



الإجراءات المنظمة للعلاقة  
بين المرافق الصحية الحكومية وشركات التأمين  
والمعتمدة بموجب قرار رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني  
رقم (٦٧٦٣٦) وتاريخ (١٤٤٤/٧)

وزير الصحة  
رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني

  
توفيق بن فوزان الربيعة

## المحتويات

4	1. تمهيد
4	2. تعريفات عامة
6	3. الشروط العامة
6	المادة (1) الاختصاص النظامي:
6	المادة (2) نطاق الدليل
6	المادة (3) المستجدات والتعديلات
7	4. شبكة مقدمي الخدمة
7	المادة (4) الجاهزية:
7	المادة (5) الحاجة:
7	المادة (6) الارتباط بمنصة نفيس:
7	المادة (7): تحديد الشبكة الطبية
8	5. التغطيات والاستثناءات
8	المادة (8) المنافع الصحية:
9	المادة (9) التحديدات والاستثناءات:
11	المادة (10): أهلية العلاج
11	المادة (11): الحالات الطارئة
11	المادة (12): التحقق
11	المادة (13): النطاق الجغرافي
11	المادة (14): تقديم الرعاية
11	المادة (15): الإحالة
11	المادة (16): الوصول لمستوى الرعاية الصحية
12	المادة (17): مبلغ التحمل (المشاركة بالدفع)
12	المادة (18) الأدلة الإكلينيكية
12	المادة (19) المنافع الصحية
12	المادة (20) الاستثناءات:
12	المادة (21): المنافع غير المغطاة
13	6. ضوابط تحصيل المقابل المالي للمرافق الصحية الحكومية عن الخدمات المقدمة للمرضى المؤمن لهم .
13	المادة (22) قوائم أسعار للخدمات الطبية:
13	المادة (23) الحزم التشخيصية DRG:
13	المادة (24) ضوابط تحصيل المقابل المالي عن الخدمات:
14	7. التحقق من حامل الوثيقة، إجراءات العلاج والإحالة، ونسبة المشاركة

- 14.....المادة (25): أهلية العلاج.
- 14.....المادة (26): الحالات الطارئة.
- 14.....المادة (27): التحقق.
- 14.....المادة (28): النطاق الجغرافي.
- 14.....المادة (29): تقديم الرعاية.
- 14.....المادة (30): الإحالة.
- 14.....المادة (31): الوصول لمستوى الرعاية الصحية.
- 14.....المادة (32): مبلغ التحمل (المشاركة بالدفع).
- 8.....15.....طلبات الموافقة.
- 15.....المادة (33): الموافقة المسبقة.
- 15.....المادة (34): إشعار شركة التأمين.
- 15.....المادة (35): متطلبات طلب الموافقة.
- 15.....المادة (36): إجراءات طلب الموافقة.
- 9.....16.....الدورة المستندية.
- 16.....المادة (37): متطلبات المطالبات.
- 16.....المادة (38): معايير الترميز.
- 16.....المادة (39): التقارير والسجلات.
- 17.....المادة (40): رفع المطالبات.
- 17.....المادة (41): سداد المطالبات.
- 17.....المادة (42): المرفوضات.
- 17.....المادة (43): التسويات والمخالصة.
- 17.....المادة (44): مركز الصلح.
- 18.....المادة (45): المبالغ غير المستحقة.
- 18.....المادة (46): كفاية الشبكة الطبية من المرافق الصحية الحكومية.
- 18.....المادة (47) شركات إدارة دورة الإيرادات RCM:
- 10.....19.....مخطط عمل للدورة المستندية.
- (1).....19.....مخطط عمل لرفع المطالبات.
- (2).....19.....مخطط عمل للتسويات والنزاع.
- 11.....22.....قائمة الملاحق:
- 22.....الملحق 1 : نموذج طلبات الموافقة على تحمل تكاليف العلاج UCAF و DCAF.
- 23.....الملحق 2 : معايير الحد الأدنى من مجموعة البيانات MDS.



**The Procedures Organizing the Relationship  
Between Government Health Facilities and Insurance  
Companies  
Approved under the Decision of Chairman of Council of  
Cooperative Health Insurance  
No. ----- dated -----**

**الإجراءات المنظمة للعلاقة  
بين المرافق الصحية الحكومية وشركات التأمين  
والمعتمدة بموجب قرار رئيس مجلس الضمان الصحي  
التعاوني  
رقم ( ) وتاريخ ( )**

**1 . Preamble**

On the basis of:

- Cooperative Health Insurance Law and its Executive Regulation
- Unified Policy of Cooperative Health Insurance and its Appendices
- Organizing Circulars and Procedures issued from the Council of Cooperative Health Insurance

**General Definitions**

**Council:** Council of Cooperative Health Insurance.

**Law:** Cooperative Health Insurance Law.

**Regulation:** The Executive Regulation of Cooperative Health Insurance Law.

**Insurance Coverage:** The basic health benefits available to the beneficiary, as identified in insurance policy (policies).

**Health Benefits:** The costs of provision of health services included in insurance coverage within the limits stated in cooperative health insurance policy and the relevant insurance policies.

**Primary Healthcare Centers:** Health centers and the equivalent thereof including clinics, clinic complexes, or governmental or non-governmental dispensaries.

**Government Health Facilities:** Government health facilities approved by the Council of Cooperative Health Insurance under the stipulations thereof, including:

- Hospitals:** Governmental health facility belonging to the State or a public body permitted to provide secondary health services in the Kingdom, in accordance with the relevant laws and rules, approved by the Council for rendering the secondary healthcare services to the insured persons, pursuant to insurance policy approved by the Council of Cooperative Health Insurance. The term "Hospital" shall, wherever herein referred, exclude health recovery hotels, guest houses, rest houses, asylums, convalescent camps, quarantine, elderly or nursing homes, mental asylums or any place for lodging and treating drug or alcohol addicts.

**1 . تمهيد**

استناداً لأحكام:

- نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية
- وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة وملحقاتها
- التعاميم والإجراءات التنظيمية الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني

**تعريفات عامة**

**المجلس:** مجلس الضمان الصحي التعاوني.

**النظام:** نظام الضمان الصحي التعاوني.

**اللائحة:** اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.

**التغطية التأمينية:** هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بوثيقة / بوثائق التأمين.

**المنافع الصحية:** هي تكاليف تقديم الخدمات الصحية المدرجة في التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني ووثائق التأمين ذات العلاقة الأخرى.

**مراكز الرعاية الصحية الأولية:** المراكز الصحية وما في حكمها من عيادات أو مجمعات عيادات أو مستوصفات تابعة لجهات حكومية أو أهلية ، وتعد بمثابة المستوى الأول للدخول.

**المرافق الصحية الحكومية:** هي المرافق الصحية الحكومية المعتمدة من مجلس الضمان الصحي التعاوني ووفقاً لاشتراطاته، وتشمل الآتي:

- المستشفيات:** المرفق الصحي الحكومي المملوك للدولة أو أحد أجهزتها العامة المصرح له بتقديم الخدمات الصحية الثانوية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة، المعتمد من المجلس لتقديم خدمات الرعاية الصحية الثانوية للمؤمن لهم بموجب وثيقة التأمين المعتمدة من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني، ولا يشمل مصطلح "مستشفى" أينما وردت الإشارة إليه هذا الدليل فنادق النقاها الصحية وبيوت الضيافة والاستراحات والمصحات وبيوت النقاها والحجر الصحي أو دور التقاعد أو التمرريض أو المصحات العقلية أو أي مكان يستخدم عادةً لإيواء وعلاج مدمني المخدرات أو الكحول.



**B) Medical Cities (Specialized Hospitals):** Medical cities following the Ministry of Health or other governmental bodies, and specialized hospitals, such as: King Fahad Medical City in Riyadh, King Abdullah Medical City in Mecca, Prince/ Muhammed bin Abdulaziz Medical City for serving Northern Regions, King Faisal Medical City for serving Southern Regions and King Khalid Medical City at the Eastern Region, or any medical city or specialized hospital to be established in the future.

**Insurance Company:** Cooperative insurance company permitted to operate in the Kingdom.

**Third party administrator (TPA):** Companies concerned with settling the insurance claims, permitted to operate in the Kingdom by the Authority, which has been also qualified by the Council for practicing the management of cooperative health insurance claims.

**Request for Prior Approval to Bear Treatment Costs ("Prior Authorization" or "Prior Approval"):** Acknowledgment of prior approval, issued from insurance companies or TPAs - on behalf of insurance company - to incur the costs of treatment provided by service providers, excluding emergencies (UCAF) or (DCAF)

**Deductible (Copayment):** Part to be paid by the beneficiary upon receiving the treatment service at outpatient clinics, as shown - if any- in the policy schedule in accordance to CCHI unified policy limits, except for emergencies and inpatient care.

**Healthcare Revenue Cycle Management (RCM):** Financial process using medical invoicing systems utilized by healthcare service providers; for tracking the cycles of patient care, beginning from registration until fulfilling the final payment of claim.

**Diagnosis-Related Group (DRG):** A system for classifying inpatients into groups depending, primarily, on their main diagnosis, the comorbidities, procedures and complications, which constitutes the principal element for calculating the extent of necessary resources for each group of inpatients, thus determining the financial value for each group.

**Itemized Prices of Health Services, according to the CCHI billing system:** Prices of health services to be determined based on CCHI Billing System (CCHI-BS).

**Price list:** List based upon (Australian) diagnosis-related group "AR-DRG" and the itemized prices of health services as approved by the Council for financial indemnities arising from healthcare services provided by government health facilities to inpatients or outpatients bearing private health insurance policies.

**Emergency Case:** Emergent medical treatment required on the basis of the beneficiary's medical case, as a result of accident, occasional event or emergent health case requiring rapid medical intervention, as per the following levels (1. resuscitation. 2. Emergency. 3. Urgent) of the levels of urgent medical care, as outlined in the annex to Private Health Institutions Law and Its Executive Regulations, approved by the Ministry of Health, sorting out the emergencies.

ب) المدن الطبية (المستشفيات المتخصصة): المدن الطبية التابعة لوزارة الصحة أو للجهات الحكومية الأخرى والمستشفيات المتخصصة، مثل: مدينة الملك فهد الطبية بالرياض، ومدينة الملك عبد الله الطبية بمكة المكرمة، ومدينة الأمير محمد بن عبد العزيز الطبية لخدمة المناطق الشمالية، ومدينة الملك فيصل الطبية لخدمة المناطق الجنوبية، ومدينة الملك خالد الطبية في المنطقة الشرقية، أو أي مدينة طبية تابعة أو مستشفى تخصصي ينشأ مستقبلاً.

شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة.

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.

طلب الموافقة المسبقة على تحمل تكاليف العلاج ("التفويض المسبق" أو "الموافقة المسبقة"): إقرار الموافقة المسبقة الصادر من شركات التأمين أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي -بنابة عن شركة تأمين- بتحمل تكاليف العلاج المقدم من قبل مقدمي الخدمات ويستثنى من ذلك علاج الحالات الطارئة، (UCAF) أو (DCAF).

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 وبما لا يخالف الحدود المنصوصة في الوثيقة الموحدة للمجلس، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

إدارة دورة إيرادات الرعاية الصحية (RCM): هي عملية مالية باستخدام أنظمة الفوترة الطبية التي تستخدم من قبل مقدمي الرعاية الصحية لتتبع دورات رعاية المرضى من حيث التسجيل وحتى الوصول إلى الصرف المالي للدفعة النهائية من المطالبة.

الحزم التشخيصية (DRG): نظام لتصنيف المرضى المنومين إلى مجموعات بطريقة تتعلق في المقام الأول بتشخيصهم الأساسي والأمراض المصاحبة والإجراءات والمضاعفات، والتي تشكل العنصر الأساس في حساب كثافة الموارد اللازمة لكل مجموعة من المرضى المنومين وبالتالي إعطاء القيمة المالية لكل مجموعة.

أسعار الخدمات الصحية المفصلة حسب نظام مجلس الضمان الصحي التعاوني للفوترة (Itemized): أسعار الخدمات الصحية يتم بناءها على أساس نظام مجلس الضمان الصحي التعاوني للفوترة (CCHI-BS).

قائمة الأسعار: هي قائمة مبنية على أساس الحزم التشخيصية (النسخة الأسترالية) AR-DRG وعلى أسعار الخدمات الصحية المفصلة المعتمدة من المجلس للتعويضات المالية الناتجة عن خدمات الرعاية الصحية للمرضى المنومين أو في العيادات الخارجية التي تقدمها المرافق الصحية الحكومية لحملة وثائق التأمين الصحي الخاص.

الحالة الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع حسب المستويات التالية (1- الإنعاش. 2- الطوارئ. 3- العاجلة) من مستويات الرعاية الطبية العاجلة كما هو موضح في الملحق بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد فرز الحالات الطارئة.

## General Conditions

### Article (1): Regulatory Competence:

- 1- Council of Cooperative Health Insurance shall be concerned with preparing a price list of medical services provided by the government health facilities approved by the Council, to the insured persons in return for a financial consideration to be incurred by insurance company, based on Paragraph (A) of Article (11) of Cooperative Health Insurance Law, stipulating as follows "Health benefits included in the cooperative health insurance policy, when needed, may be provided by government health facilities against financial charges to be borne by the cooperative insurance provider. The Health Insurance Council shall identify the facilities to provide such benefits and determine the charges therefor", and based also on Council of Ministers' Resolution No. 206 dated 15/08/1423H (21/10/2002G), whose Paragraph (3) states the permissibility of treating Saudis working in the referred sector - the sector of private institutions, companies and individuals with employment contracts, irrespective of the form of wages being paid - covered under the cooperative health insurance, at government health facilities, if so wished, at the expense of cooperative insurance companies.
- 2- The Minister of Health shall identify, upon agreement with the Minister of Finance, procedures and controls on how to collect the financial consideration against health services provided by government health facilities to the insured persons, in accordance with Health Insurance Law, depending on Paragraph (B) of Article No. (11) Of Cooperative Health Insurance Law, stipulating as follows: "The Minister of Health, in coordination with the Minister of Finance and National Economy, shall determine the procedures and controls for collecting the financial charges provided for in the previous paragraph".

### Article (2) Guideline scope

- 1- The Council of Cooperative Health Insurance shall set the guidelines of policies and procedures, to contribute to organizing the relationship between the approved government health facilities and insurance companies.
- 2- This Procedural Manual shall not apply to any healthcare services provided by government health facilities to non-insured persons.
- 3- The General Secretariat of CCHI undertakes the task of reviewing this policy periodically, at a minimum of every six months, and updating it in accordance with the requirements of the public interest and the safety of the application procedures, provided that the review includes (revenue cycle, price list, and medical network).

### Article (3) Update and amendments

The Council periodically updates this guide according to the requirements of need and in line with the updating of the relevant regulations and legislation, including the Executive Regulations of the Council and the unified policy or any decisions issued by the Board, without the enforcement of these updates being suspended on the update of the guide.

## الشروط العامة

### المادة (1) الاختصاص النظامي:

- 1- يختص مجلس الضمان الصحي التعاوني بإعداد قائمة بأسعار للخدمات الطبية المقدمة من قبل المرافق الصحية الحكومية المعتمدة من قبل المجلس للمؤمن لهم بمقابل مالي تتحمله شركة التأمين من قبل المجلس، بناءً على نص الفقرة (أ) من المادة الحادية عشرة من نظام الضمان الصحي التعاوني التي تنص على "يجوز عند الحاجة تقديم الخدمات الصحية المشمولة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني لحاملها من قبل المرافق الصحية الحكومية، وذلك بمقابل مالي تتحمله جهة الضمان الصحي، يحدد مجلس الضمان الصحي المرافق التي تقدم هذه الخدمة والمقابل المالي لها"، واستناداً إلى قرار مجلس الوزراء رقم 206 تاريخ 15/08/1423هـ الذي ينص في الفقرة الثالثة منه على جواز علاج السعوديين العاملين في القطاع المشار إليه - في قطاع الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد المبرمة معهم عقود عمل بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه- المشمولين بالضمان الصحي التعاوني في المرافق الصحية الحكومية، عند رغبتهم في ذلك على أن يكون ذلك على حساب شركات التأمين التعاوني.
- 2- يحدد وزير الصحة بعد الاتفاق مع وزير المالية إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المالي عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المرافق الصحية الحكومية للمؤمن لهم وفقاً لنظام الضمان الصحي، وذلك بناءً على نص الفقرة (ب) من المادة الحادية عشرة من نظام الضمان الصحي التعاوني التي تنص على "يحدد وزير الصحة بعد الاتفاق مع وزير المالية والاقتصاد الوطني إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المنصوص عليه في الفقرة السابقة".

### المادة (2) نطاق الدليل

- 1- يتولى مجلس الضمان الصحي التعاوني مهمة وضع المبادئ التوجيهية للسياسات والإجراءات للمساعدة في تنظيم العلاقة بين المرافق الصحية الحكومية المعتمدين وشركات التأمين.
- 2- لا ينطبق هذا الدليل الإجرائي على أي من خدمات الرعاية الصحية المقدمة لغير المؤمن لهم من قبل المرافق الصحية الحكومية.
- 3- تتولى الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني مهمة مراجعة هذا الدليل بشكل دوري وبحد أدنى كل ستة أشهر والتحديث عيه بما يتوافق مع مقتضيات المصلحة العامة وسلامة إجراءات التطبيق، على أن تشمل المراجعة (الدورة المستندية واللائحة السعرية والشبكة الطبية).

### المادة (3) المستجدات والتعديلات

يقوم المجلس وبشكل دوري بتحديث هذا الدليل وفقاً لمقتضيات الحاجة وبما يتوافق مع تحديث الأنظمة والتشريعات ذات العلاقة بما فيها اللائحة التنفيذية للمجلس والوثيقة الموحدة أو أي قرارات صادرة من قبل المجلس، دون أن يُعلق نفاذ تلك التحديثات على تحديث الدليل.





Network of Service Providers:

Article (4): Preparedness

- 1- The government health facilities shall be approved by the Council for providing services to the insured, as per the coverage limits and exceptions set forth in the policy.
- 2- In addition to the conditions and requirements of approval, as stated by the Council for government health facilities, the health facility shall provide services by qualified employees and licensed professionals, shall provide the necessary equipment and infrastructure for the provision of healthcare services, and shall also apply the requirements of qualification, quality and acceptable standards of healthcare, based on national or international approvals, including the requirements of Saudi Central Board For Accreditation of Healthcare Institutions.

Article (5): Need:

The Council shall receive and review government health facilities' requests; for determining the medical network's expansion, depending on the needs of insured persons covered under health insurance policy.

Article (6): Connection to NPHIES Platform:

The Council shall identify the government health facilities as well as the financial consideration of health services, provided that the government health facilities shall adapt their internal regulations to collection procedures, the prices of health services provided to the insured, as approved by the Council and automation procedures at Council, after launching the unified platform for health insurance transactions (NPHIES).

Article (7): Identification of Medical Network

The Council shall provide insurance companies with a list of all government health facilities, showing the geographical distribution. The insurance company shall contract with government health facilities within their medical network, as per the distribution of insured persons, within the geographical range and the national address of insured persons, on the condition each geographical range shall have at least one government health facility.

شبكة مقدمي الخدمة

المادة (4) الجاهزية:

- 1- يتعين على المرافق الصحية الحكومية الحصول على اعتماد المجلس لتقديم خدماتها للمؤمن لهم وفقاً لحدود التغطيات والاستثناءات المحددة في الوثيقة.
- 2- إضافة إلى شروط ومتطلبات الاعتماد المحددة من قبل المجلس للمرافق الصحية الحكومية يلتزم المرفق الصحي الحكومي بتقديم خدماته من خلال موظفين مؤهلين، ومهنيين ومرخصين، وتهيئة المعدات والبنية التحتية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية وكذلك تطبيق متطلبات التأهيل والجودة والمعايير المقبولة للرعاية الصحية، والتي تستند على اعتمادات دولية أو وطنية، ومن ذلك متطلبات المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية.

المادة (5) الحاجة:

يقوم المجلس باستقبال طلبات المرافق الصحية الحكومية ومراجعتها لتحديد التوسع في الشبكة الطبية تبعاً لمدى احتياج المؤمن لهم المشمولين في وثيقة الضمان الصحي.

المادة (6) الارتباط بمنصة نفيس:

يحدد المجلس المرافق الصحية الحكومية والمقابل المالي للخدمات الصحية، على أن تلتزم المرافق الصحية الحكومية بموائمة أنظمتها الداخلية مع إجراءات التحصيل، وأسعار الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن لهم المعتمدة من المجلس وإجراءات الأتمتة بالمجلس بعد إطلاق المنصة الموحدة للتعاملات التأمينية الصحية (NPHIES) (نفيس).

المادة (7): تحديد الشبكة الطبية

يقوم المجلس بتزويد شركات التأمين بقائمة لكافة المرافق الصحية الحكومية موضحة فيها التوزيع الجغرافي، وتلتزم شركة التأمين بالتعاقد مع المرافق الصحية الحكومية وضمن الشبكة الطبية لهم، حسب توزيع المؤمن لهم التابعين لهم وضمن النطاق الجغرافي والعنوان الوطني للمؤمن لهم كحد أدنى وعلى ألا يقل عدد المرافق الصحية الحكومية في النطاق الجغرافي الواحد عن مرفق صحي.





Article (8): Health Benefits

- All expenses of medical examination, diagnosis, treatment and medications, according to policy schedule.
- All expenses of inpatient care, including surgeries, one-day treatment, pregnancy and delivery.
- Treatment of dental and periodontal diseases, inclusive of the costs of teeth cleaning for once within policy period, as per the benefit limits defined in the policy schedule.
- Preventive procedures, such as: vaccinations including seasonal vaccinations, and motherhood and childhood care, as per the instructions given by the Ministry of Health, under Annexes (1) and (2) of this document.
- Acute and mild psychological cases, in accordance with benefit limits defined in the policy schedule.
- Infectious cases requiring isolation at hospital, as defined by the Ministry of Health.
- Alzheimer cases, in pursuance of benefit limits defined in the policy schedule.
- Acquired damages to heart valves, in pursuance of benefit limits defined in the policy schedule.
- The National Program for the Early Screening of New-Born Babies; to limit impairment, including the examinations stated in Annex (3) of the unified policy.
- Autism cases, depending on the services rendered to patients, as shown in Annex (4), pursuant to benefit limits defined in the policy schedule.
- Covering the program of early screening of hearing disabilities and the program of critical congenital heart defects for all new-born babies.
- Costs of surgeries of organs' harvest from donor, pursuant to benefit limits defined in the policy schedule.
- Impairment cases, in pursuance of benefit limits defined in the policy schedule.
- Costs of psoriasis treatment.
- Costs of infant formula for babies in medical need till the age of 24 months, as per the controls that organize covering the formula benefit stated in Annex (5).
- Costs of program of vaccinations against Respiratory Syncytial Virus for infants, according to the approved table of RSV vaccinations, issued from the Ministry of Health, as stated in Annex (6).
- Costs of obesity surgeries by Sleeve only, in case BMI exceeds 45, in accordance with benefit limits stated in policy schedule.
- Expenses of insured body's preparation and repatriation to the original country mentioned in the employment contract.

Health Benefits is as per CCHI unified policy:

<https://www.cchi.gov.sa/AboutCCHI/Rules/document/Rules2018.pdf>

التغطيات والاستثناءات

المادة (8) المنافع الصحية:

- جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة الموحدة.
- جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والحمل والولادة.
- معالجة أمراض الأسنان واللثة وتشمل تكاليف تنظيف الأسنان مرة واحدة خلال مدة الوثيقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة الواردة في الملحق رقم (1) وملحق رقم (2) المرفق في الوثيقة الموحدة.
- الحالات النفسية الحادة والغير حادة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة الموحدة.
- الحالات المرضية المعدية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.
- حالات الزهايمر وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة الموحدة.
- حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة الموحدة.
- البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة ويشمل الفحوصات المبينة في ملحق رقم (3) المرفق في الوثيقة الموحدة.
- حالات التوحد وذلك وفق الخدمات المقدمة لمرضى التوحد الواردة في الملحق رقم (4) وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة الموحدة.
- تغطية برنامج الفحص المبكر للإعاقة السمعية وبرنامج تشوهات القلب الخلقية الحرجة لجميع المواليد.
- تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة الموحدة.
- حالات الإعاقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة الموحدة.
- تكاليف معالجة الصدفية.
- تكاليف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبياً حتى عمر 24 شهر وذلك وفق الضوابط المنظمة لتغطية منفعة حليب الأطفال الواردة في الملحق رقم (5) من الوثيقة الموحدة.
- تكاليف تغطية برنامج التحصينات لفيروس الالتهاب التنفسي المخلوي (RSV) للأطفال وفق جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة الوارد في الملحق رقم (6) من الوثيقة الموحدة.
- تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمعة المفرطة عن طريق عملية تكميم المعدة فقط (Sleeve) في حال تجاوز كتلة الجسم 45 (BMI) وفق حدود المنفعة في جدول الوثيقة الموحدة.
- مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

المنافع الصحية حسب التغطيات المنصوصة في الوثيقة الموحدة للمجلس والمرافق للحلقة لها:

<https://www.cchi.gov.sa/AboutCCHI/Rules/document/Rules2018.pdf>



المادة (9) التحديدات والاستثناءات:

Article (9): Determinations and Exclusions

- Injuries caused by the person to him/herself, on purpose.
- Diseases arising from misuse of certain medications, steroids, sedatives, alcohol, drugs or alike.
- Plastic surgeries or treatment, unless required on the basis of an occasional bodily injury that is not herein excluded.
- Comprehensive screening and vaccinations, drugs or preventive methods not required on the basis of medical treatment herein stipulated (excluding the precautions defined by the Ministry of Health, such as: vaccinations and motherhood & childhood care.)
- Treatment received by the insured, without consideration.
- Recreation, physical health programs and treatment at social welfare homes.
- Any disease or injury arising directly from the profession of insured.
- Treatment of venereal or sexually transmitted diseases, as medically acknowledged.
- Expenses of treatment at period that follows the diagnosis of HIV or the associated diseases including AIDS, its other derivatives, equivalents or forms.
- All costs associated with dental implants, applying dentures, fixed or movable bridges, or orthodontics, excluding cases arising from accidents.
- Tests and surgeries of correction of vision or hearing, and visual or audio aids.
- Expenses of insured transportation inside and between Kingdom cities, by unlicensed means of transportation.
- Hair fall, baldness or artificial hair integrations.
- Sensitive tests of any nature, other than tests associated with the prescription of treatment medicines.
- Appliances, methods, drugs and procedures or hormone therapy; with the objective of birth control, contraception, achieving pregnancy, treatment of fertility, impotence, lack of fertility, IVFs or any other means of artificial insemination.
- Congenital malformations or weaknesses, unless pose risk to the life of insured person.
- Any additional costs or expenses incurred by the insured companion during the hospitalization period, except for the expenses of accommodation and subsistence at hospital for one companion, like mother escort to her child till the age of twelve or whenever there is medical need, at the discretion of attending physician.
- Treatment of pimples (acnes).

- الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
- الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهيئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
- الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسيمة عرضية غير مستثناة في هذا القسم.
- الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).
- المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل.
- الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الإجتماعية.
- أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
- معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبياً.
- مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص (فيروس نقص المناعة البشرية) HIV أو العلل ذات الصلة بالـ HIV بما فيها مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى.
- جميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان أو تركيب الأسنان الإصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي نتجت عن حادث.
- اختبارات وعمليات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة.
- مصاريف انتقال الشخص المؤمن له داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير مرخصة.
- تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.
- اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بوصف أدوية العلاج.
- الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.
- حالات الضعف أو التشوه الخلقي إلا إذا كانت تشكل خطورة على حياة المؤمن له.
- أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن له أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن له، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حيثما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج.
- معالجة البثور (حب الشباب).



- Any obesity-related therapy, except for costs of obesity surgeries by Sleeve only, in case BMI exceeds 45, in accordance with benefit limits stated in policy schedule.
- Transplants of transmittable organs and bone marrow or the transplantation of alternate artificial organs replacing any organ in human body, whether wholly or partially.
- Personal risks stated in Definitions Section of this Document.
- Medications and means of alternative medicine treatment.
- Prostheses and assistive limbs.
- Natural changes to insured's menopause, including menstruation changes.

The health benefits and repatriation of dead body to the original country shall not be covered, in cases of claims directly arising from:

- War, invasion and (foreign) hostilities, whether the war is declared or not.
- Ionizing radiations or radioactivity pollution of any nuclear fuel or nuclear waste resulting from the combustion of nuclear fuel.
- Radioactive, poisonous or explosive features, or any other dangerous features for any nuclear assemblies or compounds.
- Insured person's practice or participation in the services or operations of police or armed forces.
- Riot, lockout, terrorism or similar works.

Incidents, chemical, biological or bacteriological reactions, if such incidents or reactions arise from work injuries or occupational risks.

- أي معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة ما عدا تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمنة المفرطة عن طريق عملية تكميم المعدة فقط (Sleeve) في حال تجاوز كتلة الجسم 45 (BMI) وفق حدود المنفعة في جدول الوثيقة.
- حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم بشكل كلي أو جزئي.
- الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة.
- أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
- الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة.
- التغيرات الطبيعية لسن اليأس للمؤمن لها ويشمل ذلك تغيرات الطمث.

لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن الآتي:

- الحرب، الغزو، أعمال العدوان (الأجنبي) سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن.
  - الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
  - الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
  - مزاوله الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
  - أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.
- الحوادث أو التفاعلات الكيميائية أو البيولوجية أو البكتريولوجية، إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.





**Article (10): Treatment Eligibility:**

In non-emergency cases, the government health facilities shall verify of patient ID prior to providing healthcare services, in accordance with Article No. (96) of the executive regulation of Cooperative Health Insurance Law. In emergencies cases, the service is firstly provided, then the approval application is submitted within 24 hours.

**Article (11): Emergency cases**

In emergency the service is firstly provided in accredited and non-accredited providers and then the approval application is submitted within 24 hours.

**Article (12): Verification**

The verification process involves checking the ID card issued from the Ministry of Interior, the eligibility for insurance coverage, the validity of insurance policy and medical network via Council website.

**Article (13): Geographical Range**

When verifying of the identity of patient, the government health facilities shall assure that the residential area of patient is located within the geographical scope of health facility and within the relevant medical network.

**Article (14): Care Provision**

In non-emergency cases, subject to Annex (2) of the Executive Regulation of Cooperative Health Insurance Law, the health centers and their equivalents including clinics, clinic complexes, triage clinics, GP or family physician in hospitals governmental or non-governmental dispensaries shall represent the first level of admission.

**Article (15): Referral**

- It is necessary to provide the insured with all rights including screening and treatment. The health center shall have all required supplies, medications and ambulance means. In case the health center is not well-equipped for the case of patient, the center shall refer that patient, pursuant to medical report, to a specialist at hospital or medical city.
- In case of the lack of required experience, technology or services at the hospital or medical city, the appropriate referrals shall be made to transfer the insured to another hospital or medical city, in compliance with prior authorization or prior approval and the procedures agreed upon with insurance company.
- Each insured shall have the right in obtaining a brief medical report on his/her status, upon request, whereas the report shall incorporate date of revision, diagnosis and treatment.
- All medical procedures shall be performed, pursuant to the Council's reference clinical manuals, published at the website.

**Article (16): Accessing health care**

As an exception to the provisions of Article (29) of these procedures, and in non-emergency cases, and subject to the provisions contained in Annex No. (2) of the implementing regulations for the cooperative health insurance system, the insured who are eligible for treatment are entitled to receive health services with government health care service providers within his medical network without referral from primary health centers and the equivalent thereof including clinics, clinic complexes, or governmental or non-governmental dispensaries. After obtaining the prior approval of the insurance company before receiving medical service.

**المادة (10): أهلية العلاج**

في غير الحالات الطارئة، يجب على المرافق الصحية الحكومية التحقق من هوية المريض قبل تقديم خدمات الرعاية الصحية وفقاً للمادة (96) من "اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني"، وفي الحالات الطارئة يتم تقديم الخدمة ومن ثم الرفع لطلب الموافقة خلال 24 ساعة.

**المادة (11): الحالات الطارئة**

في الحالات الطارئة، يجب على المرافق الصحية الحكومية المعتمدة أو غير المعتمدة من تقديم الخدمة ومن ثم الرفع لطلب الموافقة خلال 24 ساعة وتقديم المطالبة.

**المادة (12): التحقق**

تشمل عملية التحقق تفقد بطاقة الهوية المصدرة من وزارة الداخلية، والأهلية للحصول على التغطية التأمينية وصلاحيه وثيقة التأمين والشبكة الطبية من خلال موقع المجلس.

**المادة (13): النطاق الجغرافي**

يجب على المرافق الصحية الحكومية عند التحقق من هوية المريض التأكد من أن المنطقة السكنية التي يتبع لها المريض ضمن النطاق الجغرافي للمرفق الصحي وحسب الشبكة الطبية له وحسب ما هو معمول في متطلبات فتح الملف الطبي في المرافق الصحية الحكومية.

**المادة (14): تقديم الرعاية**

في غير الحالات الطارئة ومع مراعاة الأحكام الواردة في الملحق رقم (2) لللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، تكون المراكز الصحية وما في حكمها من عيادات أو مجمعات عيادات أو مستوصفات تابعة لجهات حكومية أو أهلية أو عيادات الفرز في مراكز الأعمال أو عيادات الطب العام وطب الأسرة هي المستوى الأول للدخول.

**المادة (15): الإحالة**

- يراى أن يحصل المؤمن له على حقوقه الكاملة في الفحص والعلاج وأن يتوافر في المركز الصحي ما هو لازم من تجهيزات وأدوية ووسائل إسعاف وأن تهيأ للمريض الذي لا تتيسر معالجه حالته في المركز الصحي إمكانية الإحالة بتقرير طبي إلى طبيب مختص بالمستشفى أو المدينة الطبية.
- في حالة عدم توفر الخبرة أو التقنية أو الخدمات المطلوبة لدى المستشفى أو المدينة الطبية، يجب إجراء الإحالات المناسبة لنقل المؤمن له إلى مستشفى أو مدينة طبية أخرى امتثالاً للتفويض المسبق أو الموافقة المسبقة والإجراءات المتفق عليها مع شركة التأمين.
- لكل مؤمن له الحق في الحصول على تقرير طبي موجز عن حالته عند طلبه ذلك ويحتوي التقرير على تاريخ المراجعة والتشخيص والعلاج.
- تتم كافة الإجراءات الطبية وفقاً للأدلة الإكلينيكية المرجعية للمجلس والمنشورة على الموقع الإلكتروني.

**المادة (16): الوصول لمستوى الرعاية الصحية**

استثناءً من أحكام المادة (29) من هذه الإجراءات وفي غير الحالات الطارئة ومع مراعاة الأحكام الواردة في الملحق رقم (2) لللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، يحق للمؤمن لهم المشمولين بأهلية العلاج تلقي الخدمات الصحية لدى مقدمي خدمات الرعاية الصحية الحكومية ضمن شبكته الطبية دون إحالة من المراكز الصحية وما في حكمها من عيادات أو مجمعات عيادات أو مستوصفات تابعة لجهات حكومية أو أهلية؛ بعد الحصول على موافقة مسبقة من شركة التأمين قبل تلقي الخدمة الطبية.



ب. ط. ط. ط.

#### Article (17): Copayment

Each beneficiary shall, upon receiving the health service, pay the agreed deductible sum of money - if any - as shown in the policy schedule in accordance to CCHI unified policy limits, except for cases of emergency and inpatient care.

#### Article (18): Clinical guidelines

Government health facilities shall provide high-quality and efficient healthcare services, in line with Council's clinical reference manuals, published at the website, in accordance also with the executive regulation of Cooperative Health Insurance Law.

#### Article (19): Health Benefits

Insurance company shall have the right in denying claim as following:

- In case the insured is not eligible to the benefit,
- The policy does not cover the health benefits,
- Subject to claim or the claim amount exceeds the Maximum limit, under the insurance policy
- The agreed pricelist without contradicting CCHI bylaws.

#### Article (20): Exclusions

Insurance company shall have the right in denying claims arising from accident at workplace or due to occupational diseases, as set forth in Social Insurance Law.

#### Article (21): uncovered benefits

Insurance company shall have the right in excluding any claims within the limits of policy exclusions, including but not limited to: claims arising from self-injury, suicide attempts, quarrels, liqueurs, drugs, disasters and torrents.

#### المادة (17): مبلغ التحمل (المشاركة بالدفع)

يقوم كل مستفيد عند تلقي الخدمة الصحية بدفع مبلغ نسبة التحمل المتفق عليه - إن وجد - وذلك حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة وبما لا يخالف الحدود المنصوصة في الوثيقة الموحدة للمجلس، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

#### المادة (18) الأدلة الإكلينيكية

يجب أن تلتزم المرافق الصحية الحكومية بتقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة والكفاءة، بما يتوافق مع الأدلة الإكلينيكية المرجعية للمجلس المنشورة على الموقع الإلكتروني، وبما يتواءم مع اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.

#### المادة (19) المنافع الصحية

يحق لشركة التأمين رفض المطالبة في الحالات التالية وبما لا يتعارض مع أنظمة ولوائح المجلس:

- الحالات التي يكون فيها المؤمن له غير مستحق للمنفعة،
- عدم تغطية الوثيقة للمنافع الصحية محل المطالبة،
- عندما يكون مبلغ المطالبة المتضمن قد استنفذ الحد الأعلى بموجب وثيقة التأمين
- عندما يكون مبلغ المطالبة ليس حسب اللوائح السعرية المعتمدة

#### المادة (20) الاستثناءات:

يحق لشركات التأمين رفض المطالبات الناشئة عن حادث في مكان العمل، أو بسبب أمراض مهنية، على النحو المحدد في نظام التأمينات الاجتماعية.

#### المادة (21): المنافع غير المغطاة

يحق لشركات التأمين استبعاد أي مطالبات تقع ضمن حدود استثناءات الوثيقة ومنها على سبيل المثال لا الحصر: المطالبات الناجمة عن الإصابات الذاتية، ومحاولات الانتحار، والمشاجرات، والمسكرات، والمخدرات، والكوارث، والسيول.





Controls of financial consideration's collection for the benefit of government health facilities against services provided to insured patients.

**Article (22): Price Lists of Medical Services:**

- 1- The Council approves the price lists of medical services provided by government health facilities to the insured. Accordingly, various price lists are prepared for medical service providers in medical cities and hospitals or any other government health facilities.
- 2- The price list depends on (Australian) diagnosis-related group (AR-DRG V.9) for inpatients, besides the itemized prices of health services, as approved by the Council for outpatients.
- 3- The Council shall revise and update price lists on a periodical basis, and then government health facilities shall assure that claim is based on such prices.

**Article (23): Diagnosis-Related Group (DRG)**

DRGs shall cover the prices of all services provided to insurance policy holder while staying at inpatient departments, including the fees of medical practitioner (all physicians, anesthesiologists and fees of other consultations), medications, diagnostic procedures, consumables, intravenous fluids, blood transfusion, injection, administrative fees, fees of operation room, fees of intensive care unit, hospitalization and any other services provided to the insured while staying at inpatient departments, inclusive of:

- Main medical procedure or surgery,
- Appropriate routine care of case or surgery,
- Complications of medical case or surgical procedure arise, while patient stays at inpatient departments.

In addition itemized prices of health services, approved by the CCHI, shall cover all services provided to the outpatient holders of insurance policies.

**Article (24): Controls of Financial Consideration's Collection against Services**

The Minister of Health shall, upon agreement with the Minister of Finance, define the procedures and controls on how to collect financial consideration against health services provided by government health facilities to the insured, in accordance with the Cooperative Health Insurance Law only in line with Paragraph (B) of Article (11) of said Law, and subject also to Royal Order No. 55685 dated 30/11/1438H (22/08/2017G) State Revenue Law enacted pursuant to Royal Decree No. (M/68) dated 18/11/1431H (26/10/2010G) and the executive regulation thereof. Government health providers may entrust another body to collect its revenues.

ضوابط تحصيل المقابل المالي للمرافق الصحية الحكومية عن الخدمات المقدمة للمرضى المؤمن لهم

**المادة (22) قوائم أسعار للخدمات الطبية:**

- 1- اعتمد المجلس قوائم أسعار للخدمات الطبية المقدمة من المرافق الصحية الحكومية للمؤمن لهم، وتم بناءً عليها إنشاء قوائم أسعار مختلفة لكل من مقدمي الخدمات الطبية في المدن الطبية ومستشفيات أو أي مرافق صحية حكومية أخرى.
- 2- تعتمد قائمة الأسعار على النظام الأسترالي لتصنيف الحزم التشخيصية (AR-DRG V.9) للمرضى المنومين بالإضافة إلى أسعار الخدمات الصحية المفصلة المعتمدة من المجلس للمرضى الغير منومين.
- 3- يقوم المجلس بمراجعة قوائم الأسعار وتحديثها بشكل دوري، وعلى المرافق الصحية الحكومية التأكد من أن المطالبة مبنية على أساس تلك الاسعار.

**المادة (23) الحزم التشخيصية DRG:**

تغطي الحزم التشخيصية DRG الأسعار لجميع الخدمات المقدمة لحامل وثيقة التأمين أثناء إقامته في أقسام التنويم، بما فيها رسوم الممارس الطبي (جميع الأطباء وأطباء التخدير ورسوم حضور الأطباء والاستشارات الأخرى) الأدوية والإجراءات التشخيصية والمواد الاستهلاكية والسوائل الوريدية ونقل الدم والحقن والرسوم الإدارية ورسوم غرفة العمليات ورسوم وحدة العناية المركزة والإقامة في المستشفى، وأي خدمات أخرى تُقدم للمؤمن لهم أثناء إقامتهم في أقسام التنويم، على أن تتضمن هذه الخدمات:

- الإجراء الطبي الرئيسي أو الإجراء الجراحي،
- الرعاية الروتينية المناسبة للحالة أو الجراحة،
- مضاعفات للحالة الطبية أو الإجراء الجراحي للمريض التي تنشأ أثناء إقامته في أقسام التنويم.

وكذلك تغطي أسعار الخدمات الصحية المفصلة المعتمدة من المجلس جميع الخدمات المقدمة لحملة وثائق التأمين الغير منومين.

**المادة (24) ضوابط تحصيل المقابل المالي عن الخدمات:**

يحدد وزير الصحة بعد الاتفاق مع وزير المالية إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المالي عن الخدمات الصحية المقدمة من قبل المرافق الصحية الحكومية للمؤمن لهم وفقاً لنظام الضمان الصحي التعاوني فقط بما يتوافق مع الفقرة (ب) من المادة الحادية عشر النظام الصحي التعاوني؛ وبما يتوافق مع الأمر الملكي رقم (55685) وتاريخ 30/11/1438هـ، وبما يتفق مع نظام إيرادات الدولة الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/68) بتاريخ 18/11/1431هـ ولائحته التنفيذية، وللمرفق الصحي الحكومي أن يعهد إلى جهة أخرى بتحصيل إيراداتها.



مكتب الوزير  
Minister's Office



Verification of policyholder, Procedures of Treatment and Referral, and Copayment

Article (25): Treatment Eligibility:

In non-emergency cases, the government health facilities shall verify of patient ID prior to providing healthcare services, in accordance with Article No. (96) of the executive regulation of Cooperative Health Insurance Law. In emergencies cases, the service is firstly provided, then the approval application is submitted within 24 hours.

Article (26): Emergency cases

In emergency the service is firstly provided in accredited and non-accredited providers and then the approval application is submitted within 24 hours.

Article (27): Verification

The verification process involves checking the ID card issued from the Ministry of Interior, the eligibility for insurance coverage, the validity of insurance policy and medical network via Council website.

Article (28): Geographical Range

When verifying of the identity of patient, the government health facilities shall assure that the residential area of patient is located within the geographical scope of health facility and within the relevant medical network.

Article (29): Care Provision

In non-emergency cases, subject to Annex (2) of the Executive Regulation of Cooperative Health Insurance Law, the health centers and their equivalents including clinics, clinic complexes, triage clinics, GP or family physician in hospitals governmental or non-governmental dispensaries shall represent the first level of admission.

Article (30): Referral

- It is necessary to provide the insured with all rights including screening and treatment. The health center shall have all required supplies, medications and ambulance means. In case the health center is not well-equipped for the case of patient, the center shall refer that patient, pursuant to medical report, to a specialist at hospital or medical city within his medical network.
- In case of the lack of required experience, technology or services at the hospital or medical city, the appropriate referrals shall be made to transfer the insured to another hospital or medical city, in compliance with prior authorization or prior approval and the procedures agreed upon with insurance company within his medical network.
- Each insured shall have the right in obtaining a brief medical report on his/her status, upon request, whereas the report shall incorporate date of revision, diagnosis and treatment.
- All medical procedures shall be performed, pursuant to the Council's reference clinical manuals, published at the website.

Article (31): Accessing health care

As an exception to the provisions of Article (29) of these procedures, and in non-emergency cases, and subject to the provisions contained in Annex No. (2) of the implementing regulations for the cooperative health insurance system, the insured who are eligible for treatment are entitled to receive health services with government health care service providers within his medical network without referral from primary health centers and the equivalent thereof including clinics, clinic complexes, or governmental or non-governmental dispensaries. After obtaining the prior approval of the insurance company before receiving medical service

Article (32): Copayment

Each beneficiary shall, upon receiving the health service, pay the agreed deductible sum of money - if any - as shown in the policy schedule in accordance to CCHI unified policy limits, except for cases of emergency and inpatient care.

التحقق من حامل الوثيقة، إجراءات العلاج والإحالة، ونسبة المشاركة

المادة (25): أهلية العلاج

في غير الحالات الطارئة، يجب على المرافق الصحية الحكومية التحقق من هوية المريض قبل تقديم خدمات الرعاية الصحية وفقاً للمادة (96) من "اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني"، وفي الحالات الطارئة يتم تقديم الخدمة ومن ثم الرفع لطلب الموافقة خلال 24 ساعة.

المادة (26): الحالات الطارئة

في الحالات الطارئة، يجب على المرافق الصحية الحكومية المعتمدة أو غير المعتمدة من تقديم الخدمة ومن ثم الرفع لطلب الموافقة خلال 24 ساعة وتقديم المطالبة.

المادة (27): التحقق

تشمل عملية التحقق تفقد بطاقة الهوية المصدرة من وزارة الداخلية، والأهلية للحصول على التغطية التأمينية وصلاحيات وثيقة التأمين والشبكة الطبية من خلال موقع المجلس.

المادة (28): النطاق الجغرافي

يجب على المرافق الصحية الحكومية عند التحقق من هوية المريض التأكد من أن المنطقة السكنية التي يتبع لها المريض ضمن النطاق الجغرافي للمرفق الصحي وحسب الشبكة الطبية له وحسب ما هو معمول في متطلبات فتح الملف الطبي في المرافق الصحية الحكومية.

المادة (29): تقديم الرعاية

في غير الحالات الطارئة ومع مراعاة الأحكام الواردة في الملحق رقم (2) لللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، تكون المراكز الصحية وما في حكمها من عيادات أو مجمعات عيادات أو مستوصفات تابعة لجهات حكومية أو أهلية أو عيادات الفرز في مراكز الأعمال أو عيادات الطب العام وطب الأسرة هي المستوى الأول للدخول.

المادة (30): الإحالة

- براعى أن يحصل المؤمن له على حقوقه الكاملة في الفحص والعلاج وأن يتوافر في المركز الصحي ما هو لازم من تجهيزات وأدوية ووسائل إسعاف وأن تمهيا للمريض الذي لا تتيسر معالجته حالته في المركز الصحي إمكانية الإحالة بتقرير طبي إلى طبيب مختص بالمستشفى أو المدينة الطبية وضمن الشبكة الطبية التابعة له..
- في حالة عدم توفر الخبرة أو التقنية أو الخدمات المطلوبة لدى المستشفى أو المدينة الطبية، يجب إجراء الإحالات المناسبة لنقل المؤمن له إلى مستشفى أو مدينة طبية أخرى امتثالاً للتفويض المسبق أو الموافقة المسبقة والإجراءات المتفق عليها مع شركة التأمين وضمن الشبكة الطبية التابعة له.
- لكل مؤمن له الحق في الحصول على تقرير طبي موجز عن حالته عند طلبه ذلك ويحتوي التقرير على تاريخ المراجعة والتشخيص والعلاج.
- تتم كافة الإجراءات الطبية وفقاً للأدلة الإكلينيكية المرجعية للمجلس والمنشورة على الموقع الإلكتروني.

المادة (31): الوصول لمستوى الرعاية الصحية

استثناء من أحكام المادة (29) من هذه الإجراءات وفي غير الحالات الطارئة ومع مراعاة الأحكام الواردة في الملحق رقم (2) لللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني، يحق للمؤمن لهم المشمولين بأهلية العلاج تلقي الخدمات الصحية لدى مقدمي خدمات الرعاية الصحية الحكومية ضمن شبكته الطبية دون إحالة من المراكز الصحية وما في حكمها من عيادات أو مجمعات عيادات أو مستوصفات تابعة لجهات حكومية أو أهلية؛ بعد الحصول على موافقة مسبقة من شركة التأمين قبل تلقي الخدمة الطبية.

المادة (32): مبلغ التعمل (المشاركة بالدفع)

يقوم كل مستفيد عند تلقي الخدمة الصحية بدفع مبلغ نسبة التعمل المتفق عليه -إن وجد- وذلك حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة وبما لا يخالف حدود التعمل المنصوصة في الوثيقة الموحدة للمجلس، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

## Approval Requests

### Article (33): Preapproval

The government health facility shall obtain prior approval of all non-emergency cases provided to the insured, as per the Council instructions and the procedures agreed upon with insurance companies, in line with Article (90) and Annex (2) of the executive regulation of Cooperative Health Insurance Law.

### Article (34): Notice to Insurance Company

The government health facility shall, upon providing the health services to Saudi insured, inform/notify the insurance company **immediately** of the medical procedure provided to that Saudi insured, without waiting approval, by using the form of request for approval to bear the costs of treatment (UCAF) OR (DCAF) HCP shall assure that sub limit services are covered and there is sufficient fund to cover the cases with commit to submit the notice.

### Article (35): Requirements of Approval Request

Upon providing the requests of prior approval to bear treatment costs, the government health facility shall incorporate:

1. The form of request for approval to bear the costs of treatment (UCAF) or (DCAF) (identified in Annex 1) for each case, to be filled and signed by the attending physician, including the details of diagnosis, treatment plan using the Australian Tenth Medical Coding for Diseases (ICD10 AM), Australian Procedures Codes (ACHI) and Council of Cooperative Health Insurance Billing System (CCHI-BS), making reference to all secondary DRGs.
2. It is required also to attach all supporting reports and verification outcomes as part of the procedures of prior approval request.
3. It is necessary to immediately respond to any requests for verification reports, the justification for medical necessity or supporting documents, as required by insurance companies.
4. Once a prior approval is obtained, it is required to register the approval number and value in the system of government health facilities.
5. In case of any change to the medical conditions or the requested additional surgical services during treatment, the government health facilities have to also submit other approval request (reinforcement request).
6. It is required to adapt to automation procedures at the Council, after launching the unified platform for health insurance transactions (NPHIES).

### Article (36): Procedures of Approval Request

Insurance companies shall respond to the request of government health facility by approving the provision of treatment to beneficiaries within at maximum 60 minutes as of the receipt of request. In case the government health facility does not receive response to the approval request within the identified time, the relevant case shall be dealt with as approved, after assuring that insurance company has already received the approval request within the prescribed period.

It is required to respond to any requests provided by the insurance company, including for instance: verification reports, the justification for medical necessity or supporting documents to assist insurance company for approving the request on time.

## طلبات الموافقة

### المادة (33): الموافقة المسبقة

يجب على المرفق الصحي الحكومي الحصول على موافقة مسبقة لجميع الخدمات غير الطارئة المقدمة للمؤمن لهم وفقاً لتعليمات المجلس والإجراءات المتفق عليها مع شركات التأمين وبما يتوافق مع المادة (90) والأحكام الواردة في الملحق رقم (2) لللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.

### المادة (34): إشعار شركة التأمين

يجب على المرفق الصحي الحكومي عند تقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم السعوديين، أن يشعر/ يخطر شركة التأمين **مباشرةً** بالإجراء الطبي المقدم للمؤمن له السعودي ودون انتظار الموافقة من خلال استخدام نموذج طلبات الموافقة على تحمل تكاليف العلاج (UCAF) أو (DCAF) وعلى المرفق الطبي التأكد من الخدمات التي لها حدود للمنافع الفرعية كافية لتقديم الخدمة مع الالتزام بالإشعار.

### المادة (35): متطلبات طلب الموافقة

يلتزم المرفق الصحي الحكومي عند تقديم طلبات موافقة مسبقة على تحمل تكاليف العلاج، بتضمينها ما يلي:

1. نموذج طلبات الموافقة على تحمل تكاليف العلاج (UCAF) أو (DCAF) (مدرجة في الملحق 1) لكل حالة يتم تعينها وتوقيعها من قبل الطبيب المعالج - بما في ذلك تفاصيل التشخيص وخطة العلاج باستخدام الترميز الطبي الدولي العاشر للأمراض التعديل الأسترالي - ICD 10 AM ورموز الإجراءات الأسترالية ACHI ونظام مجلس الضمان الصحي التعاوني للفوترة، مع تضمين كل حزم التشخيص الثانوية.
2. إرفاق جميع التقارير الداعمة ونتائج التحقيق كجزء من إجراءات طلب الموافقة المسبقة.
3. يجب الرد على الفور على أي طلبات لتقارير التحقيق أو مبرر الضرورة الطبية أو الوثائق الداعمة على النحو الذي تطلبه شركات التأمين.
4. بمجرد الحصول على موافقة مسبقة، يجب تسجيل رقمها وقيمتها في نظام المرافق الصحية الحكومية.
5. عند وجود أي تغيير في الشروط الطبية أو الخدمات الجراحية الإضافية المطلوبة أثناء العلاج يجب أيضاً على المرافق الصحية الحكومية تقديم طلب موافقة أخرى (طلب تعزيز).
6. الموافقة مع إجراءات الأتمتة بالمجلس بعد إطلاق المنصة الموحدة للتعاملات التأمينية الصحية (NPHIES) (نفيس).

### المادة (36): إجراءات طلب الموافقة

تلتزم شركات التأمين بالإجابة على طلب المرفق الصحي الحكومي بالموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال 60 دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب، وفي حال عدم استلام المرفق الصحي الحكومي 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. كما يجب الرد على الفور لأي طلبات تطلبها شركة التأمين على سبيل المثال تقارير تحقق أو تبرير الضرورة الطبية أو الوثائق الداعمة لمساعدة شركة التأمين على الموافقة على الطلب في الوقت المناسب.





## Document Cycle

### Article (37): Claims Requirements

When submitting claims, the government health facility shall incorporate the following:

- The form of request for approval to bear the costs of treatment (UCAF) or (DCAF) (identified in Annex 1) for each case, to be filled and signed by the attending physician, including the details of diagnosis, treatment plan using diagnosis codes (ICD10 AM), Procedures Codes (ACHI) and Council of Cooperative Health Insurance Billing System (CCHI-BS), making reference to all secondary DRGs.
- It is required also to attach all supporting reports and screening outcomes as part of final claims.
- It is required to adapt to automation procedures at the Council, after launching the unified platform for health insurance transactions (NPHIES).
- Itemized invoice for each inpatient case involving diagnosis codes (ICD10 AM), procedures codes (ACHI), description of services including services units, as per Council of Cooperative Health Insurance Billing System (CCHI-BS), in line with the standards of MDS minimum, as identified by the Council of Cooperative Health Insurance, and the agreed price.

### Article (38): Coding Standards

The government health facilities shall adhere to medical coding system approved by the Council of Cooperative Health Insurance, upon submitting the requests and claims of prior authorization, whereas the approved coding systems shall include:

- Coding system for surgical services - the 10V of Australian classification of health procedures (ACHI) for surgeries. It is required also to inform of all primary and secondary surgical procedures.
- Diagnostic coding system (ICD10-AM) - the coding system approved by the Council - which is the 10V of Australian classification of diseases. The diagnoses mentioned in the claim shall incorporate the main and secondary diagnosis, any additional diagnosis (as reported) as well as any circumstances that might affect the case or injury.
- Council of Cooperative Health Insurance Billing System (CCHI-BS)

### Article (39): Reports and Registers

The government health facility shall submit a monthly summary of all claims related to the private health insurance to the Council, in line with the standards of MDS minimum, as identified by the Council (Refer to Annex 2).

In addition, the government health facilities shall:

- Maintain recent and detailed medical registers of policyholder, in pursuance of the best practices and protocols/standards of Ministry of Health.
- Enable the Council from accessing, at appropriate time, to the medical registers, information and other data needed for considering and adjudicating value-based claims or programs.
- Provide insurance company, at appropriate time and within the limits permitted by law, with medical registers, information and other data needed for considering and adjudicating claims.
- Send the clinical information and reports once requested by the insurance company or the Council, as agreed between the company and government health facility, in line with the Council regulations.

## الدورة المستندية

### المادة (37): متطلبات المطالبات

يلتزم المرفق الصحي الحكومي، عند تقديم المطالبات بتضمين ما يلي:

- نموذج طلبات الموافقة على تحمل تكاليف العلاج UCAF أو DCAF (الملحق 1) لكل حالة يتم تعينها وتوقيعها من قبل الطبيب المعالج، بما في ذلك تفاصيل التشخيص وخطة العلاج باستخدام رموز التشخيص ICD10 AM ورموز الإجراءات ACHI ونظام مجلس الضمان الصحي التعاوني للفوترة، ويجب تضمين جميع حزم التشخيص الثانوية.
- يجب إرفاق جميع التقارير الداعمة ونتائج الفحص كجزء من المطالبات النهائية.
- المواصفة مع إجراءات الأتمتة بالمجلس بعد إطلاق المنصة الموحدة للتعاملات التأمينية الصحية (NPHIES) (نفيس).
- فاتورة مفصلة لكل حالة تنويع تتضمن رموز التشخيص ICD10 AM ورموز إجراءات ACHI، ووصف الخدمات بما في ذلك وحدات الخدمات حسب نظام مجلس الضمان الصحي التعاوني للفوترة، كل ذلك وفقاً لمعايير الحد الأدنى من مجموعة البيانات MDS كما هو محدد من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني والسعر المتفق عليه.

### المادة (38): معايير الترميز

يجب أن تلتزم المرافق الصحية الحكومية بنظام الترميز الطبي المعتمد من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني عند تقديم طلبات ومطالبات التفويض المسبق، وتشمل أنظمة الترميز المعتمدة ما يلي:

- نظام الترميز للخدمات الجراحية - التصنيف الأسترالي للإجراءات الصحية (ACHI) للعمليات الجراحية الإصدار V10 كما يجب الإبلاغ عن جميع الإجراءات الجراحية الأولية والثانوية كما تم إجراؤها.
- نظام الترميز التشخيصي ICD10-AM نظام الترميز المعتمد من المجلس هو التعديل النسخة الأسترالية للتصنيف الدولي للأمراض الإصدار العاشر، كما يجب أن تتضمن التشخيصات المذكورة في المطالبة التشخيص الأساسي والتشخيص الثانوي وأي تشخيص إضافي (كما تم الإبلاغ عنه أو تشخيصه) و أي ظروف خارجية قد تؤثر على الحالة أو الإصابة.
- نظام مجلس الضمان الصحي التعاوني للفوترة (CCHI-BS).

### المادة (39): التقارير والسجلات

يجب على المرفق الصحي الحكومي تقديم ملخص شهري لجميع المطالبات المتعلقة بالتأمين الصحي الخاص إلى المجلس وفقاً لمعايير الحد الأدنى من مجموعة البيانات MDS المحددة من قبل المجلس، (راجع الملحق 2).

بالإضافة إلى ذلك، يجب على المرافق الصحية الحكومية:

- الاحتفاظ بسجلات طبية حديثة ومفصلة لحامل الوثيقة وفقاً لأفضل الممارسات وبروتوكولات / معايير وزارة الصحة.
- تمكين المجلس من الوصول في الوقت المناسب إلى السجلات الطبية والمعلومات والبيانات الأخرى ذات الصلة اللازمة للفصل في المطالبات أو البرامج القائمة على القيمة.
- تزويد شركات التأمين في الوقت المناسب وفي حدود ما تسمح به الأنظمة بالسجلات الطبية والمعلومات والبيانات ذات الصلة اللازمة للفصل في المطالبات.
- إرسال التقارير والمعلومات السريية عند طلبها من قبل شركة التأمين أو المجلس وفقاً لما هو متفق عليه بين الشركة والمرفق الصحي الحكومي، وبما يتوافق مع اللوائح المنظمة لدى المجلس.



#### Article (40): Submit Claims

The government health facility shall submit claims to insurance company directly or via TPA within not less than 45 days, from rendering the services.

#### Article (41): Pay Claims

The insurance company shall settle and pay completed and acceptable claims of government health facilities within at maximum 30 days as of the receipt of claims, subject to that GAZT regulations, on the condition that insurance company shall be entitled to object and deduct any costs excluded from the insurance coverage or in case the claims lack sufficient documents for justifying the costs, provided that a statement shall be forwarded to government health facility, clarifying the objections and causes thereof.

#### Article (42): Denials

The government health facilities shall review the denials and provide insurance company with claim's supporting documents within not more than 30 days as of the receipt of denials. In case the government health facility does not respond within the mentioned period, the insurance company's denial or objection shall be deemed acceptable. In other words, the government health facility shall have no right in claiming, following the lapse of said term.

#### Article (43): Settlements and Clearances

The insurance company shall review the documents, pay the completed and acceptable claims and conclude clearance within at maximum 30 days as of the date of receiving claims with remarks. The lack of any response by insurance company within said period shall be deemed acceptance of government health facility's replies. Moreover, the insurance company shall, in this case, be responsible for paying the amount of claims, subject to denial, by the end of that period Without prejudice to the right parties to go back to the owners of reconciliation and settlement in the CCHI.

#### Article (44): Reconciliation Center

Subject to Honorable Order No. 34945 dated 03/08/1438H (29/04/2017G) made to in case both Parties (insurance company and government health facility) fail in reaching agreement or final settlement, wholly or partially, either party shall have the right in referring to the Council's Reconciliation and Settlement Center.

#### المادة (40): رفع المطالبات

يجب على المرفق الصحي الحكومي رفع المطالبات مكتملة إلى شركة التأمين مباشرة أو من خلال شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) خلال مدة لا تزيد عن 45 يوم من تاريخ تقديم الخدمة.

#### المادة (41): سداد المطالبات

تلتزم شركة التأمين بتسوية وسداد مطالبات المرافق الصحية الحكومية المكتملة والمقبولة بعد أقصى 30 يوم من تاريخ استلام المطالبات مع مراعاة ما ورد في نظام هيئة الزكاة والدخل، شريطة أن يكون لدى شركة التأمين الحق في الاعتراض وخصم أي تكاليف مستنناة من التغطية التأمينية أو إذا كانت المطالبات تفتقر إلى وثائق كافية لتبرير التكاليف، شريطة أن يتم إرسال بيان إلى المرفق الصحي الحكومي موضحاً الاعتراضات وأسبابها.

#### المادة (42): المرفوضات

يتعين على المرافق الصحية الحكومية مراجعة المرفوضات وتزويد شركة التأمين بالمستندات المؤيدة للمطالبة بعد أقصى 30 يوم من تاريخ استلام المرفوضات، ويُعتبر عدم قيام المرفق الصحي الحكومي بالرد خلال المدة المذكورة بمثابة قبول لرفض أو اعتراض شركة التأمين ولا يحق له المطالبة من خلال الشركة بها بعد انقضاء هذه الفترة.

#### المادة (43): التسويات والمخالصة

تقوم شركة التأمين بمراجعة المستندات وسداد المطالبات المكتملة والمقبولة وعمل المخالصة بعد أقصى 30 يوم من تاريخ استلام المطالبات التي يوجد عليها ملاحظات، ويعتبر فشل شركة التأمين في الاستجابة خلال الفترة المذكورة قبولاً للردود الواردة من المرفق الصحي الحكومي وسيكون مسؤولاً عن دفع مبلغ المطالبات محل الرفض بعد انتهاء هذه الفترة وذلك دون الإخلال بحق الطرفين بالتوجه إلى مركز الصلح والتسوية بالمجلس.

#### المادة (44): مركز الصلح والتسوية

مع مراعاة الأمر السامي رقم 34945 والتاريخ 03/08/1438 هـ، في حالة عدم اتفاق الطرفين (شركة التأمين والمرفق الصحي الحكومي) على التسوية النهائية بشكل كلي أو جزئي أو عدم حصول أية تسوية أو تعثرها فيحق لأي الطرفين التوجه لمركز الصلح والتسويات التابع لمجلس الضمان الصحي التعاوني، وفي حال عدم الصلح يتم التوجه للقضاء العام.



**Article (45): Undue Amounts**

In the event the government health facility is proven to be paid an amount in excess of its dues from insurance company for any reason, the government health facility shall enable insurance company from deducting such amount from the future payments to be made to the government health facility. On the other hand, if it is proven that the government health facility has the right in receiving an additional amount of money in excess of the amount that has already paid by the insurance company for any reason, the insurance company shall - in such case - pay the remaining dues to the government health facility within 15 days as of the date on which, maturity is substantiated. Such amount of money shall be deemed fixed against the insurance company i.e. it shall not be subject to the statute of limitations.

**Article (46) Adequacy of government providers in medical network**

All insurance companies shall consider the fair geographical distribution of government health facilities within the network of service providers approved by policy holders, on the basis of insured's national address.

**Article (47): Companies of Revenue Cycle Management (RCM):**

Subject to all relevant regulatory procedures, the government health facilities shall have the right in contracting with companies of revenue cycle management (RCM) for managing, delivering and following-up-on claims, and managing revenue cycle, assuring the lack of conflict of interests as to the relationship between companies of revenue cycle management (RCM) and insurance companies, directly or indirectly.

**المادة (45): المبالغ غير المستحقة**

يلتزم المرفق الصحي الحكومي إذا ثبت أنه حصل على مبلغ إضافي يزيد عن استحقاقه من قبل شركة التأمين لأي سبب، بتمكين شركة التأمين من خصم هذا المبلغ من المدفوعات المستقبلية المستحقة للمرفق الصحي الحكومي. كما تلزم شركة التأمين في حال ثبت أنه يحق للمرفق الصحي الحكومي الحصول على مبلغ إضافي يزيد عما دفعته شركة التأمين لأي سبب من الأسباب بدفع المستحقات للمرفق الصحي الحكومي خلال فترة 15 يوم من تاريخ ثبوت الاستحقاق، ويعد هذا المبلغ ثابت في ذمة شركة التأمين ولا يسقط بالتقادم.

**المادة (46) كفاية الشبكة الطبية من المرافق الصحية الحكومية**

يتعين على كافة شركات التأمين مراعاة التوزيع الجغرافي العادل للمرافق الصحية الحكومية ضمن شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين لدى حملة الوثائق وبما يتوافق مع العنوان الوطني للمؤمن لهم.

**المادة (47) شركات إدارة دورة الإيرادات RCM:**

مع الالتزام بكافة الإجراءات النظامية ذات العلاقة، يحق للمرافق الصحية الحكومية التعاقد مع شركات إدارة دورة الإيرادات (RCM) في إدارة وتسليم ومتابعة المطالبات وإدارة دورة الإيرادات، مع بقاء المسؤولية على المرفق الصحي الحكومي في استيفاء هذه المتطلبات، مع التأكيد على عدم وجود تضارب في المصالح في علاقة شركات إدارة دورة الإيرادات (RCM) مع شركات التأمين بشكل مباشر أو غير مباشر.

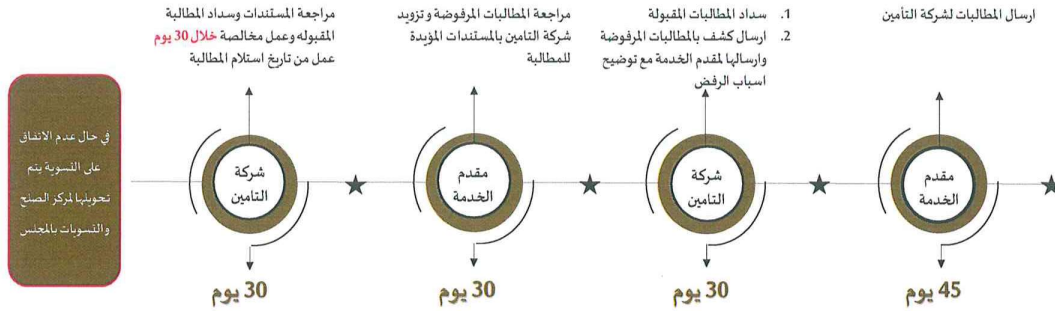


446

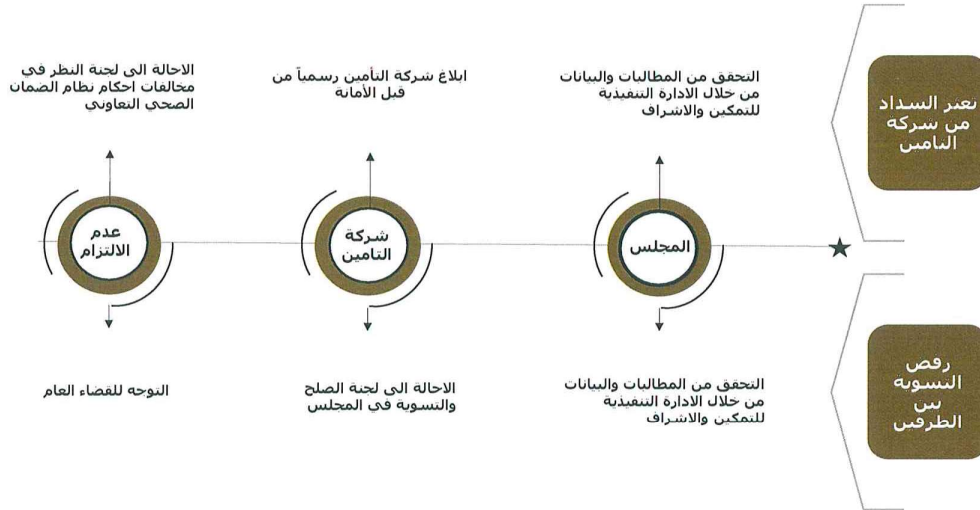


## مخطط عمل للدورة المستندية:

### (1) مخطط عمل لرفع المطالبات



### (2) مخطط عمل للتسويات والتزاع



**List of Annexes:**

**Annex (1): The Form of Request for Approval to Bear the Costs of Treatment (UCAF)  
&DCAF**

[https://www.cchi.gov.sa/MediaCenter/Decisions/Pages/Decisions\\_008.aspx](https://www.cchi.gov.sa/MediaCenter/Decisions/Pages/Decisions_008.aspx)





## Annex (2): Standards of MDS Minimum

### 2.1 Medical Coding Standards approved by the Council of Cooperative Health Insurance.

<https://www.cchi.gov.sa/Uniplat/Pages/default.aspx#uniplat-reg>

<https://mds.cchi.gov.sa/>



### قائمة الملاحق:

الملحق 1 : نموذج طلبات الموافقة على تحمل تكاليف العلاج DCAF & UCAF

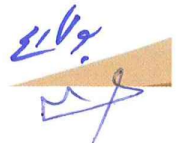
الملحق 2 : معايير الحد الأدنى من مجموعة البيانات MDS

الملحق 1 : نموذج طلبات الموافقة على تحمل تكاليف العلاج DCAF & UCAF

[https://www.cchi.gov.sa/MediaCenter/Decisions/Pages/Decisions\\_008.aspx](https://www.cchi.gov.sa/MediaCenter/Decisions/Pages/Decisions_008.aspx)









الملحق 2: معايير الحد الأدنى من مجموعة البيانات MDS

2,1 معايير الترميز الطبي المعتمدة من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني

<https://www.cchi.gov.sa/Uniplat/Pages/default.aspx#uniplat-reg>

<https://mds.cchi.gov.sa/>





