

Kingdom of Saudi Arabia

Council of Cooperative Health Insurance



المملكة العربية السعودية

مجلس الضمان الصحي التعاوني

لائحة تأهيل شركات إدارة
مطالبات التأمين الصحي



الفهـرس

| رقم الصفحة | الموضــــــــوع |
|------------|---|
| 2 | الفصل الأول: التعريفات |
| 4 | الفصل الثاني: تأهيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي |
| 8 | الفصل الثالث: مهام وأعمال شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي |
| 9 | الفصل الرابع: ضوابط ممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي |
| 11 | الفصل الخامس: الإشراف على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي |
| 13 | الفصل السادس: تنظيم كافة العلاقات بين أطراف العلاقة المحددين في المادة الأولى |
| 15 | الفصل السابع: الجزاءات وتسوية المنازعات |
| 16 | الفصل الثامن: الأحكام الانتقالية ودخول هذه اللائحة حيز التطبيق |
| 17 | الفصل التاسع: نمــــــــاذج |



الفصل الأول: التعريفات

المادة (1): يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة لكل منها:

1. النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني الإلزامي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) في 1420/5/1 هـ.
2. المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني المنشأ بموجب أحكام المادة الرابعة من النظام.
3. الأمانة العامة: الجهاز التنفيذي للمجلس.
4. المؤسسة: مؤسسة النقد العربي السعودي.
5. التأمينات الاجتماعية: التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية، وتقوم بتنفذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.
6. صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يستخدم عاملاً أو أكثر.
7. حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
8. المٌعال: الزوج والزوجات والأولاد الذكور تحت سن الثامنة عشرة والبنات غير المتزوجات.
9. شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة العربية السعودية من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
10. شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي: شركات تسوية المطالبات التأمينية و المصرح لها بالعمل في المملكة العربية السعودية من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها من قبل المجلس لإدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني.
11. المؤمن له (المستفيد): هو الشخص المشمول بالنظام والمؤمن عليه لدى شركة تأمين.
12. التأمين الصحي: هو الضمان الصحي التعاوني المشار إليه في النظام.
13. الحالة الطارئة: العلاج الطبي الذي تقتضيه الضرورة الطبية للمستفيد إثر وقوع حادث، أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.
14. التغطية التأمينية: هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة / بوثائق التأمين الصادرة عن المجلس.
15. الوثيقة: هي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية وأي وثائق أخرى أقرها و /أو يقرها المجلس والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).



16. القسط (الاشتراك): هو المبلغ الواجب الأداء للشركة من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
17. نسبة الاقتطاع/التحمل (المشاركة في الدفع): هي الجزء الواجب الأداء (المحدد في جدول الوثيقة) الذي يجب أن يسدده المستفيد (المؤمن له) عند زيارة الطبيب.
18. المنفعة: تعني نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
19. مقدم الخدمة: المرفق الصحي المعتمد من الأمانة العامة، وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وعلى سبيل المثال، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.
20. شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني المحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة لصاحب العمل /حامل الوثيقة ويتم ذلك بالقيود مباشرة على حساب شركة التأمين عن إبراز المؤمن عليه بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة:
- (أ) المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية)
- (ب) المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة)
- (ت) المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية)
21. الاحتيال: التضليل المتعمد من قبل شخص أو جهة بغرض استغلال الرعاية الصحية على نحو غير مشروع عن طريق الخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو تقديم مزايا مستثناة أو تجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.
22. سوء الاستخدام: ممارسات من قبل أفراد 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.
23. المطالبة: طلب لصالح مقدم الخدمة أو المستفيد مباشرة لغرض التعويض من قبل شركة التأمين مقابل خدمة (مغطاة) تم حصول المؤمن له عليها.
24. المستندات المؤيدة للمطالبة: جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر الشخص المؤمن عليه وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحادث الناشئة عنه تلك المطالبة وسداد التكاليف، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، والفواتير، والإيصالات، والوصفات الطبية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.



25. **المستفيد من المطالبة :** المؤمن له الصادر باسمه مطالبة من مقدمي الخدمة نظير حصوله على خدمة طبية مقدمة.

26. **أطراف العلاقة:** شركة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدم الخدمة، وفق العقود المبرمة بينهم.

27. **عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية :** هو عقد ينظم العلاقة بين (شركة التأمين/شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي) ويحدد حقوق وواجبات كل طرف ، ويمثل هذا العقد الحد الأدنى لحقوق المؤمن له الواردة في وثيقة التأمين الصحي لغرض إدارة وتسوية مطالبات التأمين الصحي .

الفصل الثاني: تأهيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

المادة (2) : تخضع أي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي التي ترغب في العمل في مجال الضمان الصحي التعاوني إلى المتطلبات التالية:

1. أن تكون الشركة مصرح لها من قبل المؤسسة بالعمل في المملكة العربية السعودية كشركة تسوية مطالبات تأمينية ذات مسؤولية محدودة أو شركة مساهمة.
2. فصل أنشطة إدارة المطالبات الطبية عن أنشطة المطالبات الأخرى إن وجدت.
3. يتم التأهيل لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي لثلاث سنوات هجرية قابلة للتجديد.
4. تكون قيمة نماذج طلب التأهيل لأول مرة (و/أو) نماذج تجديد التأهيل (1000) ألف ريال سعودي.
5. يكون المقابل المالي للتأهيل لأول مرة (90,000) تسعون ألف ريال سعودي لثلاث سنوات هجرية قابلة للتجديد (ويكون المقابل عن السنة الأولى غير مسترد في حال عدم حصول الشركة على التأهيل) مقسمة على ثلاث سنوات على النحو التالي:
- (30,000) ثلاثون ألف ريال قيمة التأهيل للسنة الأولى.
- (30,000) ثلاثون ألف ريال قيمة تجديد التأهيل للسنة الثانية.
- (30,000) ثلاثون ألف ريال قيمة تجديد التأهيل للسنة الثالثة.
6. يكون المقابل المالي لتجديد التأهيل (90,000) تسعون ألف ريال سعودي لثلاث سنوات هجرية مقسمة كالتالي.
7. تقوم الشركة باستخدام نظام محاسبي متكامل لدى الشركة.
8. أخذ موافقة الأمانة العامة على كفاءة الجهاز التنفيذي والطبي للشركة.
9. عدم تحصيل أي مبالغ مالية من المؤمن عليهم مباشرة.



10. إبرام وثيقة تأمين تغطي أخطار المسؤولية المهنية عن التقصير والإهمال والخطأ بحيث لا يقل الغطاء التأميني عن (1,000,000) مليون ريال سعودي.
11. يتم تقديم طلب تجديد التأمين قبل (30) ثلاثين يوم كحد أدنى قبل تاريخ انتهاء التأهيل.
12. تقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بسعودة الوظائف الطبية التابعة لها مع مراعاة خطة توظيف وتأهيل السعوديين المقدمة للمؤسسة والقرارات والتعليمات الصادرة عن المجلس.
13. تزود شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي الأمانة العامة بأي معلومات تطلبها الأمانة العامة لغرض فحص طلب التأهيل أو طلب تجديده خلال 30 يوماً.

المادة (3): يتم التقدم كتابياً للأمانة العامة بطلب التأهيل وفق النماذج المخصصة لهذا الغرض وإرفاق المستندات التالية:

1. التصريح الصادر عن المؤسسة.
2. صورة السجل التجاري ساري المفعول.
3. صورة شهادة الزكاة والدخل (للشركات القائمة).
4. السيرة الذاتية لمنسوبي الجهاز التنفيذي لإدارة الشركة.
5. صورة التقرير السنوي (للشركات القائمة) مصدق من المحاسبين القانونيين، وبتوقيع رئيس مجلس إدارة الشركة أو مديرها العام، ويوضح هذا التقرير ما قامت به الشركة خلال السنة المالية السابقة فيما يخص المطالبات الطبية.
6. تعهد خطي ينص على:
 - (أ) عدم وجود أي التزامات مالية على الشركة (للشركات القائمة) مع الجهات التي تم التعاقد معها خلال الثلاث سنوات الماضية داخل (و/أو) خارج المملكة.
 - (ب) الالتزام بالمعايير المهنية المتعارف عليها عالمياً في مجال ممارسة إدارة المطالبات الطبية.
 - (ت) التقيد بمعايير جودة تقديم الخدمات الصحية الصادرة عن وزارة الصحة والحفاظ على حقوق المؤمن عليهم بما في ذلك تسهيل توفير الخدمة وأمن وسرية معلومات المرضى والمنشأة الطبية.
 - (ث) إشعار الأمانة العامة بأي تغيير قد يطرأ على استمرار نشاط الشركة وذلك قبل البدء في إجراء التغيير بمدة (30 يوم عمل) والالتزام بسداد المقابل المالي وأي مستحقات تنشأ للمجلس في تواريخ استحقاقها.

المادة (4): بعد تحقق ما ورد في كل من المادة (2) والمادة (3) من هذه اللائحة، تتم إجراءات تأهيل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي على النحو التالي:



أولاً: إجراءات التأهيل لأول مرة لثلاث سنوات هجرية:

1. استلام واستكمال نماذج التأهيل وسداد قيمة النماذج (1000) ألف ريال سعودي وفق النموذج المخصص لهذا الغرض.
2. سداد المقابل المالي لطلب التأهيل (90,000) تسعون ألف ريال سعودي وفق النموذج المخصص لهذا الغرض.
3. تتقدم الشركة كتابياً بطلب تأهيل موجه للأمين العام للمجلس وفق النموذج المخصص لهذا الغرض.
4. إشعار الشركة كتابياً من قبل الأمانة العامة بوجود نواقص (إن وجدت) خلال (15 يوم عمل) من تاريخ تقديم طلب التأهيل.
5. تتم دراسة طلب التأهيل والبت فيه من قبل الأمانة العامة خلال (90 يوم عمل) كحد أقصى من تاريخ "اكتمال الطلب".
6. إشعار الشركة كتابياً من قبل الأمانة العامة برفض أو تأجيل التأهيل مع إيضاح المبررات ويمكن للشركة التقدم بطلب التأهيل لمرة أخرى.
7. إصدار شهادة التأهيل للشركة من الأمانة العامة وتسجيلها ومنحها رقم تسجيل.
8. الإعلان عن تأهيل الشركة لأول مرة لدى الأمانة العامة في موقع المجلس على شبكة الانترنت.

ثانياً: إجراءات تجديد التأهيل لثلاث سنوات هجرية :

1. استلام واستكمال نماذج تجديد التأهيل وسداد قيمة النماذج (1000) ألف ريال سعودي وفق النموذج المخصص لهذا الغرض.
2. سداد المقابل المالي لطلب تجديد التأهيل (90,000) تسعون ألف ريال سعودي وفق النموذج المخصص لهذا الغرض.
3. تتقدم الشركة كتابياً بطلب تجديد التأهيل موجه للأمين العام للمجلس وفق النموذج المخصص لهذا الغرض قبل 30 يوماً من انتهاء التأهيل.
4. إشعار الشركة كتابياً من قبل الأمانة العامة بوجود نواقص (إن وجدت) خلال (15 يوم عمل) من تاريخ "تقديم طلب تجديد التأهيل".
5. تتم دراسة طلب تجديد التأهيل والبت فيه من قبل الأمانة العامة خلال (90 يوم عمل) كحد أقصى من تاريخ "اكتمال الطلب" ويحق للشركة ممارسة أنشطتها خلال هذه الفترة.



6. إشعار الشركة كتابياً من قبل الأمانة العامة برفض أو تأجيل تجديد التأهيل مع إيضاح المبررات ويمكن للشركة التقدم بطلب تجديد التأهيل لمرة أخرى بعد زوال أسباب رفض التأهيل أو تأجيله.
7. إصدار شهادة تجديد التأهيل من الأمانة العامة.
8. الإعلان عن تجديد تأهيل الشركة لدى الأمانة العامة في موقع المجلس على شبكة الانترنت.

المادة (5): تقوم الأمانة العامة بسحب أو إيقاف تأهيل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي، وفق الإجراءات التالية:

1. دراسة المعلومات المتعلقة بسحب أو إيقاف التأهيل.
2. في حالة وجود ملاحظات على أداء إدارة شركة مطالبات التأمين الصحي من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني، توجه الإنذارات كتابياً (لمرتين كحد أقصى) خلال (30 يوماً) من تاريخ معرفة و/أو استلام الأمانة العامة لملاحظات على أداء الشركة ويجب على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي الرد كتابياً واستيفاء أي ملاحظات على أداؤها خلال (30 يوم عمل) كحد أقصى من تاريخ الإنذار الأول وخلال (15 يوم عمل) من تاريخ الإنذار الثاني.
3. دراسة رد الشركة والرفع لصاحب الصلاحية بعد توفر شروط سحب أو إيقاف التأهيل.
4. تحدد مدة الإيقاف في نص القرار الصادر بحق الشركة حسب حجم ونوع وتأثير الملاحظات على أداء الشركة.
5. في حالة سحب التأهيل فإن الشركة تظل ملتزمة بإنهاء أي تكاليف أو تعويضات تقع على عاتق الشركة أو أية حقوق مترتبة عليها.
6. إبلاغ شركات التأمين الصحي المؤهلة ومقدمي الخدمة المعتمدين والمؤسسة ووزارة التجارة والصناعة والجهات ذات العلاقة كتابياً بقرار سحب أو إيقاف التأهيل.
7. الإعلان في موقع المجلس على شبكة الانترنت والصحف المحلية عن قرار سحب أو إيقاف التأهيل.

الفصل الثالث: مهام وأعمال شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي



المادة (6) : تمارس شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المهام الرئيسية التالية :

1. أي أعمال تتعلق بمطالبات التأمين الصحي والتي تتطلب وجود تخصصات معينة للقيام بفحص ودراسة المطالبات التي تنشأ ويترتب على حدوثها دفع تعويضات لحامل الوثيقة من قبل شركة التأمين.
2. أي أعمال تتعلق بإدارة البرامج الطبية الصادرة من شركات التأمين الصحي /مقدم الخدمة والتي تخضع لنظام الضمان الصحي التعاوني كحد أدنى (و/أو) تطويرها، بالإضافة إلى الدراسات الإكتوارية، التدريب ضمن مجال عمل الشركة، الأبحاث، و/أو أية أعمال تدخل ضمن نشاط الشركة.
3. تقدير التعويضات الناشئة عن تكلفة خدمة الحالات الطارئة المقدمة خارج الشبكة مقارنة بقيمة التكلفة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة داخل الشبكة سواء داخل (و/أو) خارج المملكة العربية السعودية.
4. القيام بأعمال التسويات المالية للمطالبات المستلمة وغير المستلمة من مقدم الخدمة (و/أو) شركة التأمين (و/أو) حامل الوثيقة.

المادة (7) : متابعة إصدار المطالبات الطبية من قبل مقدمي الخدمة، على النحو التالي :

1. يكون استلام المطالبة من مركز تقديم الخدمة (و/أو) مناولة من المريض أو من ينوب عنه وذلك عند حصوله على خدمات خارج الشبكة.
2. التأكد من أن الخدمة المقدمة مغطاة ضمن الوثيقة قبل إصدار أي مطالبة.
3. متابعة رفع المطالبات من قبل مقدم الخدمة لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي والمتعلقة بكافة الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن.
4. متابعة إنهاء إجراءات إصدار المطالبات من مقدم الخدمة عن الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم.

المادة (8) : يحق لشركة إدارة المطالبات الطبية إجراء التحقيق إذا دعت الحاجة لذلك (كمراجعة ملف المريض في

مركز تقديم الخدمة) من قبل فنيي التسوية (و/أو) الأطباء المعتمدين لدى شركة مطالبات التأمين الصحي (و/أو) شركة التأمين باستخدام كافة الوسائل الممكنة بما في ذلك السجلات الرسمية التابعة لمقدم الخدمة، وذلك وفق ما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني واللائحة التنفيذية لهذا النظام والتعليمات الصادرة عن المجلس.



المادة (9): على مقدم الخدمة المطالبة بمستحققاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة إدارة المطالبات الطبية خلال مدة لا تزيد عن 90 يوماً من تاريخ الاستحقاق.

المادة (10): في حال وجود أي مخالفة يرتكبها أحد الأطراف يحق للطرف الذي ارتكبت في حق هذه المخالفة إشعار الأمانة العامة بذلك.

المادة (11): إعداد تقارير إحصائية ربع أو نصف سنوية أو سنوية من قبل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي وتوضح هذه التقارير مؤشرات احتواء التكاليف لتقديم الخدمة الصحية وكذلك إجمالي المطالبات المدفوعة والمؤجلة والجاري إنه أوها، ويتم تزويد المجلس بنسخة من هذه التقارير خلال (15 يوم عمل من تاريخ صدور هذه التقارير) و/أو في أي وقت يطلب المجلس ذلك.

الفصل الرابع: ضوابط ممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي

المادة (12): تتولى ممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي شركات إدارة المطالبات المصرح لها بالعمل في المملكة بمزاولة تسوية المطالبات التأمينية بموجب نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، والمؤهلة من المجلس لممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي.

المادة (13): لا يسمح لأي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بتملك (أو المساهمة في رأس مال) أو تشغيل أي منشآت طبية أو شركات تأمين صحي.

المادة (14): لا يجوز لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بيع و/أو تسويق وثائق تأمين صحي، كما يجب على هذه الشركة إبرام وثائق تأمين صحي مع شركات التأمين الصحي المؤهلة من المجلس للحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في الوثيقة لمنسوبي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

المادة (15): تتولى الشركة إدارة المطالبات الطبية لدى الغير بشأن أي تعويضات لصالح شركة التأمين (و/أو) لصالح المستفيد من الوثيقة الصادرة عن شركة التأمين بموجب عقد مع شركة التأمين الصحي.

المادة (16): لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إدارة المطالبات الناتجة عن :



(أ) التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ الاقتطاع /التحمل حسبما يرد في الوثيقة (و/أو) المبالغ التي تزيد عن حدود التغطية.

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

المادة (17) : لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي البدء في إدارة المطالبات الطبية اعتباراً من تاريخ توقيع عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية (ما لم يحدد العقد تاريخاً آخر لذلك).

المادة (18) : لأغراض تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، لا تتحمل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي مسؤولية أية مطالبة بخدمات صحية إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو نشوء أمراض مهنية ضمن التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية، وإذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية يجب أن يغطي تلك الخدمات، تقوم شركة التأمين بمطالبة المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتحمل ما دفعته شركة التأمين من مصروفات، ويمكن لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي القيام بالتسوية لغرض تحصيل هذا التعويض بموجب تفويض خطي من شركة التأمين.

المادة (19) : تقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بإنهاء إجراءات التعويض ضمن الحدود التي تلتزم بها شركة التأمين في توفير الخدمات غير المشمولة بنظام التأمينات الاجتماعية، وإذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة تأمين على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد.

المادة (20) : تقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بالتأكد من قيام كل مستفيد ينتفع بخدمات طبية بدفع مبلغ الاقتطاع و التحمل بموجب سند استلام صادر عن مقدم الخدمة، وذلك حسبما هو موضح في الوثيقة عدا في الحالات الإسعافية والتنويم. كما لا يجوز لمقدم الخدمة الطبية التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع حسب نوع الوثيقة ، كما يجب على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بالإبلاغ عن أي مقدم خدمة يخالف ذلك.



المادة (21) : تلتزم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة بما يلي :

1. التقيد بالتغطية التأمينية والمنافع حسب وثيقة الضمان الصحي.
2. إبرام عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية مع أي من شركات التأمين الصحي المؤهلة ومقدمي الخدمات الصحية المعتمدين من المجلس لأغراض إدارة وتسوية المطالبات الطبية فقط.
3. تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عام ،ة، التي تتفق والأساليب الطبية الحديثة المقبولة والمتعارف عليها مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق من تقدم في مجال الطب، ولا يجوز لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إدارة خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه أعلاه.
4. أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية لإنجاز المهمة.
5. التقيد بالإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية الصادرة عن مجلس الخدمات الصحية عند قيام شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بمراجعة المستندات والسجلات ذات العلاقة بالتعويضات الناشئة في شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة والمتعاونة مع شركات التأمين المؤهلة.
6. تنهي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي أي خلاف قد ينشأ بينها وبين أطراف التعاقد بشأن أي مطالبة طبية خلال (30 يوم كحد أقصى) من تاريخ استحقاق المطالبة بشرط عدم تأثر توفير الخدمة للمؤمن عليهم ويمكن الرجوع إلى الأمانة العامة خلال هذه الفترة (و/أو) في أي وقت.
7. التقيد بإجراءات الحذف والإضافة والإلغاء للمؤمن عليهم من قبل شركات التأمين، مع مراعاة ما يصدر عن المجلس من تعليمات وقرارات بهذا الشأن.

المادة (22) : تنتهي التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بنهاية (و/أو) فسخ عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية، (و/أو) بنهاية التغطية التأمينية مع ضرورة تسوية جميع المطالبات والوصول إلى تسوية نهائية حتى بعد نهاية التغطية التأمينية حسبما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية وأحكام هذه اللائحة.

الفصل الخامس: الإشراف على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي

المادة (23) : يتولى المجلس الرقابة على التزام شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي بنظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية، والتأكد من قيام هذه الشركات وكذلك أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.



المادة (24) : يحق للمجلس طلب (و/أو) مراجعة أي معلومات (و/أو) بيانات من شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي حول جميع مسائل العمل المتعلقة بالتأمين الصحي، والتي تختص بأصحاب العمل (و/أو) الأشخاص المستفيدين (و/أو) مقدمي الخدمات وكذلك العقود المبرمة مع شركات التأمين.

المادة (25) : تقوم المؤسسة بإفادة المجلس خطياً عند وجود أي ملاحظات على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من قبل المجلس أو العكس.

المادة (26) : يحق للمجلس أن يبدي التحفظ أو الاعتراض على أي من المسؤولين والمدراء التنفيذيين في شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي في نطاق اختصاصات المجلس وإشعار المؤسسة والجهات ذات العلاقة بالمخالفات.

المادة (27) : للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (26) من هذه اللائحة بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:

1. فحص الطلب المقدم من شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي لأغراض التأهيل.
2. التحقق من مدى الالتزام بالتوجيهات الصادرة من المجلس.
3. ملاحقة أية مخالفات للالتزامات الناشئة عن إدارة وتسوية المطالبات الطبية بين شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي وشركات التأمين ومقدمي الخدمة والمستفيد من التغطية التأمينية.
4. في إطار إجراءات فحص الشكاوي المقدمة بشأن قرار اتخذته إحدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.
5. في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة (14) من النظام.

المادة (28) : يجوز للمجلس إيقاف أو سحب تأهيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي إذا أخلت باشتراطات التأهيل، وفي حالة إيقاف أو سحب التأهيل فإن مسؤولية إنهاء أي تكاليف أو تعويضات تقع على عاتق شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.

المادة (29) : يكون المقابل المالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني للإشراف على تطبيق نظام ا لضمان الصحي التعاوني بواقع (1%) من إجمالي عمولة (و/أو) أجر الشركة عن كل عقد موقع مع شركات التأمين الصحي وذلك حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.



الفصل السادس: تنظيم كافة العلاقات بين أطراف العلاقة المحددين في المادة الأولى

المادة (30): على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي أن توفر لشركة التأمين ولمقدم الخدمة جميع البيانات المطلوبة لإنهاء المطالبات وتسوية المستحقات، وإذا توفر لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي مبررات معقولة للشك في صحة هذه المعلومات يمكن للشركة أن ترفع الأمر للمجلس للتحقق من ذلك.

المادة (31): تكون المسؤولية على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي في حالة قيام أحد منسوبيها بالاحتتيال وسوء الاستخدام أو التزوير عند ممارسته لمهامه.

المادة (32): يجب على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي عند إبرام عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية مع شركة التأمين ومقدم الخدمة، مراعاة ما يلي :

1. أن تكون شركة التأمين مؤهلة من قبل المجلس.
2. أن يكون مقدم الخدمة مرخص من وزارة الصحة ومعتمد من قبل المجلس.
3. أن تكون شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي مؤهلة من المجلس.
4. تكون مدة العقد عام كامل قابل للتجديد بموافقة أطراف التعاقد وتقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بإشعار الأمانة العامة كتابياً بالتجديد خلال (30 يوم عمل كحد أقصى) من تاريخ تجديد العقد.
5. أن تخضع أسعار الخدمات الصحية لما يقره مجلس الخدمات الصحية في المملكة.
6. التقيد التام بما يتضمنه نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية ونظام العمل و التأمينات الاجتماعية والأنظمة الأخرى ذات العلاقة.

المادة (33): يجوز لكل من مقدم الخدمة وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي وشركة التأمين، فسخ عقد إدارة مطالبات التأمين الصحي فيما بينهم مع الالتزام بالشروط المنصوص عليها في هذا العقد، وإشعار الأمانة العامة لكتابياً بذلك خلال (7 أيام عمل من تاريخ الفسخ).

المادة (34): على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيين فما فوق مرخص لهم للعمل من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتحقق من إشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة أثناء علاج أحد المستفيدين وتكون الافضلية للسعوديين.



المادة (35): يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهام المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج ال طبي، أو علاج المستفيدين.

المادة (36): يلتزم كل من مقدم الخدمة والمستفيد و شركة التأمين بتزويد الأطباء العاملين في شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام الم ادة (34) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة لإنجاز مهام المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع المستشفى المعني والأمانة العامة للمجلس.

المادة (37): يلتزم المستفيد بأن يتم الكشف عليه من قبل الطبيب المرخص نظاماً والذي تعينه شركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات المعتمدة من المجلس في حال اقتضت الحاجة، وتتحمل في هذه الحالة الشركة المعنية تكاليف الكشف.

المادة (38): يلتزم المستفيد بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له، ويكون التحويل إلى أخصائي أو مستشفى بقرار من الطبيب العام .

المادة (39): تقتصر تعويضات التنويم الناشئة عن الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كافٍ ويتعين في هذا الحال الاستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإنه يلتزم المستفيد بتحمل الفرق في تكلفة العلاج .

المادة (40): تتم التسويات المالية بين أطراف التعاقد وفق نظام الضمان الصحي التعاوني واللوائح والتعليمات الصادرة عن المجلس مع مراعاة ما يلي:

1. تتم إجراءات تحصيل مستحقات إدارة المطالبات الطبية بالاتفاق بين شركة التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدم الخدمة مع التقيد بما يصدر عن المجلس من قرارات وتعليمات .
2. تقوم شركة التأمين بسداد مستحقات شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي وتكون شركات التأمين المسئول الأول عن دفع هذه المستحقات، وفق ترتيبات السداد المتفق عليها مع الالتزام بما ورد في هذه اللائحة .



3. في حالة عدم سداد مستحقات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المترتبة على شركة ال تأمين، فإنه يحق لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي فسخ عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية المبرم مع شركة التأمين .
4. تدرج العمولات ونسب الخصم المتفق عليها مع شركة التأمين ضمن موارد شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، مع الالتزام بما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية.
5. على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إنهاء إجراءات سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن (60 يوم) من تاريخ استلام المطالبة.

الفصل السابع: الجزاءات وتسوية المنازعات

المادة (41): تنظر لجنة النظر في مخالفات أحكام الضمان الصحي ال تعاوني المشكلة بموجب نص المادة (14) من النظام، في المخالفات التي تنشأ عن العلاقة بين شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي وكل من المستفيدين وحملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمي الخدمات.

المادة (42): يتم تطبيق أي غرامة على الشركة بقرار من معالي رئيس المجلس وفق الآتي:

1- تكون غرامة عدم التقدم بطلب تجديد التأهيل خلال موعده أقصاه (30 يوم عمل) من تاريخ انتهاء التأهيل السابق بمبلغ وقدره (25,000) خمسة وعشرون ألف ريال سعودي ، ويتم إيقاف التأهيل بعد مضي (60 يوم عمل) من تاريخ انتهاء التأهيل السابق دون تقديم طلب تجديد التأهيل.

2- لا تقل الغرامة، في حال تقديم طلب تجديد التأهيل بعد صدور قرار المجلس بإيقاف التأهيل ، عن (25,000) خمسة وعشرون ألف ريال سعودي ولا تزيد عن (90,000) تسعون ألف ريال سعودي وفق ما يراه رئيس المجلس في ضوء الظروف المؤدية لإيقاف التأهيل. ولا يؤثر قرار إيقاف التأهيل على التزامات الشركة.

3- تضاعف الغرامة المستحقة على الشركة (بنسبة 100%) إذا مضت مدة (30 يوم عمل) من تاريخ توقيع الغرامة دون قيام الشركة بسدادها.

المادة (43): ترفع الشكوى كتابياً من شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي أو أي من أطراف العلاقة التأمينية لأمين عام المجلس خلال تسعين يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى .



المادة (44): تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى إلى لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني التي تنظر في مخالفات أحكام هذا النظام.

المادة (45): تطبق الغرامة بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني بعد توصية لجنة مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني، ويجوز للشركة المتظلم من القرار أمام ديوان المظالم خلال (60 يوم عمل) من تاريخ القرار.

المادة (46): إذا ثبت أن الشكوى غير صحيحة ولا تستند على أي مسوغ مقبول، فسيكون للجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني اتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة أو اقتراح الجزاء المناسب في حق الشاكي.

الفصل الثامن: الأحكام الانتقالية ودخول هذه اللائحة حيز التطبيق

المادة (47): تصدر هذه اللائحة بقرار من معالي رئيس المجلس ويتم العمل بها بعد 30 يوم من إعلانها في جريدة أم القرى.

المادة (48): تطبق هذه اللائحة على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي حسب ما يصدره المجلس من قرارات وتعليمات وخطط تنفيذية وتعتبر هذه القرارات والتعليمات والخطط مكملة لهذه اللائحة، وملزمة لكافة أطراف العلاقة التأمينية.

والله ولي التوفيق ..



الفصل التاسع: النماذج

قائمة المراجعة لطلب تأهيل شركات إدارة المطالبات الطبية

للاستخدام الرسمي

لاستخدام الشركة

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. خطاب طلب التأهيل |
| <input type="checkbox"/> | 2. صورة ترخيص ممارسة أعمال إدارة المطالبات |
| <input type="checkbox"/> | 3. صورة عقد التأسيس والنظام الأساسي و النظام المالي للشركة |
| <input type="checkbox"/> | 4. صورة السجل التجاري وشهادة الزكاة والدخل |
| <input type="checkbox"/> | 5. بيانات عن الشركة والمؤسسين وتعبئة نموذج الإستبيانة |
| <input type="checkbox"/> | 6. الهيكل التنظيمي للشركة |
| <input type="checkbox"/> | 7. السير الذاتية لأعضاء ورئيس مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية العليا |
| <input type="checkbox"/> | 8. إقرار المسؤولين التنفيذيين |
| <input type="checkbox"/> | 9. خطة عمل الشركة |
| <input type="checkbox"/> | 10. صورة العقود/الاتفاقيات الموقعة مع شركات التأمين ومقدمي الخدمة |
| <input type="checkbox"/> | 11. تقرير الحسابات للسنتين الماضيتين مصدق من مكتب محاسب قانوني معتمد |
| <input type="checkbox"/> | 12. إشعار السداد |

(للاستعمال الرسمي)

رقم تسجيل الشركة لدى الأمانة :

الطلب مكتمل

الطلب غير مكتمل - أرقام النواقص :

: التاريخ

: الموظف



النموذج (2)

✓ تطبع هذه الصيغة على مطبوعات الشركة الرسمية

✓ يوجه الخطاب لسعادة الأمين العام لمجلس الضمان الصحي التعاوني

نحن شركة / المرخص لها برقم وتاريخ/..14هـ الموافق/..20م
للعمل في المملكة العربية السعودية في مجال إدارة المطالبات، نتقدم بط لب التأهيل للعمل في مجال الضمان الصحي
التعاوني، ونتعهد بالالتزام بكل ما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية والوثيقة الموحدة ولائحة
تأهيل شركات إدارة المطالبات التأمين الصحي وما يصدره مجلس الضمان الصحي التعاوني في أي وقت من
قرارات/تعليمات، وأن نلتزم بسداد المقابل المالي وأي مستحقات تنشأ للمجلس في تواريخ استحقاقها، ونتعهد بتقديم
خدمات إدارة المطالبات الطبية وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية التي تتفق مع الأساليب الطبية الحديثة المقبولة
والمتعارف عليها مع الأخذ في الاعتبار ما يتحقق في هذا المجال، كما نقر بأن جميع المعلومات المقدمة والمرفقة مع
هذا الطلب صحيحة، ونؤكد التزامنا بإخطار المجلس بأي معلومات أو تغييرات هامة تؤثر على العمل خلال (15 يوم)
خمسة عشر يوم عمل كحد أقصى من توفر المعلومات الجديدة أو حصول التغيير، وإطلاعكم على كافة السجلات
والمستندات عند طلبكم أي معلومات إضافية في أي وقت.

هذا ونفوض السيد / ووظيفته
بتمثيل الشركة والتوقيع رسمياً فيما يلزم لديكم.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

مدير عام الشركة

/ الاسم

/ التوقيع

/ التاريخ

/ الختم الرسمي



النموذج (3)

✓ صيغة إقرار المسؤولين التنفيذيين على مطبوعات الشركة

أقر أنا /...../ (الوظيفة)..... بأنني أحد المسؤولين التنفيذيين العاملين بشركة المرخص لها بموجب الترخيص رقم وتاريخ/..../14..هـ بالعمل في المملكة العربية السعودية في مجال إدارة المطالبات الطبية، بالالتزام بما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية والوثيقة الموحدة، وأقر بأنه لا يوجد في الوقت الحاضر أو فيما سبق أي إجراءات قضائية بسبب جريمة أو مخالفة إدارية أو نظامية مقامة ضدي أو انتهت بحكم أو قرار قضا ئي أو إجرائي داخل المملكة أو خارج المملكة، وأن أقوم بإخطار المجلس بأي معلومات أو تغييرات هامة تؤثر على العمل خلال (15) خمسة عشر يوم عمل كحد أقصى من تاريخ توفر المعلومات الجديدة أو حصول التغيير . وفي حالة ثبوت خلاف ذلك أقر بقبولي بالخضوع التام لقرارات مجلس ا ل ضمان الصحي التعاوني والأنظمة الأخرى والإجراءات الأمنية و القضائية السارية في المملكة العربية السعودية بهذا الشأن.

| | | |
|--------------------------------|----------|-------------------------|
| الاسم: | الوظيفة: | الجنسية: |
| رقم بطاقة الأحوال (للسعوديين): | مصدرها: | تاريخها:/..../14.. |
| رقم الإقامة (لغير السعوديين): | مصدرها: | تاريخها:/..../14.. |
| رقم جواز السفر: | مصدره: | تاريخه:/..../20.. |
| تاريخ الميلاد:/..../20م | البلد: | المدينة: |
| العنوان: | ص.ب.: | الرمز البريدي: |
| البريد الالكتروني: | | |
| التوقيع: | | |

مدير عام الشركة

الاسم /
التوقيع/
التاريخ/
الختم الرسمي/



النموذج (4)

✓ تطبع على مطبوعات الشركة

بيانات عامة

(1) شركة إدارة المطالبات الطبية:

أ- أسم الشركة (الاسم التجاري).

ب- ترخيص مزاولة أعمال المطالبات:

رقم الترخيص:

ج- المقر الرئيسي:

العنوان البريدي:

د- المدير العام:

الاسم:

هـ- المدير المالي:

الاسم:

و- المدير الطبي/ إدارة المطالبات:

الاسم:

(2) جميع فروع الشركة:

أ- الفرع رقم 1

العنوان البريدي:

ب- الفرع رقم 2

العنوان البريدي:

النشاط:

تاريخه:

رقم الفاكس:

رقم الهاتف:

رقم الفاكس:

رقم الهاتف:

رقم الفاكس:

رقم الهاتف:

رقم الفاكس:

رقم الهاتف:

مدير عام الشركة

/ الاسم

/ التوقيع

/ التاريخ

/ الختم الرسمي



النموذج (5)

✓ تطبع على مطبوعات الشركة

خطة عمل الشركة

توضح الخطة الأسس الفنية والإدارية والمالية للشركة لمدة (3) ثلاث سنوات على أن تتضمن على الأقل العناصر الأساسية التالية ضمن طلب التأهيل للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني :

- (1) أنشطة المطالبات التي ستمارسها الشركة بجانب المطالبات الطبية.
- (2) المصاريف المتوقعة لبدء النشاط والمصادر المالية اللازمة للتمويل لمدة (3) ثلاث سنوات. (للشركات الجديدة)
- (3) توقعات الشركة للتغيرات السوقية خلال (3) ثلاث سنوات القادمة.
- (4) القوائم المالية للشركة.
- (5) آلية التعاقد مع شركات التأمين الصحي ومقدمي الخدمة.
- (6) آلية إدارة المطالبات الطبية.
- (7) القوى العاملة وخطة السعودة خلال (3) ثلاث سنوات.



النموذج (6)

إشعار سداد

• يعبأ ويرسل بالفاكس.

السادة / إدارة الشؤون المالية بالأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني
المكرمين السلام عليكم ورحمة الله وبركاته..

نود نحن / (اسم المنشأة)..... إشعاركم بأنه تم سداد المقابل المالي بمبلغ وقدره

(..... ريال) (ريال فقط) (المبلغ كتابية) (.....)

وذلك مقابل طلبنا:

التسهيل للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني. الاعتماد كمقدم خدمة رعاية صحية

تجديد التسهيل للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني. أخرى

وذلك بواسطة:

إيداع / تحويل مباشر في حسابكم (وفقاً لضرورة القسيمة المرفقة) بتاريخ / / 14هـ

شيك مصرفي رقم وتاريخ / / 14هـ باسم المجلس.

أخرى (حدد)

أملين اتخاذ اللازم بهذا الشأن، وعلى أن يتم تزويدنا بسند قبض:

مناولة مندوبنا السيد / رقم الاتصال /

بريدياً ص.ب. المدينة الرمز البريدي

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الاسم الوظيفة

التوقيع التاريخ / / 14هـ

هاتف فاكس