

# ضمان

مجلس الضمان الصحي  
Council of Health Insurance

القسم التاسع  
ملاحق الوثيقة

يحتوي هذا القسم على مجموعة ملاحق تعد جزءاً لا يتجزأ من هذه الوثيقة، وتحتوي على التعليمات والإجراءات ذات العلاقة بتطبيق هذه الوثيقة. وتشمل هذه الملاحق المستندات المشار إليها في مواد هذه الوثيقة على النحو التالي:

1. [ملحق الوثيقة رقم \(1\) الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة](#)
2. [ملحق الوثيقة رقم \(2\) جدول التطعيمات الأساسية الصادر عن وزارة الصحة](#)
3. [ملحق الوثيقة رقم \(3\) جدول البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.](#)
4. [ملحق الوثيقة رقم \(4\) الخدمات المقدمة لمرضى التوحد](#)
5. [ملحق الوثيقة رقم \(5\) ضوابط الاحتياج لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبياً حتى عمر 24 شهر.](#)
6. [ملحق الوثيقة رقم \(6\) جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة](#)
7. [لوثيقة رقم \(7\) الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة الصحية](#)
8. [ملحق الوثيقة رقم \(8\) نموذج الإفصاح الطبي](#)
9. [ملحق الوثيقة رقم \(9\) الأدلة الاكلينيكية وحزم المتافع](#)

## ملحق الوثيقة رقم (1) الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة

1. التطعيمات الأساسية للأطفال والتي تشمل لقاحات الدرن والالتهاب الكبدي (ب) عند الولادة، اللقاح الخماسي (الثلاثي البكتيري، الالتهاب الكبدي (ب)، المستدمية النزلية) واللقاح الرباعي (الثلاثي البكتيري، والمستدمية النزلية) ولقاح شلل الأطفال واللقاح الثلاثي الفيروسي ولقاح الثلاثي البكتيري وتعطى وفق جدول التطعيمات المرفق بالإضافة إلى أي لقاحات أخرى يتم إدخالها مستقبلاً وفقاً لنتائج التحاليل الوبائية للأمراض.
2. حملات التطعيم الوطنية الشاملة أو المحددة (شلل الأطفال والحصبة، الحمى الشوكية أو أي تطعيمات أخرى تقررهما الوزارة).
3. التردد التفخذي ومتابعة نمو الأطفال حتى عمر خمس سنوات.
4. علاج بعض حالات الأمراض المعدية والمتوطنة ضمن الإجراءات الوقائية المتخذة.
5. متابعة الأم الحامل والتطعيم ضد الكزاز للحوامل والنساء في سن الإنجاب.
6. تأمين الولادات في الأماكن البعيدة أو التي لا توجد بها مستشفيات.

النهائية



ملحق الوثيقة رقم (3) جدول فحوصات البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.

الأمراض السبعة عشر المطلوب الكشف عليها ببرنامج الفحص المبكر لحديثي الولادة

المرض	م
قصور الغدة الدرقية ( Congenital Hypothyroidism- CH )	1
فرط استنساخ خلايا الغدة الكظرية (CAH- Hyperplasia Adrenal Congenital)	2
بييلة الفينيلكيتون (Phenylketonuria - PKU)	3
داء القيقبي البول (Maple Syrup Urine Disease - MSUD)	4
حموضة البريونك (Propionic Acidemia - PPA)	5
حموضة ميثايلمالونيك الدم (Methylmalonic Acidemia - MMA)	6
نقص إنزيم (Carboxylase CoA-Methylcrotonyl-3 Deficiency-3MCC) ميثايل كو إي كاربوكسيليز الثالثي	7
نقص إنزيم بيوتينيديز (Deficiency Biotinidase)	8
حموضة جلوتارك النوع الأول (Glutaric Acidemia type-1-GA)	9
حموضة آيزو فالرك (Isovaleric Acidemia - IVA)	10
نقص إنزيم (HMG) كو أي اليبيز (HMG-Co Lyase Deficiency - HMG)	11
مرض نقص إنزيم بيتا كيتوثايوليز (BKD-Deficiency Ketothiolase-Beta)	12
حموضة أرجينوسكسك (Arginosuccinase Acidemia- ASA)	13
سترولينيميا (Citrullinemia)	14
نقص إنزيم إم كاد (Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency)	15
نقص ( Very long-chain AcylCoA dehydrogenase deficiency - VLCAD ) إنزيم إم كاد	16
سكر اللبن في الدم (GALT - Galactosemia)	17

#### ملحق الوثيقة رقم (4) الخدمات المقدمة لمرضى التوحد

- تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- الإجراءات التشخيصية الطبية (رنين مغناطيسي، تحاليل جينات وأمراض استقلابية
- التقييم النفسي واختبارات القياس النفسي (الذكاء IQ، مقياس التوحد كارز CARS وغازز GARS ايدوس ADOS، مقياس الكيف البيئي VINLAND).
- التأهيل الطبي (علاج تخاطب، وعلاج وظيفي، وعلاج تعديل سلوك).
- برنامج التدخل المبكر (للأطفال أقل من 6 سنوات بحد أدنى 3 ساعات باليوم ثلاث مرات أسبوعيًا لمدة سنتين).
- الاستشارات الطبية والنفسية.

البيانات الشخصية

## ملحق الوثيقة رقم (5) ضوابط الاحتياج لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيًا حتى عمر 24 شهر

استناداً على قرار مجلس الوزراء رقم (333) وتاريخ 1437/8/9هـ المتضمن قيام المجلس الصحي السعودي بالتنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني لإعداد ضوابط منظمة لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيًا إلى عمر (24) شهر المشمولين بالتأمين.

عليه فقد تم إعداد الضوابط المنظمة والتنسيق مع المجلس الصحي لتغطية تكاليف حليب الأطفال المؤمن لهم المحتاجين إليه طبيًا إلى عمر (24) شهرًا طالما أنها وصفت من خلال الطبيب المعالج على أن تغطي الحالات التالية:

1. أمراض التمثيل الغذائي.
2. أمراض البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.
3. حساسية الحليب أو السكر.
4. وجود مشاكل في الامتصاص.
5. الطفل الخديج أو ناقص النمو أو ناقص الوزن الشديد للعمر الحملية بحيث يحتاج سرعات حرارية أو معززات نمو إضافية لحليب الأم.
6. الأمراض الاستقلابية.

## ملحق الوثيقة رقم (6) جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة

الجرعة المطلوبة Dose Needed	العمر عند منتصف شهر أكتوبر Age at Middle of October	الأطفال الذين يحتاجون محل الفيروس التنفسي المخلوي Babies Eligible for RSV Prophylaxis
<p>جرعة المصل المضاد لمرض الفيروس التنفسي المخلوي تغطي كل 28 يوماً لمدة 5 أشهر من منتصف شهر أكتوبر إلى منتصف شهر مارس</p> <p>Every 28 Prophylaxis Dose of RSV Starting Middle Days for 5 Months of October March until Middle of</p>	أقل من سنة <1 Years of age	الطفل المولود أقل من (29) أسبوع حمل Baby born < 29 weeks gestational age
	أقل من سنة <1 Years of age	الطفل الخديج الذي يعاني من مرض الرئة المزمن Preterm infants with BPD
	أقل من سنتين <2 Years of age	الطفل الذي يعاني من اعتلال الرئتين أو الجهاز العصبي ولا يستطيع التخلص من البلغم أو يعاني نقص المناعة الشديد Children with pulmonary abnormality or Neuromuscular disease that impairs the ability to clear secretions from the upper airways and infant who are Severely immunocompromised
	أقل من سنة <1 Years of age	الطفل الذي يعاني من أمراض القلب الخلقية Infants with certain hemodynamically significant heart diseases

تاريخ الزيارة التالية Date Of Next	ختم Stamp	الاسم والتوقيع Name & Signature	تاريخ Date	الجرعات المطلوبة Doses
				الجرعة الأولى First Dose
				الجرعة الثانية Second Dose
				الجرعة الثالثة Third Dose
				الجرعة الرابعة Fourth Dose

## ملحق الوثيقة رقم (7) الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة الصحية

الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة الصحية*			
ثانياً: منطقة القصيم			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	الرياض	٩٣	١٢
٢	الدرعية	١	٠
٣	الخرج	٥	٠
٤	الدوامي	١	٠
٥	المجمعة	١	٠
٦	القيقية	١	٠
٧	الأفلاج	١	٠
٨	وادي النواصر	١	٠
٩	العبيدة	١	٠
١٠	لازقي	١	٠
١١	شقران	١	٠
١٢	عفيف	١	٠
ثالثاً: منطقة المدينة المنورة			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	المدينة المنورة	٩	٣
٢	بدر	١	٠
٣	مهد الذهب	١	٠
٤	ينبع	١	١
٥	ينبع البحر	٠	٠
٦	ينبع الصناعية	٠	١
رابعاً: منطقة مكة المكرمة			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	مكة المكرمة	١٠	٢
٢	جدة	٣٧	١٠
٣	الطائف	٥	٢
٤	القنفذة	١	١
٥	الثليث	١	٠
٦	راغ	١	٠
٧	الخزعة	١	٠
٨	الحوية	١	٠
٩	ثول	١	٠
سادساً: المنطقة الشرقية			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	الدمام	١٢	٢
٢	الخبر	٤	٣
٣	الأحساء	٦	٢
٤	الهفوف	٢	١
٥	حفر الباطن	٢	٢
٦	الجبيل	٣	٠
٧	الجبيل الصناعية	١	١
٨	القطيف	٢	١
٩	الخفجي	١	١
١٠	راس تنورة	١	٠
١١	بقيق	١	٠
١٢	التعريفة	١	٠
١٣	الظهران	١	٠
١٤	سيهات	١	٠
١٥	صفوى	١	٠
سابعاً: منطقة الحدود الشمالية			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	عرعر	١	١
٢	رفحاء	١	٠
٣	طريف	١	٠
ثامناً: منطقة الجوف			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	القرينات	١	٠
٢	سكاكا	٢	١
تاسعاً: منطقة تبوك			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	تبوك	٥	١
٢	ضبا	١	٠
٣	املج	١	٠
عاشراً: منطقة عسير			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	أبها	٥	٢
٢	أحد رفيدة	١	٠
٣	بيشة	٢	٠
٤	خميس مشيط	٦	٣
٥	محال عسير	١	١
الحادي عشر: منطقة الباحة			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	الباحة	١	٠
٢	بدرشي	٠	١
الثاني عشر: منطقة جازان			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	جازان	٣	١
٢	صيدا	١	١
٣	أبو عريش	١	٠
٤	بيش	١	٠
٥	أحد المسارحة	١	٠
الثالث عشر: منطقة نجران			
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
عدد مقدمي الخدمة			
م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية	مستشفى
١	نجران	٦	٢

## ملحق الوثيقة رقم (8) نموذج الإفصاح الطبي

### Unified medical Declaration Form

<b>عزيزي المؤمن له:</b> Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		<b>عزيزي المؤمن له:</b> تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.						
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input type="checkbox"/> جديد						
Type		(1) نوع الطلب						
PolicyNo./ CR		Entity name:						
رقم الوثيقة/ السجل التجاري:		اسم المنشأة:						
Mobile No.		Employee name:						
رقم الجوال:		اسم الموظف:						
ID Number		رقم الهوية						
Gender: الجنس		Nationality: الجنسية						
Marital status		متزوج <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/>						
Please declare any of below medical conditions for your and your family by marking ✓ under the word (Yes): "Below Undeclared medical case may not be covered"		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات الطبية التالية لك أو لدى أفراد أسرتك فإذنا بوضع إشارة في المربع تحت كلمة (نعم): "إن تم التغطية التأمينية للحالات أدناه في حال عدم الإفصاح عرفياً"						
1 Any hospital admission* during the last 12 months. *Admission: registering as an admitted patient at the hospital until the following morning		1 هل تم التوقيع بالمستشفى* خلال آخر 12 شهراً؟ *التوقيع: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض مؤتمن في المستشفى حتى صباح اليوم التالي						
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, listed Benign Tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, thyroid goiter and parathyroid glands, liver tumors, colon tumors), Malignant tumors, listed Cardiac diseases (coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation, myocardial infarction, heart clots), Chronic Hepatitis C, Gallstones, Severe Kidney failure (stage 5 Requiring dialysis, clearance of less than 15 ml/ minute*), Urinary tract stones, hernias, Autoimmune diseases (lupus, rheumatoid arthritis, psoriasis, Crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis, celiac disease)		2 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الليفية، تضخم الغدة الكظرية، أورام أو تضخم الغدة الدرقية والغدة الكظرية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين وعضلات القلب، مثل عضلة القلب الرخوة وحطبات القلب)، التهاب الكبد الفيروسي المزمن ج (C)، حصوات المرارة، التصلب اللويحي (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى التي تستدعي المسيل الكلوي، الترشح الكلوي أقل من 15 مل/ دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرونز، التهاب القولون التقرحي، التصلب اللويحي، حساسية (المتح) (مرض كوكس الحبيبي الوراثي، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية)						
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		3 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التصلب الدماغي، اضطراب الخلية المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المثيل الخالي، اضطفاء الأورام، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الفولي (G6PD)، الخلل الكليبي للزفرة، مرض كوكس الحبيبي (هيموكروماتوزيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية						
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases.		4 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.						
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse (moderate or severe), Scoliosis (moderate or severe)*, or Ligament tears, osteoarthritis (moderate or severe)		5 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: انزلاق الأقراص (متوسطة أو شديدة)، انحناء العمود الفقري (متوسط أو متقدم)، التهاب المفاصل المتوسط أو المتقدم أو متفرق الأضلاع.						
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:		6 <b>إناث الحوامل فقط:</b> حمل حالي وحيد واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: .... / .. / ..						
Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer, please declare the case in the table below)		بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (2) (في حالة الإجابة بنعم، نرجو ذكر الحالة في الجدول أدناه)						
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	القرابة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة
Provider Name	case	Mobile No.	Height "Cm"	Weight "KG"	ID Number	Relation	Gender	Employee/Dependent Name
Undertakings:		الإقرار والتعهد:						
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrollment will be on the basis of such information and that (insurance company name) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).		1. أقر أن البيانات والمعلومات المتكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (اسم شركة التأمين) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدني بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.						
2. I agree that (insurance company name) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.		2. أوافق على أحقية (اسم شركة التأمين) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المتكورة أعلاه، في حالة عدم إعلان تاريخ العقد، أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.						
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.		3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع أجزاء من هذا النموذج كما أحمده بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المتكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.						
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.						
Entity's stamp ختم جهة العمل		Employee Signature (4) توقيع الموظف						
		Date التاريخ .../.../...						

- (1) Upon renewal of the policy, the company shall not request a declaration form for any insured who has been in the past 11 months.
- (2) The company is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
- (3) If you need to add more dependent, a new form is filled.
- (4) The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
- (5) Insurance company has the right to reject coverage of
  - \* As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification
  - \*\* Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degree

- (1) عدم تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الضميمة للشركة لنفس شركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين أخرى.
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له تجنباً للحمل المسؤولية القانونية.
- (5) يحق لشركة التأمين رفض حالات عدم الإفصاح عن الحمل المتكورة بالتوقيع المتكورة بالمردود وفقاً للتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومناصرة الجودة (KDOQI)
  - \*\* جفاف كبد نفاذية أكثر من 10 درجات أو سكليوميتر أكثر من 5 درجات

## ملحق الوثيقة رقم (9) الأدلة الإكلينيكية وحرز المنافع

يتم تحديث جميع الأدلة والبراهين الإكلينيكية المعتمدة بشكل دوري من الأمانة العامة للمجلس، ويمكن الوصول لها عن طريق موقع المجلس.

1. [الجواز الصحي للأطفال](#)
2. [الجواز الصحي للأم](#)
3. [الدليل الوطني للفحوصات الصحية الدورية](#) National Guideline for Periodic Health Examination
4. [الدليل الإرشادي لموانع الحمل](#) Contraception Clinical Practice Guidelines
5. [الدليل السعودي الإرشادي لجرادة السمينة و الإيض](#)
6. [الجزمة المعتمدة لجرادة السمينة](#)
7. [الجزمة المعتمدة لغسيل الكلى](#)
8. [الجزمة المعتمدة لزراعة الكلى \(للمتبرع والمتبرع له\)](#)
9. [الجزمة المعتمدة لاستبدال مفصل الركبة](#)
10. [الجزمة المعتمدة لاستبدال مفصل الورك](#)
11. [سياسة مضخة الإنسولين](#)