

Subject Covering the Beneficiary Emergency Conditions.

الموضوع: تغطية الحالات الطارئة للمؤمن لهم.

Circular

تعميم

Important for All Qualified Companies and Accredited healthcare Providers

هام لكافة الشركات المؤهلة ومقدمي الخدمة المعتمدين

In reference to the Circular, issued by the General Secretariat of the Council of Cooperative Health Insurance, No. (1733/1439/3531) dated 17/11/1439 H (corresponding to 30/07/2018 G), which includes in paragraph (Sixth) sorting the emergency conditions to which the tolerance rate (participation by payment) does not apply. Also, in reference to the Circular of the General Secretariat of Council of Cooperative Health Insurance No. (701) dated 18/04/1441 H (corresponding to 15/12/2019 G), with respect to health service providers' violation of the Executive Regulations of the Cooperative Health Insurance Law, requiring the beneficiaries to pay the costs of treatment services in cash until an approval is given by the insurer.

إشارة إلى التعميم الصادر عن الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني رقم (3531/1439/1733) وتاريخ 1439/11/17 هـ الموافق 2018/07/30 م، المتضمن في (سادساً) فرز الحالات الطارئة والتي لا يطبق عليها نسبة التحمل (المشاركة بالدفع)، وإشارة إلى تعميم الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني رقم (701) وتاريخ 1441/04/18 هـ الموافق 2019/12/15 م، بشأن قيام مقدمي الخدمة الصحية مخالفة ما ورد باللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني وذلك بإلزام المؤمن لهم بدفع تكاليف الخدمات العلاجية نقداً لحين ورود موافقة شركة التأمين.

Accordingly, the General Secretariat of the Cooperative Health Insurance Council confirms that healthcare providers should treat emergency patients according to the classification of the Ministry of Health under the level (1- Resuscitation, 2- emergency, 3- Urgent) of the levels of urgent medical care according to the link of the emergency sorting on the portal of the Ministry of Health (<https://www.moh.gov.sa/eServices/Licences/Documents/27.pdf>) without requiring the insured to pay any costs for medical services and restrict them directly to the insurance companies account according to the following procedures:

عليه، فإن الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني تؤكد على مقدمي الخدمة الصحية بضرورة استقبال مرضى الحالات الطارئة حسب تصنيف وزارة الصحة تحت المستوى (1- الإنعاش، 2- الطارئة، 3- العاجلة) من مستويات الرعاية الطبية العاجلة حسب الرابط الإلكتروني لفرز الحالات الطارئة على البوابة الإلكترونية لوزارة الصحة (<https://www.moh.gov.sa/eServices/Licences/Documents/27.pdf>) دون إلزام المؤمن لهم بدفع أي تكاليف للخدمات العلاجية وتقييدها مباشرة على حساب شركات التأمين بحسب الإجراءات التالية:

1. The healthcare provider shall be obligated to provide emergency treatment services directly and without the need to refer to the insurer.
2. The insurer shall be notified within a maximum period of 24 hours from the time the case was admitted, and in the event, the healthcare provider delays in notifying the insurer of the case, without an acceptable excuse preventing them from notifying the insurer within the specified period, the insurer shall have the right not reimburse them.
3. In case it does not approve the continuity of treatment by the healthcare provider, the insurer shall be entitled to transfer the beneficiary after the condition is stabilized to another healthcare provider within the insurer's network of certified healthcare providers.
4. In the event that the healthcare provider has a contract with the insurer to provide healthcare: The insurer shall refund the healthcare provider claims according to the price list and the mechanism agreed upon in such contract signed between both parties.
5. In the event that the healthcare provider does not have a contract with the insurer to provide health services: The insurer shall be obliged to refund the claims directly to the non-contracted health service provider for the period that the beneficiary spends receiving treatment, based on the specific rates approved by the Ministry of Health.
6. In the event that the healthcare provider admits patient with an emergency condition whose insurance situation cannot be verified: The procedures approved by the Ministry of Health shall be complied with in accordance with the Private Health Institutions Law and its Regulations. In case that the patient is found to be insured, the above procedures shall be applied and the justification for the delay in filing the claim shall be raised according to the requirements of the case within the notification submitted to the insurer.

1. يلتزم مقدم الخدمة بتقديم الخدمات العلاجية للحالات الطارئة مباشرة ودون الحاجة للرجوع لشركة التأمين.
2. يتم إبلاغ شركة التأمين خلال مدة أقصاها 24 ساعة من وقت استقبال الحالة، وفي حال تأخر مقدم الخدمة الصحية في رفع الحالة لشركة التأمين دون عذر مقبول منعه من الإبلاغ خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين إسقاط حقه بالتعويض.
3. يحق لشركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج لدى مقدم الخدمة، نقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة صحية آخر داخل شبكة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين للمؤمن له.
4. في حال وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين لتقديم خدمات صحية: تلتزم شركة التأمين بسداد مطالبات مقدم الخدمة الصحية حسب قائمة الأسعار والآلية المتفق عليها في العقد الموقع بين الطرفين.
5. في حال عدم وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين لتقديم خدمات صحية: تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات بشكل مباشر لمقدم الخدمة الصحية غير المتعاقد معه عن الفترة التي قضاها المؤمن له لتلقي العلاج وذلك بناءً على الأسعار المحددة والمعتمدة لدى وزارة الصحة.
6. في حال استقبال مقدم الخدمة لحالة طارئة لا يمكن التحقق من حالتهم التأمينية: يتم التقيد بالإجراءات المعتمدة لدى وزارة الصحة بما يتوافق مع نظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية، وفي حال تبين أن المريض مؤمن له يتم تطبيق الإجراءات المذكورة أعلاه ويتم رفع مبررات التأخير في رفع المطالبة وفقاً لمقتضيات الحالة ضمن الإبلاغ الموجه لشركة التأمين.

Accordingly, the General Secretariat of the Council of Cooperative Health Insurance, and out of its concern in the quality of medical services provided to the beneficiaries, would like to emphasize to all eligible companies and certified health service providers that they shall adhere to the aforementioned, bearing in mind that the General Secretariat will regularly follow up on compliance with what is included in this Circular and take regulatory action in the event of non-compliance.

وعليه، فإن الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني ومن منطلق حرصها على جودة الخدمات الطبية المقدمة للمؤمن لهم، تود التأكيد على جميع الشركات المؤهلة ومقدمي الخدمة الصحية المعتمدين بضرورة التقيد بما ذكر أعلاه، علماً بأن الأمانة العامة للمجلس ستعتمد على المتابعة الدورية للإلتزام بما تضمنه هذا التعميم، وإتخاذ الإجراءات النظامية في حال عدم التقيد بذلك.