

دليل المشترك:

عزيزي المشترك :

اعتزازاً منا بإتاحة الفرصة لنا لتقديم خدمة التأمين الصحي لمنتسبي البنك فإننا نضع بين يديك هذا الدليل لمساعدتك على الإحاطة بمزايا ومنافع برنامج التأميني الخاص بك والطرق الواجب إتباعها للاستفادة من الخدمات الطبية المتاحة.

الشبكة الطبية المعتمدة :

قامت (MIS) باختيار مرافق طبية متميزة ، وتوخت في اختيارها الكفاءة الطبية والتوزيع الجغرافي، ابتداءً بتغطية أبرز المحافظات، مع السعي (بإذن الله) لتغطية كافة المحافظات بالمرافق الطبية اللازمة من مستشفيات وعيادات أطباء وصيديات ومختبرات ومراكز أشعة، علاج طبيعي، وبصريات، وغيرها. ومانفك التأمينية تتيح لك حرية الاختيار بين كافة مقدمي الخدمة الواردين ضمن الشبكة الطبية المعتمدة ، مع مراعاة أنه يتم تحديث قائمة مقدمي الخدمات المتعاقد معهم بصفة مستمرة.

طلب التأمين الصحي :

عزيزي المشترك يتوجب عليك تعبئة طلب التأمين الصحي المقدم لك مع تحري تعبئة كافة البيانات و المعلومات الموجودة في الطلب بما في ذلك التصريح عن الأمراض التي تعاني منها حالياً، أو الأمراض السابقة أو العمليات التي أجريتها، كونها ستصبح أساساً لمفك الطبي وحتى تتمكن من الاستفادة من الخدمات الطبية التي تتعلق بالحالات السابقة ، و أية معلومات خاطئة قد تعرضك لتحمل مسؤوليتها المالية والطبية والقانونية.

بطاقة التأمين الصحي :

يتم إصدار بطاقة تأمين لكل مشترك تحوي معلومات أساسية عنه، إضافة إلى تفاصيل التغطية التأمينية التي يتمتع بها وتخوله الحصول على الرعاية الطبية من الجهات الطبية المعتمدة. وبدون هذه البطاقة لن تقدم الجهات الطبية الرعاية الطبية للمشارك، وهذه البطاقة على درجة عالية من الأهمية، فهي بطاقة شخصية، غير قابلة للتحويل أو الاستخدام من قبل الغير كما يتوجب عليك - عزيزي المشترك- الحرص على حمل بطاقتك الشخصية، وذلك لمقارنة المعلومات على كلا البطاقتين. وعند فقدانك لبطاقتك فيجب عليك إشعار شركة التأمين فوراً حتى نتعاون في تحاشي حدوث سوء استعمال لبطاقتك المفقودة ولكي تحصل على بدل فاقد فلا بد من حصولك على رسالة رسمية من جهة عملك.

تصدر البطاقة عن شركة المتخصصة للتأمين الصحي (MIS)

الرقم التأميني الخاص بكل مشترك

نطاق التغطية التأمينية (داخل وخارج المستشفى)

نسبة التحمل : هي النسبة التي يدفعها المشترك مباشرة من كلفة الخدمة الطبية المقدمة له.
ملحوظة هامة : المقصود بدخل المستشفى حالات الرقود والإدخال وبخارج المستشفى المعانيات بما فيها المعانيات في العيادات التابعة للمستشفيات.

صورة عن بطاقة التأمين للمشاركين :

AMTC المركز التجاري للسيارات والمحركات تويوتا
المتخصصة للتأمين الصحي



الرقم 111*1
الإسم خالد ياسين محمد المعلمي
المتعاقد المركز التجاري للسيارات والمحركات تويوتا
المؤمن AMTC
الإقامة درجة أولى
الميلاد 1970/01/01
تاريخ الإصدار 2010/03/30

داخل وخارج المستشفى

نسبة التحمل داخل وخارج المستشفى (لا شيء)

آلية مراجعة الجهات الطبية :

الاستشارات الطبية :

في الحالات العادية غير الطارئة يتوجب عليك عزيزي المشترك اتباع الخطوات التالية :

- حدد الطبيب أو المستشفى الذي تنوي زيارته للمعالجة، والمناسب لحالتك المرضية ولشكواك، وإذا كنت لا تعلم الأخصائي المناسب لحالتك فيمكنك مراجعة أحد أطباء العموم في أي مستشفى أو MIS.
- عند زيارتك للمستشفى / أو الطبيب أظهر بطاقة الاشتراك.
- سيقوم الطبيب بكتابة الإجراء الطبي اللازم لك، سواء أدوية أو مختبر أو أشعة أو أي إجراء طبي آخر.
- قم بدفع نسبة التحمل من الكلفة والمحددة في بطاقتك التأمينية.
- إذا طلب منك التوقيع على الفاتورة فتأكد من بنودها وأنها تلقت كافة الخدمات أو أشعر مقدم الخدمة باستبعاد أية خدمات لم تتلقاها.
- إذا بلغك الطبيب بأن المرض غير مشمول في التأمين ، ادفع قيمة المعالجة ، وبإمكانك مراجعة إدارة خدمة العملاء في (MIS) لمناقشة هذا الإجراء.

فحوصات المختبر أو مركز الأشعة :

- على ضوء تشخيص الحالة المرضية سيقوم الطبيب بتحويلك (إذا اقتضت حالتك المرضية) لإجراء الفحوصات المخبرية ، ويتطلب ذلك أن تظهر بطاقة الاشتراك لهذه المراكز عند تلقي الخدمة مباشرة.

صرف الأدوية :

- عندما يقوم الطبيب بكتابة الأدوية اللازمة لحالتك، فيمكنك أن تصرف هذه الأدوية من أية صيدلية معتمدة إذا كان الطبيب من الأطباء المعتمدين وذلك بإبرازك لبطاقة التأمين الصحي الخاصة بك ، أما إذا كان من خارج الشبكة فعليك بالتواصل مع (MIS) لتوجيه الصيدلية بالصرف ضمن ضوابط البرنامج التأميني، كما أن عليك مراعاة أن الصيدلية لن تصرف لك أي مستلزمات غير طبية أو معجون أسنان أو الأدوية والمراهم التجميلية أو ما شابه كما أنها لن تصرف الأدوية لأكثر من فترة شهر ، أو الأدوية المزمنة كونها تصرف ضمن آلية متفق عليها من صيدليات محددة للتأكد من الاستحقاق و تجنباً لتكرار الصرف.

مراجعة الطوارئ في المستشفيات :

في حال تعرضك لحالة طارئة فاتبع ما يلي :

- 1- اتصل فوراً بطبيبك المعتمد لاستشارته واخذ النصح الطبي، (إن استطعت).
- 2- توجه إلى أقرب قسم طوارئ في أقرب مستشفى معتمد، مصطحباً معك بطاقة الاشتراك ، عندها سيقوم قسم الطوارئ فوراً بإجراء اللازم.
- 3- إذا كنت في حالة حرجة ولا توجد بجوارك مستشفى معتمد فيمكنك مراجعة أقرب مستشفى لاتخاذ الإجراءات الأساسية الإنقاذية وبالتالي يمكنك بعدها الانتقال إلى أحد المستشفيات المعتمدة، وعليك تقديم الفواتير الأصلية التي دفعتها عند إسعافك لكي يتم تعويضك ووفق الآلية والضوابط الموضحة أدناه عن المعالجة خارج الشبكة الطبية.

الإدخال إلى المستشفى :

- 1- عندما يقرر طبيبك المعالج حاجتك لدخول المستشفى وذلك وفق تشخيص حالتك المرضية.
- 2- توجه عند وصولك المستشفى المعتمد إلى قسم الإدخال مصطحباً معك بطاقة الاشتراك والبطاقة الشخصية، وكذلك التقرير الطبي الذي يوضح حالتك المرضية ليتمكن المختصون من خدمتك بأسرع وقت ممكن.
- 3- سيقوم قسم الإدخال في المستشفى بإبلاغ (MIS) عن حالتك المرضية، واخذ الموافقة على إدخالك.
- 4- الإدخال إلى المستشفى وخدمات علاج اليوم الواحد تتطلب الحصول على الموافقة المسبقة لكن الحالات الإسعافية الطارئة لا تحتاج إلى موافقة ، وستقوم المستشفى بإخطار (MIS) خلال 24 ساعة.
- 5- بعد دخولك إلى المستشفى ستقوم الدائرة الطبية في (MIS) بمتابعة حالتك في المستشفى ، و إن لمست أي إهمال أو إظالة في أمد المعالجة دون مبرر أو احتجت أي مشورة طبية لا تتردد بالاتصال بنا.

الموافقة المسبقة :

تتطلب بعض الخدمات المقدمة للمرضى موافقة مسبقة مثل الرقود أو عند إجراء قسطرة أو تصوير طبقي أو رنين مغناطيسي أو تنظير أو علاج طبيعي ، ويقصد بذلك أن تقوم شركة التأمين بالمساعدة في تحديد واختيار الإجراءات المناسبة وتجنيب المريض أية إجراءات غير ضرورية ، وكذلك لتحري فيما لو كانت تلك الخدمات مغطاة وفقاً لبرنامج التأمين الصحي الذي تتمتع به. فلا يعني قيام الطبيب بإجراء ما أو وصفه علاجاً بأنها خدمة صحية مغطاة ، والموافقة المسبقة مطلوبة في حالات الرقود حتى لو رغبت في دخول مستشفى ليس ضمن الشبكة الطبية المعتمدة، وأما في الحالات الطارئة فلا مانع من دخول أي مستشفى ودون موافقة مسبقة على أن يقوم المشترك أو أقاربه بإشعار (MIS) خلال 24 ساعة من ساعة الدخول لأغراض التعويض النقدي ومن أمثلة الحالات الطارئة النزيف الشديد الحاد ، والزائدة الدودية.

وبشكل عام فإن الحصول على الموافقة المسبقة تعتبر مسؤولية مقدم الخدمة وليست مسؤوليتك وذلك ضمن الشبكة الطبية المعتمدة أما خارج الشبكة الطبية المعتمدة فإنها مسؤولية المشترك وأقاربه، والوقت المطلوب للحصول على الموافقات يجب أن لا يتجاوز 60 دقيقة كحد أقصى للقيام بالإجراءات و 24 ساعة كحد أقصى في حالات الرقود وعند تجاوز مقدم الخدمة لهذه الفترة فعليك بالتواصل مع خدمة العملاء فمن المحتمل أن طلب الموافقة لم يصل إلى MIS أو أن الحالة غير مغطاة.

جدول المنافع والأسقف بالريال اليمني:

الاستثناءات :

كل برنامج له منافع و استثناءات محددة , ومن المهم أن تعرف المنافع والاستثناءات معاً حتى لا تتعرض لأي نوع من أنواع الإحراج أو عدم الاستفادة من خدمة هي من حقك, وإدارة خدمة العملاء في (MIS) على أتم الاستعداد للإجابة عن أي استفسار يتعلق بالبرنامج التأميني الخاص بك.

وتتلخص الاستثناءات المتعلقة بالبرنامج التأميني الخاص بجهة عمك في الجوانب التالية :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

إجراءات المطالبة بالتعويض :

على الرغم من اتساع الشبكة الطبية ومع ذلك فإذا اضطر المشترك لمراجعة أي من الجهات الطبية غير المعتمدة لحالة طارئة (والحالة الطارئة المقصود بها الحالة الطبية التي تتطلب عناية فورية و لا يمكن تأجيلها , والتي قد تؤدي لمضاعفات مهددة للحياة في حالة عدم الحصول على العلاج الطبي الفوري)، أو إذا كان المشترك متواجداً في مدينة لا يوجد فيها شبكة طبية فعلى المشترك مراجعة أي مقدم خدمة مناسب و يدفع كافة المصاريف الطبية , والمطالبة بالتعويض (إذا كانت الحالة مغطاة بالتأمين) وذلك من خلال تعبئة نموذج التعويض وتسليمه لإدارة الموارد البشرية في جهة عمك ومن ثم إرسال المطالبة إلى (MIS) خلال مدة أقصاها 30 يوماً من تاريخ المعالجة، مع إيضاح اسم الجهة الطبية المقدمة للعلاج ورقم التلفون والفاكس، و إرفاق المستندات التالية :

1. النسخ الأصلية من الفواتير مع التواريخ.
2. إفادة طبية موجزة عن الحالة موقعة ومختومة من قبل الطبيب المعالج.
3. النسخ الأصلية للوصفات الطبية للأدوية ويظهر فيها التاريخ واسم المريض.
4. سندات القبض الأصلية لكافة النفقات المطلوب تعويضها (مفصلة).
5. نتائج الفحوص المخبرية والشعاعية -إن وجدت-.

وعند مراعاة ما جاء أعلاه ، سيتم تعويض المطالبات المالية الموثقة بالمستندات المطلوبة وفقاً لشروط وأحكام البرنامج التأميني خلال أسبوعين من تاريخ استلام المطالبة من قبل (MIS). وبالتالي يتم تحرير شيك باسم المستفيد مع نسخة من تقرير التسوية النهائية. وإذا طلبت (MIS) بعض الإيضاحات أو المؤيدات فعلى المستفيد تزويد الشركة بها خلال 30 يوماً كحد أقصى من طلبها.

انضمامك لبرنامج التأمين يكفل لك 9 حقوق ويحملك 9 واجبات :

حقوقك : من حقك كمشترك في هذا التأمين ما يلي :

1. أن يتم التعامل معك باحترام وتقدير.
2. أن يتم شرح المنافع التأمينية لك بشكل واضح وصريح و السؤال بشأنها متى رغبت بذلك.
3. أن تتصل بشركة (MIS) إذا كان لديك أي استفسار في الوقت الذي تراه ملائماً بشأن المنافع والخدمات.
4. أن تحصل على المساعدة المناسبة وبشكل لائق.
5. أن يتم إبلاغك عن طريق طبيبك أو مقدمي العناية الصحية بتشخيص مرضك مع إشراكك في اتخاذ القرار المتعلق بالخدمة الصحية التي ستقدم لك.
6. أن يتم تقديم الخدمات الصحية بموافقتك وأن تمنح الحق في الاعتراض على أي خدمة ما لم تكن في حالة لا يمكنك معها التصريح بالموافقة أو الرفض بينما حالتك الصحية تستوجب التدخل السريع.
7. أن تعبر عن ملاحظتك حول الخدمات الصحية وتقديم أي شكاوى بهذا الشأن سواء لمقدمي الخدمة أو شركة (MIS) أو لهما معاً.
8. أن توقع على فواتير النفقات الطبية التي سيزودك بها مقدمو الخدمات الصحية.
9. أن يتم التعامل مع سجلك الطبي وحالتك الصحية بسرية تامة.

واجباتك : من واجبك كمشترك في هذا التأمين ما يلي :

1. أن تتعامل مع كافة مقدمي الخدمة باحترام.
2. أن تحرص على الإلمام الكافي بالمنافع التأمينية والاستثناءات الخاصة بوثيقة التأمين.
3. معرفة كيف يمكنك تلقي الخدمات الصحية في الحالات العادية والطارئة.
4. أن تعرض بطاقتك الصحية قبل تلقي الخدمة الصحية من الشبكة الطبية وعدم السماح لغيرك باستخدامه بطاقتك مهما كانت الظروف.
5. أن تعطي المعلومات الكاملة والصحيحة عن حالتك الصحية لمقدمي الخدمة ولشركة التأمين.
6. أن تتجاوب مع الضوابط التي توضع للإشراف على مقدمي الخدمة لضمان تقديم خدمات صحية ملائمة.
7. أن تدفع نسبة التحمل المحددة في بطاقتك التأمينية.
8. أن تدفع نفقات الخدمات الصحية إذا كانت غير مغطاة أو تجاوزت السقف الخاص بتلك الخدمة.
9. أن تتبع توجيهات ونصائح مقدمي الخدمة الصحية بشأن سبل التخفيف من شكاوك وعلتك الصحية.

إدارة خدمة العملاء :

حرصاً منا على تقديم أفضل مستوى ممكن من الخدمة، فقد تم تخصيص إدارة لخدمتك، وتلقي أي شكوى محتملة، والإجابة على استفساراتك، وتعمل على مدار الساعة، لإتاحة الاتصال الدائم مع المشتركين، فإذا كان لديك استفسار أو شكوى بخصوص الخدمات الطبية أو الجهات الطبية أو أي منفعة ضمن برنامج التأمين فنرجو الاتصال بإدارة خدمة العملاء على الهواتف المحددة أدناه، وسوف يقوم موظف الإدارة بالإجابة على استفسارك، وإذا لم يكن الرد مرضياً لك فمن حقك طلب مناقشة مدير إدارة خدمة العملاء، وإذا لم يتم أي إجراء لحل المشكلة فما عليك إلا كتابة شكاوك باسم رئيس شركة (MIS) وإرسالها عبر إدارة الموارد البشرية في جهة عملك، وسوف يصلكم رد عليها بكتاب رسمي خلال مدة أقصاها ثلاثة أيام عمل.

ملحوظة هامة : عند تعارض هذا الدليل مع أية تعميمات أو تعديلات رسمية لاحقة تصدر عن شركة التأمين (بالتنسيق من البنك) فالمرجعية تكون للتعديلات وليس لما ورد في هذا الدليل.

شاكركم لكم كرمي تعاؤلكم

مع محباتنا :

المتخصصة للتأمين الصحي

Medical Insurance Specialist

عنوان شركة المتخصصة للتأمين الصحي (MIS) :

شارع الأمم المتحدة (الدائري الغربي) أمام مدخل شارع مقديشو (صخر) صنعاء -

تلفون : 402222 -472333 -472444

فاكس : 402333 ص ب : 11440

E-mail : Info@ MISYEMEN.COM

WWW.MISYEMEN.COM

أرقام خدمة العملاء : للحالات الطارئة و خارج أوقات الدوام الرسمي يمكنكم الاتصال على أرقام الطوارئ :

7 11 211171

7 33 211171

7 77 211171

مع أمنياتنا للجميع بدوام الصحة والعافية