

متطلبات اعتماد / تجديد اعتماد مجمع طبي / مراكز جراحة اليوم الواحد للقطاع العام

- التقدم بطلب الاعتماد إلكترونياً عن طريق الرابط التالي:
<https://chi.gov.sa/ServicesDirectory/Pages/default.aspx>
- نموذج مستخدم جديد مستخدم في بوابة المجلس الإلكترونية.
- العنوان الوطني.
- الحصول على شهادة الترميز الطبي ICD-10 المعتمد من المجلس الصحي السعودي.
- بيانات موظفي المنشأة:
- المدير التنفيذي (الاسم، رقم الهوية، سعودي الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- المدير الإداري (الاسم، رقم الهوية، سعودي الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- المدير الطبي (الاسم، رقم الهوية، سعودي الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- المدير المالي (الاسم، رقم الهوية، الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- المدير التنفيذي لتقنية المعلومات (الاسم، رقم الهوية، الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- مسؤول خدمة العملاء (الاسم، رقم الهوية، الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- مسؤول الموافقات الطبية (الاسم، رقم الهوية، الجنسية، البريد الإلكتروني، رقم الجوال)
- المقابل المالي السنوي للاعتماد وفقاً لقائمة المقابل المالي السنوي لاعتماد مقدمي الخدمة الرعاية الصحية.

Requirements for accreditation / renewal of accreditation of medical complexes / one-day surgery centers for public sector

- Apply for accreditation electronically via the following link:

<https://chi.gov.sa/ServicesDirectory/Pages/default.aspx>

-
- New user form used in the council's online portal.
- National address.
- Obtaining the ICD-10 Medical Coding Certificate approved by the Saudi Health Council.
- Data of the facility's employees:
 - Executive Director (Name, ID Number, Saudi Nationality, Email, Mobile Number)
 - Managing director (Name, ID Number, Saudi Nationality, Email, Mobile Number)
 - Medical director (Name, ID Number, Saudi Nationality, Email, Mobile Number)
 - Financial manager (Name, ID Number, Nationality, Email, Mobile Number)
 - Executive Director of Information Technology (Name, ID Number, Nationality, Email, Mobile Number)
 - Customer Service Officer (Name, ID Number, Nationality, Email, Mobile Number)
 - Medical Approvals Officer (Name, ID Number, Nationality, Email, Mobile Number)
- The annual fee for Accreditation in accordance with the Annual Financial Reimbursement List for Health Care Providers.