

DAR ALAMAN Group Products:

Golden Product		البرنامج الذهبي	
Geographic coverage	Iraq full coverage & Lebanon Limited coverage and Limited network	العراق تغطية شاملة ولبنان تغطية وشبكة جزئية	النطاق الجغرافي
Annual Financial Limitation	\$50,000-	\$50,000-	الحدود المالية السنوية داخل المشفى
Reimbursement for all kinds of covered claims	0% in network	0% داخل الشبكة	التعويض عن الحوادث المغطاة المدفوعة من قبل المؤمن
In-Hospital: General Conditions		التغطيات داخل المستشفى: الشروط العامة	
Financial Limitation	Up to the Annual Limit	مغطة لغاية السقف السنوي	الحدود المالية
Excess/Deductible/Co-Pay/Co-Insurance	20% (out of network)	20% (خارج الشبكة)	نسبة التحمل
Network	Private Class A Network (Iraq) and GlobeMed Lebanon Class A Limited Network	درجة أولى شبكة العراق وغلوب ميد لبنان درجة أولى شبكة جزئية	الشبكة
Class	Private Room	غرفة خاصة	درجة
Guaranteed Renewability	Not Applicable	غير مغطى	تجديد مضمون
Age limit for insurance	65 with Underwriting	65 مع اكتتاب	العمر الأقصى للتأمين
In-Hospital: General Benefits		التغطيات داخل المستشفى: المنافع العامة	
Medical, Surgical or Endoscopic Treatment	Covered	مغطى بالكامل	العمليات الجراحية والإجراءات الطبية والعلاج بالتنظير
Emergency Treatment	Covered	مغطى بالكامل	الحالات الإسعافية
Appendectomy surgical	Covered	مغطى بالكامل	استئصال الزائدة الدودية الجراحية
Pre-Operative Tests	Covered	مغطى بالكامل	التحاليل المخبرية السابقة والضرورية للعمل الجراحي
Physiotherapy Treatment related to a Covered Hospitalization	Covered	مغطى بالكامل	العلاج الفيزيائي المرتبط بحالة مغطاة ضمن المشفى
Home Care following Hospitalization	Not Covered	غير مغطى	العناية المنزلية
Parental Accommodation	Not Covered	غير مغطى	إقامة المرافق في المستشفى
Hospital Daily Indemnity	Not Covered	غير مغطى	تعويض يومي
Morgue and Burial Expenses	Covered up to \$3,000-	لغاية \$3,000-	مصاريف المشرحة والدفن
Uninterrupted Hospitalization	Up to 30 days after policy expiry	لغاية 30 يوم بعد انتهاء مدة العقد	الاستشفاء المستمر
In-Hospital: Maternity and Congenital Cases		منافع الامومة والولادة والأمراض الخلقية	
Delivery (Normal and Ceasarian)	Covered	مغطى	الحمل والولادة الطبيعية والقيصرية
Coverage of Newborn baby	From day 14	بعد مرور 14 يوما على ولادة مغطاة	تغطية المولود الجديد
Free of Charge Insurance for Eligible Newborn	Yes	مغطى	بطاقة تأمين للمولود الجديد مجانا
Nursery Boarding Cost	Covered	مغطى	تكلفة او اجور سرير المولود
Baby Incubator	Covered for up to 6 days	مغطى لغاية 6 أيام	تكاليف الحاضنة

Pediatric Consultation	Limited to one per delivery	لمرة واحدة لكل ولادة	استشارة طبيب أطفال
Circumcision if performed during same confinement	Covered during the first stay	مغطى اثناء الإقامة الاولى	تكاليف الختان للمولود الجديد
Epidural	Covered	مغطى	التخدير فوق الجافية (ولادة بدون ألم)
25 Congenital Cases correctable by surgery	Covered	مغطى	التشوهات الخلقية للمولدين حديثا التي يمكن تصحيحها جراحياً (25 حالة فقط محددة ضمن وثيقة التأمين)
Any other Congenital Cases	Not Covered	غير مغطى	التشوهات الخلقية الأخرى
Maternity Complications (including Medically Justified Abortion)	Covered	مغطى	مضاعفات الحمل والولادة (بما فيها الاجهاض المستوجب طبياً)
Amniocentesis	Not covered	غير مغطى	تحليل السائل المحيط بالجنين
Abortion Not Medically Mandated	Not covered	غير مغطى	الاجهاض الغير مستوجب طبياً
Guthrie Test	Covered	مغطى	فحص غوثري
In-Hospital: Accidents الاستشفاء: تغطيات الحوادث			
Work Related Accidents	Covered	مغطى	حوادث العمل
Dental and Gum Medical or Surgical Treatment including Prosthesis and Disorder of Temporomandibular Joints	Covered	مغطى	العلاجات والجراحات المتعلقة بالأسنان واللثة نتيجة حادث بما في البدائل الصناعية وعلاج وجراحة المفصل الفكي الصدغي
Cosmetic and/or Plastic Surgeries	Covered	مغطى	الجراحات الترميمية والتجميلية المتطلبية نتيجة حادث
Nose Related Surgeries	Covered	مغطى	الجراحات المتعلقة بالأنف نتيجة حادث
The Cost of All Kinds of Prosthesis	Covered	مغطى	تكلفة البدائل الاصطناعية اللازمة نتيجة حادث
Rehabilitation Post Cardio-Vascular Accident	Covered	مغطى	إعادة التأهيل بعد الحوادث القلبية الاوعية الدموية
In-Hospital: Prosthesis (Not Accident Related) الاستشفاء: البدائل الصناعية (الغير متعلقة بحادث)			
Mesh Related to Hernia Surgeries	Covered	مغطى	رقعة الفتق
Coronary Stent	Covered	مغطى	الشبكة الإكليلية
Cardiac Valve	Covered	مغطى	الصمامات القلبية
TVT related to Cystocele	Covered	مغطى	جهاز رفع وتثبيت المثانة
Other Prosthesis	Not Covered	غير مغطى	البدائل الأخرى والأطراف الصناعية
In-Hospital: Organ Transfer and Transplantation الاستشفاء: عمليات زرع ونقل الاعضاء			
Surgery of Organ Transfer and/or Transplantation	Not Covered	غير مغطى	عمليات زرع ونقل الاعضاء
Surgery of Bone Marrow Transfer and/or Transplantation	Not Covered	غير مغطى	عملية زرع ونقل نخاع الشوكي
Cornea Transplant (Surgery Cost)	Not Covered	غير مغطى	عملية زرع القرنية (كلفة العملية)
Cornea Transplant (Cost of Transfer)	Not Covered	غير مغطى	كلفة نقل القرنية
In-Hospital: Cancer Treatments الاستشفاء: علاج الأورام والسرطان			
Radiotherapy	Covered	مغطى	المعالجة الشعاعية
Chemotherapy	Covered	مغطى	المعالجة الكيميائية
Surgery	Covered	مغطى	الجراحة
Breast Re-Construction	Covered	مغطى	عملية إعادة ترميم الثدي
In-Hospital: Heart Procedures الاستشفاء: العمليات المتعلقة بالقلب			
Angioplasty	Covered	مغطى	القسطرة القلبية
Open Heart	Covered	مغطى	عملية القلب المفتوح

In-Hospital: Kidney Diseases		الاستشفاء: الأمراض المتعلقة بالكلية	
Acute Renal Failure	Covered for once	مغطى لمرة واحدة	علاج الفشل الكلوي الحاد
Peritoneal dialysis, Hemodialysis and Arterio Venostomy	Not Covered	غير مغطى	غسيل الكلى الدموي و الرضح البيروتواني و عمليات الشنت الشرياني-الوريدي
In-Hospital: Psychiatric Illnesses		الاستشفاء: العلاج النفسي	
Mental or Psychiatric Disorders, Nervous Breakdown and Psychological Tests or Evaluations	Not Covered	غير مغطى	الاضطراب العقلي والنفسي وانهيار الاعصاب والفحوصات النفسية
Rest Cures, Sanatorium, Custodial Care and Period of Quarantine	Not Covered	غير مغطى	النقاهة ومراكز الاستراحة والحجر الصحي
In-Hospital: Sexual Diseases, Infertility and Birth Control		الاستشفاء: الأمراض المنقولة جنسياً وعلاج العقم ومنع الحمل	
Sexually Transmitted Diseases and all related treatments, including HIV	Not covered	غير مغطى	جميع الامراض المنقولة جنسياً وعلاجاتها بما فيها نقص المناعة المكتسب HIV
Birth Control Procedures	Not covered	غير مغطى	جميع أنواع إجراءات منع الحمل
Endometriosis	Not covered	غير مغطى	بطانة الرحم المهاجرة
Tubal Ligations	Not covered	غير مغطى	عملية ربط الانابيب الرحمية
Infertility/Sterility Treatment	Not covered	غير مغطى	علاجات العقم
Varicocele	Not covered	غير مغطى	علاج دوالي الخصية ودوالي الحبل المنوي
In-Vitro and Artificial Insemination	Not covered	غير مغطى	التلقيح الاصطناعي
Sexually Fortifying Treatment, Impotence	Not covered	غير مغطى	علاج الضعف الجنسي
Procedures Related to Change of Sex	Not covered	غير مغطى	عمليات تغيير الجنس
In-Hospital: Sleep Disorder		الاستشفاء: علاج اضطراب النوم	
Sleep Disorder Treatments and Polysomnography	Not covered	غير مغطى	علاج اضطراب النوم والدراسات المتعلقة به
In-Hospital: Other Benefits		الاستشفاء: منافع أخرى	
Weight Control Procedures and Surgeries	Not covered	غير مغطى	عمليات مراقبة وتخفيض الوزن والعلاجات المتعلقة به
Suicide and Self-Inflicted Injury	Not covered	غير مغطى	الانتحار والأذى المتعمد بالنفس
Claims caused by War, Civil Strife, illegal acts and Crimes	Not covered	غير مغطى	المطالبات الناتجة عن الحرب والشغب الأهلي والجرائم
Claims Arising from Insured Participating in Hazardous Sport	Not covered	غير مغطى	المطالبات الناتجة عن المشاركة في الرياضات الخطرة
Treatment of Injuries and Sickness due to the Participation in Hazardous Sports	Not covered	غير مغطى	العلاجات والأمراض الناتجة عن المشاركة في الرياضات الخطرة
Claims Arising from Ionization, Polluting Chemicals or Nuclear Contamination	Not covered	غير مغطى	المطالبات الناتجة من التعرض للإشعاع والتلوث الكيماوي النووي
Vertebroplasty, Nucleoplasty and Kyphoplasty Surgeries	Not covered	غير مغطى	عمليات الـ Vertebroplasty تقويم العمود الفقري Nucleoplasty, و Kyphoplasty وما ينتج عنها
Ambulance and Air Ambulance Expenses	Not covered	غير مغطى	كلفة نقل الاسعاف الجوي والبري
Treatment related to Falling of Hair and treatment of Hirsutism and all related Consequences	Not covered	غير مغطى	علاج تساقط الشعر وعلاج الشعرانية وجميع العلاجات الناتجة عنها

Parkinson Disease treatment and surgery	Not covered	غير مغطى	علاج مرض باركنسون والجراحات المتعلقة به
Dynamic Phototherapy Procedures	Not covered	غير مغطى	إجراءات المعالجة الضوئية الديناميكية
Vertoplasty, Nucleoplasty, and Kyphoplasty	Not covered	غير مغطى	Vertoplasty, Nucleoplasty, and Kyphoplasty
Speech therapy	Not covered	غير مغطى	العلاجات المتعلقة بتصحيح النطق
Surgical Resection of Prostate by HIFUS Procedure	Not covered	غير مغطى	استئصال البروستات من خلال إجراء HIFUS
Linear Accelerator	Not covered	غير مغطى	المسرّع الخطي
Pre-existing Conditions	Not Covered	غير مغطى	علاج الامراض السابقة للتأمين
Ambulatory: General Conditions		المنافع والتغطيات المتعلقة بالفحوصات والتحاليل الطبية	
Financial Limitation	Up to \$2,500-	لغاية \$2,500-	الحدود المالية
Number of Transactions	up to 10 PPPY	10 معاملات للشخص الواحد في السنة	عدد التحاليل
Excess/Deductible/Co-Pay/Co-Insurance	15%	15%	نسبة التحمل التي يدفعها المريض
Network	Limited Network	شبكة جزئية	الشبكة
Guaranteed Renewability	N/A	لا يوجد	التجديد المكفول
Ambulatory: Diagnostic Tests		الفحوصات التشخيصية	
Radiology	Covered	مغطى	الأشعة
Panoramic X-Ray	Covered	مغطى	صورة البانوراما للأسنان
C.T. Scan	Covered	مغطى	Scan .C.T
MRI (Neurological Diseases and Knee Cases)	Covered	مغطى	التصوير بالرنين المغناطيسي الكلي
MRI for Other Cases	Covered	مغطى	التصوير بالرنين المغناطيسي لحالات أخرى
Ultrasonography	Covered	مغطى	الموجات فوق الصوتية (ultrasound)
Laboratory Tests	Covered	مغطى	التحاليل المختبرية
Tests related to Infertility	Not Covered	غير مغطى	التحاليل المتعلقة بالعقم
Hormones Tests not related to Fertility	Not Covered	غير مغطى	التحاليل الهرمونية الغير متعلقة بالعقم
Nuclear Medicine Tests	Covered	مغطى	فحوصات طب الذرة
Electroencephalogram	Covered	مغطى	تخطيط الدماغ الكهربائي
Electromyogram	Covered	مغطى	تخطيط العضلات
Audiogram	Covered	مغطى	تخطيط السمع
Stress Test	Covered	مغطى	اختبار الجهد
Evoked Response	Covered	مغطى	التحريض الحركي
Ocular Angiography	Covered	مغطى	تصوير الاوعية الدموية في العين
Thallium Myocardic Scintigraphy	Covered		فحص الشريان التاجي
Abdominal-Pelvic Ultrasound	Covered	مغطى	تصوير الحوض بالموجات فوق الصوتية
Morphological Ultrasound	Limited to one per delivery	لمرة واحدة لكل ولادة	الفحص الشامل لاعضاء الجنين بالموجات فوق الصوتية (المورفولوجيه)
Triple Test	Not Covered	غير مغطى	الاختبار الثلاثي
Echocardiography	Covered	مغطى	تخطيط صدى القلب
Holter Monitoring	Covered	مغطى	قياس وتسجيل نشاط القلب
Osteodensitometry	Covered	مغطى	قياس الكثافة العظمية
PET Scan	Not Covered	غير مغطى	اختبار وتصوير لبيان كيفية عمل الانسجة والاعضاء

VCT 64	Not Covered	غير مغطى	تصوير الاوعية الدموية بالاشعه المقطعيه
Uroscan	Covered	مغطى	فحص الحالب بالموجات فوق الصوتية
Leuko Scan	Covered	مغطى	تحليل كريات الدم البيضاء
Hepatitis Type B & C	Covered only if under pre-marital tests	مغطى فقط في حالة فحوصات ما قبل الزواج وفحوصات قبل العملية الجراحية	تحليل التهاب الكبد نوع B و C
Syphilis Tests	Covered only if under pre-marital tests	مغطى فقط في حالة فحوصات ما قبل الزواج وفحوصات قبل العملية الجراحية	تحليل مرض الزهري
HIV Related Tests	Covered only if under pre-marital tests	مغطى فقط في حالة فحوصات ما قبل الزواج وفحوصات قبل العملية الجراحية	التحاليل المتعلقة بفيروس نقص المناعة المكتسب HIV
Congenital Diseases Tests (incl Thalassaemia Tests)	Not Covered	غير مغطى	التحاليل المتعلقة بالامراض الوراثية
Ocular Coherence Tomography (OCT)	Covered	مغطى	التصوير المقطعي للتماسك العين
Glaucoma Diagnosis (GDX)	Not Covered	غير مغطى	تشخيص الجلوكوما
Organ Transplant Tests	Not Covered	غير مغطى	التحاليل المتعلقة بزرع الأعضاء
Ambulatory: Treatment			
Laser Therapy	Covered	مغطى	العلاج بالليزر
Physiotherapy	Covered	مغطى	العلاج الفيزيائي
Kinesithrapy	Covered	مغطى	المعالجة بالحركة
Physician Fees Related to the Interpretation of Specialized Tests	Covered	مغطى	تكلفة استشارة المختبريين لقراءة نتائج تحليل نوعي
Prescription Medicine: General Conditions			
Financial Limitation	Up to \$1,500-	لغاية - \$1,500	الحدود المالية
Number of Transactions	up to 10 PPPY	10 وصفات للشخص الواحد في السنة	عدد الوصفات
Excess/Deductible/Co-Pay/Co-Insurance	15%	15%	نسبة التحمل التي يدفعها المريض
Network	Limited Network	شبكة جزئية	الشبكة
Guaranteed Renewability	N/A	لا يوجد	تجديد مضمون
Prescription Medicine: General Benefits			
Treatment of Chronic Diseases (e.g. Diabetes, Hypertension, Cholesterol, Epilepsy, Parkinson, Cardiovascular, Cancer)	Covered for Individuals that meet certain underwriting conditions	مغطاة بحالات خاصة	الأدوية الموصوفة لعلاج الأمراض المزمنة (مثل السكري والضغط والكولسترول والصرع والباركنسون وأمراض الدورة الدموية والسرطان)
Prescription Medicine: Vaccines			
Polio	Covered	مغطى	شلل الأطفال
Diphtheria	Covered	مغطى	الخناق
Pertussis	Covered	مغطى	السعال الديكي
Tetanus	Covered	مغطى	الكزاز
Hepatitis Type B	Covered	مغطى	التهاب الكبد نوع B
Haemophilus Influenza	Covered	مغطى	الأنفلونزا المستدمية
Measles	Covered	مغطى	الحصبة
Mumps	Covered	مغطى	النكاف
Rubella	Covered	مغطى	الحصبة الألمانية
Influenza Virus	Covered	مغطى	فيروس الأنفلونزا
Streptococcus Pneumoniae	Covered	مغطى	ذات الرئة العقدية



Infanrix vaccine	Covered	مغطى	لقاح انفانريكس
Preventing Diphtheria, Pertussis and Tetanus	Covered	مغطى	الوقاية من الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز
Prescription Medicine: Other Benefits			
تغطيات أخرى تابعة للأدوية الموصوفة			
OTC Medicines	Excluded	غير مغطى	الأدوية التي تباع بدون وصفة طبية
Other Vaccines	Excluded	غير مغطى	لقاحات أخرى
Homeopathy and Phytotherapy	Excluded	غير مغطى	الأدوية العشبية والنباتية
Antiseptic Products	Excluded	غير مغطى	مستحضرات التعقيم
Hair Treatment	Excluded	غير مغطى	مستحضرات العناية بالشعر
Dental Care of for the Gum	Excluded	غير مغطى	مستحضرات العناية باللثة والأسنان
Sexual Treatment and Sexually Transmitted Diseases	Excluded	غير مغطى	أدوية علاج الأمراض المنقولة جنسياً وتقوية الأداء الجنسي
Mental Disorders	Excluded	غير مغطى	أدوية علاج الاضطرابات العقلية
Dietetic Products	Excluded	غير مغطى	أدوية ومستحضرات تنظيم الغذاء ومراقبة الوزن
Dermatological Products	Excluded	غير مغطى	مستحضرات العناية بالبشرة
Hearing and Optical Apparatuses	Excluded	غير مغطى	أجهزة السمع والبصر
Doctor's Visit Plan			
تغطية زيارة الطبيب			
Number of Transactions	Up to 12 visit PPPY with a Max of \$50- per visit	12 زيارة في السنة لغاية \$50- بالزيارة الواحدة	عدد الزيارات
Normal, Usual and Customary Consultation	Covered	مغطى	زيارة الطبيب المعتادة
Administration of Diagnostic Services: Cardiac Echo Doppler, Arterial Echo Doppler, Ultrasonography, Electroencephalogram, Electrocardiogram, Electromyogram, Audiogram, Pulmonary Function Tests (e.g. Spirometry), Cardiac Stress Test	Covered	مغطى	الفحوصات التشخيصية في عيادة الطبيب: ايكو دوبلر للقلب، ايكو دوبلر للشرايين، تصوير أمواج فوق الصوتية والكهربائية وتخطيط السمع واختبارات وظائف الرئة مثل قياس التنفس واختبار جهد القلب
Small Surgery and Endoscopic Procedures	Covered	مغطى	الإجراءات الجراحية الصغيرة ضمن العيادة والتنظير
Administration of Vaccines: Oral Polio Vaccine (OPV). Diphtheria Pertussis, Tetanus (DPT), Tuberculin test (PPD), Hepatitis B, Hemophilus Influenza (HIB), Measles, Mumps, Rubella (MMR)	Covered	مغطى	إعطاء اللقاحات ضمن العيادة
COVID-19 Coverage	Excluded	غير مغطى	تغطية فايروس كورونا COVID-19
Dental Coverage			
تغطية الاسنان			
Financial Limitation	Up to \$200-	لغاية \$200-	طب الأسنان الترميمي
Restorative Dentistry	Covered	مغطى	الاجراء
Endodontics	Covered	مغطى	علاج جذور الاسنان
Scaling	Covered	مغطى	التحجيم
Optical Coverage			
تغطية العيون			
Financial Limitation	Up to \$100-	لغاية \$100-	الحدود المالية
Optical Consultation	Covered	مغطى	استشارة بصرية
Optical Frames	Covered	مغطى	الايطارات البصرية
Optical Glasses	Covered	مغطى	النظارات البصرية
Optical lenses if medically necessary based on the ophthalmologist's medical report	Covered	مغطى	العدسات البصرية إذا لزم الأمر طبيًا بناءً على التقرير الطبي لطبيب العيون



Golden Product Pricing:

Age Bracket	In Hospital	Ambulatory	Prescription Medicines	Doctors' visits	Dental	Optical	Total
0-17	\$97.12	\$69.55	\$71.96	\$40.45	\$48.53	\$34.05	\$361.67
18-30	\$132.95	\$99.11	\$102.50	\$55.93	\$48.53	\$34.05	\$473.07
31-45	\$170.26	\$135.25	\$139.58	\$74.42	\$48.53	\$34.05	\$602.09
46-65	\$294.84	\$241.48	\$248.64	\$132.17	\$48.53	\$34.05	\$999.71
+65	\$543.53	\$457.26	\$470.19	\$250.33	\$48.53	\$34.05	\$1,803.89

DAR ALAMAN wishes you good health