

## Circular

For all accredited providers of health care services and qualified health insurance companies

In reference to the provisions of Article Ninety (90) and Article Ninety Seven (97) of the Executive Regulations of the Cooperative Health Insurance, and with reference to approval of updated Unified Contract, and in view of the technical challenges presented to the Council from the sector related to raising financial claims within the period specified in the executive regulations and in the unified contract and based on the Council's objectives towards empowering both parties to the insurance relationship and making all necessary efforts that contribute to overcoming the difficulties and challenges facing the sector, the following was decided:

The period specified for submitting and completing claims directly or through Revenue Cycle Management (RCM) company to the insurance company directly or to TPA company if there is contract, shall be within a period not exceeding sixty (60) days from the date of obtaining the service provided that the following points are taken into consideration:

1. The date of obtaining the service is known at the end of providing the service and closing the service. Whereas the date of obtaining the service is as follows:
  - 1.1 Outpatient clinics: after the fourteenth day (14) of patient's visit.
  - 1.2 Emergency: from the day the patient is discharged.
  - 1.3 Inpatient cases: from the day the admitted patient is discharged for cases with a length of stay of thirty (30) days or less.
  - 1.4 Inpatient cases with a length of stay exceeding thirty (30) days will be billed on the first day of every month.
2. The submitting mechanism within the specified period of sixty (60) days shall be as the following:
  - 2.1 The HCP is obliged, after the end of service provided, to send the completed claim to the insurance company within a period not exceeding the first fifty (50) days.

## تعميم

لكافة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المعتمدين وشركات التأمين الصحي المؤهلة

إشارةً إلى ما نصت عليه المادة التسعون والمادة السابعة والتسعون من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني. وإشارةً إلى العقد الموحد والدورة المستندية المحدثة، ونظراً لما ورد للمجلس من تحديات تقنية من القطاع ترتبط في رفع المطالبات المالية خلال المدة المحددة في اللائحة التنفيذية وفي العقد الموحد، وانطلاقاً من أهداف المجلس نحو تمكين طرفي العلاقة التأمينية وبذل كافة الجهود اللازمة التي تسهم في تذليل الصعوبات والتحديات التي يواجهها القطاع، فقد تقرر التالي:

تكون المدة المحددة لرفع المطالبات واكتمالها بشكل مباشر من خلال مقدم الخدمة أو من خلال شركة إدارة دورة الإيرادات إلى شركة التأمين مباشرة أو إلى شركة إدارة المطالبات في حال وجود تعاقد وذلك من خلال إجراء لا تزيد مدته عن (60) يوم مقسمة إلى مراحل موضحة في الفقرة (2) أدناه على أن يتم ذلك من تاريخ الحصول على الخدمة. ويتم الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:

1. يعرف تاريخ الحصول على الخدمة عند انتهاء تقديم الخدمة وإغلاق الخدمة. حيث أن تاريخ الحصول على الخدمة يكون كالتالي:

- 1.1 العيادات الخارجية: من بعد اليوم الرابع عشر من زيارة المريض.
  - 1.2 الطوارئ: من يوم تسجيل خروج المريض.
  - 1.3 حالات التنويم: من يوم تسجيل خروج المريض المنوم للحالات التي تكون أقل من 30 يوم.
  - 1.4 الحالات المنومة لمدة أكثر من 30 يوم، يتم الفوترة في اليوم الأول من كل شهر.
2. تكون إجراءات الرفع في المدة المحددة أعلاه (60) يوم مقسمة إلى مراحل كالتالي:
- 2.1 مدة الرفع من قبل مقدم الخدمة: يلتزم مقدم الخدمة بعد انتهاء تقديم الخدمة من إرسال المطالبة بشكل مكتمل إلى شركة التأمين خلال أول (50) يوم من المدة المحددة أعلاه.
  - 2.2 مدة دراسة المطالبة مبدئياً من قبل شركة التأمين (قبول/رفض):

2.2 The initial adjudication response time from payer (Accept / Reject):  
The insurance company, when receiving the claim from the HCP within the (50) days, is obliged to ensure that the claim is completed within a period of five (5) days. If not completed the insurance company should respond to HCP within this period.

2.3 The HCP is obliged to complete all the data required by the insurance company within a period of five (5) days from the date of return, and if this period is not met, the insurance company has the right to reject the claim.

This circular shall be implemented by all approved HCPs and qualified insurance companies until the end of the fourth quarter of 2022. During this period, the Council expects that all parties to the insurance relationship will provide the necessary structure that contributes to solving all technical challenges associated with raising claims and ensure compliance with the requirements of this circular and in accordance with the mechanisms described above.

For more information, please contact: [info@chi.gov.sa](mailto:info@chi.gov.sa)

تلتزم شركة التأمين في حين استلامها للمطالبة من قبل مقدم الخدمة خلال (50) يوم المحددة للرفع أن تتأكد من اكتمال المطالبة خلال الـ (5) أيام التالية من استلامها للمطالبة، وفي حال عدم اكتمالها يتم الرد على مقدم الخدمة خلال هذه المدة.

2.3 مدة تصحيح المطالبة الغير مكتملة من قبل مقدم الخدمة: في حال كانت المطالبة غير مكتملة، يلتزم مقدم الخدمة بإكمال جميع البيانات المطلوبة من قبل شركة التأمين خلال (5) أيام من تاريخ اعادتها، على ألا تتجاوز العملية بأكملها (60) يوم، وفي حال عدم استيفاء هذه المدة يحق لشركة التأمين رفض المطالبة.

يكون العمل بهذا التعميم من قبل جميع مقدمي الخدمة المعتمدين وشركات التأمين المؤهلة حتى نهاية الربع الرابع من عام 2022م. ويأمل المجلس خلال هذه المدة من كافة أطراف العلاقة التأمينية توفير البنية اللازمة التي تسهم في حل كافة التحديات التقنية المرتبطة برفع المطالبات، والتأكد من الالتزام بمتطلبات العمل بهذا التعميم في الوقت الراهن وفقا للآلية الموضحة أعلاه.

لمزيد من المعلومات يرجى التواصل مع : [info@chi.gov.sa](mailto:info@chi.gov.sa)