



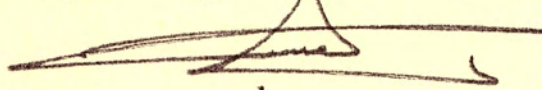
اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

المقرة في جلسة رقم (٩٣) وتاريخ ١١/٣/١٤٣٥ هـ
والمعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (٩ / ١١٣ / ض) وتاريخ ١٣/٤/١٤٣٥ هـ



وزير الصحة

رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني



د. عبدالله بن عبدالعزيز الربيعه



اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
٧-٣	الفصل الأول: التعريفات
٩-٨	الفصل الثاني: المستفيدون
١٢-١٠	الفصل الثالث: التغطية التأمينية بموجب النظام
١٥-١٣	الفصل الرابع: المنافع
١٨-١٦	الفصل الخامس: ضوابط الالتزامات المالية
٢٣-١٩	الفصل السادس: ممارسة أعمال التأمين الصحي
٢٧-٢٤	الفصل السابع: الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية
٣٤-٢٨	الفصل الثامن: العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية
٣٦-٣٥	الفصل التاسع: ضمان جودة الخدمات المقدمة
٣٨-٣٧	الفصل العاشر: الجزاءات
٤٠-٣٩	الفصل الحادي عشر: الأحكام العامة
٤٢-٤١	الفصل الثاني عشر: الملاحق

عليه

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Council of Cooperative Health Insurance

Secretariat General



المملكة العربية السعودية
مجلس الضمان الصحي التعاوني
الأمانة العامة

الفصل الأول التعريفات

عليه



الفصل الأول التعريفات

المادة (١): يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها:

- (١) المملكة: المملكة العربية السعودية.
- (٢) النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني المطبق في المملكة.
- (٣) المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني.
- (٤) رئيس المجلس: وزير الصحة.
- (٥) الأمانة العامة: الجهاز التنفيذي للمجلس.
- (٦) المؤسسة: مؤسسة النقد العربي السعودي.
- (٧) التأمينات الاجتماعية: التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.
- (٨) التأمين الصحي: يعني التأمين الصحي الذي يقرره النظام ولائحته التنفيذية وتمارسه شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وفقا لنظام مراقبة شركات التأمين.
- (٩) الوثيقة: وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ١) والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).
- (١٠) التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.
- (١١) المنفعة: نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
- (١٢) أطراف العلاقة التأمينية: حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) ومقدمو الخدمة.
- (١٣) حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- (١٤) صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يستخدم عاملا أو أكثر.
- (١٥) العامل: كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيدا عن نظارته.
- (١٦) المؤمن له (المستفيد): هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية لصالحه بموجب الوثيقة.
- (١٧) المعال: الزوج أو الزوجة والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات.
- (١٨) زوج مواطنة: غير السعودي المتزوج بمواطنة سعودية.
- (١٩) زوجة مواطن: غير السعودية المتزوجة من مواطن سعودي.

علي



- (٢٠) البيانات الأساسية: ما تحدده الأمانة العامة من بيانات خاصة بحامل الوثيقة أو بالمستفيد، وعلى سبيل المثال (بيانات الهوية الوطنية / بيانات إقامة العامل).
- (٢١) شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
- (٢٢) شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA): شركات تسوية المطالبات التأمينية والمصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
- (٢٣) مقدم الخدمة: المرفق الصحي (الحكومي / غير الحكومي) المصرح له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.
- (٢٤) شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: مجموعة مقدمو الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحدد من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم، ويتم قيد هذه الخدمات مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول.
- (٢٥) رفض طلب الاعتماد: إجراء يخص فقط مرحلة طلب الاعتماد، عندما يتبين للمجلس عدم صحة أي من المعلومات التي قدمها مقدم الخدمة للمجلس من أجل الحصول على الاعتماد (مثل تزوير بعض الأوراق أو التراخيص المقدمة، أو الإدلاء بمعلومات غير صحيحة أو ما شابه).
- (٢٦) إلغاء الاعتماد: قرار يتم إتخاذة جراء مخالفة جسيمة يرتكبها مقدم الخدمة للنظام ولائحته.
- (٢٧) الحالة الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.
- (٢٨) برنامج تبادل التعاملات الإلكترونية (SHIB): برنامج يشرف المجلس على تنفيذه ويهدف إلى تبادل المعلومات والبيانات والتعاملات الخاصة بالتأمين الصحي بين مقدمي الخدمة وشركات التأمين وشركات إدارة المطالبات والمجلس وفق معايير البيانات التأمينية وبطريقة إلكترونية آمنة وموثوق بها.
- (٢٩) القواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الإلكترونية (SHIB): القواعد المنظمة لتبادل المعلومات والبيانات والتعاملات الخاصة بالتأمين الصحي بين مقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) والمجلس عن طريق هذا البرنامج لسوق التأمين الصحي السعودي المعتمد من قبل المجلس، وتعتبر هذه القواعد جزءاً لا يتجزأ من هذه اللائحة والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٨).

عليه



(٣٠) **سجل الوثيقة:** السجل الذي يتم التعامل معه أو يتم تداوله من قبل الشبكة الوطنية للتأمين الصحي ويشتمل على الحالات التالية:

- (أ) **المفعل:** السجل الذي يكون تاريخ إصداره ساري.
 (ب) **غير المفعل:** السجل الذي يكون تاريخ بدايته صلاحيته لاحقاً لتاريخ تفعيله أو لم يتم استخدامه في عملية إصدار أو تجديد إقامة.
 (ج) **المنتهي:** السجل الذي انتهت صلاحيته.
 (د) **الموقف:** السجل الذي تم إيقاف تفعيله من قبل المجلس أو من قبل شركة التأمين لسبب ما.

(٣١) **الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني:** هي الأجهزة والبرامج والأشخاص الذين يرتبطون من خلالها، لنقل معلومات وبيانات تخص الضمان الصحي التعاوني.

(٣٢) **القسط (الاشتراك):** هو المبلغ الواجب الأداء لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.

(٣٣) **نسبة التحمل (المشاركة في الدفع):** هو الجزء الذي يقوم المستفيد بدفعه عند تلقي الخدمة العلاجية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

(٣٤) **النفقات القابلة للاستعاضة:** المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من الوثيقة المرفقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ١)، على أن يصفها طبيب مرخص بسبب علة تعرض لها المؤمن له شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه.

(٣٥) **المطالبة:** طلب مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بغرض استعاضة قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة، والمشفوع بالمستندات المالية والطبية المؤيدة له.

(٣٦) **لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية:** لائحة تهدف إلى تنظيم أعمال فرق الزيارات الميدانية الإشرافية لأطراف العلاقة التأمينية للتحقق من التزام كافة الأطراف بالنظام ولوائحه التنفيذية والوثيقة الموحدة، والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٧).

(٣٧) **فريق الزيارات الميدانية الإشرافية:** فريق عمل يتكون أعضاؤه من منسوبي الأمانة العامة للقيام بزيارة ميدانية إشرافية على أطراف العلاقة التأمينية.

(٣٨) **الاحتيال:** قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بالخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.

(٣٩) **إساءة الاستخدام:** قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

عليه



(٤٠) التضييل: حدوث سلوكيات من أشخاص أو جهات، بحيث لا تقع هذه السلوكيات تحت تعريف الاحتيال.

(٤١) العقد الاسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية: هو عقد معتمد من المجلس يمكن لأطراف العلاقة التأمينية، الاستعانة به لتنظيم العلاقة بين الشركة ومقدم الخدمة مع مراعاة ما ورد في نص المادة رقم (٩٥) من هذه اللائحة.

عليه

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Council of Cooperative Health Insurance

Secretariat General



المملكة العربية السعودية
مجلس الضمان الصحي التعاوني
الامانة العامة

الفصل الثاني المستفيدون

عليه



الفصل الثاني المستفيدون

المادة (٢): تخضع للضمان الصحي الإلزامي الفئات التالية:

- (١) العاملين من غير السعوديين في القطاع غير الحكومي.
- (٢) المقيمون في المملكة من غير السعوديين والذين لا يعملون في القطاعين العام أو الخاص، ويستثنى من ذلك الأبناء لأم سعودية من زوج غير سعودي سواء كان الأبناء على عقد عمل الأب أو على عقد عمل الأم، كما تستثنى الزوجة غير السعودية المتزوجة من مواطن سعودي.
- (٣) أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص الخاضعين للضمان الصحي المحددة صفتهم في الفقرتين (١) و (٢) من هذه المادة، الحاصلون على رخصة إقامة في المملكة.
- (٤) جميع السعوديين العاملين في الشركات والمؤسسات الخاصة وما في حكمها والمبرمة معهم عقود عمل بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه، ويسري هذا الحكم على الفئات الواردة في الفقرة رقم (٢) من هذه المادة.
- (٥) أفراد أسر السعوديين المشار إليهم في فقره (٤) من هذه المادة وذلك على التفصيل التالي:
 - ١-٥ إذا كان العامل ذكراً، يشمل التأمين الصحي زوجته (أو زوجاته) وجميع أولاده دون سن الخامسة والعشرين سنة وبناته غير المتزوجات.
 - ٢-٥ إذا كانت العاملة متزوجة، يشمل التأمين الصحي زوجها إذا كان يعمل في قطاع حكومي مستثنى من الخضوع للتأمين الصحي الإلزامي أو كان يعمل بقطاع آخر لا يوفر له التأمين الصحي الإلزامي، أو كان لا يعمل. ويشمل التأمين الصحي الزوجة العاملة في هذه الحالة أيضاً وأبناءها الذكور حتى سن الخامسة والعشرين سنة والبنات غير المتزوجات.

المادة (٣): إذا كان المتقدم بطلب التأمين من غير المشمولين بالنظام، فإنه يحق له الحصول على التأمين الصحي.

المادة (٤): مع مراعاة الفئات المنصوص عليها في المادة رقم (٢) من هذه اللائحة، يستثنى من الخضوع للضمان الصحي الإلزامي جميع العاملين غير السعوديين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية وأفراد أسرهم وذلك ما لم يكن منصوصاً في عقد العمل أو بموجب لوائح تلك الأجهزة والمؤسسات الحكومية على توفير الخدمة الصحية للعامل غير السعودي ولأسرته.

علي



الفصل الثالث التغطية التأمينية بموجب النظام

عليه



الفصل الثالث

التغطية التأمينية بموجب النظام

المادة (٥):

- (أ) يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي جميع العاملين لديه الخاضعين لهذا النظام وأفراد أسرهم المشار إليهم في المادة رقم (٢) من هذه اللائحة.
- (ب) يخضع للنظام أصحاب الشركات والمؤسسات التي تملك منشآت طبية خاصة، وعليهم الحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في الوثيقة كحد أدنى للعاملين لديهم، وذلك عن طريق شركات تأمين صحي.
- (ج) لا يجوز لشركة التأمين رفض أي طلب للتأمين الصحي طالما كان هذا الطلب متوافقاً مع النظام ولائحته.
- (د) تلتزم شركة التأمين المؤمن لديها على منسوبي المؤسسات والشركات التي تملك منشآت طبية خاصة معتمدة بالتعاقد مع المنشأة المعنية لعلاج منسوبي هذه المؤسسات والشركات في نطاق الخدمات الصحية المعتمدة التي تقدمها هذه المنشأة.
- (هـ) على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بكافة البيانات اللازمة لتسجيل منسوبيه في مركز المعلومات الوطني، اللذين يوجد بينهم علاقة تعاقدية عند بداية سريان الوثيقة، ولا يحق لشركة التأمين بعد صدور الوثيقة إضافة أي مؤمن له لديه رقم تسجيل مختلف إلا من التحقق بالعمل لدى صاحب العمل بعد إبرام الوثيقة.
- (و) على صاحب العمل أن يقدم لشركة التأمين ما يثبت مغادرة المؤمن لهم النهائية للمملكة أو نقل عقد العمل أو الوفاة، لاستبعادهم من الوثيقة.
- المادة (٦): تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) عند الطلب تفيد بالتأمين على منسوبيه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها ويحدد المجلس محتوى الشهادة.
- المادة (٧): في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من الوثيقة من تاريخ خروجه النهائي من المملكة، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.
- المادة (٨): يتم تسليم المستفيد نسخة من الوثيقة، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام.
- المادة (٩): يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، وأن يوجه خطاباً بذلك إلى الشركة قبل ٣٠ يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب ويوجه صورته منه إلى المجلس، ويحق لصاحب العمل استعادة جزء من القسط الذي يكون سدده لشركة التأمين ويحسب الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي كما يلتزم صاحب العمل بإعادة بطاقات التأمين إلى الشركة بحلول تاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.

علي



المادة (١٠): عند إنتقال شخص خاضع لهذا النظام للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ إنتقاله للعمل لديه، ويعتد بهذا الشأن بتاريخ عقد العمل بالنسبة للعاملين السعوديين وللمقيمين من أم أو من زوجة سعودية، وبتاريخ نقل عقد العمل بالنسبة للعاملين غير السعوديين الآخرين.

المادة (١١): تشمل التغطية التأمينية المنافع المنصوص عليها في المادة رقم (٧) من النظام ونطاق الأحكام الواردة وما ورد في الفصل الرابع من هذه اللائحة وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة للتغطية.

المادة (١٢): تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم (بغض النظر عن صيغة عقد التوظيف) وذلك ضمن حدود المنفعة الموضحة في الوثيقة.

المادة (١٣): تشمل التغطية التأمينية علاج الأطفال المولودين عن طريق عمليات الإخصاب الإصطناعي أو المنشطات، ولا تغطي علاجات العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب الإصطناعي.

المادة (١٤): تنحصر التغطية التأمينية للضمان الصحي الإلزامي داخل المملكة العربية السعودية في الخدمات المقدمة التي توفرها شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية وحسب شروط الوثيقة، أما علاج الحالات الطارئة فيمكن للمؤمن له الحصول عليها خارج شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة داخل المملكة.

المادة (١٥): يلتزم صاحب العمل بإجراء التغطية التأمينية على المستفيد من تاريخ الوصول إلى المملكة وتسليمه بطاقة التأمين خلال مدة لا تتجاوز عشرة أيام عمل من تاريخ وصوله.

المادة (١٦): تنتهي التغطية التأمينية عند إستنفاد حد المنفعة الأقصى للوثيقة أو بوفاة المستفيد أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً أو عند إنتقاله للعمل لدى صاحب عمل جديد.

المادة (١٧): لا يجوز إلغاء تغطية العامل غير السعودي المتغيب عن العمل إلا بعد إنتهاء علاقته مع صاحب العمل.

علي



الفصل الرابع المنافع

عليه



الفصل الرابع المنافع

المادة (١٨): يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي:

(١) التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ نسبة التحمل المنفق عليه (إن وجد).

(٢) المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمله لهذه التكاليف مباشرة، بشرط عدم تمكن شركة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة وفي متناول المستفيد أو في حالة رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بدون وجه حق. ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها الشركة لمقدم خدمات ذات مستوى مماثل.

المادة (١٩): يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة رقم (١٥) من هذه اللائحة.

المادة (٢٠): لا تكون هناك أية مدد انتظار في المنافع في بداية التأمين، ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية على الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية.

المادة (٢١): ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بإنهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة رقم (١٦) من هذه اللائحة، ويشمل ذلك موافقات التغطية التأمينية التي لا زالت سارية.

المادة (٢٢): تغطي منافع التأمين تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة "للحد من الإعاقة" والتطعيمات واللقاحات الأساسية للأطفال، وذلك حسب ما يقره مجلس الخدمات الصحية وحالات الأمراض السارية التي تحتاج إلى عزل بالمستشفى، والتي يتعين أن يقوم بتقديمها مقدم خدمات متعاقد معه.

المادة (٢٣): يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين والمعتمدة من شركة التأمين وحامل الوثيقة شرط إبلاغ حامل الوثيقة بأي تعديلات تطرأ على الوثيقة والقائمة المرفقة بها.

المادة (٢٤): تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمرافق واحد للمستفيد كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة أو حينما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

عليه



المادة (٢٥): تغطي في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات وسائل نقل إسعافية مرخصة.

المادة (٢٦): يقوم كل مستفيد عند تلقي الخدمة الصحية بدفع مبلغ نسبة التحمل المتفق عليه (إن وجد) وذلك حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

المادة (٢٧): في حال نص العقد المبرم بين شركة التأمين وحامل الوثيقة على نسبة التحمل، لا يجوز لمقدم الخدمة إعفاء المستفيد من سدادها.

المادة (٢٨): يجب تسديد مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) من قبل المستفيد لمقدم الخدمة مقابل الحصول على سند استلام.

المادة (٢٩): لا يحق للمستفيد المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة، أو من التغطيات الإضافية التي تم حصوله عليها وفقا للمادة الثامنة من النظام.

المادة (٣٠): لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات صحية إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو بسبب أمراض مهنية حسب التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية.

المادة (٣١): إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في التأمينات الاجتماعية هو الذي يجب أن يغطي تلك الخدمات، فلشركة التأمين أن توجه طلب التعويض عما تحمته من نفقات إلى المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.

المادة (٣٢): إذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة التأمين وكانت هذه الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ضمن حدود الوثيقة مع مراعاة الأسعار المقررة من وزارة الصحة.

المادة (٣٣): للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادة رقم (٣١) والمادة رقم (٣٢) من هذه اللائحة.

المادة (٣٤): لشركة التأمين الرجوع على الغير الذي تسبب في الأضرار التي عوضت المستفيد عنها عملاً بمبدأ الحلول والإنابة حيث يحق للشركة أن تحل محل المؤمن له في جميع حقوقه المتعلقة بهذه الأضرار بمجرد إثبات قيام الشركة بتسديد هذه المبالغ دون الحاجة للتفويض أو التوكيل من المؤمن له.

عليه



الفصل الخامس
ضوابط الالتزامات المالية

عليه



الفصل الخامس ضوابط الالتزامات المالية

المادة (٣٥): تقوم المؤسسة بإفادة المجلس خطيا عند وجود أي ملاحظات على أداء شركات التأمين الصحي أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من قبل المجلس، بما في ذلك الملاحظات المتعلقة بحالات سحب الترخيص أو إيقافه.

المادة (٣٦):

(أ) يتم تحديد قسط التأمين الصحي بالاتفاق بين شركة التأمين وصاحب العمل.

(ب) يجب على شركة التأمين عند تحديد قيمة قسط التأمين الصحي الالتزام بما يلي:

(١) أن تكون الأسعار متوافقة مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي.

(٢) أن لا يؤدي سعر الوثيقة إلى هبوط أو زيادة أسعار منتجات الشركة المعتمدة من المؤسسة.

(٣) يجب أن تكون قيمة الوثيقة مبررة فنيا وترتكز إلى أسس موضوعية، وأن لا تقل قيمتها بأي حال من الأحوال عن التكلفة الحقيقية للوثيقة وما ترتبه من نفقات علاجية معتادة أو محتملة.

(٤) لا يجوز للشركة الاعتماد فقط كأساس لتحديد قيمة قسط وثيقة التأمين الصحي على الأسعار التي تطبقها الشركات الأخرى.

(ج) يكون الحد الأقصى لمنفعة الوثيقة لكل مستفيد خمسمائة ألف ريال سعودي فقط.

المادة (٣٧): يلتزم صاحب العمل بسداد الأقساط عن العاملين لديه ومعاليهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض. ويكون صاحب العمل هو وحده المسئول عن دفع الأقساط التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية مالم يتفق على جدول الأقساط. وبالنسبة للأفراد المقيمين في المملكة دون أن يثبت في حقهم وصف "العامل"، فيقع على عاتقهم الالتزام بسداد قسط التأمين الصحي سواء فيما يخص التأمين الصحي الخاص بهم أو بمعاليهم.

المادة (٣٨): في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين إلغاء الوثيقة وعلى شركة التأمين إشعار الأمانة العامة وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدة وحامل الوثيقة، بذلك.

المادة (٣٩): يكون المقابل المالي للمجلس للإشراف على تطبيق النظام بواقع واحد بالمائة من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبه الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة، على أن يتم النظر في ملائمة هذه النسبة بالتنسيق مع المؤسسة.



المادة (٤٠): ينشأ صندوق للضمان الصحي التعاوني يكون الهدف منه تغطية المصاريف التي تتجاوز التغطية التأمينية المحددة بموجب وثيقة التأمين، على أن تحدد تبعية هذا الصندوق وتوضع إجراءات وضوابط عمله بما فيها تمويل الصندوق وتحديد المستفيدين منه بالتنسيق فيما بين المجلس والمؤسسة.

المادة (٤١): يتم تمويل مصروفات المجلس من خلال الإيرادات المحصلة من تطبيق النظام وذلك وفقا لما جاء في المادة رقم (٦) من النظام وتكون على النحو التالي:

- (١) المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين ومقابل التجديد السنوي.
- (٢) المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي له والخاص بشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.
- (٣) المقابل المالي للإعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية الحكومية وغير الحكومية.
- (٤) المقابل المالي لإشراف المجلس على تطبيق النظام بواقع واحد بالمائة من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبه الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.
- (٥) الغرامات المالية المستحقة للمجلس، والتي تقضي بها لجنة مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة رقم (١٤) من النظام.
- (٦) التبرعات والهبات وعوائد الإستثمار.
- (٧) المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر تمويل أخرى مثل إصدار المجلات والكتيبات أو الأعمال الإستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس.

١٨



الفصل السادس
ممارسة أعمال التأمين الصحي

ع.ب.



الفصل السادس ممارسة أعمال التأمين الصحي

أولاً: شركات التأمين:

المادة (٤٢): تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني شركات التأمين التعاوني المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة من المؤسسة.

المادة (٤٣): لا يسمح لشركات التأمين بممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني إلا بعد تأهيلها من قبل المجلس، ويكون التأهيل مقيداً بمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة.

المادة (٤٤): يتم تأهيل شركات التأمين التعاوني لممارسة التأمين الصحي بناء على طلب يتم تقديمه لهذا الغرض، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في هذه الطلبات في حدود ما يلزم لذلك، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال تسعين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

المادة (٤٥): للمجلس أن يقبل طلب تأهيل الشركات المتقدمة عند توافر الآتي:

- (١) التصريح بممارسة أعمال التأمين الصحي.
- (٢) الجهاز الفني والإداري والطبي والتقني وكذلك أنظمة الموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات، ويمكن تنفيذ هذه المهام عبر التعاقد مع شركة إدارة مطالبات مؤهلة من المجلس.

المادة (٤٦): تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات والبيانات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل أو عند طلب تجديده:

- (١) اسم وعنوان الشركة.
- (٢) صورة من النظام الأساسي وصورة من عقد التأسيس.
- (٣) أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
- (٤) خطة عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.
- (٥) الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب (للشركات القائمة).

المادة (٤٧): على شركة التأمين إحاطة المجلس قبل إجراء أي تعديل على إجراءات عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.



المادة (٤٨): تلتزم شركة التأمين بإحاطة المجلس بالوثيقة أو الوثائق التي يمضي على إبرامها مدة تعادل أو تزيد على (ثلاثة أشهر) دون أن يأتي عليها مطالبة مالية.

المادة (٤٩): يجوز رفض تأهيل أو رفض إعادة تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبين أسباب هذا الرفض وذلك في الحالات التالية:

(١) حصول المجلس على معلومات من المؤسسة بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة، وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.

(٢) حصول المجلس على معلومات من المؤسسة تشير إلى عدم قدرة الشركة على الحفاظ على مصالح المستفيدين على الوجه السليم أو عدم قدرتها على الوفاء بتعهداتها بصورة دائمة.

(٣) في حالة عدم دفع الرسوم المقررة لمنح التأهيل أو تجديده المحدد في المادة رقم (٥٠) من هذه اللائحة.

المادة (٥٠):

أ) يتقاضى المجلس مقابلاً مالياً لتأهيل شركات التأمين مقداره مائة وخمسون ألف ريال سعودي فقط عن مدة ثلاث سنوات.

ب) يتقاضى المجلس مقابلاً مالياً لتجديد التأهيل لشركات التأمين مقداره خمسون ألف ريال سعودي عن كل سنة.

المادة (٥١): تعتبر الوثيقة سارية المفعول من تاريخ دفع القسط التأميني المتفق عليه.

المادة (٥٢): تعتبر شركة التأمين مسئولة بشكل مباشر أمام صاحب العمل عن أي التزامات أو غرامات تترتب عليه نتيجة عدم التزام شركة التأمين بما ورد في المادة رقم (٥١) والمادة رقم (٥٣) من هذه اللائحة.

المادة (٥٣): يجب على شركة التأمين رفع أسماء الأشخاص المؤمن لهم خلال مدة لا تتجاوز ٤٨ ساعة على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي بعد التحقق من دفع القسط التأميني المشار إليه في الوثيقة.

المادة (٥٤):

دون إخلال بما تضمنته الفقرة (ب) من المادة رقم (٣٦) من هذه اللائحة، لا يتم اعتماد الوثيقة مباشرة في النظام الآلي للشبكة الوطنية للمجلس إذا كانت قيمة القسط غير مبررة من الناحية الفنية أو غير متوافقة مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي، حتى تقوم شركة التأمين ببيان المعايير والأسباب التي اقتضت احتساب مثل هذه القيمة، ويكون للمجلس قبول هذه المعايير والأسباب ويسمح بتمرير هذه الوثيقة عبر النظام الآلي للبرنامج أو رفضها.

المادة (٥٥): يتم الاتفاق على الأسعار في العقد المبرم بين شركة التأمين ومقدم الخدمة، مع مراعاة الأسعار المقررة من قبل وزارة الصحة.

علي



المادة (٥٦): لا ترتبط التغطية التأمينية للمستفيدين بإصدار بطاقات التأمين لهم، حيث تعتبر شركة التأمين مسؤولة عن كافة المطالبات الطبية من تاريخ سريان الوثيقة وينبغي على الشركة إصدار البطاقات خلال خمسة أيام عمل على الأكثر من تاريخ سريان الوثيقة.

المادة (٥٧): يلغى تأهيل شركة التأمين التي يثبت أنها تعمدت أو سمحت أو سهلت أو ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في إصدار وثيقة تأمين صحي لا يقابلها خدمات صحية حقيقية، ويصدر قرار إلغاء التأهيل من قبل رئيس المجلس مسببا من الأمانة العامة ويجوز أن يتضمن القرار النص على مدة معينة تمنع فيها الشركة من العمل في مجال التأمين الصحي.

ثانيا: مقدمو الخدمة الصحية:

المادة (٥٨): يعتمد المجلس مقدمي الخدمات الصحية (الحكومية / غير الحكومية) وفقا لما يلي:

- (١) أن يكون مقدم الخدمة في القطاع الخاص قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.
- (٢) أن يكون مقدم الخدمة مستوفيا الإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية وفقا للقرارات والتعليمات الصادرة عن المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.
- (٣) أن تتوفر في مقدم الخدمة ضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة (٥٩): تتضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة مستويات الخدمات الصحية التالية:

- المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية).
- المستوى الثاني (المستشفيات العامة).
- المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
- مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات).

المادة (٦٠): يطبق المقابل المالي لاعتماد مقدم الخدمة المقرر من المجلس في كل حالة وفقا للمادة (٦١) من هذه اللائحة.

المادة (٦١): يتم اعتماد مقدمي الخدمة بموجب إشعار رسمي صادر عن الأمانة العامة، ويتعين تسديد المقابل المالي المستحق حسب الجدول المعتمد لدى الأمانة العامة لهذا الغرض، والملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٣).

عليه



المادة (٦٢): يجوز للمجلس إيقاف اعتماد مقدم الخدمة في حال طلب مسئولولي مقدم الخدمة ذلك مع احتفاظ مقدم الخدمة برقم السجل لدى المجلس، وتسوية أية مستحقات مالية سابقة للمجلس عليه.

المادة (٦٣): يجوز للمجلس إلغاء اعتماد مقدم الخدمة بموجب قرار من قبل رئيس المجلس ، وذلك في الحالات التالية:

- (١) إلغاء أو سحب ترخيص وزارة الصحة.
- (٢) وجود ما يثبت الإخلال باشتراطات الاعتماد.
- (٣) تزويد المجلس بمعلومات أو بيانات غير صحيحة.
- (٤) حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة مقدم الخدمة على الحفاظ على صحة المستفيدين.
- (٥) ارتكاب حالات احتيال أو إساءة استخدام أو المساهمة فيها أو تسهيلها أو ثبوت تقصير أو إهمال جسيم.
- (٦) عدم تقديم ما يفيد تطبيق معايير ومتطلبات الجودة المنصوص عليها في الفصل التاسع من هذه اللائحة.
- (٧) عدم دفع المقابل المالي لتجديد الاعتماد.
- (٨) عدم التقيد بضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.
- (٩) رفض أو إعاقة مقدم الخدمة أداء مهام فريق الزيارات الميدانية الإشرافية التابع للمجلس لعمله عند التفتيش عليه.

وفي حال إيقاف أو إلغاء الاعتماد يقوم المجلس بإخطار شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) بذلك.

المادة (٦٤): في حال لم يقدم مقدم الخدمة بطلب تجديد الاعتماد خلال السنة التالية وتقدم للأمانة العامة بعد مضي سنة أو أكثر بطلب الإعتماد فإنه يجوز للمجلس المطالبة بالمقابل المالي عن الفتره الماضيه بغض النظر عن مدتها ما لم يثبت رسميا بعدم وجود أي علاقة خلال المدة المذكورة مع شركات التأمين الصحي وتقوم الأمانة العامة بالتأكد من ذلك ولها رفض أي تقرير متى ما ثبت عدم صحته.

المادة (٦٥): عند توافر معلومات موثقة حول ثبوت مخالفات في حق أي من مقدمي الخدمة المعتمدين، يجوز للمجلس إبلاغ لجنة مخالفات المؤسسات الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة والمختصة بمثل هذه المخالفات.

عليه



الفصل السابع
الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية

على



الفصل السابع الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية

المادة (٦٦): يتولى المجلس الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

المادة (٦٧): للمجلس طلب أي معلومات وبيانات من المؤسسة أو أطراف العلاقة التأمينية والجهات الأخرى المعنية حول جميع المعلومات المتعلقة بتطبيق أحكام النظام.

المادة (٦٨): تتم الزيارات الميدانية الإشرافية لأطراف العلاقة التأمينية وفق الضوابط والمعايير المنصوص عليها في لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية المقررة من المجلس، والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٧).

المادة (٦٩): يجوز لفريق الزيارات الميدانية الإشرافية القيام بزيارة أطراف العلاقة التأمينية (أثناء وقت الدوام الرسمي) دون الحاجة إلى إخطار مسبق من المجلس، ويقوم أعضاء فريق الزيارات الإشرافية بإظهار ما يثبت إنتمائهم للمجلس وتزويد طرف العلاقة بإشعار رسمي يوضح الغرض من الزيارة، وتلتزم أطراف العلاقة التأمينية بالتالي:

- (١) التعاون مع فريق الزيارات الإشرافية.
- (٢) تزويد فريق الزيارات الإشرافية بكافة البيانات والمعلومات التي تحقق أهداف الزيارة.
- (٣) سرعة الرد على الاستفسارات والملاحظات (إن وجدت) حسب ما تحدد الأمانة العامة.

المادة (٧٠): يحق للمجلس إبداء التحفظ على أي من المسؤولين أو المدراء التنفيذيين في شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس وبالتنسيق مع المؤسسة والجهات ذات العلاقة.

المادة (٧١): يجوز للمجلس إلغاء تأهيل شركة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) بموجب قرار من رئيس المجلس، وذلك في الحالات التالية:

- (١) إلغاء أو سحب الترخيص من قبل المؤسسة.
- (٢) وجود ما يثبت الإخلال باشتراطات التأهيل.
- (٣) تعمد تزويد المجلس بمعلومات أو بيانات غير صحيحة.
- (٤) عدم استخدام شركة التأمين التأهيل خلال اثني عشر شهرا أو إذا أبدت الشركة صراحة تخليها عن التأهيل.
- (٥) التوقف عن الاستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر بدون مبرر يقبله المجلس.
- (٦) حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة شركة التأمين على تقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم بالشكل المطلوب.

علي



- (٧) التورط في حالات احتيال أو إساءة استخدام.
 (٨) عدم دفع المقابل المالي للإشراف على تطبيق النظام.
 (٩) عدم دفع المقابل المالي لإعادة التأهيل أو تجديد التأهيل لشركة التأمين.
 (١٠) عدم دفع المقابل المالي لتجديد التأهيل لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.
 (١١) عدم التقيد بضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.
 (١٢) عند إمتناع أو إعاقة شركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) فريق الزيارات الميدانية الاشرافية عن أداء مهمته الاشرافية.
 ويقوم المجلس في هذه الحالة بإخطار مقدمي الخدمة بذلك.

المادة (٧٢): فيما عدا الحالات المشار إليها في المادة رقم (٧١) من هذه اللائحة، يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول إلغاء التأهيل.

المادة (٧٣): يحق للمجلس في حالة وجود تجاوزات لدى أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية، إيقافه لفترة زمنية محددة عن مزاولة أعمال الضمان الصحي التعاوني مع مراعاة ما ورد في المادة رقم (١٤) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

المادة (٧٤): يقوم المجلس بتوفير بيانات ومعلومات أساسية إحصائية حول الضمان الصحي كما يجوز له توفير بيانات ومعلومات إحصائية إضافية بمقابل.

المادة (٧٥): تقوم شركة التأمين (قبل قبول طلب التأمين) في حال كان مقدم الطلب شركة أو مؤسسة، بالتحقق من التالي:

- (١) حصول الشركة أو المؤسسة على سجل تجاري والحصول على نسخة منه.
- (٢) أن خطاب طلب التأمين موقع ومختوم من قبل صاحب العمل.
- (٣) ما يفيد العلاقة التعاقدية وفق الأنظمة الصادرة بهذا الشأن.
- (٤) قائمة بأسماء الأشخاص المراد التأمين لهم مع ضرورة تحقق شركة التأمين من صحة البيانات الأساسية المقدمة من قبل صاحب العمل.
- (٥) سداد القسط المتفق عليه قبل رفع الأسماء على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني.

المادة (٧٦): تقوم شركة التأمين (قبل قبول طلب التأمين) في حال كان مقدم الطلب ليس ملزماً نظاماً بالقيود في السجل التجاري، بالتحقق من التالي:

- (١) التحقق من صحة بيانات هوية صاحب العمل والعاملين المراد التأمين لهم، ووضع الإجراءات اللازمة لذلك.
- (٢) على الشركة الاحتفاظ بسجلات خاصة ببيانات عملائها التي حصلت عليها.
- (٣) تعبئة كافة نماذج طلب التأمين من خلال مقدم الطلب ويوقع عليها.
- (٤) سداد القسط المتفق عليه قبل رفع الأسماء على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني.

علي



المادة (٧٧): تلتزم شركة التأمين بما يلي:

- (١) التحقق من صحة البيانات الأساسية المقدمة لها من قبل مقدم الطلب قبل القيام بالتأمين.
- (٢) متابعة التزام وسيط التأمين أو وكيل التأمين بمتطلبات واشتراطات التأمين الصحي المنصوص عليها في اللائحة التنفيذية والوثيقة الموحدة.
- (٣) إذا لم ينطوي سلوك المؤمن له أو حامل الوثيقة على احتيال، فإنه لا يجوز لشركة التأمين رفض التغطية بسبب يرجع إلى عدم دقة أو عدم صحة البيانات الأساسية الخاصة بالمؤمن له.
- (٤) لا يجوز لشركة التأمين التعامل مع وسيط تأمين أو وكيل تأمين لبيع وتسويق وثائق التأمين الصحي إلا إذا كان مرخصاً له من قبل المؤسسة. فضلاً عن الإجراءات التي تتخذها مؤسسة النقد بشأن مخالفة هذا الإلتزام، فإن شركة التأمين تكون هي المسئولة أمام المجلس عن وثائق التأمين الصحي التي تبرمها عن طريق أشخاص أو جهات غير مرخصة ببيع وثائق التأمين الصحي.

المادة (٧٨): يمكن لشركة التأمين الاستفادة من قواعد البيانات المتوفرة في الشركات المتخصصة على غرار شركة العلم لأمن المعلومات والشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة)، بهدف التحقق من صحة المعلومات المرغوب تأكيدها.

المادة (٧٩): يتحمل صاحب العمل المسؤولية المترتبة عن أي أضرار ناجمة عن إبرام وثائق تأمين صحي صادرة من جهات غير مرخصة، ويحق للمجلس إتخاذ الإجراءات النظامية عند ثبوت مثل هذه الممارسات.

المادة (٨٠): يلتزم كافة أطراف العلاقة التأمينية بإخطار المجلس في حالة حدوث تجاوزات داخلية (إن وجدت) خلال (٥١ يوم عمل) من تاريخ اكتشافها.

المادة (٨١): على شركات التأمين ومقدمي الخدمة تكوين وحدة لإستقبال ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين وحملة الوثائق، وفي حالة عدم حل الشكاوى يتقدم الشاكي إلى المجلس إذا كانت المخالفة تتعلق بأحكام هذا النظام.

علي



الفصل الثامن العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

٢٨



الفصل الثامن العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

المادة (٨٢): طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة وشركة التأمين.

المادة (٨٣): يقوم صاحب العمل بالتأمين الصحي على منسوبيه من خلال إبرام وثيقة تأمين صحي مع شركة تأمين مؤهلة من المجلس.

المادة (٨٤): يزود صاحب العمل شركة التأمين بالبيانات الأساسية التي يتطلبها إبرام الوثيقة وفقا لما ورد في نموذج الإفصاح الطبي الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٦)، ويجوز لشركة التأمين طلب بيانات إضافية علاوة على ما هو وارد في هذا النموذج، أو التنازل عن طلب تعبئة كل أو بعض هذه البيانات.

وفي جميع الأحوال فإن البيانات الواردة في نموذج الإفصاح أو تلك المتنازل عنها هي التي يعتد بها لتحقيق واجب الإفصاح الذي يتطلبه إبرام الوثيقة، كما أن نموذج الإفصاح هو الذي يعتد به وفقا لما هو مطلوب في هذه المادة.

المادة (٨٥): على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تتطلبها الشركة، وإذا توفر لشركة التأمين مبررات معقولة للشك في صحة هذه المعلومات يمكن للشركة أن ترفع الأمر للمجلس بعد قيامها بإرفاق ما يثبت ذلك. ويلتزم صاحب العمل بناء على طلب المجلس بتقديم كافة المستندات المطلوبة.

المادة (٨٦): يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها وذلك من خلال الوسائل المناسبة مثل: المطويات، الشرح المباشر، المواقع الالكترونية.

المادة (٨٧): مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات يتم تنفيذ الجزاءات المقررة نظاما من قبل الجهات المختصة بحق المستفيد الذي يثبت عليه إساءة الاستخدام أو الاحتيال.

المادة (٨٨): يلتزم أطراف العلاقة التأمينية بالمتطلبات الخاصة بتصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها وفق النموذج الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٥).

المادة (٨٩): يلتزم كل من شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمو الخدمات الصحية وأصحاب المهن الحرة العاملين في مجال الضمان الصحي التعاوني بمراعاة ما يلي:

(١) تقديم الخدمات وفقا للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة التي تتفق

والأساليب الطبية والحديثة المقبولة والمتعارف عليها، ولا يجوز لمقدمي الخدمة

التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه أعلاه.

(٢) أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية.

علي



المادة (٩٠): على أطراف العلاقة التأمينية كل فيما يخصه الالتزام بما يلي:
(١) دون الإخلال بالمادة رقم (٣٦) من هذه اللائحة، يتم تسديد أقساط شركات التأمين حسب ما يتم الاتفاق عليه.

(٢) سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين.

(٣) إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف تقديم العلاج للمستفيدين من قبل مقدم الخدمة إلى شركة التأمين خلال ١٥ دقيقة كحد أقصى من وقت تعبئة الطبيب المعالج للطلب، مع مراعاة معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج الملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٢).

(٤) الرد من قبل شركات التأمين على طلب مقدم الخدمة الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال ٦٠ دقيقة كحد أقصى من وقت إستلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسمياً.

(٥) الرد من قبل مقدم الخدمة على استفسارات أو ملاحظات شركات التأمين (إن وجدت) حول طلب الموافقة خلال ٣٠ دقيقة كحد أقصى من وقت الاستلام.

(٦) في حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة في المدة المحددة من إرسالها يتم التعامل مع هذه الحالة على أساس الموافقة ، وذلك بعد التأكد من أن شركة التأمين استلمت طلب الموافقة أثناء هذه المدة المحددة.

(٧) رفع المطالبات من قبل مقدم الخدمة إلى شركة التأمين مباشرة أو من خلال شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) خلال مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل من تاريخ استحقاق المطالبات، وذلك ما لم يكن تجاوز تلك المدة قد إرتضته صراحة أو ضمناً شركة التأمين، أو كان راجعاً إلى عذر مقبول.

(٨) تسوية مطالبات مقدم الخدمة من قبل شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل من تاريخ استلام المطالبات.

(٩) رفع المطالبات عن النفقات القابلة للاستعاضة من قبل حامل الوثيقة إلى شركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) خلال مدة لا تزيد عن ٣٠ يوم عمل من تاريخ استحقاق المطالبات، ما لم يكن هناك مبرر معقول لتجاوز هذه المدة.

(١٠) تزويد شركة التأمين من قبل حامل الوثيقة بالمستندات المؤيدة للمطالبات التي تطلبها الشركة خلال مدة لا تزيد عن ٣٠ يوم عمل من تاريخ الطلب.

(١١) تعويض حامل الوثيقة من قبل شركة التأمين عن النفقات القابلة للاستعاضة حسب الأسعار السائدة خلال مدة لا تزيد عن ١٥ يوم عمل من تاريخ إكمال الطلب.

(١٢) متابعة وإنهاء المطالبات الطبية من قبل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من المجلس (TPA) لضمان السداد خلال الفترة المحددة في الفقرة أعلاه، وذلك وفق القواعد المنظمة المقررة من المجلس لهذا الغرض.

على



المادة (٩١): تكون المسؤولية على شركة التأمين ومقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيهم أو أعضائهم بالاحتيال أو إساءة الاستخدام أو التزوير عند تقديم الخدمة.

المادة (٩٢): على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه، ويكون مسئولاً عن أية مصاريف تنشأ نتيجة عدم الالتزام بهذا الشرط.

المادة (٩٣): تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير منافع الوثيقة بإبرام عقود خدمات صحية مباشرة مع مقدمي خدمة معتمدين من المجلس، ولا يستعاض عن ذلك بتعاقدات شركات إدارة المطالبات مع مقدمي الخدمة.

المادة (٩٤): في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرفق رعاية أولية، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمة ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية. وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقل المستفيد بعد استقرار حالته الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة. وفي الحالات غير الطارئة يلزم تحويل المستفيد من خلال طبيب عام أو مرفق رعاية أولية.

المادة (٩٥): يمكن لأطراف العلاقة التأمينية الإستعانة بعقد الخدمات الصحية الاسترشادي الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٤) المعتمد من المجلس الذي ينظم العلاقة بين الأطراف المعنية على أن يراعي التعاقد على الأقل ما يلي:

- (١) الحقوق والالتزامات المشتركة والجزاءات الواجبة في حالة الإخلال بها.
- (٢) التزام مقدم الخدمة بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (١٢٠) و (١٢١) من هذه اللائحة.
- (٣) التزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة رقم (٨٩) من هذه اللائحة وأن يهيئ ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.
- (٤) مقدار الأجور وإجراءات التسوية، وتسوية المبالغ المستحقة عن الوصفات الطبية التي تم صرفها.
- (٥) الاشتراطات المسبقة لتوجيه الإنذارات ومهلة تلك الإنذارات.
- (٦) طريقة تسوية المنازعات الناشئة عن عقد الخدمات الصحية.

المادة (٩٦): على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإن شركة التأمين لا تتحمل نفقة العلاج.

المادة (٩٧): على مقدم الخدمة المطالبة بمستحققاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل، ما لم يكن هناك مبرر معقول للتأخير.

ع



المادة (٩٨): على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل من تاريخ إستلام الشركة للمطالبة المكتملة والمقبولة.

المادة (٩٩): على أطراف العلاقة التأمينية الالتزام بنظام الترميز الطبي المعتمد من المجلس

**
(NDC / AR – DRG / ICD-١٠ AM Version ٦) وذلك في وصف الحالة والعلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحقات حسب التوقيت الذي يحدده المجلس، وكذلك الالتزام بالقواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الالكترونية (SHIB) المقررة من المجلس والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٨).

المادة (١٠٠): يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع الإلتزام بشروط الإلغاء الموضحة في العقد المبرم بينهما وذلك في حالة عدم الرغبة في إستمرار العقد أو تأخر شركة التأمين عن سداد مستحقاته أو تجاوز الرفض من شركة التأمين الحد المسموح به بين الطرفين، وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

المادة (١٠١): على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدين، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين، وعلى شركة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

المادة (١٠٢): على شركة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المستفيدين وذلك بتقديم شبكة مقدم خدمة تتناسب مع احتياجات المستفيدين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

المادة (١٠٣): يجب على مقدم الخدمة تقديم الخدمة مباشرة للحالات الطارئة فوراً ودون الحاجة للرجوع إلى شركة التأمين على أن يتم إبلاغ الشركة خلال ٢٤ ساعة من وقت إستقبال الحالة.

المادة (١٠٤): على شركة التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيين فما فوق مرخص لهم من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتحقق من إشتراطات طلب التدخل الطبي في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة رقم (٨٩) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المستفيدين، وتكون الأفضلية للسعوديين.

(**): (NDC: National Drug Code/ ICD-١٠ AM V٦: International Classification of diseases Coding-Australian Modification) ١٠ Version ٦ / AR-DRG: Australian Refined Diagnoses Related Groups)



المادة (١٠٥): يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهام المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المستفيدين.

المادة (١٠٦): يلتزم مقدم الخدمة أو المؤمن لهم بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وان يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقا لأحكام المادة رقم (١٠٤) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والاطلاع على الملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة ذلك لإنجاز مهام المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.

المادة (١٠٧): يخضع الأطباء العاملون في شركات التأمين لنظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

المادة (١٠٨): يجوز لشركة التأمين إلغاء عقد الخدمات الصحية مع أحد مقدمي الخدمة مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما إذا لمست من مقدم الخدمة إخلالا بتقديم الخدمة بعد التنسيق مع حامل الوثيقة.

المادة (١٠٩): يحق لشركة التأمين طلب المعلومات المتعلقة بتفاصيل الحالة الطارئة والالتزامات المترتبة عليها من المستفيد أو من مقدم الخدمة.

المادة (١١٠): يلتزم المستفيد بأن يتم إعادة الكشف عليه من قبل طبيب ممارس مرخص تحدده شركة التأمين، إذا رغبت الشركة في ذلك وتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

المادة (١١١): يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بإبراز بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمة الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج.

المادة (١١٢): يجب على المستفيد مراعاة الآتي عند طلب الخدمة الصحية:

(أ) على المستفيد أن يقوم بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو أحد الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين ويكون التحويل إلى أخصائي أو استشاري بقرار من الطبيب العام.

(ب) في حالة استمرار حاجة المستفيد الذي سبق تحويله من الطبيب العام لمراجعة الأخصائي أو الاستشاري لنفس المرض الذي حول بسببه، فإنه يحق له ذلك دون الحصول على تحويل من الطبيب.

عليه



ج) يتحمل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة.

المادة (١١٣): تقتصر التوصية بالتنويم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كاف ويمكن الاستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد حسب طبيعة الحالة المرضية وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإن المستفيد يلتزم بتحمل فرق تكلفة العلاج.

المادة (١١٤): لا يجوز التعاقد المباشر بين شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) وحامل الوثيقة لغرض تقديم خدمات التأمين الصحي.

المادة (١١٥): تغطي شركات التأمين تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع.

المادة (١١٦): لا يحق لشركات التأمين التعاقد مع العيادات الداخلية داخل مقر صاحب العمل ما لم تكن تلك العيادات لديها ترخيص من وزارة الصحة ولديها اعتماد ساري من الأمانة العامة.

المادة (١١٧): لا يسمح لشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي بتملك أو تشغيل مرافق لغرض الرعاية الصحية للمؤمن لهم وكذلك لا يسمح للمرافق الصحية الخاصة بامتلاك شركات تأمين صحي.

المادة (١١٨): لا يجوز لأصحاب العمل الاشتراط صراحة أو ضمناً على شركات التأمين الصحي إستعادة مبالغ مالية ناجمة عن تدني أو تقليل تكاليف الخدمات الصحية التي تتحملها هذه الشركات.

المادة (١١٩): على شركة التأمين إشعار الأمانة العامة قبل التعاقد مع أي شركة إدارة مطالبات تأمين صحي (TPA).

علي



الفصل التاسع
ضمان جودة الخدمات المقدمة

عليه



الفصل التاسع ضمان جودة الخدمات المقدمة

المادة (١٢٠): يحق للمجلس التأكد من تحقق الاشتراطات والمعايير الواجب توافرها لدى مقدمي الخدمات الصحية وفق معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية ومعايير ومتطلبات وضوابط التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة (١٢١): تغطي إجراءات المجلس المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية ما يلي كحد أدنى:

- (١) المعايير الخاصة بغرف الكشف الطبي لمقدمي الخدمات المعتمدين.
- (٢) التفتيش المنتظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة في مواقعها ودون إشعار مسبق من قبل موظفي المجلس أو من يعينهم من المؤهلين من خارج المجلس.
- (٣) تقييم عقود الخدمات الصحية من حيث تعهدها بالمحافظة على ضوابط الجودة النوعية.
- (٤) ومتطلبات وضوابط التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة (١٢٢): يلتزم مقدمو الخدمة المعتمدين من المجلس بالقيام كل ثلاث سنوات بتقديم تقرير للمجلس يوضح مدى التزامهم بمتطلبات الجودة النوعية الذي أقره المجلس المركزي لإعتماد المنشآت الصحية في المملكة، وفي حال إخلالهم بهذا الشرط فيحق للمجلس إلغاء الاعتماد.

عليه



الفصل العاشر
الجزاءات



الفصل العاشر الجزاءات

المادة (١٢٣): تشكل لجنة أو أكثر للنظر في مخالفات أحكام النظام بقرار من رئيس المجلس بموجب المادة رقم (١٤) من النظام تسمى لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وإقتراح الجزاء المناسب ويوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه.

المادة (١٢٤): تقدم الشكوى من الطرف المعني كتابة للأمانة العامة خلال تسعين يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى ما لم تكن هناك ظروف معقولة حالت دون تقديم الشكوى خلال هذه المدة.

المادة (١٢٥): تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة، وإفادة المتقدم بالشكوى خلال ١٥ يوم عمل من تاريخ قرار البت في الشكوى وفق لائحة لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني الملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٩).

المادة (١٢٦): تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين رقم (١٢٣) و (١٢٧) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية.

المادة (١٢٧): إذا تبين للجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني أن الشكوى كيدية، فلها إتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة.

عليه



الفصل الحادي عشر
الأحكام العامة

٤٤٢



الفصل الحادي عشر الأحكام العامة

المادة (١٢٨): لا يسمح لأعضاء المجلس أو منسوبي الأمانة العامة بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها أثناء أو بعد تركهم العضوية أو العمل، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد ألم بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية.

المادة (١٢٩): للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة رقم (١٢٨) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:

- (١) فحص الطلب المقدم من شركة التأمين أو من شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) للحصول على التأهيل أو تجديد التأهيل أو من مقدم الخدمة للحصول على الاعتماد أو تجديد الاعتماد.
- (٢) في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة للمجلس.
- (٣) في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة رقم (١٤) من النظام.
- (٤) التوجيهات الصادرة من المجلس.

المادة (١٣٠): تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب ما يصدره المجلس من قرارات وتعليمات وخطط تنفيذية متعلقة بهذا الشأن.

المادة (١٣١): على جميع شركات التأمين الالتزام بإبرام الوثائق المعتمدة من المجلس كحد أدنى لتغطية المستفيدين الذين ينطبق عليهم النظام.

المادة (١٣٢): يقوم المجلس بمراجعة وإجراء التعديلات على هذه اللائحة كل ثلاث سنوات أو كلما دعت الحاجة، ويصدر بذلك قرار من رئيس المجلس.

المادة (١٣٣): تصدر هذه اللائحة المعدلة بقرار من رئيس المجلس ويبدأ تطبيقها بعد مرور (٣٠) يوم) من تاريخ نشرها في الجريدة الرسمية، وفق ضوابط التطبيق المضمنة في قرار اعتمادها.

٤٠



الفصل الثاني عشر الملاحق

علي



الفصل الثاني عشر الملاحق

المادة (١٣٤): يحتوي هذا الفصل على مجموعة ملاحق تعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذه اللائحة على النحو التالي:

(أ) ملاحق تشمل المستندات التي أشير إليها في بعض مواد هذه اللائحة، كما يلي:

ملحق رقم (١): وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة المعتمدة من المجلس.

ملحق رقم (٢): معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج.

ملحق رقم (٣): جدول المقابل المالي السنوي لإعتماد مقدمي الخدمات الصحية من المجلس.

ملحق رقم (٤): نموذج العقد الإسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

ملحق رقم (٥): نموذج البطاقة التأمينية الموحدة المعتمدة من المجلس.

ملحق رقم (٦): نموذج الإفصاح الطبي عن أي معلومات صحية للمؤمن له.

ملحق رقم (٧): لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية المقررة من المجلس.

ملحق رقم (٨): القواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الالكترونية (SHIB) لسوق التأمين الصحي السعودي.

ملحق رقم (٩): لائحة لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني.

(ب) ملاحق تم الاستعانة بها كمراجع أخرى على النحو التالي:

ملحق رقم (١٠): المرسوم الملكي رقم م/٣٢ في ١٤٢٤/٦/٢ هـ القاضي بالموافقة على نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني.

ملحق رقم (١١): قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (٢٤٠) وتاريخ ١٤٣٢/١٠/٢٦ هـ القاضي بالموافقة على نظام المؤسسات الصحية الخاصة.

ملحق رقم (١٢): قرار مجلس الوزراء رقم (٤٠) في ١٤٢٧/٢/٢٧ هـ القاضي بتطبيق التعاملات الإلكترونية الحكومية.

ملحق رقم (١٣): قرار مجلس الوزراء رقم (١٦٥) في ١٤٣٢/٥/٢٨ هـ القاضي بالموافقة على تنظيم الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد.

علي