

OFFER FORM ACTED [YEMEN]
نموذج العرض بمنظمة أكتد – [اليمن]**Tender N°** (filled in by ACTED):رقم المناقصة:*T/15MULTI/MULTI/YEM/LOG/HEALTH INSURANCE/25-05-2023/001***Order ID** (filled in by ACTED):رقم التعريف الخاص بالطلب:*OF/15MULTI/MULTI/Sana'a/HR /07-05-2023/001***Date** (filled in by Bidders):التاريخ:*25-05-2023***To be Filled by Bidder (COMPULSORY)**

يتم تعبئة البيانات عن طريق مقدم العطاء (إجباري)

Company's Name (as per registration documents)	اسم الشركة (حسب وثائق التسجيل)	
Company Authorized Representative's Name (as per registration documents or duly signed Power of Attorney)	اسم المندوب المعتمد للشركة (حسب وثائق التسجيل أو بموجب التوكيل الرسمي المعتمد والموقع)	
Company Registration Number	رقم السجل التجاري	



Registration body	هيئة التسجيل	
Company's mailing address Shop/Office/Building No Street name City Governorate/province/district Country	العنوان البريدي للشركة رقم المتجر/ المكتب/ المبنى اسم الشارع المدينة المحافظة / المقاطعة / المديرية البلد	
Commercial representative for the bid (if different from authorized representative)	الممثل التجاري للعطاء (إذا كان شخصاً آخر غير الممثل المعتمد)	
Phone contact number Landline Mobile	رقم هاتف التواصل جوال: هاتف أرضي	
Email address	عنوان البريد الإلكتروني	

I undersigned (to be filled in by Bidders)

agree to provide ACTED, non-profit NGO, with items answering the following specifications, according to the general conditions and responsibilities that I engage myself to follow.

أنا الموقع أدناه: (تعباً البيانات هنا عن طريق مقدمي العطاءات)
أوافق على تزويد منظمة أكتد (ACTED)، وهي منظمة غير حكومية وغير ربحية، بالمعلومات التي تجيب على المواصفات التالية وفقاً للشروط العامة والمسؤوليات التي ألزمت نفسي باتباعها:



Provision of health Insurance Services for National Staff Acted Yemen (FRAMEWORK AGREEMENT)**تقديم خدمات التأمين الصحي لموظفي منظمة أكتد اليمن (عقد اطارى سنوي)****PRICE:****السعر:**

N	Service Description مواصفات الخدمة	Estimated number for the people covered by the service*. العدد التقريبي لطالبي الخدمة *	Service Period مدة الخدمة	Price without taxes per person السعر غير شاملة الضرائب بالدولار الامريكي للفرد
1	Health Insurance service for ACTED staff and their dependents (Spouses and children) in Yemen as per the service benefits package and limits of coverage detailed in the below section. خدمة التأمين الصحي لموظفي منظمة أكتد وعائلاتهم (أزواج و ابناء) في اليمن حسب حزمة الخدمات وحدود التغطية المفصلة في القسم أدناه.	924	1 year سنة واحدة	

*The number provided was just an estimation of the number and not final as the final number will depend on the final number of staff and subsequently the dependents number will vary based on that (We can NOT confirm this now at all). The number could vary significantly more or less (depending on the project we might/might not have) and so the below numbers provided are estimates based on our current numbers.

*العدد الذي قمنا بوضعه هو تقريبي وليس نهائي حيث ان العدد النهائي سيعتمد على عدد الموظفين في السنتين المقبلتين وعلى ضوئه يختلف عدد المؤمن عليهم (لا نستطيع تحديد ذلك مسبقا على الاطلاق). قد يختلف العدد بشكل كبير سواء زياده او نقصان (تبعاً للمشاريع المتوفرة وعدد موظفينا في تلك المشاريع) لذا ما نقوم بتقديمه ليس العدد النهائي وإنما العدد التقريبي بحسب البيانات الحالية .



SERVICE BENEFITS PACKAGE AND LIMITS OF COVERAGE :**حزمة الخدمات وحدود التغطية التأمينية:**

Insured	employees & family الموظفين وعوائلهم	المؤمن عليهم
Insurance period	one insurance year سنة تأمينية واحدة	فترة التأمين
Beginning date of insurance	15/07/2023	تاريخ بداية التأمين
End date of insurance	14/07/2024	تاريخ انتهاء التأمين
Subscription period	One year سنة تأمينية	فترة الاكتتاب
Co- insurance in patient	Nil	نسبة التحمل داخل المستشفى
Co- insurance outpatient	10%	نسبة التحمل خارج المستشفى
<p>طريقة الدفع : على مقدم الطلب تقديم طريقة الدفع المناسبة (ينصح ربع سنوي)</p> <p>Payment method: To be provided by the service provider (suggested to be quarterly)</p>		



Inpatient coverage schedule	جدول التغطية داخل المستشفى
تشمل التغطية التكاليف الطبية أثناء التواجد داخل المستشفى للعلاج من الحالات المرضية غير المستثناة بما في ذلك الإقامة وخدمات الطوارئ ضمن الحدود الواردة في جدول التغطية على النحو التالي:	
Coverage includes medical costs while in hospital for treatment of non-exempted conditions including accommodation and emergency services within the limits of the coverage schedule as follows:	
Stay by the class as specified in the schedule	الإقامة حسب الدرجة المحددة في جدول العقد
ICU and treatment of coronary arteries diseases	وحدة العناية الحثيثة وعلاج أمراض الشرايين التاجية
Fees of surgeon and anesthetist	أتعاب الجراح والطبيب المخدر
Hospital services (surgery, operating rooms, anesthesia, medicines, lab tests, x-ray treatment...etc.)	خدمات المستشفى (جراحة، تخدير، أدوية وفحوصات مخبرية، ،...الخ)
Using hospital medical equipment (such as cardiac and pulmonary supporting systems...etc.)	استخدام معدات المستشفى الطبية (مثل أنظمة مساندة القلب والرئتين ... الخ)
IV fluids and injections ...etc.	السوائل الوريدية والحقنالخ
Lab and diagnostic tests, X-ray images, ECG, CT scan, ...etc. (only those related to main cause of admission to hospital)	فحوصات المختبر والتشخيص، صور الأشعة، تخطيط، التصوير الطبقي الخ (فقط تلك المتعلقة بالسبب الرئيسي للدخول الى المستشفى)



Doctor visits related to the main cause of admission to hospital	زيارات الطبيب المتعلقة بالسبب الرئيسي للدخول الى المستشفى.
Special nursing care if medically required	رعاية التمريض الخاصة اذا كانت ضرورة من الناحية الطبية.
Ambulance services, if medically required, once a year	خدمات سيارة الاسعاف في حالة كونها ضرورية من الناحية الطبية.
Costs of autopsy in case the insured passed away after being admitted to hospital and while staying there due to injury or non-excluded physical illness	تكاليف التشريح في حالة الوفاة المؤمن عليه بعد دخوله الى المستشفى و أثناء وجوده فيه بسبب اصابة او مرض جسدي غير مستثنى.
Accommodation costs	تكاليف اقامة المرافق
Cash claims for treatment	المطالبات النقدية للعلاج
(100%) for emergency cases or when the disease is caused during travel or when being treated outside the net 'or when treated in a Yemeni city where the company does not have a medical network	(100%) للحالات الأسعافية او عند نشوء المرض اثناء السفر او عند المعالجة خارج الشبكة او عند المعالجة في مدينة يمنية ليس للشركة طبية فيها.
(80%) for selective cases	(80%) للحالات الاختيارية
المطالبات النقدية للعلاج: في حالة العلاج خارج اليمن لحالة يمكن علاجها محليا يتم سدادها بأعلى سعر في اليمن حسب جدول المنافع	



In-patient Benefits	(A)	جدول التغطية داخل المستشفى
Class		الدرجة
Maximum per person per year	\$ 20,000	الحد السنوي الأعلى للفرد
Max limit for each case per case	5,000\$	الحد الأعلى للفرد للحالة الواحدة
Inpatient class	درجة أولى Covered class A	درجة الرقود في المستشفى
Accommodation	مغطية غرفة خاصة Covered class A private room	الرقود
ICU and treatment of coronary arteries diseases	مغطية Covered	وحدة العناية المكثفة وعلاج امراض الشرايين التاجية
Fees of surgeon and anesthetist		أتعاب الجراح والطبيب المخدر
Hospital services (surgery, operating rooms, anesthesia, medicines, lab tests, X-ray treatment ... etc.)		، خدمات المستشفى (جراحة ، تخدير ، أدوية وفحوصات مخبرية ، معالجة بالأشعة ، ... الخ)
Doctor visits related to the main cause of admission to hospital		زيارات الطبيب المتعلقة بالسبب الرئيسي للدخول الى المستشفى
Ambulance services, if medically required, once a year		خدمات سيارة الاسعاف في حالة كونها ضرورية من الناحية الطبية.
Accommodation costs		تكاليف اقامة المرافق
Special nursing care if medically required		رعاية التمريض الخاصة اذا كانت ضرورية من الناحية الطبية



Autopsy costs in case of the insured death after being admitted to hospital and while he is present there due to injury or non-excluded

تكاليف التشريح في حالة الوفاة للمؤمن عليه بعد دخوله الى المستشفى وأثناء وجوده فيه بسبب إصابة أو مرض جسدي غير مستثنى

Outpatient Schedule:	جدول التغطية خارج المستشفى
<p>تشمل التغطية التكاليف الطبية للعلاج من الحالات المريضة غير المستثناة ضمن الحدود الواردة في جدول التغطية على النحو التالي:</p>	
<p>Coverage shall include medical costs of treatment of non-excluded medical cases within the limits contained in the coverage schedule as follows:</p>	
<p>1) Medical consultation:</p>	<p>1) الاستشارة الطبية:</p>
<p>This coverage shall be valid for non-excluded medical cases that require doctor visit and any diagnostic tests and/or medicines and/or physiotherapy and it represents payable fees of medical advice as identified in the policy schedule</p>	<p>تكون هذه التغطية سارية المفعول في الحالات المرضية غير المستثناة التي تتطلب مراجعة الطبيب وأية فحوصات تشخيصية و/أدوية و/أو علاجا طبيعيا وهذه التغطية تمثل أجور الاستشارة الطبية القابلة للدفع وهي محددة في جدول العقد.</p>
<p>2) Diagnostic tests:</p>	<p>2) الفحوصات التشخيصية</p>





<p>This coverage shall be valid as identified in the policy. schedule under non-excluded medical cases and not subjected to the waiting periods that require diagnostic tests, and these testes include:</p> <ul style="list-style-type: none">• X-ray images• Lab• MRI• CT scan• Cardiac, catheterization echocardiography,• cardiac stress test and (Hotler) monitoring, or any other type of catheterization or other contrast imaging• All kinds of endoscopy, such as cystoscopy, colposcopy, gastroscopy, arthroscopy, or any other endoscopes for diagnostic or therapeutic purposes	<p>تكون هذه التغطية سارية المفعول كما هي محددة في جدول العقد في الحالات المرضية غير المستثناة وغير الخاضعة لفترات الانتظار التي تتطلب اجراء الفحوصات التشخيصية وتشمل الفحوصات:</p> <ul style="list-style-type: none">- صور الأشعة- المختبر- التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)- لتصوير الطبقي- قسطرة القلب، تصوير القلب بالصدى، فجهد القلب ومراقبة تخطيط القلب (هولتر) واي نوع قسطرة اخر او تصوير ظليلي (ملون)- المناظير بأنواعها مثل مناظير المثانة او القولون او المعدة او الركبة او أية مناظير لأغراض تشخيصية او علاجية
<p>3) Medications:</p> <p>This coverage shall be valid as specified in the policy schedule under non-excluded medical cases that require medicinal treatment and includes all medicines approved as therapies</p>	<p>3) الأدوية</p> <p>تكون التغطية سارية المفعول كما هي محددة في جدول العقد في الحالات المرضية غير المستثناة التي تتطلب المعالجة الدوائية وتشمل المعالجة الدوائية جميع الأدوية المعترف بها كعلاجات.</p>
<p>4) Physiotherapy:</p> <p>This coverage is valid as specified in the contract schedule in non-exempted medical conditions through physiotherapy sessions determined by the specialist physician.</p>	<p>4) العلاج الطبيعي</p> <p>تكون هذه التغطية سارية المفعول كما هي محددة محددة في جدول العقد في الحالات المرضية غير المستثناة من خلال جلسات علاج طبيعي يحددها الطبيب المعالج.</p>



Out-patient Benefits	(A)	جدول تغطية خارج المستشفى
Class		الدرجة
Max annual limit per person	5000\$	الحد السنوي والأعلى للفرد
Number of physician visits per year	Open	عدد المراجعات خارج المستشفى للفرد سنويا
physician consultation	مغطاة Covered	استشارة الطبيب
Medications		الأدوية
Diagnostic procedures (lab tests, all kinds of endoscopy)		الاجراءات التشخيصية(فحوصات مخبرية، المناظير بأنواعها)
X-ray and CT scan and MRI...etc.		الأشعة والتصوير الطبقي والرنين المغناطيسي .الخ
All kinds of catheterization		القسطرة بأنواعها
Physiotherapy		العلاج الطبيعي بتقرير طبي
Emergency visit		زيارة الطوارئ
Cover the costs of the visiting doctor		تغطية تكاليف الطبيب الزائر



Maternity benefits:		منافع الحمل والولادة:	
Class	(A)	الدرجة	
Natural birth	\$ 1,500	الولادة الطبيعية	
legal abortion	covered	الاجهاض القانوني	
Cesarean birth	\$ 3,000	الولادة القيصرية	
Note: Pre-natal and postnatal follow-up covered from roof Outpatient and In-patient Benefits		ملاحظة: متابعة ما قبل وبعد الولادة تُغطي من سقف خارج وداخل المستشفى.	

Additional Benefits Schedule	جدول التغطيات الاضافية
Osteoporosis treatment except those need nuclear medicine and cases preceding the insurance.	يتم تغطية هشاشة العظام باستثناء الطب النووي.
Treatment of renal stones by ESWL.	تفتيت الحصى بواسطة الأمواج الصادمة (ECSWL)
Mammography for covered cases.	فحص الماموغرام المرتبط بالحالات المرضية المشمولة بالتأمين
Benign neoplasm and its treatment.	الأورام الحميدة والعلاجات المتعلقة بها
All ophthalmologic diseases unless related to correction of visual acuity and aging.	أمراض العيون و الجراحات الروتينية غير المتعلقة بتصحيح حدة الابصار.
Circumcision for newborns under maternity limits	الطهور للمواليد الجدد.



Newborn examination under limits of maternity for cases covered under the policy.	فحص المولود الجديد.
CVA and its complications.	الجلطات الدماغية ومضاعفاتها
Dermatological diseases unless being cosmetic cases.	الأمراض الجلدية غير التجميلية
Allergic diseases except	أمراض الحساسية باستثناء فحص الحساسية الشامل
Vitamins and supplements prescribed by doctors to pregnant women and cases covered by policy.	الفيتامينات والكالسيوم المتعلقة بما ذلك المتعلقة بمتابعه الحمل و للحالات المشمولة بالتغطية التأمينية.
Piles, fistula and anal fissure.	البواسير والنواسير والشق الشرجي
Tonsillectomy, Adenoidectomy, symptomatic DNS and sinuses surgery.	عمليات اللوزتين والزوائد اللحمية وانحراف الوتيرة العلاجي الجيوب الأنفية.
Treatments of epilepsy.	الحالات والعلاجات المتعلقة بمرض الصرع
Fibroid surgery, hysterectomy and endometriosis	الأورام الليفية واستئصال الرحم والبطانة الرحمية
Varicose vein, varicocele, and Hydrocele.	دوالي الأوردة ودوالي الخصية والقيلة (اكياس مائية)
Surgical and nonsurgical treatment for LBP and therapeutic Arthroscopy for knee joint diseases.	جراحة وآلام الظهر جراحة مفصل الركبة
Cataract and Glaucoma surgery.	عمليات الساد وارتفاع ضغط العين



Class	(A)	الدرجة
Optical Benefit Annual Maximum Limits for Optical	Covered up to \$ 200	منفعة النظارات الطبية (اطار وعدسات)
Dental Essential Treatment: X- Rays, Fillings, Extraction, Root Canal, and Gum Treatment & polishing twice a year with copay 50% (In Yemen within network) Per Year	Covered up to \$ 600	الأسنان (تسوس) خلع حشو سحب العصب معالجة اللثة) و التلميع مرتين في السنة و بنسبة تحمل 50%
chronic diseases per Person Per Month Note: Follow-up of chronic and pre-insurance conditions is covered within a roof outside the hospital	(Chronic Medicines) Covered up to \$200 per month.	الادوية المزمنة بسقف مزمّن شهري. ملاحظة: متابعة الحالات المزمنة والسابقة للتأمين يُغطى ضمن سقف خارج المستشفى
Pre/existing and chronic	Covered	الأمراض السابقة والمزمنة
Treatment outside Yemen: Medical treatment outside Yemen it's just for Intractable condition with the prior approval of the insurance. The company, Without travel tickets.		العلاج خارج اليمن: يكون العلاج خارج اليمن للحالات المستعصية و بموافقة مسبقة من الشركة اذا لم يتوفر العلاج داخل اليمن و بدون تذاكر وضمن جدول النافع.
Areas Covered:		منطقة التغطية:



All governorates of the Republic of Yemen and outside the Republic of Yemen and (Egypt, Jordan, India)		جميع محافظات الجمهورية اليمنية وخارج الجمهورية اليمنية (مصر والأردن والهند)
General/non private hospitals covered under the policy (Maximum 30 days)		الدفع النقدي الحكومي: مغطى في مستشفى حكومي لحالة مشمول بالتغطية بحد أقصى 30 يوم
Corpse Transportation cost The cost of transporting the body from the country where she / he died to Yemen 3000\$		تكاليف نقل الجثة: تكلفة نقل جثة المشترك من البلد الذي توفي فيه الى اليمن في حالة وفاة من جراء مرض مشمول بالتغطية او نقله الى بلده اذا كان غير يمني بسقف 3000 دولار.
Benefit	limit	المنفعة
Organ Transplant: cost of the surgery only	Covered with limit \$10,000per person. مغطاة بحدود 10,000 دولار للشخص الواحد	زراعة الأعضاء
Cancer Treatment	Covered	معالجة السرطان
Joint replacement	Covered with limit \$3,000per person. مغطاة بحدود 3000 دولار للشخص الواحد	المفاصل الصناعية
obesity disorder if there is a medical reason	Covered with limit \$2,000per person. مغطاة بحدود 2000 دولار للشخص الواحد	اضطرابات السمنة اذا كانت لضرورة طبية
Hearing Aids	Covered with limit \$200 per person. مغطاة بحدود 200 دولار للشخص الواحد	السماعات الطبية



Congenital Disease	Covered with limit \$5,000per person. مغطية بحدود 5000 دولار للشخص الواحد	الأمراض الخلقية الأمراض الخلقية
Autoimmune disease	Covered with limit \$2,000per person. مغطية بحدود 2000 دولار للشخص الواحد	أمراض الجهاز المناء
Hepatitis B&C	Covered with limit \$3,000per person. مغطية بحدود 3000 دولار للشخص الواحد	التهاب الكبد الفيروسي
Renal failure and dialysis	Covered with limit \$2,500per person. مغطية بحدود 2,500 دولار للشخص الواحد	الفشل الكلوي والغسيل الكلوي
vaccinations	Covered with limit \$2,000per person. مغطية بحدود 2000 دولار للشخص الواحد	التعطيمات
Work Accident	Covered	تغطية الحوادث الناتجة عن العمل
Squint	Covered for a medical reason. طبية مغطة لأسباب	الحول
hereditary blood cell disease	Covered with limit \$2,000per person. مغطية بحدود 2000 دولار للشخص الواحد	مرض خلايا الدم الوراثي
Covid-19 cover up to 5 cases a year	Covered with limit \$2,000per person. مغطية بحدود 2000 دولار للشخص الواحد	تغطية خمس حالات كورونا في السنة
prosthesis and medical appliances (if there is a medical reason)	Covered with limit \$2,000per person. مغطية بحدود 2000 دولار للشخص الواحد	الأطراف الصناعية إذا كانت لضرورة طبية



DELIVERY CONDITIONS:

شروط التسليم :

		DELIVERY CONDITIONS REQUESTED BY ACTED شروط التسليم المطلوبة من قبل منظمة اکتد	DELIVERY CONDITIONS OFFERED BY THE BIDDER (if different) شروط التسليم المطروحة من مقدم العطاء (إذا كانت مختلفة)
DELIVERY ADDRESS Office/Building No Street name City Governorate/province/district Country	عنوان التسليم رقم المكتب/ المبنى اسم الشارع المدينة/المحافظة / المقاطعة / المديرية البلد	HEALTH INSURANCE SERVICES IN YEMEN WITH PERIORITY TO ACTED AREAS OF OPERATION (SANA'A, ADEN, ALDAHLEE, DHAMAR, SAADAH, RAYMAH, AL-HODEIDA, MARIB GOVERNORATES) خدمات التأمين الصحي في اليمن مع اعطاء الاولوية لمناطق عمل اکتد في محافظات صنعاء، عدن، الضالع، ذمار، صعدة، ريمة، الحديدة و مأرب	
DELIVERY DATE (either X days/months from contract signature or fixed date DD/MM/YYYY)	تاريخ التسليم (سواء بكتابة (عدد X) يوم بعد توقيع العقد او كتابة تاريخ محدد بالتنسيق التالي يوم/شهر/ سنة)	48 HOURS AFTER SENDING THE PURCHASE ORDER TO GET THE INSURANCE CARD. 48 ساعة بعد ارسال طلب الشراء لاستلام كرت التأمين	



BIDDER'S CONDITIONS:**شروط مقدم العطاء:**

	GENERAL CONDITIONS RECOMMENDED BY ACTED الشروط العامة التي توصي بها منظمة اکتد	GENERAL CONDITIONS OFFERED BY THE BIDDER (if different) الشروط العامة المطروحة من قبل مقدم العطاء (إذا كانت مختلفة)
VALIDITY OF THE OFFER صلاحية العرض	12Months أشهر 12	
TERMS OF PAYMENT شروط الدفع	<u>PREFERRED TO ADD YOUR BANK ACCOUNT IN IBY</u> <u>يفضل تسجيل الحساب البنكي في بنك اليمن الدولي</u>	
PAYMENT METHOD طريقة الدفع	<u>SUGGESTED TO BE QUARTERLY</u> <u>يفضل ان يكون الدفع ربع سنوي</u>	

Name of Bidder's Authorized Representative: _____

اسم الممثل المعتمد من مقدم العطاء:

Authorized signature and stamp: _____

الشخص المعتمد المخول بالتوقيع والختم:

Date: _____

التاريخ:

