Existing & Chronic Conditions	Covered up to BD 2,000 pppa
New-born Babies	Covered from Day 1, excluding complication due to premature delivery

In-Patient Benefits

Hospital Accommodation & Services inside network	Covered in full
Pre-Existing & Chronic Conditions	Covered in full
Accommodation type inside Network	Standard Private Room
ICU Charges per person per annum	Covered in full
Hospital accommodation outside our network	Subject to reasonable & customary t'azur network (GN) charges and applying out-of-network co-payment
Day-care treatment	Covered in full
Prescription drugs & Dressings	Covered in full
Prescribed Physiotherapy	Covered in full
Surgical fees, including anaesthesia & theatre charges	Covered in full
Consultant's, surgeon's, & anaesthetist's fees	Covered in full
Surgical appliances and prostheses (if surgically required):artificial implants/prostheses/cardiac pacemaker	Covered in full
Diagnostic Tests	Covered in full

Ambulance Transportation	Covered in full
Nursing at Home (immediately after or instead of hospital) subject to approval and referral by physician (per person per annum)	Covered up to max 13 weeks
Post Hospitalization treatment	Covered in full when received within 90 days from date of discharge.
Major Organ transplant: Heart, Kidney, Liver, Lung and Bone marrow transplant (only surgery) other than donor's expenses	Covered subject to the limit/sub-limit of pre-existing & chronic conditions.
Accidental damage to natural teeth following a covered accident	Covered in full
Accommodation Costs for one parent staying with child <18 years old	Covered up to BD 20 per day
Hospital cash benefit in inpatient treatment received free of charge in a governmental Hospital	Covered up to BD 60 per day up to 20 days pppa

Out-Patient Benefits

GP and specialist consultations inside Network	Covered in full
GP and specialist consultations outside Network	Subject to reasonable & customary t'azur network (GN) charges and applying out-of-network co-payment
Visiting Doctor Consultation	Covered subject to reasonable & customary charges for the same treatment by an in-house doctor.
Diagnostic tests and procedures	Covered in full
Prescribed medicines and dressings	Covered in full
Prescribed Physiotherapy per person per annum	Covered up to max 12 sessions per illness
Outpatient surgery	Covered in full
Diagnostics X-ray, ultrasound, CT scan, Nuclear Scan, MRI, Laboratory etc	Covered in full

Other Benefits

Oncology: Cancer treatment, Radio & Chemo therapy (In & Out patient)	Covered subject to the limit/sub-limit of pre-existing & chronic conditions.
Emergency Transportation & Evacuation <ul style="list-style-type: none"> - Emergency Medical Evacuation - Hospital Admission Assistance - Prescription Assistance - Medical Monitoring - Compassionate Visit - Return of Minor Children - Medical Repatriation - Repatriation of Mortal Remains - Lost Luggage or Document Assistance 	Covered up to US\$ 1,000,000
Repatriation of mortal remain from the country of residence to the home country	Covered up to BD 1,000 per person
Complementary medicine and treatment by chiropractors, osteopaths, homeopaths, acupuncturists when referred by a doctor	Covered up to BD 100 pppa
Renal Dialysis	Covered subject to the limit/sub-limit of pre-existing & chronic conditions.
Psychiatric Treatment if due to an accident/sickness	Covered in full
Reconstructive surgery following a non-industrial accident	Covered in full
Vitamins	Covered if prescribed by the treating doctor for deficiency and not as a supplement
Dental Benefits: Include Consultations, Extraction, Filling (Amalgam & Composite) , Root Canal Treatment, X-ray, Gum Treatment includes Scaling, curettage, Incision and drainage of abscess and prescribed medicine only	BD 100 pppa Note: Treatment within network and no cash re-imbursement allowed from outside network
Optical Benefits: Include Consultation, Vision tests for errors of refraction (Eye Examinations), 1 pair of lenses for spectacles Including spectacle frames and excluding contact lenses	BD 100 per employee with an aggregate limit of BD 300 per family per year. Frame sub limit: BD 35 pppa Note: Treatment within network and no cash re-imbursement allowed from outside network
Maternity Benefits: Include Pre & Post natal care, Delivery (Normal/Caesarea), Miscarriage / Legal Abortion, Complication, New born care whilst mother is confined in the hospital Limited to 1 delivery per annum. Benefit from day 1 for existing & new joiners Including Circumcision if done within 3 months from birth	BD 1,000 per eligible female member per year Abortion BD 400 Note: Treatment within network and no cash re-imbursement allowed from outside network

Deductibles & Co-payments

Deductible / Co-payment	Outpatient :20% for each & every claim & 25% for physiotherapy sessions Inpatient: :10% for each & every claim incl. maternity Dental: :25% for each & every claim Optical: :25% for each & every claim Maternity :20% for each & every claim (OP only)
Deductible / Co-payment outside Network (Excluding Government Hospital) for elective or non-emergency treatment	Outpatient :40% for each & every claim Inpatient :40% for each & every claim Dental :N/A Optical :N/A Maternity :N/A <i>Note: In-patient treatment always subject to pre-authorization</i> <i>Note: Subject to reasonable & customary network charges. No basic deductible/co-payment shall be applied.</i>
Pre-authorization limit	BD 100 per service including Pre-existing & chronic conditions
Time limit for submission of Cash claims	Within Bahrain: 60 days from the date of discharge Outside Bahrain: 60 days from the date of discharge

Network Type

Applicable Network for direct billing facility	General Network (GN)
Direct Billing Facility	Within Bahrain and outside Bahrain on re-imbursement basis