

سياسات وإجراءات
طلبات الموافقة المسبقة
**Policies and Procedures of
Prior Authorization Request**

Table of Contents	2	2	جدول المحتويات
Chapter One: Definitions	3	3	الفصل الأول: التعريفات
Chapter Two: General Provision	4	4	الفصل الثاني: أحكام عامة
1. Interpretation	4	4	1. التفسير والتأويل
2. Enforcement and Accreditation	4	4	2. النفاذ والسرطان
3. Legal procedures if non-compliance with this policy	4	4	3. الإجراءات النظامية في حال عدم الالتزام بهذه السياسة
Chapter Three: Preamble	4	4	الفصل الثالث: التمهيد
1. Introduction	4	4	1. المقدمة
2. Purpose	5	5	2. الهدف
Chapter Four: Medical Services Standards and Prior Authorization Exceptions	6	6	الفصل الرابع: معايير الخدمات الطبية واستثناءات الموافقات المسبقة
1. Standards for providing medical services	6	6	1. معايير تقديم الخدمة الطبية
3. Exclusions from prior authorization	6	6	3. الاستثناءات من طلبات الموافقة المسبقة
Chapter Five: Service Providers Obligations	6	6	الفصل الخامس: التزامات مقدم الخدمة
Obligation when submitting prior authorization request	6	6	الالتزامات عند تقديم طلبات الموافقة
Chapter Six: Insurance Companies' Obligations	7	7	الفصل السادس: التزامات شركات التأمين
1. General obligations	7	7	1. الالتزامات العامة
2. Obligations when receiving the prior authorization request	7	7	2. الالتزامات عند تلقي طلب الموافقة
3. Obligations when reviewing the prior authorization request	8	8	3. الالتزامات عند مراجعة طلب الموافقة
Chapter Seven: Beneficiary Rights	8	8	الفصل السابع: حقوق المستفيد
Re-evaluation of a rejected prior authorization request	9	9	إعادة تقييم طلب الموافقة المسبقة المرفوض

Chapter one: Definitions

The terms and expressions included in this policy have the meanings indicated for each unless the context dictates otherwise. Any expressions that have not been defined carry the meanings specified for each in the executive regulations.

Kingdom: Kingdom of Saudi Arabia.

Council (CHI): Council of Cooperative Health Insurance.

Law: The Cooperative Health Insurance law.

Implementing Regulations: The implementing Regulations of the Cooperative Health Insurance law.

Insurance Company: a cooperative insurance company licensed by Saudi Central Bank and qualified by CHI 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 centers, clinics, pharmacies, laboratories, physiotherapy center or radiotherapy center.

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

Insurance parties: Policy holders, insurance companies, third party administration companies and service providers.

Claim: a request submitted to the insurance company or its representative by a service provider, the insured, or the policyholder, for the purpose of reimbursing the value of health services expenses included in the coverage of the policy, which is accompanied by supporting financial and medical documents.

Policy: the basic health insurance policies approved by the council, which includes 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 and the insured person.

Unified Contract: The contract which concluded between insurance companies and health service providers.

Minimum Network: a minimum network of healthcare providers for each policy that covers all regions and cities in the kingdom and its geographical coverage to include all levels of health services.

يكون للألفاظ والعبارات الواردة في هذه السياسات والإجراءات 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.

النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني.

اللائحة التنفيذية: اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.

شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة من البنك المركزي السعودي والمؤهلة 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.

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

أطراف العلاقة التأمينية: حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) ومقدمو الخدمة.

المطالبة: طلب مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بغرض استعاضة قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة، والمشفوع بالمستندات المالية والطبية المؤيدة له.

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

العقد الموحد: العقد المبرم بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية.

شبكة الحد الأدنى: هي الحد الأدنى لعدد مقدمي الخدمة لكل وثيقة تأمين صحية تغطي كافة مناطق ومدن المملكة ونطاقها الجغرافي على أن تتضمن كافة مستويات الخدمة الصحية.

Prior authorization: It is the approval request raised by the service provider to the insurance company before providing the health services to all beneficiaries in accordance with the instructions of the Council and the procedures agreed with the insurance companies and according to this policy.

Medical Opinion: The opinion issued by a qualified practitioner licensed by the Commission for Health Specialties and in the same specialty for the beneficiary suffered illness, according to the age and gender of the patient. It is based on the medical history and medical data, and approved medical evidence and evidence issued by medical associations or relevant government agencies such as the Ministry of Health and the Public Health Authority.

Mandatory minimal dataset (MDS): The Mandatory Minimum Dataset for (MDS) is a predefined set of data points that healthcare providers are required to provide to an insurance company before a specific healthcare service is rendered to the insured individual. This data serves to justify the necessity and appropriateness of the service requested.

Rejection Codes: standards messages, approved by the health insurance council that are used to explain the reason of the rejection of the prior authorization or claim.

Enhancement Request: Submitting supplemental approval request or notification if there is any change in medical conditions or additional surgical services required during treatment or request of approval extension, such as increase in admission days.

Re-evaluation request: It is the beneficiary request to the insurance company to reconsider the rejected prior authorization request.

Chapter One: General Provisions

This policy is a complement to Appendix No. (2) of the Implementing Regulations "Criteria for Requesting Approval to Bear Treatment Costs" and does not conflict with the provisions of the appendix.

1. Interpretation

- If there is difference in meaning between the Arabic version and the English version, the Arabic version is the definitive version.
- Unless the context requires otherwise or otherwise expressly stipulated, any reference to this document and any amendments that may occur to it or to other relevant regulations.

2. Enforcement and Accreditation

- The policy is valid as the date of its approval by the Secretary-General of the Council, and it may not be modified except by a decision issued by him.

الموافقة المسبقة: هي طلب مقدم الخدمة الموافقة من شركة التأمين قبل تقديم الخدمات الصحية لجميع المؤمن لهم وفقاً لتعليمات المجلس والإجراءات المتفق عليها مع شركات التأمين وبما يتوافق مع هذه السياسة.

الرأي الطبي: الرأي الصادر من طبيب ممارس مؤهل ومرخص له من هيئة التخصصات الصحية وفي ذات التخصص للعللة التي يعاني منها المستفيد حسب عمر وجنس المريض. يكون الرأي الطبي بناء على التاريخ المرضي والمعطيات الطبية وحسب الأدلة والبراهين الطبية المعتمدة والصادرة من الجمعيات الطبية أو الجهات الحكومية ذات العلاقة مثل وزارة الصحة وهيئة الصحة العامة.

متطلبات الحد الأدنى من البيانات (MDS): هي مجموعة البيانات التي يجب على مقدم الخدمة تقديمها لشركة التأمين للحصول على الموافقة الطبية أو لتحصيل المطالبة الطبية، وتحدد هذه البيانات حسب دليل متطلبات الحد الأدنى من البيانات.

رموز أسباب الرفض: هي الرسائل القياسية المعتمدة من مجلس الضمان الصحي والتي يتم استخدامها لوصف أو توفير معلومات لمقدم الخدمة أو المستفيد من قبل شركات التأمين بشأن سبب رفض المطالبات.

طلب تعزيز: تقديم طلب موافقة إلحائي أو إشعار عند وجود أي تغيير في الشروط الطبية أو الخدمات الجراحية والطبية الإضافية المطلوبة أثناء العلاج أو طلب تمديد للموافقة مثل زيادة أيام التنويم.

طلب إعادة تقييم: هي طلب المستفيد من شركة التأمين بإعادة النظر في طلب الموافقة المسبقة المرفوض.

الفصل الثاني: أحكام عامة

تعد هذه السياسة استكمالاً للملحق رقم (2) من اللائحة التنفيذية "معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج" ولا تتعارض مع أحكام الملحق.

1. التفسير والتأويل

- في حال وجود اختلاف في المعنى بين النسخة العربية والنسخة الانجليزية، فإن النسخة العربية تسود.
- ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك أو تم النص على خلافه صراحةً، فإن إي إشارة إلى هذه السياسات والإجراءات تشمل أي تعديلات قد تطرأ عليها.

2. النفاذ والسريان

- تعد هذه السياسات والإجراءات سارية اعتباراً من تاريخ اعتمادها من الأمين العام للمجلس، ولا يجوز تعديلها أو الإضافة عليها إلا بقرار يصدر منه.

- The policy is reviewed and updated one year after its approval according to the requirements of the public interest, the integrity of application procedures, and the updating of relevant regulations and legislation, without making the effectiveness of these updates dependent on updating this policy.

3. Legal Procedures if Non-Compliance with This Policy

If any of the insurance parties does not comply with the provisions of this policy, the procedures stipulated in the council's bylaws and regulations will be applied.

Chapter Three: Preamble

1. Introduction

Proceeding from the supervisory role of the Council of Health Insurance system based on Royal Decree No. (M/10) dated 1/5/1420 AH, and pursuant to Cabinet Resolution No. (71) dated 4/27/1420 AH, and Ministerial Resolution No. (9/ 35/1/Z) and dated 4/13/1435 AH. The Council, by implementing its vision and strategy in empowering beneficiaries and raising the efficiency of the services provided to them, has developed this policy to facilitate the procedures for the beneficiary to obtain a prior authorization request, also to clarify the procedures for requesting prior authorization and objecting to the decision of prior authorization, in addition to enabling service providers to quickly provide health services to beneficiaries.

2. Purpose

These policies and procedures have been developed to clarify the following:

1. Health services that are excluded from the prior authorization request.
2. Obligations of service providers and insurance companies regarding prior authorization.
3. The beneficiary's rights regarding the re-evaluation of prior authorization requests.

- يتم مراجعة هذه السياسات والإجراءات وتحديثها بعد مرور سنة من اعتمادها بما يتوافق مع مقتضيات المصلحة العامة وسلامة إجراءات التطبيق وتحديث الأنظمة والتشريعات ذات العلاقة دون أن يُعلق نفاذ تلك التحديثات على تحديث هذه السياسة.

3. الإجراءات النظامية في حال عدم الالتزام بهذه السياسات والإجراءات

في حالة عدم التزام أي من أطراف العلاقة التأمينية بما نصته هذه السياسات والإجراءات سيتم تطبيق الإجراءات النظامية المنصوص عليها في لوائح وأنظمة المجلس.

الفصل الثالث: التمهيد

1. المقدمة

انطلاقاً من دور المجلس الإشرافي على نظام التأمين الصحي وبناءً على المرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1/5/1420هـ، وبموجب قرار مجلس الوزراء رقم (71) و تاريخ 27/4/1420هـ، والقرار الوزاري رقم (9/35/1/ض) وتاريخ 13/4/1435هـ. فإنه من خلال رؤية واستراتيجية المجلس التي تتمثل في تمكين المستفيدين ورفع كفاءة الخدمات المقدمة لهم، تم وضع هذه السياسة لتسهيل إجراءات حصول المستفيد على طلب الموافقة المسبقة وكذلك لتوضيح إجراءات رفع الموافقة المسبقة أو الاعتراض على قرار طلب الموافقة المسبقة، بالإضافة إلى تمكين مقدمي الخدمة وشركات التأمين من تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين.

2. الهدف

تم وضع هذه السياسات والإجراءات لتوضيح ما يلي:

1. الخدمات الصحية المستثناة من طلب الموافقة المسبقة.
2. التزامات شركات التأمين ومقدمي الخدمة بما يخص طلبات الموافقة المسبقة.
3. حقوق المستفيد بما يتعلق بإعادة تقييم طلبات الموافقة.

Chapter Four: Medical Service Standards and Prior Authorization

Exceptions

1. Standards for Providing Medical Services

Each of the insurance parties is obligated to consider the provision of services according to acceptable professional and ethical standards that are consistent with modern and recognized medical methods and local and international medical evidence. Service providers can not submit claims to insurance companies to services that do not comply with what was referred to above. Medical services and procedures shall be limited to what is required by the necessary, reasonable, and usual treatment need, and the service provider shall be obligated to consider cost-effectiveness and provide services based on prudent care.

2. Exclusions from Prior Authorization

The following cases are excluded from prior authorization requests:

1. Treatment in outpatient clinics if the cost of one-time treatment is less than 500 SR.
2. Emergency room visits, which fall under triage levels 1, 2, and 3 according to the emergency case triage system approved by the Ministry of Health, provided that the insurance company is notified within 24 hours of providing the service.
3. Admission for emergency cases, considering that the insurance company is notified within 24 hours from the beginning of the admission time.
4. First physical therapy session.
5. What is added as an exception to the prior authorization request of the beneficiary's policy.

Chapter Five: Service Providers Obligations

Obligation of the Service Provider when Submitting Prior Authorization Request

The service provider shall comply with the following when submitting prior authorization request:

- Use the **minimum** dataset for prior authorization (MDS) approved by the Council and provide the insurance company with all the medical information required according to the services that require prior authorization and published it on the insurance company's website (if applied).
- Sending a prior authorization request to the insurance company within **15 minutes** from treating physician filling out the request.

1. معايير تقديم الخدمة الطبية

يلتزم كل من أطراف العلاقة التأمينية بمراعاة تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة التي تتفق مع الأساليب الطبية الحديثة والمتعارف عليها وعلى الطب المبني على البراهين والأدلة الطبية المحلية والعالمية. ولا يجوز لمقدمي الخدمة برفع مطالبات لشركات التأمين لخدمات لا تتوافق مع ما أشر إليه أعلاه. كما يجب أن تكون الخدمات والإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية والمعقولة والمعتادة وأن يلتزم مقدم الخدمة بمراعاة فعالية التكلفة وتقديم الخدمات المبنية على الرعاية الحكيمة.

2. الاستثناءات من طلبات الموافقة المسبقة

يستثنى من طلبات الموافقة المسبقة الحالات التالية:

1. المعالجة في العيادات الخارجية إذا كانت تكلفة العلاج للمرة الواحدة تقل عن 500 ريال.
2. زيارات غرف الطوارئ والتي تندرج تحت مستويات الفرز 1 و 2 و 3 حسب نظام فرز الحالات الطارئة المعتمد من وزارة الصحة، على أن يتم إشعار شركة التأمين خلال 24 ساعة من تقديم الخدمة.
3. التنويم للحالات الطارئة، على أن يتم إشعار شركة التأمين خلال 24 ساعة من بداية وقت التنويم.
4. الجلسة الأولى من العلاج الطبيعي.
5. ما يتم إضافته كاستثناء لطلب الموافقة على وثيقة المستفيد.

الفصل الخامس: التزامات مقدم الخدمة

التزامات مقدم الخدمة عند تقديم طلبات الموافقة المسبقة

يلتزم مقدم الخدمة عند تقديم طلبات الموافقة المسبقة بما يلي:

- استخدام الحد الأدنى من البيانات لطلب الموافقة (MDS) المعتمد من المجلس وتزويد شركة التأمين بكافة المعلومات الطبية المطلوبة حسب المتطلبات المذكورة للخدمات التي تتطلب الموافقة المسبقة والمنشورة على موقع شركة التأمين الإلكتروني (إن وجدت).
- إرسال طلب الموافقة المسبقة إلى شركة التأمين خلال 15 دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب.

- Respond to insurance company's inquiries (if any) as requested by the insurance companies within **30 minutes** maximum from receiving the inquiry.
- Submit another consent request or notification (request for reinforcement) when there is any change in medical conditions or additional surgical services required during treatment, or request for extending approval such as extending admission days.
- If the insurance company delayed the response for more than **60 minutes** from sending the prior authorization requests, the request will be handled as dealing with as approved.
- Not to re-submit prior authorization request after 14 days from date of treatment by physician.
- Commitment to the Insurance Drug Formulary (Section Five of the essential benefit package) regarding drug approvals.

- الرد على استفسارات أو ملاحظات شركة التأمين (إن وجدت) على النحو الذي تطلبه شركات التأمين خلال 30 دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الاستفسار،
- تقديم طلب موافقة إلحائي أو إشعار (طلب تعزيز) عند وجود أي تغيير في الشروط الطبية أو الخدمات الجراحية الإضافية المطلوبة أثناء العلاج أو طلب تمديد للموافقة مثل زيادة أيام التنويم.
- التعامل مع حالات طلب الموافقة المسبقة على أساس الموافقة في حال تأخر الرد من قبل شركة التأمين لأكثر من 60 دقيقة من إرسال الطلب.
- عدم إعادة رفع طلب الموافقة المسبقة بعد مرور 14 يوم من تاريخ معالجة الطبيب.
- الالتزام بدليل الأدوية التأمينية (القسم الخامس بوثيقة ضمان الأساسية) بما يتعلق بموافقات الأدوية.

Chapter Six: Insurance Companies' Obligations

الفصل السادس: التزامات شركات التأمين

1. General Obligations

1. الالتزامات العامة

The insurance company is committed to the following:

تلتزم شركة التأمين بالتالي:

1. Developing an internal policy to deal with objections to coverage refusal clarify the mechanism for dealing with re-evaluation requests so that there are monitored, and follow-up mechanisms to ensure the accuracy of rejection decisions. And publish it on the company's website and share any updates with beneficiaries and policies owners.
2. Continue treatment for beneficiary (in emergency cases) with the service provider and then transferring him after his health condition has stabilized to another service provider within the minimum network of the beneficiary.
3. Commitment to the Insurance Drug Formulary (Section Five of the essential benefit package) regarding drug approvals.

1. عمل سياسة داخلية للتعامل مع الاعتراض على قرارات رفض التغطية توضح فيها آلية التعامل مع طلبات إعادة التقييم والمراجعة بحيث تكون هناك آليات مراقبة ومتابعة تضمن دقة قرارات رفض طلبات الموافقات، من ثم يتم نشرها على موقع الشركة الإلكتروني، ومشاركة أي تحديثات مع المستفيدين وحاملي الوثائق.
2. مواصلة علاج المستفيد (في الحالات الطارئة) لدى مقدم الخدمة، ثم من الممكن نقله بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة آخر داخل شبكة الحد الأدنى للمستفيد.
3. الالتزام بدليل الأدوية التأمينية (القسم الخامس بوثيقة ضمان الأساسية) بما يتعلق بموافقات الأدوية.

2. Obligations when Receiving Prior Authorization Request

2. الالتزامات عند تلقي طلب الموافقة

Insurance companies are obligated to respond to the service provider's request for prior authorization as follows:

تلتزم شركات التأمين بالإجابة على طلب مقدم الخدمة بالموافقة المسبقة وذلك على النحو التالي:

1. Reply to the request with approval or rejection within 60 minutes.
2. In case of rejection of the prior authorization request and the reason for rejection is a query or lack of information, the insurance company must use the rejection code provided by the Council to clarify the reason for rejecting the request when the required medical information is not available within 15 minutes of receiving the approval request.
3. The insurance company shall notify the beneficiary through text messages

1. الرد على الطلب بالموافقة أو الرفض خلال 60 دقيقة.
2. في حال رفض طلب الموافقة وكان سبب الرفض وجود استفسار أو نقص معلومات فيجب على شركة التأمين استخدام رمز الرفض المتعمد من المجلس لتوضيح سبب رفض الطلب عند عدم وجود المعلومات الطبية المطلوبة خلال 15 دقيقة من استلام طلب الموافقة.

and emails or application of receiving the prior authorization request, and clarify the following:

- The application reference number.
- Type of request.
- The applicant name.
- The time and date of receipt of the application.
- The insurance company's customer service number and ways for communication.
- Methods of communication with the Council if need to file a complaint against the insurance company or service provider, clarifying the following:
 - The unified number of the council.
 - Council website.
 - Council application link.
- Status and updates of the prior authorization request, using the following responses:
 - Under procedure (upon receipt of the request).
 - Approved (if approved).
 - Rejected (if the request is rejected) with written explanation of reasons for rejection and specifying the approved refusal code approved by the council.

After providing the beneficiary with the status of the prior authorization request, the insurance company is obligated to direct the beneficiary to the appropriate subsequent step, to ensure the continuity of the beneficiary's access to health care.

3. Obligations when Reviewing The Prior Authorization Request

The insurance company is committed to provide a medical team consisting of several physicians to supervise prior authorization requests reviewing, and they must meet the following conditions:

- Years of experience for physicians should not be less than 3 years, excluding internship year.
- Full or part-time contract with a minimum degree of senior specialist physicians according to the classification of the Saudi Commission for Health Specialties and in the same specialty of the submitted claims to consider deciding cases where there is a difference in medical opinion with the service provider.

3. إخطار المستفيد عبر الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني أو تطبيقات الهواتف

الذكية باستلام طلب الموافقة المسبقة، ويحدد المستفيد طريقة التواصل المناسبة له، على أن تشمل التالي:

- الرقم المرجعي للطلب.
- نوع الطلب.
- اسم مقدم الطلب.
- وقت وتاريخ استلام الطلب.
- رقم خدمة العملاء لشركة التأمين وطرق التواصل معها.
- طرق التواصل مع المجلس في حال الحاجة لرفع شكوى ضد شركة التأمين أو مقدم الخدمة، ويوضح فيها التالي:
 - الرقم الموحد للمجلس.
 - موقع المجلس الإلكتروني.
 - رابط تطبيق المجلس.
- حالة طلب الموافقة المسبقة وتحديثه بشكل فوري عند تغييره، وذلك باستخدام الردود التالية:

- تحت الإجراء (عند استقبال الطلب)
- تمت الموافقة (في حال الموافقة عليه)
- تم الرفض (في حال رفض الطلب)، مع توضيح أسباب الرفض كتابياً وتحديد رمز الرفض المعتمد من المجلس وعلى أن تكون بلغة سهلة الفهم.

بعد تزويد المستفيد بحالة طلب الموافقة المسبقة، تلتزم شركة التأمين بتوجيه المستفيد للخطوة اللاحقة المناسبة، لضمان استمرارية حصول المستفيد على الرعاية الصحية.

3. الالتزامات عند مراجعة طلب الموافقة

تلتزم شركة التأمين بتوفير فريق طبي مكون من عدة أطباء وذلك للإشراف على مراجعة طلبات الموافقة، على أن تتوفر فيهم الشروط التالية:

- ألا تقل سنوات الخبرة للأطباء عن 3 سنوات غير شاملة سنة الامتياز.
- التعاقد بدوام كلي أو جزئي مع أطباء بدرجة اخصائي أول حسب تصنيف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية وفي نفس التخصص للمطالبة المرفوعة للنظر والبت في الحالات التي يتم فيها الاختلاف في الرأي الطبي مع مقدم الخدمة.

Chapter seven: Beneficiary Rights

Re-evaluation of the Prior Authorization Request

- If the beneficiary is not satisfied with the insurance company's decision regarding the rejection of the prior authorization, he has the right to submit a re-evaluation request through the insurance company.
- The insurance company is obligated to respond to re-evaluation requests within a period not exceeding 24 hours for urgent cases and 3 working days for non-urgent cases when receiving requests with completed documents.
- The insurance company have to provide the beneficiary with a written assessment of the outcome of the re-evaluation request, including justifications for acceptance or total/partial rejection of the request.
- If the beneficiary is not satisfied with the outcome of the re-evaluation request, he has the right, within 90 days from the date of the insurance company's response to the re-evaluation request, to submit a complaint to the Council according with the provisions of Article Eleven of the health insurance beneficiaries rights.
- The Council shall immediately notify the insurance company which a complaint is submitted against and if the insurance company does not respond within 3 working days from the date of notifying the Council, this shall be considered an acknowledgment of the validity of the complaint, and accordingly, the Council shall take the necessary measures in the law.

إعادة تقييم طلب الموافقة المسبقة المرفوض

- في حال عدم رضى المستفيد عن قرار شركة التأمين برفض طلب الموافقة المسبقة، فيحق للمستفيد طلب إعادة التقييم من قبل شركة التأمين.
- تلتزم شركة التأمين بالرد على طلبات إعادة التقييم خلال مدة لا تتجاوز 24 ساعة للحالات المستعجلة و3 أيام عمل للحالات غير المستعجلة بعد أقصى من تاريخ تلقي الطلب مع كامل المستندات.
- تقوم شركة التأمين بتزويد المستفيد نصياً بنتيجة طلب إعادة التقييم يتضمن المبررات الداعية للقبول أو الرفض الكلي أو الجزئي للطلب.
- في حالة عدم رضى المستفيد عن نتيجة طلب إعادة التقييم فيحق له تقديم شكوى للمجلس خلال 90 يوم من تاريخ رد شركة التأمين وفقاً لأحكام المادة الحادية عشر من لائحة حماية المستفيد.
- يقوم المجلس بإخطار شركة التأمين المقدم شكوى ضدها بشكل فوري، وفي حال عدم رد شركة التأمين خلال 3 أيام عمل من تاريخ إخطار المجلس فيعتبر ذلك إقرار منها بصحة الشكوى و يقوم المجلس بناءً على ذلك باتخاذ الإجراءات اللازمة وفق النظام.