

Circular No.(2023 / 17) رقم تعميم

Date: 16/02/2023

التاريخ: 2023/02/16

To:

Directors of Human Recourses

(Ministries, Entities and Departments (Federal/Local)
(Government/Semi-Government Companies), (Private Sector Companies)

Health Insurance Companies

(licensed by DoH to operate in the field of health insurance)

Third Party Administrators "TPA"

(licensed by DoH to operate in the field of health insurance)

Health Insurance Brokers

(licensed to operate in the field of health insurance in the Emirate
of Abu Dhabi)

Healthcare Services Providers

(licensed to operate in the field of health insurance in the Emirate
of Abu Dhabi)

Employers and Sponsors

إلى:

السادة/ مدراء الموارد البشرية

(الوزارات والدوائر والمؤسسات والهيئات (الاتحادية/المحلية)
(الشركات الحكومية/ الشركات شبه الحكومية)، (شركات القطاع الخاص)

السادة/ شركات الضمان الصحي

(المرخص لهم من قبل دائرة الصحة للعمل في مجال الضمان الصحي)

السادة/ شركات إدارة مطالبات الضمان الصحي

(المرخص لهم من قبل دائرة الصحة للعمل في مجال الضمان الصحي)

السادة/ وسطاء الضمان الصحي

(المرخص لها من قبل دائرة الصحة للعمل في مجال الضمان الصحي)

السادة/ مقدمي خدمات العلاج الطبي

(المرخص لها من قبل دائرة الصحة للعمل في مجال الضمان الصحي)

السادة/ أصحاب الأعمال والكفاء

**Subject: Launching the Flexi Health Insurance
Policy**

الموضوع: إطلاق وثيقة الضمان الصحي المرن

Greetings,

تحية طيبة وبعد،،،

We would like to extend you our greetings wishing you
all the best and success.

بدايةً، يسرنا أن نتقدم لكم بخالص التحية والتقدير متمنين
لكم دوام التوفيق والسداد.

We would like to inform you that a resolution has been
issued to amend certain provisions of the Executive
Regulations of the Law No. (23) of 2005 regarding Health
Insurance in the Emirate of Abu Dhabi. Accordingly; it
has been decided to launch the flexi health insurance
policy in addition to the current health insurance
policies. Below are some rules that govern this policy:

نود أن نفيديكم بأنه قد صدر قرار بتعديل بعض أحكام
اللائحة التنفيذية للقانون رقم (23) لسنة 2005 بشأن
الضمان الصحي بإمارة أبوظبي، حيث تقرر بموجب ذلك
إطلاق وثيقة الضمان الصحي المرن بالإضافة إلى وثائق
الضمان الصحي الحالية، وفيما يلي بعض الضوابط التي
تحكم هذه الوثيقة:

1. The following categories can benefit from the flexi
health insurance policy:

- An expatriate residing in the Emirate who works in the private sector, provided that his/her monthly income exceeds 5,000 dirhams.
 - Investors and holders of free enterprises licenses, who desire to have this policy, and their families and employees.
 - The family of the resident expatriate and his/her workers who are not covered by employer's health insurance policy (governmental or private).
2. In the event that the annual coverage of this policy has been exhausted, the party obliged to subscribe to the health insurance must agree with the authorized health insurance company issuing the policy to extend the treatment coverage of the insured until the end of the period specified in the policy and pay the due insurance premium for that, or provide another health insurance policy for the insured in accordance with the provisions of the resolution referred to above.
3. The insurance premium for the flexi health insurance policy is an amount of AED 750 - seven hundred and fifty dirhams - annually for one individual.

Table No. (6) attached to the above-mentioned resolution, which is also attached to this circular, specifies the medical treatment services covered by the flexi health insurance policy and the maximum coverage limit.

We hope that all will adhere to the above, for the best interest of work, as from the issuance date of this circular.

1. وثيقة الضمان الصحي المرن تنتفع بها الفئات التالية:

- الوافد المقيم في الإمارة من العاملين في القطاع الخاص بشرط أن يتجاوز دخله الشهري 5,000 درهم.
- الراغبون من المستثمرين وأصحاب تراخيص الأعمال الحرة وأسرهم والعاملين لديهم.
- أسرة الوافد المقيم والعاملين لديه الذين لا تشملهم وثيقة الضمان الصحي من قبل صاحب العمل (حكومي أو خاص).

2. في حال استنفدت التغطية السنوية لهذه الوثيقة، يتعين على الملتزم بالاشتراك بالضمان الصحي الاتفاق مع شركة الضمان الصحي المعتمدة مصدرة الوثيقة لتمديد التغطية العلاجية للمؤمن عليه حتى نهاية المدة المحددة في الوثيقة وسداد قسط التأمين المستحق عن ذلك، أو توفير وثيقة ضمان صحي أخرى للمؤمن عليه وفقاً لأحكام القرار المشار إليه أعلاه.

3. يكون قسط التأمين لوثيقة الضمان الصحي المرن مبلغاً قدره 750 درهم - سبعمائة وخمسون درهم - سنوياً للفرد الواحد.

يحدد الجدول رقم (6) المرفق بالقرار المشار إليه أعلاه والمرفق أيضاً بهذا التعميم خدمات العلاج الطبي المغطاة بوثيقة الضمان الصحي المرن والحد الأقصى للتغطية.

Contact Details: Healthcare Payers Sector/ DoH by
email: healthsystemfinancing@doh.gov.ae

Thanking you for your kind cooperation,

"This circular is designed for regulatory procedures and
should not be used as content for media publication".

أملين من الجميع الالتزام بما ورد أعلاه لما فيه مصلحة العمل،
وذلك من تاريخ صدور هذا التعميم.
بيانات التواصل: قطاع مزودي تمويل الرعاية الصحي بدائرة
الصحة عبر البريد الإلكتروني:
healthsystemfinancing@doh.gov.ae

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا،،،

"هذا التعميم للإجراءات التنظيمية وغير مخصص كمحتوى للنشر
الإعلامي".



د. جمال محمد الكعبي
وكيل دائرة الصحة



جدول رقم (6)
منافع الضمان الصحي المرن

قائمة المنافع	
الحد الأقصى لسقف الخدمات العلاجية سنوياً للفرد الواحد	150,000 درهم إماراتي
التغطية الجغرافية (العلاج الاختياري)	داخل حدود إمارة أبوظبي
التغطية الجغرافية (حالات الطوارئ)	دولة الإمارات
شبكة مزودي الرعاية الصحية	شبكة مزودي الرعاية الصحية (العلاج في العيادات الخارجية مقتصر على العيادات فقط)
خدمات التنويم في المستشفى للأمراض الرئيسية المرتفعة التكاليف وفقاً لقائمة دائرة الصحة	<ul style="list-style-type: none"> تخضع التغطية لفترة انتظار لمدة 6 أشهر من بداية أول وثيقة ضمان صحي مع الشركة المتعاقد معها، ويكون الملزم بالاشتراك في الضمان الصحي عن المؤمن عليه مسؤولاً عن تغطية هذه التكاليف خلال هذه الفترة.
خدمات العلاج الطبي بالمستشفيات المعتمدة تصل التغطية إلى الحد الأقصى لسقف الخدمات العلاجية السنوية للفرد الواحد / لكل وثيقة بموافقة مسبقة	
إجراءات التحويل:	<p>لن يتحمل المؤمن عليه أي تكاليف للحصول على المشورة أو الاستشارات المقدمة من قبل المتخصصين أو الاستشاريين في المستشفيات في حال كان التحويل من قبل طبيب ممارس عام في الشبكة (أو ما يعادله على النحو الذي تحدده دائرة الصحة) مرخص من قبل دائرة الصحة أو أي سلطة مختصة أخرى في الإمارات العربية المتحدة، مستحق الدفع من قبل شركة الضمان.</p> <p>يجب أن يقوم الممارس العام بتحويل المؤمن عليه مع ذكر الأسباب عبر النظام الإلكتروني لكي يُنظر في المطالبة من قبل شركة الضمان.</p>
متطلبات الموافقة على التغطية	<ul style="list-style-type: none"> الحالات الطبية غير الطارئة (اختيارية) - الموافقة المسبقة إلزامية. الخدمات الطبية الطارئة - إخطار شركة الضمان في غضون 24 ساعة من الدخول إلى المستشفى المشمول ضمن شبكة الضمان.

<ul style="list-style-type: none"> • 20% يدفعها المؤمن عليه وبعد أقصى 500 درهم تدفع عن كل خدمة جديدة • سقف إجمالي سنوي لنسبة التحمل قدره 1000 درهم • في حال تجاوز الأسقف، ستغطي شركة الضمان 100% من تكلفة العلاج 	نسبة التحمل من قبل المؤمن عليه
<ul style="list-style-type: none"> • توفير خدمات العلاج داخل المستشفى في الغرف ذات السريرين أو أكثر 	نوع الإقامة
مغطى	الإقامة في المستشفى والخدمات ذات الصلة
مغطى	وحدة العناية المركزة وعلاج أمراض الشرايين التاجية
مغطى	ألعاب الاستشاري، الجراح، وطبيب التخدير
مغطى	العلاجات المختلفة بما في ذلك العلاج الطبيعي والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي وما إلى ذلك.
مغطى	استخدام الأجهزة والمعدات الطبية (على سبيل المثال أنظمة دعم القلب والرئة وما إلى ذلك)
مغطى	خدمات النقل البري في الدولة مقدمة من جهة مرخصة للطوارئ الطبية (خدمات الإسعاف الأرضي)
مغطى حتى 100 درهم لليلة كحد أقصى	إقامة مرافق (لمرافقة طفل مؤمن عليه حتى سن 16 عاماً)
مغطى حتى 100 درهم لليلة كحد أقصى	تكلفة إقامة الشخص المرافق لمريض مقيم في نفس الغرفة في حالات الضرورة الطبية بناءً على توصية الطبيب المعالج، وبعد الموافقة المسبقة من شركة الضمان التي تقدم التغطية

العلاج في العيادات الخارجية (الخدمات الصحية الأساسية: في العيادات الخارجية المرخصة)	
إجراءات التحويل	<ul style="list-style-type: none"> • الرعاية الأولية / الخط الأول من الرعاية في شبكة مقدمي الخدمات الصحية • ممارس عام أو حارس بوابة الشبكة (Network Gatekeeper) فقط
<ul style="list-style-type: none"> • لن يتحمل المؤمن عليه أي تكاليف للحصول على المشورة أو الاستشارات المقدمة من قبل المتخصصين أو الاستشاريين في العيادات الخارجية في حال كان التحويل من قبل طبيب ممارس عام في الشبكة (أو ما يعادله على النحو الذي تحدده دائرة الصحة) مرخص من قبل دائرة الصحة أو أي سلطة مختصة أخرى في الإمارات العربية المتحدة، مستحق الدفع من قبل شركة الضمان. • يجب أن يقوم الطبيب الممارس العام بتحويل المؤمن عليه مع ذكر الأسباب عبر النظام الإلكتروني لكي يُنظر في المطالبة من قبل شركة الضمان. 	<ul style="list-style-type: none"> • خدمات الفحص والتشخيص والعلاج من قبل الممارسين العاملين والمتخصصين والاستشاريين المعتمدين
20% نسبة التحمل يدفعه المؤمن عليه لكل زيارة غير خاضع في حال تم عمل زيارة متابعة في غضون سبعة أيام	20% نسبة تحمل يدفعه المؤمن عليه لكل زيارة
20% نسبة تحمل يدفعه المؤمن عليه لكل زيارة في الحالات الطبية غير الطارئة، يلزم الحصول على موافقة مسبقة للتصوير بالرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية والمناظير	20% نسبة تحمل يدفعه المؤمن عليه لكل زيارة في الحالات الطبية غير الطارئة، يلزم الحصول على موافقة مسبقة للتصوير بالرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية والمناظير
30% نسبة تحمل يدفعه المؤمن عليه لكل وصفة طبية تكون قيمة الأدوية والعقاقير مغطاة بحد أقصى 1500 درهم سنويا (متضمن نسبة التحمل) *يقتصر التحمل على المنتجات المشمولة في الوصفات الصحية حيثما كان ذلك متاحًا	30% نسبة تحمل يدفعه المؤمن عليه لكل وصفة طبية تكون قيمة الأدوية والعقاقير مغطاة بحد أقصى 1500 درهم سنويا (متضمن نسبة التحمل) *يقتصر التحمل على المنتجات المشمولة في الوصفات الصحية حيثما كان ذلك متاحًا
<ul style="list-style-type: none"> • التطعيمات والتطعيمات الأساسية لحديثي الولادة والأطفال على النحو المنصوص عليه في سياسات وزارة الصحة وتحديثاتها • تُغطى المطالبات على أساس السداد (استرداد المصاريف المستحقة) وفقًا للتغطية المحددة في قسم " اشتراطات تسوية المطالبات الطبية" من هذا المستند 	لقاحات وتطعيمات الأطفال حديثي الولادة
20% نسبة التحمل يدفعه المؤمن عليه لكل جلسة مغطى حتى 6 جلسات لكل عضو سنويا	20% نسبة التحمل يدفعه المؤمن عليه لكل جلسة مغطى حتى 6 جلسات لكل عضو سنويا
العلاج الطبيعي (يتطلب موافقة مسبقة)	العلاج الطبيعي (يتطلب موافقة مسبقة)

خدمات إضافية أخرى	
العلاج ليوم واحد	مغطى
الراحة في العيادات الخارجية	مغطى
تغطية الأطفال حديثي الولادة	<ul style="list-style-type: none"> • مغطى لمدة 30 يوم الأولى بعد تاريخ الولادة للطفل حديث الولادة مع المزايا السنوية للأهل للحد الأقصى الخاص بوثيقة الأم - /150.000 درهم إماراتي • مغطى لاختبارات BCG والتهاب الكبد الوبائي B وفحوصات حديثي الولادة لمدة 30 يوماً من تاريخ الولادة
خدمات التشخيص والعلاج لعلاج الأسنان واللثة	<ul style="list-style-type: none"> • مغطى فقط في حالات الطوارئ الطبية، خاضع لنسبة تحمل من قبل المؤمن عليه بنسبة 20%
أجهزة السمع والبصر وتصحيح البصر بالعمليات الجراحية والليزر	<ul style="list-style-type: none"> • مغطى فقط في حالات الطوارئ الطبية، خاضع لنسبة تحمل من قبل المؤمن عليه بنسبة 20%

خدمات الحمل والولادة			
خدمات الحمل والولادة	خدمات ما قبل الولادة في العيادات الخارجية	يتطلب موافقة مسبقة من شركة الضمان الصحي	<ul style="list-style-type: none"> • 10% نسبة تحمل من قبل المؤمن عليها. • 8 زيارات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية تشمل المراجعات والفحوصات والاختبارات وفقاً لبروتوكولات الرعاية السابقة للولادة. • جميع أنواع الرعاية التي يقدمها طبيب التوليد في الرعاية الصحية الأولية للمخاطر منخفضة أو أخصائي التوليد للإجالات عالية الخطورة.
خدمات الحمل والولادة داخل المستشفى	خدمات الحمل والولادة	يتطلب موافقة مسبقة من شركة الضمان الصحي، أو الإخطار في غضون 24 ساعة من علاج حالة الطوارئ	<ul style="list-style-type: none"> • 10% نسبة تحمل تدفعه المؤمن عليها • 7000 درهم للولادة الطبيعية، أو 10,000 درهم للولادة القيصرية الضرورية طبياً، المضاعفات والإنهاء الضروري طبيياً.
تغطية الأطفال حديثي الولادة			<ul style="list-style-type: none"> • مغطى لمدة 30 يوماً الأولى من الولادة.

اشتراطات تسوية المطالبات الطبية (ما يتم دفعه من قبل شركة الضمان المؤمن لديها)		
الوصول المجاني أو غير النقدي (الشبكة)	ضمن شبكة مزودي الرعاية الصحية	100% من التكاليف الفعلية المغطاة
العلاج الاختياري	في المستشفيات الحكومية في الإمارات	80% من التكلفة الفعلية المغطاة تخضع بحد أقصى 100% من معدلات الشبكة المعمول بها
	في الإمارات ما عدا المستشفيات الحكومية غير مغطى	
	استرداد المصاريف المستحقة (خارج شبكة مزودي الرعاية الصحية)	
	استرداد المصاريف المستحقة في البلدان المشمولة في التغطية (خدمات العلاج داخل المستشفى فقط)	100% من التكلفة الفعلية المغطاة تخضع بحد أقصى 100% من معدلات الشبكة المعمول بها في الإمارات
علاج حالات الطوارئ ضمن النطاق الجغرافي للتغطية	الوصول المجاني (ضمن شبكة مزودي الرعاية الصحية)	100% من التكاليف الفعلية المغطاة
	استرداد المصاريف المستحقة (خارج شبكة مزودي الرعاية الصحية في الإمارات)	100% من التكلفة الفعلية المغطاة

Table (6)

Benefits of Flexi Health Insurance

Schedule of Benefits	
Annual Maximum Limit for Treatment Services Per Individual	AED 150,000
Geographic Territorial (Elective Treatment)	Emirate of Abu Dhabi
Geographic Territorial (Emergency Cases)	UAE
Healthcare Providers Network	Healthcare Providers Network (outpatient treatment is exclusive to clinics only)
Inpatient Treatment Services for Main High Cost Diseases as per DoH list	Coverage subjects to 6 month waiting period as from the starting date of the first health insurance policy with the contracted company. Such costs during this period shall be covered by the person who is obliged to enroll the insured in the health insurance scheme.
Medical Treatment Services at the Authorized Hospitals Coverage is up to the Annual Maximum Limit for Treatment Services per Individual per Policy upon Pre-authorization	
Procedures of Referral to specialty clinics at hospitals	<p>Referral Procedures:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The insured shall not bear any costs to get an advice or consultations provided by specialists or consultants at hospitals, if he/she is referred by a GP at the network (or equivalent as determined by DoH), provided that such GP is licensed by DoH or any other competent authority in UAE and eligible for payment from the insurance company. • GP must refer the insured with justifications via the electronic system, so as the claim will be considered by the insurance company.
Coverage Authorization Requirements	<ul style="list-style-type: none"> • Non-emergency medical cases (elective) – pre-authorization is mandatory. • Medical emergency services –to notify the insurance company within 24 hours of the admission to the hospital included in the insurance network.

Copayment by Insured	<ul style="list-style-type: none"> • 20% payable by the insured, maximally AED 500 paid for each new service. • Total annual copayment limit: AED 1000. • In case of exceeding the limits, the insurance company shall cover 100% of the treatment cost.
Hospital Stay Type	<ul style="list-style-type: none"> • Providing inpatient treatment services at a room of 2 or more beds.
Hospital Stay and related services	Covered
ICU and Coronary Artery Diseases Treatment	Covered
Consultant/Surgeon/Anesthetist's Fees	Covered
Various treatments including physiotherapy, chemotherapy, radiotherapy and so on.	Covered
Using medical devices and equipment (e.g. cardiac and pulmonary support systems, and so on)	Covered
Ground transportation services in UAE which are provided by a medical emergency-licensed entity. (Ground Ambulance)	Covered
Companion Stay (to accompany an insured child up to the age of 16.	Covered – maximum up to AED 100 per night
Cost of a patient's companion stay at the same room in medical necessity cases upon a recommendation from the treating physician, and after pre-authorization from the insurance company that provides the coverage.	Covered – maximum up to AED 100 per night

Outpatient Treatment (Basic Health Service: at Licensed Outpatient Clinics)	
<ul style="list-style-type: none"> • Primary care/first line of care at healthcare providers network. • GP or Network Gatekeeper only. 	<p>Referral Procedures:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The insured shall not bear any costs to get an advice or consultations provided by specialists or consultants at outpatient clinics, if he/she is referred by a GP at the network (or equivalent as determined by DoH), provided that such GP is licensed by DoH or any other competent authority in UAE and eligible for payment from the insurance company. • GP must refer the insured with justifications via the electronic system, so as the claim will be considered by the insurance company.
Examination, diagnostic and treatment services provided by authorized practitioners, specialists and consultants.	Copayment of 20% payable by the insured for each visit. Not applicable in case of follow-up visit within 7 days.
Laboratory investigations and Diagnostic Radiology Services.	Copayment of 20% payable by the insured for each visit. In non-emergency medical cases, pre-authorization is required for MRI, CT and endoscopy.
Pharmaceuticals	30% copayment payable by the insured for each prescription. Cost of drugs and medicines are covered up to an annual limit of AED 1,500 (including copayment). *copayment is restricted to products listed in the medical prescriptions where available.
Newborn vaccines and immunizations	<ul style="list-style-type: none"> • Essential vaccinations for newborns and children as stipulated in MOHAP's policies and any updates thereto. • Claims are covered on reimbursement basis (refund of expenses due) as per the coverage specified in 'Medical Claims Settlement Terms' chapter of this document.
Physiotherapy (pre-authorization is required)	20% copayment payable by the insured per session. Covered up to 6 sessions per member yearly.

Other Additional Benefits	
One Day Treatment	Covered
Outpatient Surgery	Covered
Newborn Coverage	First 30 days after DOB of newborn are covered under Mother's Annual Benefit Maximum Limit / AED 150,000 BCG, Hepatitis B and neo-natal screening tests are covered for the first 30 days from DOB.
Diagnostic and therapeutic services for dental and gum treatments	Covered only in medical emergency cases subject to 20% copayment payable by the insured.
Hearing and vision aids, and vision correction by surgeries and laser	Covered only in cases of medical emergencies subject to 20% copayment payable by the insured.

Maternity Services			
Maternity Services *Where any condition develops to be an emergency case, the necessary medical expenses will be covered up to the annual aggregate limit	Outpatient ante-natal services	Requires pre-authorization from the insurance company	<ul style="list-style-type: none"> • 10% copayment payable by the insured. • 8 visits to PHC centers including reviews, checks and tests in accordance with the Antenatal Care Protocols. • All care types provided by PHC obstetrician for low risk, or specialist obstetrician for high risk referrals.
	Inpatient maternity services	Requires pre-authorization from the insurance company or notification within 24 hours as of the emergency case treatment	<ul style="list-style-type: none"> • 10% copayment payable by the insured. • AED 7,000/- for normal delivery OR AED 10,000/- for medically necessitated C-section, complications and medically necessary termination of pregnancy.
	Newborn Coverage		<ul style="list-style-type: none"> • Covered for the first 30 days from birth.

Medical Claims Settlement Terms (what is Paid by Insurance Company)			
Elective Treatment	Free or Cashless Access (Network)	Within healthcare providers Network	100% of actual covered costs
	Refund of expenses due (Non-Network healthcare providers)	At Government Hospitals in UAE	80% of actual covered cost subject to maximum of 100% of the applicable network rates
		In UAE except Government Hospitals	Not Covered
		Refund of expenses due within covered countries (Inpatient treatments only)	100% of actual covered cost subject to the maximum of 100% of the applicable network rates in UAE
Emergency Treatment within Geographical Territorial of Coverage.	Free Access (within healthcare providers Network)		100% of actual covered cost
	Refund of expenses due (Non-Network healthcare providers within UAE)		100% of actual covered cost