

لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي

المعتمدة بجلسة مجلس الإدارة رقم (117) تاريخ 2021/11/7م

Health Insurance Beneficiaries Rights

TABLE OF CONTENTS	2	2	جدول المحتويات
CHAPTER ONE: DEFINITIONS	3	3	الفصل الأول: التعريفات
CHAPTER TWO: GENERAL PROVISION	5	5	الفصل الثاني: أحكام عامة
CHAPTER THREE: POLICY HOLDERS AND BENEFICIARIES	6	6	الفصل الثالث: حقوق المستفيدين و واجبات حملة الوثائق
CHAPTER FOUR: INSURANCE PARTIES	9	9	الفصل الرابع: أطراف العلاقة التأمينية
CHAPTER FIVE: EMERGENCIES	13	13	الفصل الخامس: التعامل مع الحالات الطارئة
CHAPTER SIX: COMPLAINTS	14	14	الفصل السادس: الشكاوى
CHAPTER SEVEN: NEGLIGENCE, FRAUD AND ABUSE	15	15	الفصل السابع: الإهمال والاحتيال و اساءة الاستخدام
CHAPTER NINE: VIOLATIONS AND PROCEDURES	17	17	الفصل الثامن: المخالفات و الاجراءات النظامية
CHAPTER TEN: FINAL PROVISIONS	17	17	الفصل التاسع: احكام ختامية

Chapter One: Definitions

The terms and expressions mentioned herein shall have the meanings ascribed thereto hereunder, and expressions that are not defined herein shall have the same meanings ascribed thereto in the Law or the Implementing Regulations:

Kingdom: Kingdom of Saudi Arabia.

Council: Council of Cooperative Health Insurance and its General Secretariat.

Chairperson: Chair Board of Directors of the Council of Cooperative Health Insurance.

Law: the Cooperative Health Insurance Law.

Implementing Regulations: the Implementing Regulations of the Law.

Regulations: Regulations Governing the Protection of Health Insurance Beneficiaries.

Insurance Parties: Insurance Company, insurance brokerage, policy holders, Service Providers, revenue cycle management company, TPA, and others as determined by the Implementing Regulations.

Insurance Company: a cooperative Insurance Company licensed by SAMA and qualified by CCHI to operate in the Kingdom.

Service Provider: a (governmental and non-governmental) health facility authorized or licensed to provide health services in the Kingdom in accordance with the relevant laws and rules approved by the Council, for example, a hospital, general and specialized medical complexes, diagnostic center, clinic, pharmacy, laboratory, physiotherapy center or radiotherapy center.

Policy Holder: the legal person in whose name the Policy is issued.

Employer: the legal person who employs one or more employee.

Beneficiary (Insured Person): the person (or persons) for whom the health Insurance Coverage is approved according to the Policy.

Dependent: Husband or wife and sons till the age of 25 and non-married daughters, in addition to orphans whose fostered with beneficiaries families.

الفصل الأول: التعريفات

يكون للألفاظ والعبارات الواردة في هذه اللائحة المعاني الموضحة أمام كل منها ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك، ويكون للعبارات التي لم يتم تعريفها ذات المعاني الموضحة لكل منها في اللائحة التنفيذية:

المملكة: المملكة العربية السعودية.

المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني وأمانته العامة.

رئيس المجلس: رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني.

النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني.

اللائحة التنفيذية: اللائحة التنفيذية للنظام.

اللائحة: لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي.

أطراف العلاقة التأمينية: شركة التأمين، ومقدمي الخدمة، وحملة الوثائق، وشركة إدارة دورة الإيرادات وشركة إدارة المطالبات حامل الوثيقة وغيرهم وفقاً لما تحدده اللائحة التنفيذية.

شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة من البنك المركزي و المؤهلة من المجلس.

مقدم الخدمة: المرفق الصحي (الحكومي وغير الحكومي) المؤهل نظاماً أو المرخص له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مجمع طبي عام، مجمع طبي متخصص، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.

حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.

صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يشغل عاملاً أو أكثر.

المستفيد أو المؤمن له: هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية التأمينية الصحية لصالحه بموجب الوثيقة.

المعال (تابع): الزوج أو الزوجة و الأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات بالإضافة إلى الأيتام المحتضنين لدى أسر مستفيدة بالتأمين الصحي الإلزامي.

Insurance Coverage: the basic health benefits available to the Beneficiary as defined in the Policy.

Deductible (copayment): amount, if any, payable by the beneficiary upon receiving outpatient treatment as specified in the schedule of benefits, excluding emergencies and inpatient treatment.

Premium (Subscription): the amount due on the Policy Holder to the Insurance Company in exchange for the Insurance Coverage provided under the Policy during the insurance period.

Policy: the basic cooperative health insurance Policies as approved by the Council which include the limitations, benefits, exclusions, and general conditions, and are issued by the Insurance Company under an application for insurance to be submitted by the Employer (Policy Holder) or the Insured Person.

Minimum network: a network of health care providers that covers all regions and cities in the Kingdom and its geographical coverage to include all levels of health service.

Cash reimbursement: the actual expenses incurred for health services, supplies, and equipment that are not excluded under the Policy, if a licensed physician due to an illness suffered by the Insured Person, if such expenses shall be necessary, reasonable and customary in the appropriate time and place, shall prescribe such health services, supplies, and equipment.

Fraud: When any of the insurance parties intentionally preforms an act of deception those results on obtaining financial incentives or advantages or providing benefits excluded or exceeded the permissible limits to an individual or entity.

Negligence: Providing insurance or medical procedures without exercising a reasonable measures of the recognized medical and insurance caution, which was a cause of material or moral harm to one of the insurance parties that would not have occurred had it not been for the of negligence act.

التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.

نسبة التحمل (المشاركة في الدفع): الجزء الذي يلتزم المستفيد بدفعه عند تلقي خدمات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

القسط (الاشتراك): المبلغ الواجب الأداء لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.

الوثيقة: وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي أقرها المجلس والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدرها شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة) أو المؤمن له.

شبكة الحد الأدنى: هي شبكة مقدمي الخدمة تغطي كافة مناطق و مدن المملكة و نطاقها الجغرافي على أن تتضمن كافة مستويات الخدمة الصحية.

النفقات القابلة للاستعاضة: المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات و مواد و أجهزة صحية غير مستثناة بموجب الوثيقة، على أن يصفها طبيب مرخص بسبب علة تعرض لها المؤمن له شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه.

الاحتيال: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بالخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.

الإهمال: تقديم إجراءات تأمينية/طبية بدون توخي مقدارًا معقولاً من الحذر المتعارف عليه تأمينيًا وطبيًا، والذي كان سببًا في حدوث ضرر مادي أو معنوي لأحد الأطراف التأمينية لم يكن ليحصل لولا تصرف المتسبب بالإهمال على النحو الذي تصرّفه.

Abuse: a practice by any Insurance Party that may lead to obtaining benefits or advantages that such Party is not entitled to, without having the intention to deceit and deceive or misrepresent and distort facts in order to obtain such benefits.

Emergency Cases: the emergency medical treatment required by the medical condition of the Beneficiary following an incident, accident, or emergency health condition that requires rapid medical intervention according to the following levels (1- Resuscitation and 2- Emergency 3-Urgent conditions that may lead to death, organ failure, or disability) of the levels of urgent medical care as outlined in the Private Health Institutions Law and its Implementing Regulations approved by the Ministry of Health, which determine the screening of Emergency Cases.

Chapter Two: General Provisions

Article (2):

This regulation is considered as a compilation to what is included in the implementing regulations and does not conflict with its provisions, and shall aim to protect the rights of health insurance Beneficiaries through the following:

1. Maintaining and protecting the rights of the Beneficiaries.
2. Raising insurance awareness among the Beneficiaries.
3. Enabling Beneficiaries to obtain full health coverage as specified in the Policy, by establishing high standards for the practice in the field of cooperative health insurance.
4. Achieving excellence in serving the Beneficiaries and providing an appropriate mechanism for dealing with them, by setting a minimum limit for the procedures and obligations imposed on the Insurance Parties.
5. Enhancing integrity, transparency and fairness in the field of cooperative health insurance.

Article (3):

1. Beneficiary insurance coverage begins for Saudis from the date of establishing work relationship, and for non-Saudis from the date of transferring the employment to another employer, or from the date of entering the Kingdom- giving that within 10 working days. Furthermore, the application for adding the beneficiary should be submitted from the date that specified by the policyholder and approved by the insurance company in a manner that does not violate this regulation.

إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير ممولين للحصول عليها دون أن يتوفر لديه قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

الحالات 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 التي تؤدي إلى فقدان الحياة أو عضو أو إعاقة.) من مستويات الرعاية الطبية العاجلة كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد فرز الحالات الطارئة.

الفصل الثاني: أحكام عامة

المادة الثانية:

تُعد هذه اللائحة مكملة لما تضمنته اللائحة التنفيذية للنظام ولا تتعارض مع أحكامها، حيث تهدف هذه اللائحة إلى حماية حقوق مستفيدي الضمان الصحي، وذلك من خلال ما يلي:

1. حفظ وحماية حقوق المستفيدين.
2. رفع مستوى الوعي التأميني لدى المستفيدين.
3. تمكين المستفيدين من الحصول على التغطية الصحية الكاملة حسب ما تحدده الوثيقة، من خلال ترسيخ معايير عالية لممارسة العمل في مجال التأمين الصحي التعاوني.
4. التميز في خدمة المستفيدين وتوفير آلية مناسبة للتعامل بينهم، من خلال وضع حد أدنى للإجراءات والالتزامات التي تقع على أطراف العلاقة التأمينية.
5. تعزيز مستوى الشفافية والعدالة في مجال التأمين الصحي التعاوني.

المادة الثالثة:

1. تبدأ التغطية التأمينية للمستفيد من تاريخ بداية علاقة العمل للسعوديين، ومن تاريخ انتقال الخدمة أو من تاريخ دخول المملكة - على أن يتم ذلك خلال 10 أيام عمل من دخول المملكة- لغير السعوديين. كما يجب تقديم طلب إضافة المستفيد من التاريخ المحدد من قبل حامل الوثيقة والمعتمد من شركة التأمين بما لا يخالف هذه اللائحة.

2. The Insurance Coverage of the Beneficiary shall be expired as of the expiration date specified in the Policy;
- When the coverage is terminated;
 - When the maximum benefits exhausted before 365 days;
 - When the Beneficiary deceases,
 - Permanently leaves the Kingdom;
 - When the contractual agreement between the employee and the employer is terminated.
 - Transfer employment to another employer for non Saudis.
3. As an exception to the provisions of point (2) above in this Article, the cash reimbursements shall continue in relation to any current illness that led to the continued admission of the Beneficiary to hospital with the Service Provider, beyond the date specified for the contract expiration or termination, for the period required for the treatment of such illness, provided that such Expenses shall not exceed:
- Three hundred and sixty-five (365) days from the start date of the illness that necessitated admission of the Beneficiary to the hospital.
 - The maximum limit of the Insurance Coverage set forth in the Policy.
 - Hospital discharge

2. ينتهي نفاذ التغطية التأمينية للمستفيد اعتباراً من تاريخ الانتهاء المحدد في الوثيقة أو في الحالات التالية:
- عند إلغائها
 - عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة الذي تنص عليه الوثيقة قبل انتهاء مدتها (365 يوم)
 - عند وفاة المستفيد
 - عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً
 - عند انتهاء العلاقة التعاقدية بين العامل وصاحب العمل
 - عند انتقال العامل الى صاحب عمل آخر لغير السعوديين
3. استثناءً من أحكام الفقرة (2) من هذه المادة، يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار تنويم المستفيد لدى مقدم الخدمة لما بعد التاريخ المحدد لانتهاء العقد أو إلغائه، وذلك للمدة التي يتطلبها علاج هذه العلة، على أن لا تتجاوز:
- ثلاثمائة وخمسة وستون (365) يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت تنويم المستفيد.
 - الحد الأقصى للتغطية التأمينية الواردة في الوثيقة.
 - عند خروجه من المستشفى.

Chapter Three: Policy Holders and Beneficiaries

الفصل الثالث: حقوق المستفيدين وحملة الوثائق

Article (4):

المادة الرابعة:

The rights of the Beneficiary shall include all of the following:

يُعد من حقوق المستفيد كل مما يلي:

- The beneficiary has the right to obtain from the employer a health insurance policy that is no less than the unified cooperative health insurance policy according to the link below:
<https://www.cchi.gov.sa/AboutCCHI/Rules/document/Rules2018.pdf>
- The Beneficiaries shall obtain equal rights regarding health care services as intended according to the Policy without any discrimination or prejudice between them based on the insurance level.
- The Beneficiary may access the medical treatment in Emergency Cases from outside the network of approved Service Providers without consulting the Insurance Company and without being obligated to pay any costs for the treatment services, and such costs shall be directly charged to the Insurance Company's giving that Service Provider shall inform the Insurance Company within no later than (24)

- يحق للمستفيد الحصول من صاحب العمل على وثيقة تأمين صحي لاتقل عن الوثيقة الموحدة للضمان الصحي التعاوني حسب الرابط ادناه:
- أن يحصل المستفيدين على حقوق متساوية فيما يخص خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب وفقاً للوثيقة وبدون أي تمييز أو اجحاف فيما بينهم وذلك حسب الفئة التأمينية .
- للمستفيد الحصول على المعالجة الطبية في الحالات الطارئة من خارج شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له دون الحاجة للرجوع لشركة التأمين ودون إلزامه بدفع أي تكاليف للخدمات العلاجية وتقييدها مباشرة على حساب شركة التأمين على ان يقوم مقدمي الخدمة بإشعار شركة التأمين خلال 24 ساعة من وقت استقبال الحالة وفي حال تأخر مقدم الخدمة الصحية في رفع

hours from receiving the Emergency Case. If providers fails then will be responsible for all expenses until the date of notification.

الحالة لشركة التأمين خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين اسقاط حقه بالتعويض ويتحمل مقدم الخدمة الصحية التكاليف العلاجية حتى تاريخ الإبلاغ بالحالة الطارئة

4. The Beneficiary has the right to choose any Service Provider within approved network in the Policy. Insurance Company is not entitled to force the Beneficiary to choose a specific Service Provider, if the Beneficiary requests to be transferred to another Service Provider.
5. The Beneficiary shall receive the health service as agreed upon in the Policy by the network of approved Service Providers and neither the provider nor the attending physician are entitled to request any financial means or additional fees in return for providing medical services, whether in outpatient clinics or inpatient admissions, except for the service provider's request for deductible amounts, if any, or if the benefit limit has been exhausted.
6. The Beneficiary has the right to obtain the minimum network of Service Providers stipulated in the Policy.
7. Insurance companies are obliged to respond within maximum of 60 minutes from receiving pre-approvals and in case of rejection, an official justification should be explained to beneficiaries in addition to use MDS denial codes.

4. يحق للمستفيد اختيار أي مقدم خدمة من ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له في الوثيقة، ولا يحق لشركة التأمين إلزامه بمقدم خدمة محدد في حال وجود طلب منه بالتحويل لمقدم خدمة آخر.
5. تلقي المستفيد الخدمة الصحية كما هو متفق عليه في الوثيقة من قبل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة ولا يحق لمزود الخدمة أو الطبيب المعالج لدى مقدم الخدمة طلب أي مبالغ نقدية أو رسوم إضافية نظير تقديم الخدمات الطبية سواءً في العيادات الخارجية أو التنويم تحت أي بند، باستثناء طلب مقدم الخدمة لمبالغ نسبة التحمل إن وجد أو في حال استنفاد حد المنفعة.
6. الحصول على الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة المنصوص عليه في الوثيقة.
7. الحصول على رد من قبل شركات التأمين على طلب مقدم الخدمة الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال 60 دقيقة كحد أقصى من وقت إستلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسمياً بالإضافة إلى استخدام رموز أسباب الرفض الموضحة في متطلبات الحد الأدنى من البيانات.

Article 5:

المادة الخامسة:

The Beneficiary shall:

يجب على المستفيد الالتزام بما يلي:

1. Provide correct, accurate and non-misleading data when filling out the Medical Disclosure Form, and shall not conceal any of the information when completing the declaration form or any other approved forms requested by the Council or Insurance Company or employer.
2. Immediately notify the Employer of any update on his/her marital status (including dependents).
3. The beneficiary must, within a maximum period of 30 days after the birth of the newborn, inform the employer to add him/her to the policy separate of the mother and notify the insurance company of that and the addition will be from the date of delivery.
4. Pay the deduction amount, if any, specified in the Policy according to the value paid by the Service Provider as agreed upon between the Insurance Company and the policyholder.
5. Assume full responsibility for the correctness of information in any document or form signed thereby in favor of any Insurance Party.

1. تقديم بيانات صحيحة ودقيقة وغير مضللة عند تعبئة نموذج الإفصاح الطبي، وعدم إخفاءه لأي من المعلومات المطلوبة في نموذج الإفصاح عند تعبئته لأي نماذج أخرى معتمدة يطلبها المجلس أو شركة التأمين أو صاحب العمل.
2. إشعار صاحب العمل و شركة التأمين بأي تحديث يطرأ على حالته الاجتماعية (تشمل المعالين) بشكل فوري.
3. يجب على المستفيد (في مدة اقصاها 30 يوم بعد ولادة المولود الجديد) تبليغ صاحب العمل لإضافته في وثيقة مستقلة عن الأم و ان تبليغ شركة التأمين بذلك، وتكون الاضافة من تاريخ الولادة.
4. دفع مبلغ نسبة التحمل -إن وجد- المحدد في الوثيقة حسب القيمة المدفوعة لدى مقدم الخدمة وفق ما هو متفق عليه بين شركة التأمين و حامل الوثيقة.
5. تحمل المسؤولية التامة عن صحة ما يرد في أي مستند أو نموذج يقوم بالتوقيع عليه لصالح أي من أطراف العلاقة التأمينية.

6. It is the responsibility of beneficiary to report any suspicious activity that might affect any of the insurance parties.

6. يلتزم المستفيد بالإبلاغ عن أي شبهة احتيال قد تؤثر على مصالح أي من أطراف العلاقة التأمينية.

Article 6:

المادة السادسة:

The Employer or Policy Holder shall:

1. Provide health insurance for their employees and their dependent, by concluding a health insurance Policy with a health Insurance Company.
2. Explain and clarify to beneficiaries all articles of the Policy and the limits of the coverage provided to the Beneficiaries, through appropriate means like booklets, educational texts.
3. Pay the premium agreed upon with the Insurance Company, noting that if any part of this insurance subscription is not paid, the Policy shall not remain valid for a period longer than the period covered by the paid part of the subscription, and the Employer shall be responsible for providing an alternative insurance.
4. Provide the Insurance Company with the basic data required to conclude the Policy in accordance with the Medical Disclosure Form, and the Insurance Company may request additional data, or waive the request to fill out all or some of such data and in such case the insurance company has no right to refuse any coverage related to this waiver.
5. Maintain a record that includes the data and information of their employees and their family members insured under the Policy. In addition, allow the Council or the Insurance Company to access such records whenever they request to verify the validity of information provided by the Policyholder.
6. If the Employer wants to change the current Insurance Company or cancel the policy, the Employer shall submit a letter to notify the Insurance Company at least (30) working days prior to the date of the required cancellation, and a copy of such letter shall be submitted to the Council, Further, the Employer shall arrange another insurance Policy with a qualified Insurance Company so that the new coverage starts from the date following the cancellation of the previous Policy, provided that the Insurance Company shall notify the Council in this regard.

يجب على صاحب العمل أو حامل الوثيقة الالتزام بما يلي:

1. توفير التأمين الصحي للعاملين لديه وأفراد أسرهم التابعين نظاماً وذلك من خلال إبرام وثيقة تأمين صحي.
2. شرح وإيضاح كافة بنود الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها، وذلك من خلال الوسائل المناسبة مثل الكتيبات و الرسائل التوعوية الملائمة للمستفيدين.
3. سداد القسط المتفق عليه مع شركة التأمين، علماً بأنه في حال عدم سداه لأي جزء من اشتراك التأمين هذا فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك، وتكون مسؤولية صاحب العمل في توفير الرعاية الصحية حتى يتم إيجاد تأمين بديل.
4. تزويد شركة التأمين بالبيانات الأساسية التي يتطلبها إبرام الوثيقة وفقاً لما ورد في نموذج الإفصاح الطبي، ويجوز لشركة التأمين طلب بيانات إضافية علاوة على ما هو وارد في هذا النموذج، أو التنازل عن طلب تعبئة كل أو بعض هذه البيانات. وفي حال تنازل الشركة عن تعبئة تلك البيانات، يسقط حقها في رفض أي تغطية تتعلق بهذا التنازل.
5. الاحتفاظ بسجل يتضمن بيانات ومعلومات العاملين لديه وأفراد أسرهم المؤمن لهم بموجب الوثيقة، مع إتاحة الفرصة للمجلس أو شركة التأمين متى ما رغبا في ذلك- بالاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدمها حامل الوثيقة.
6. في حال رغبة صاحب العمل بتغيير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية أو إلغاء العقد، يلتزم بتوجيه خطاب بذلك إلى شركة التأمين قبل (30) يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويوجه صورة منه إلى المجلس ، كما يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة تأمين مؤهلة بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة، على أن تلتزم شركة التأمين بإشعار المجلس.

Chapter Four: Insurance Parties

الفصل الرابع: أطراف العلاقة التأمينية

Article 7:

المادة السابعة:

The Insurance Parties, each within their respective areas of competence, shall:

يجب على أطراف العلاقة التأمينية -كل فيما يخصه- الالتزام بما يلي:

1. التعامل مع المستفيد أو فيما بينهم بوضوح ومصداقية في جميع مراحل العلاقة التعاقدية، والوفاء بالالتزامات المفروضة عليهم بموجب الوثيقة أو الأنظمة واللوائح والتعليمات الصادرة من المجلس والجهات ذات العلاقة.
2. حماية بيانات المستفيد الشخصية والمحافظة على سريتها وعدم إساءة استخدام هذه البيانات على نحو يتنافى مع واجبات الخصوصية وحقوق أصحاب تلك البيانات، وعدم مشاركتها مع طرف ثالث واستخدامها وفقاً للغرض المخصص لها فقط وذلك مع مراعاة الاستثناءات الواردة في اللائحة التنفيذية.
3. تزويد المجلس وبشكل فوري بجميع المعلومات والسجلات والمستندات التي يطلبها لغرض التحقق من شكوى أو بلاغ أو لتطبيق أحكام النظام واللائحة التنفيذية وهذه اللائحة.
4. إخطار المجلس في حالة حدوث أي تجاوزات داخلية خلال (15) يوم عمل من تاريخ اكتشافها.
5. مع عدم الإخلال بالاستثناءات الواردة في اللائحة التنفيذية، وفي الأنظمة ذات العلاقة في المملكة يلتزم أطراف العلاقة بالتأمين الصحي بعدم الكشف عن أي بيانات أو سجلات طبية تتعلق بالمستفيد سواءً كانت في حوزتهم أثناء سريان التأمين أو بعد انتهائه.
6. توفير آلية مناسبة وواضحة و سهلة الوصول للمستفيد لتقديم استفساراته وشكاويه، ووضعها في مكان واضح بفرعها في المملكة، وإدراجها على الموقع الإلكتروني الرسمي.

Article 8:

المادة الثامنة:

The Insurance Companies shall:

يجب على شركات التأمين الالتزام بما يلي:

1. Compliance with this regulation is considered one of the criteria for qualification. 1. يعتبر الالتزام بهذه اللائحة احد معايير التأهيل.
2. Clarify the rights and responsibilities of each party, details of disclosure, prices, services provided, and the mechanism for terminating the contractual relationship before concluding the Policy. 2. إيضاح حقوق ومسؤوليات كل طرف، وتفاصيل الإفصاح والأسعار والخدمات المقدمة وآلية إنهاء العلاقة قبل إبرام الوثيقة.
3. Accept or renew any request for health insurance as long as such request is in conformity with the Law and the Implementing Regulations. And it should be within a reasonable period to insure the continuity of the health coverage 3. قبول أي طلب للتأمين الصحي أو تجديده طالما كان هذا الطلب متوافقا مع النظام واللائحة التنفيذية و على شركة التأمين التأكد من الرد دون التأخير على استمرارية التغطية التأمينية لطالب التأمين.
4. Verify the validity of the applicant's basic data, in accordance with the provisions of the Implementing Regulations. 4. التحقق من صحة البيانات الأساسية الخاصة بمقدم الطلب، وذلك بما يتوافق مع أحكام اللائحة التنفيذية.
5. Issue the Policy and upload the Insured Person's data through the HIDP within no later than forty-eight (48) hours from the date the premium is paid. 5. إصدار الوثيقة ورفع بيانات المؤمن لهم عبر نظام إصدار الوثائق المطور خلال مدة لا تتجاوز ثمانية وأربعون (48) ساعة من تاريخ دفع القسط.
6. If the Insurance Company is late in uploading the Policy data on the HIDP, or is late in submitting the approval letter to the Service Provider, which would prevent the Insured from obtaining the benefits of the insurance coverage, the insurance company shall compensate the beneficiary of any medical bills incurred thereby during this period at the same cost that the beneficiary paid according to the terms and exceptions of the policy. 6. عدم التأخر في رفع بيانات الوثيقة على نظام إصدار الوثائق المطور، أو تأخرها في إرسال خطاب التعميد لمقدم الخدمة مما من شأنه أن يحول دون تمكين المؤمن له من الحصول على منافع التغطية التأمينية، بحيث تلتزم شركة التأمين بتعويض المؤمن له عن أي فواتير طبية تكبدها خلال هذه الفترة. بنفس التكلفة التي قام المستفيد بدفعها لمزود الخدمة وحسب شروط واستثناءات الوثيقة ودون أي خصومات.
7. Provide electronic services in both Arabic and English, and enable the Insured Persons to at least access to the following electronic services: 7. توفير خدمات إلكترونية بكلٍ من اللغتين العربية والإنجليزية، لتمكين المؤمن لهم من الوصول إلى الخدمات الإلكترونية التالية بحد أدنى:
 - أ. شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة المحدثة دوريا و المصنفة حسب نوع مقدم الخدمة، المدينة، و الحي.
 - ب. جدول المنافع.
 - ت. التحديدات والاستثناءات.
 - ث. تقديم الشكاوى.
 - ج. الموافقات الطبية.
 - ح. التثقيف الطبي.
 - خ. كشف بالمطالبات الطبية المسددة
 - د. طلبات الاستعاضة
8. Not to interfere with the beneficiary treatment plan after giving the approval. 8. عدم التدخل في الخطة العلاجية للمؤمن له بعد إعطاء الموافقة.
9. Immediately notify the beneficiary, policyholder and broker through the appropriate communication channels, of any change in or modification to 9. إشعار المستفيد و حامل الوثيقة و الوسيط المعين (في حال وجود وسيط) بشكل فوري عبر قنوات الاتصال المناسبة بأي تغيير أو تعديل يطرأ على

approved network, insurance class, or any other relevant policies that would affect the contractual relationship between them. Further, policyholder and insurance company are held responsible of notification.

10. Respond to the Service Provider's request with approval to provide treatment to the Beneficiaries, (at earliest but not later than sixty (60) minutes from receiving such request.
11. In case Insurance Company has any inquiry, it should be sent to service provider in a timely manner that allow them to respond.
12. Pre-approval process should not exceed 60 minutes between insurance company and service provider.
13. In case of rejection, Insurance Company is obligated to provide beneficiary with the reasons behind the rejection along with specific denial codes either by a phone call or through the insurance application.
14. If the Service Provider does not receive an approval for the treatment request within sixty (60) minutes, this request shall be deemed approved by the Insurance Company.
15. Notify the policyholder of the Policy renewal or expiration date, no later than 60 days from the Policy's expiration date, according to the Rules Governing the Coverage of Beneficiaries, so that the Policy Holder can renew the Policy or obtain Insurance Coverage from another Insurance Company.
16. Be cautious when submitting a general notice to more than one Beneficiary via e-mail or any other communication channel, and verify that the notice submitted does not contain personal information about one of the Beneficiaries.
17. Meet the minimum standards for the service provided in Insurance Companies' call centers to the Beneficiary, in addition to what determined by the Council .
18. Provide a copy of these Regulations through the communication channels available from the Insurance Company.

- شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له، أو فئة التأمين الخاص بالمستفيد، أو أي من السياسات الأخرى المعني بها والتي من شأنها أن تؤثر على العلاقة التعاقدية بينهم، وتكون شركة التأمين وحامل الوثيقة ملزمين بالإشعار.
10. الرد على طلب مقدم الخدمة بالرفض أو الموافقة لتقديم العلاج للمستفيد خلال ستين (60) دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب.
 11. تراعي شركة التأمين في حال وجود استفسار ان يتم ارساله الى مقدم الخدمة خلال فترة مناسبة تسمح لمقدم الخدمة بالرد.
 12. يجب ان لا تتجاوز كامل اجراءات طلب الموافقة العلاجية بين شركة التأمين ومقدم الخدمة مدة (60) دقيقة.
 13. تلتزم شركة التأمين في حال رفض الموافقة العلاجية بتزويد المستفيد بأسباب الرفض كتابيا مع تحديد رمز الرفض و بند الاستثناء الملئ حسب الوثيقة اما باتصال هاتفي او رسائل نصية او عن طريق الخدمات الالكترونية.
 14. في حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة العلاجية خلال ستين (60) دقيقة من إرسالها فيتم التعامل مع الحالة على أساس الموافقة.
 15. إخطار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء الوثيقة بفترة لا تقل عن 60 يوم من انتهاء الوثيقة وحسب ما ورد في دليل تغطية مستفيدي التأمين الصحي ، وذلك ليتمكن من تجديدها أو الحصول على تغطية من شركة تأمين أخرى.
 16. توخي الحذر عند إرسال إشعار عام لأكثر من مستفيد عن طريق البريد الالكتروني أو أي قناة اتصال أخرى والتحقق من عدم احتواء الإشعار المرسل على معلومات شخصية تخص أحد المستفيدين.
 17. استيفاء الحد الأدنى من معايير الخدمة المقدمة في مراكز الاتصال التابعة لشركات التأمين تجاه المستفيد، بالإضافة إلى ما يحدده المجلس.
 18. توفير نسخة من هذه اللائحة عبر قنوات الاتصال المتاحة من شركة التأمين

Article 9:

المادة التاسعة:

The Service Provider shall:

يجب على مقدم الخدمة الالتزام بما يلي:

1. Compliance with this regulation is considered one of the criteria for accreditation.
 2. Provide health services in accordance with the generally accepted professional and ethical standards that are consistent with the best-accepted modern and medical practices and methods.
 3. Verify the identity of the Beneficiary before providing services. If the Provider offers services to a person other than the Insured Beneficiary, the Insurance Company is entitled to reject to bear expenses.
 4. Provide Health services through all physicians in the health facility, whether part-time or full-time, within the benefit covered in the Policy, and according to the prices agreed upon between the two parties.
 5. Clarify treatment plan and its policy coverage to beneficiary. In case it exceeded benefits, the Beneficiary's signature shall be obtained before carrying out any treatment procedure.
 6. Ensure that the medical practices are in accordance with the best-approved standards and are applied using the Clinical Practice Guidelines approved by the Council.
 7. Submit pre-approval request to Insurance Company within (15) minutes from filling out the request by the attending physician.
 8. Provide a free medical visit within (14) days of initial visit for the same case diagnosed.
 9. Enable Beneficiaries to know the price of each health service provided thereto upon request thereof.
 10. If the Beneficiary is admitted to a hospital and there is no room equivalent to the room entitled under the policy, the provider shall provide a higher accommodation level at the same cost, and the Beneficiary may waive this right if the room offered is acceptable and in case unavailability of rooms the provider should request referral to another provider.
 11. Without prejudice to the provisions of point 3 of Article 4 of these Regulations, the Provider shall inform the Insurance Company within (24) hours from receiving the Emergency Case.
1. يعتبر الالتزام بهذه اللائحة أحد معايير الاعتماد.
 2. تقديم الخدمات الصحية وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المتعارف عليها والتي تتفق مع أفضل الممارسات والأساليب الطبية والحديثة المقبولة.
 3. التحقق من أهلية و هوية المستفيد قبل تقديم الخدمات العلاجية، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين المؤمن لهم فيحق لشركة التأمين رفض تحمل نفقة هذه الخدمة الصحية إذا تم إثبات ذلك.
 4. تقديم الخدمات العلاجية لدى جميع الأطباء العاملين في منشأته الصحية سواء كانوا بدوام جزئي أو كلي في حدود المنافع المغطاة ضمن الوثيقة، حسب الأسعار المتفق عليها بين الطرفين.
 5. إيضاح الخطة العلاجية للمستفيد ومدى تغطيتها من ضمن الوثيقة، وفي حال وجود أي مبالغ إضافية يتكبدتها المستفيد تفوق حدود المنفعة فيتوجب الحصول على توقيعه قبل القيام بأي إجراء علاجي.
 6. ان تكون الممارسات الطبية وفقاً لأفضل المعايير وباستخدام بروتوكولات الممارسات الطبية المتعارف عليها.
 7. إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال خمسة عشر (15) دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب.
 8. تقديم المراجعة الطبية بشكل مجاني للمريض خلال أربعة عشر (14) يوماً على الأقل لذات الحالة التي تم تشخيصها من الكشف الأولي.
 9. تمكين كل مستفيد من التعرف على أسعار كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.
 10. في حالة تنويم المستفيد ولم تتوفر غرفة تعادل الغرفة المستحقة له بموجب الوثيقة، يلتزم مقدم الخدمة بتوفير مستوى إقامة أعلى بنفس التكلفة، ويجوز للمستفيد التنازل عن متطلبات هذا البند إذا تم توفير بديل مقبول لديه، على أن يكون هذا التنازل بشكل صريح وموقع من قبل المستفيد وفي حال عدم توفر أي غرف يتم طلب تحويل المستفيد لمقدم خدمة صحي آخر.
 11. مع عدم الإخلال بما ورد في الفقرة الثالثة من المادة الرابعة من هذه اللائحة، يلتزم مقدم الخدمة المعني بإبلاغ شركة التأمين خلال مدة أقصاها أربعة وعشرون (24) ساعة من وقت استقبال الحالة الطارئة، و

The Insurance Company, if it rejects to continue the treatment, may transfer patient after stabilized, to another Provider within network.

لشركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج نقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.

12. provider is not entitled to return the amount of health services to the beneficiary or file a claim to the insurance company when the beneficiary requests to obtain health services in cash because he does not want to wait for the treatment approval from the insurance company.
13. Providers are prohibited from asking the patient to sign any document as an obligation to pay what insurance company refused to pay.
14. Providers are obligated to facilitate medicals approval's process.
15. Respond to insurance company inquires within 30 minutes of receiving it. In addition, it should be the responsibility of both insurance company and provider to not exceed 60 minutes from submitting the form.
16. Provider must provide prescribed medications to inpatients upon discharge, if provider fails; the patient has the right to dispense the medications from external pharmacies without paying for it.
17. Service provider, Hospitals, shall Create an electronic platform in both Arabic and English enables beneficiaries to access electronic services: pre approvals, appointments, medical reports, medical record, medical advice, lab results, x-ray, medical prescription, vaccines, and other related services.

12. لا يحق لمقدم الخدمة إعادة مبلغ الخدمات الصحية للمستفيد أو رفع المطالبة لشركة التأمين عند طلب المستفيد الحصول على الخدمات الصحية نقدا لعدم رغبته في انتظار الموافقة العلاجية من شركة التأمين.
13. يحظر على مقدم الخدمة توقيع المؤمن له على تعهد بسداد قيمة المطالبة في حال عدم قبولها من شركة التأمين.
14. يلتزم مزود الخدمة بتسهيل الحصول على الموافقات الطبية ووضع الإرشادات والتوجيهات المناسبة.
15. الرد على استفسارات شركة التأمين خلال (30) دقيقة من وقت استلام الاستفسار. على ان لا تتجاوز كامل اجراءات طلب الموافقة العلاجية بين شركة التأمين و مقدم الخدمة مدة (60) دقيقة.
16. يلتزم مزود الخدمة بتوفير الأدوية الموصوفة للمستفيد المنوم عند خروجه، وفي حال فشل مزود الخدمة بذلك فيحق للمريض المنوم صرف الأدوية من الصيدليات الخارجية دون دفع أي مبالغ تحمل.
17. يلتزم مقدم الخدمة من المستشفيات بتوفير منصة إلكترونية بكل من اللغتين العربية والإنجليزية، لتمكين المؤمن لهم من الوصول إلى الخدمات الإلكترونية التالية بحد أدنى: الموافقات الطبية، حجز المواعيد، التقارير الطبية، الملف الطبي، النصائح الطبية، التحاليل، الأشعة، الوصفة الطبية، التطعيمات، واللقاحات الطبية، وغيرها من الخدمات ذات العلاقة.

Chapter Five: Emergencies

الفصل الخامس: التعامل مع الحالات الطارئة

Article 10:

المادة العاشرة:

Emergency Cases shall be dealt with according to the following procedures:

التعامل مع الحالات الطارئة يكون وفق الإجراءات التالية:

1. The Service Provider shall directly provide treatment for Emergency Cases (levels 1- Resuscitation, 2- Emergency 3-Urgent conditions that may lead to death, organ failure, or disability) without consulting the Insurance Company.
2. The service provider should notify The Insurance Company within 24 hours of receiving the case. If it fails to do so within the specified period, the Insurance Company is entitled to forfeit the Service Provider's right to compensation, and the Service Provider shall bear the treatment costs until the date of notification.

1. يلتزم مقدم الخدمة بتقديم علاج حالات الطوارئ حسب المستويات التالية (1- الإنعاش، 2- الطوارئ 3- العاجلة التي تؤدي إلى فقدان الحياة أو عضو أو إعاقة، مباشرة ودون الحاجة إلى الرجوع إلى شركة التأمين).
2. يجب على مقدم الخدمة إبلاغ شركات التأمين خلال 24 ساعة من وقت استقبال الحالة، وفي حال تأخر مقدم الخدمة في رفع الحالة لشركة التأمين خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين إسقاط حقه بالتعويض ويتحمل مقدم الخدمة التكاليف العلاجية حتى تاريخ الإبلاغ بالحالة الطارئة.

3. If insurance company wants to transfer patient to another service provider, the patient condition should be stable.
4. If the Service Provider contracts with the Insurance Company to provide health services, the Insurance Company shall pay the claims of the health Service Provider according to the price list, and the mechanism agreed upon in the contract signed by the two parties.
5. If the Service Provider does not contract with the Insurance Company to provide health services, the Insurance Company shall directly pay the claims to the non-contracted health Service Provider for the period spent by the Insured Person to receive treatment, based on the prices agreed upon with another health Service Provider of the same level and classification on the network.
6. If the Service Provider receives an Emergency Case, of which the insurance status cannot be verified, the Service Provider shall adhere to the procedures approved by the Ministry of Health in accordance with the Private Health Institutions Law and its Implementing Regulations. If it is found that the patient is an Insured Person, the above-mentioned procedures shall be applied, and the justifications for the delay in filing the claim because of the condition of the Case shall be submitted along with the notice directed to the Insurance Company.

3. تلتزم شركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج للحالات الطارئة لدى مقدم الخدمة بنقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة 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 المطالبات مقدم الخدمة الصحية حسب قائمة الأسعار والآلية المتفق عليها بالعقد 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 قضاهها المؤمن له لتلقي العلاج وذلك بناءً على الأسعار المتفق عليها مع مقدم خدمة صحية آخر بنفس المستوى والتصنيف على الشبكة.
6. في حال استقبال مقدم الخدمة لحالة طارئة لا يمكن التحقق من حالتهم التأمينية: يتم التقييد بالإجراءات المعتمدة لدى وزارة الصحة بما يتوافق مع نظام المؤسسات الصحية الخاصة ولاتجة 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.

Chapter Six: Complaints

الفصل السادس: الشكاوى

:Article 11

المادة الحادية عشر:

The Insurance Company and the Service Providers shall establish a unit to receive and handle complaints filed by the Beneficiaries and Policy Holders, and when receiving any complaints, shall:

يجب على شركة التأمين ومقدمي الخدمة تكوين وحدة لاستقبال ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين وحملة الوثائق، والقيام بالتالي عند تلقي أي شكوى:

1. Provide the complainant with a reference number to follow up on the complaint.
2. Respond to the complainant by confirming the receipt of the complaint, and notify the complainant of any missing information or documents within twenty-four [24] hours from receiving the complaint.

1. تزويد مقدم الشكوى بمرجع التواصل لمتابعة شكواه.
2. الرد على مقدم الشكوى باستلام شكواه، وإشعاره بأية معلومات أو مستندات ناقصة خلال أربعة وعشرون [24] ساعة من وقت تلقي الشكوى.

3. Respond to the complaint by acceptance or rejection within [3] working days from receiving the completed complaint, or within [1] working day in case of an urgent complaints or cases related to emergency case.

4. Provide the complainant in writing with a detailed and fair evaluation of the result of the closed complaint, including justifications for acceptance or rejection of the complaint in whole or in part, within no later than (4) working days from receiving the completed complaint.

If the Insurance Company does not respond within [4] working days, the complainant may, within ninety (90) days from the dispute in question, submit his/her complaint to the Council of Health Insurance

Article 12:

If the complainant escalates the complaint to the Council in accordance with the provisions of Article 11 of these Regulations, the Council shall immediately notify the person against whom the complaint is filed, and if such person does not respond within [3] working days from such notice, this shall be deemed an acknowledgment thereby of the validity of such complaint.

Article 13:

If the Council finds that the complaint is malicious, the Council may take the necessary legal measures against the complainant thereof.

Chapter Seven: Fraud, Negligence, and Abuse

Article 14:

Both the Beneficiary and the Insurance Parties shall ensure that all dealings carried out between them are authentic and accurate, in accordance with the provisions of the relevant laws and regulations.

Article 15:

Insurance Company, Service Providers, employer, TPA and RCM shall provide the best effective control systems and apply the maximum levels of security measures and procedures to control the insurance operations and protect them against Fraud or Abuse.

3. الرد على الشكاوى بالقبول أو الرفض خلال [3] أيام عمل من تاريخ تلقي الشكاوى مكتملة المستندات، أو خلال يوم [1] عمل في حالة الشكاوى الطارئة أو في الشكاوى المتعلقة بحالة طارئة.

4. تزويد مقدم الشكاوى كتابيًا بتقييم مفصل وعادل لنتيجة الشكاوى المغلقة، يتضمن المبررات الداعية للقبول أو الرفض الكلي أو الجزئي للشكاوى وذلك بعد أقصى خلال مدة لا تتجاوز [4] أيام عمل من تاريخ تلقي الشكاوى كاملة المستندات.

وفي حال عدم رضا المستفيد و/أو عدم تجاوب شركة التأمين أو مقدم الخدمة خلال [4] أيام عمل، فيجوز لمقدم الشكاوى، خلال تسعين (90) يوماً من تاريخ وقوع الخلاف محل الشكاوى، التوجه بشكواه إلى المجلس..

المادة الثانية عشر:

في حال قيام مقدم الشكاوى بتصعيد شكواه إلى المجلس وفقاً لأحكام المادة الحادية عشر من هذه اللائحة، يقوم المجلس بإخطار من قُدمت ضده الشكاوى بشكل فوري وفي حال عدم رده خلال [3] أيام عمل من تاريخ إخطار المجلس له بذلك فيعتبر ذلك إقرار منه بصحة الشكاوى و يقوم المجلس بناء على ذلك بإتخاذ الإجراءات اللازمة وفق النظام.

المادة الثالثة عشر:

إذا تبين للمجلس أن الشكاوى كيدية، فله اتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة في حق من تقدم بها.

الفصل السابع: الاحتيال والإهمال وإساءة الاستخدام

المادة الرابعة عشر:

يلتزم كل من المستفيد واطراف العلاقة بالتأمين الصحي بأن تكون جميع التعاملات فيما بينهم حقيقية ودقيقة و وفقاً لما تنص عليه الأنظمة واللوائح ذات العلاقة.

المادة الخامسة عشر:

على شركة التأمين ومقدمي الخدمة وشركات إدارة المطالبات وشركات إدارة دورة الإيرادات توفير أفضل الأنظمة الرقابية الفعالة وتطبيق الحد الأقصى من التدابير والإجراءات الأمنية لمراقبة عمليات التأمين وحمايتها من الاحتيال أو الإهمال أو إساءة الاستخدام.

Article 16:

1. After issuing the Policy to the Employer, the Insurance Company is not entitled to delete or replace a health Service Provider from the medical network specified for the Employer during the validity period of the Policy unless the following occurred:
 - Insurance Company notices a fundamental breach in the service provision by Service Provider, such as Fraud
 - upon termination of the contract by the health Service Provider
 - suspend/revoke its accreditation by the Council
2. The insurance company shall provide an alternative thereto at the same level, in coordination with the Policy Holder, taking into account the specified warning period, as well as the conditions for termination stipulated in the contract.
3. If a Service Provider is removed from the minimum network, it shall continue receiving valid and previously approved Policies until their expiration date except to point (1) from article (16).
4. Insurance Companies shall notify the Council when replacing a Service Provider from one insurance class to another.

Article 17:

It shall be the responsibility of the Insurance Company and the Service Provider if one of their employees or representatives commits Fraud, Abuse, or forgery when providing the service. The insured takes responsibility if commits fraud, abuse or intentionally provide miss-leading information.

Article 18:

If it is proven to the affected party that there is a case of Fraud and/or Abuse, such affected party shall refer such case to the competent authority for investigation and taking the necessary legal measures, and shall notify the Council of such referral and take into account the regulations issued by the Central Bank in this regard.

Article 19:

The Insurance Company shall maintain detailed records of cases of Fraud by the Insured Persons, provided that such records shall include the following information as a minimum:

- Type of Fraud.
- Technology used to commit Fraud.
- The file of fraudsters and their previous background.
- Fraud monitoring.

المادة السادسة عشر:

1. لا يحق لشركة التأمين بعد إصدار الوثيقة لصاحب العمل حذف أو استبدال مقدم خدمة صحية من الشبكة الطبية المحددة له خلال فترة سريان الوثيقة إلا إذا لمست من مقدم الخدمة الصحية أحد النقاط التالية:
 - إخلالاً جوهرياً بتقديم الخدمة كالقيام بالإحتيال
 - إنهاء التعاقد من قبل مقدم الخدمة الصحية
 - تعليق/إلغاء اعتماده من قبل المجلس
2. تلتزم شركة التأمين بتوفير بديل عن مقدم الخدمة بنفس المستوى بالتنسيق مع حامل الوثيقة، مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة و كذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما.
3. باستثناء ما ورد في الفقرة (1) المادة (16) فإنه في حال قيام شركة التأمين بحذف مقدم خدمة من شبكة الحد الأدنى فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعمدة في السابق و حتى تاريخ إنتهائها.
4. وتلتزم شركات التأمين بإخطار المجلس عند إستبدال مقدم خدمة من فئة تأمينية إلى أخرى.

المادة السابعة عشر:

تقع المسؤولية على أطراف العلاقة التأمينية في حالة قيام أحد موظفيهم أو ممثليهم بالاحتيال أو الإهمال أو إساءة الاستخدام عند تقديم الخدمة. وتقع المسؤولية على المستفيد في حال قيامه بالاحتيال او الإهمال أو إساءة الاستخدام.

المادة الثامنة عشر:

إذا ثبت للطرف المتضرر وجود حالة احتيال و/أو إهمال و/أو إساءة استخدام يلتزم بإحالة الواقعة إلى الجهة المختصة للتحقيق فيها واتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة، مع إشعار المجلس بالإحالة ومراعاة الأنظمة الصادرة عن البنك المركزي السعودي في هذا الشأن.

المادة التاسعة عشر:

تحتفظ شركة التأمين بسجلات مفصلة عن حالات وقوع الاحتيال من قبل المؤمن لهم، على أن تتضمن السجلات المعلومات التالية كحد أدنى:

1. نوع الاحتيال.
2. التقنية المستخدمة لارتكاب الاحتيال،
3. ملف مرتكبي الاحتيال وخلفيتهم السابقة.
4. رصد الاحتيال.

Such records shall be referred to the competent authority upon request.

ويتم إحالة هذه السجلات إلى الجهة المختصة عند الطلب.

Chapter Eight: Violations and Procedures

الفصل الثامن: المخالفات والإجراءات النظامية

Article 20:

المادة العشرون:

This regulation considered as an obligation to all insurance parties. In case of violation and non-compliance, the council will apply approved penalties.

تعتبر هذه اللائحة ملزمة لجميع اطراف العلاقة التأمينية و اذا ثبت اي إخلال في الالتزام ببندوها تطبق بحقههم المخالفات و الجزاءات المعتمدة من المجلس.

In case of service provider violations, the council will refer the case to the Health Institutions Violation Committee under the Ministry of Health.

عند توافر معلومات موثوقة حول ثبوت مخالفات في حق اي من مقدمي الخدمة المعتمدين يجوز للمجلس إبلاغ لجنة مخالفات المؤسسات الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة و المختصة بمثل هذه المخالفات.

Chapter Nine: Final Provisions

الفصل التاسع: أحكام ختامية

Article 21:

المادة الحادية والعشرون:

When communicating with the Beneficiary and the Policy Holder, the Insurance Company shall provide all possible effective communication channels, and activate at least two basic communication channels as preferred by the Beneficiary and the Policy Holder, including but not limited to:

تلتزم شركة التأمين عند تواصلها مع المستفيد وحامل الوثيقة بإتاحة كافة قنوات التواصل الفعالة والممكنة، مع تفعيل قناتي اتصال أساسية -على الأقل- حسب ما يُفضله المستفيد وحامل الوثيقة، ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

1. E-mail.
2. Text messages.
3. Call centers.
4. Company's website
5. Electronic platforms
6. Phone applications
7. Social media channels of the Insurance Company.
8. Any other communication channel the Council deems appropriate.

1. البريد الإلكتروني.

2. الرسائل النصية.

3. مراكز الاتصال.

4. موقع الشركة الإلكتروني.

5. تطبيق الهاتف الذكي.

6. قنوات التواصل الاجتماعي الخاصة بشركة التأمين.

7. أي قناة تواصل أخرى يراها المجلس مناسبة.

Article 22:

المادة الثانية والعشرون:

These Regulations shall be periodically reviewed by the Board of Directors, and may be amended or repealed thereby.

يقوم المجلس بمراجعة هذه اللائحة بشكل دوري، ويجوز له في سبيل ذلك تعديلها أو إلغائها.

Article 23:

المادة الثالثة والعشرون:

These Regulations shall be approved by the Chairperson, and shall be enforced from the date of its publication.

تعتمد هذه اللائحة من رئيس المجلس، ويعمل بها من تاريخ نشرها.