**06/03/1439**

متطلبات اعتماد / تجديد اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية للعمل تحت مظلة مجلس الضمان الصحي التعاوني

​

\* استيفاء النماذج الخاصة بطلب اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية :

        1- نموذج: م/1002 مطبوعاً على ورق المنشأة الصحية ومختوماً
        2- نموذج: م/1003
         3- نموذج تسجيل مستخدم في بوابة المجلس الإلكترونية
         4- نموذج إشعار السداد

 \* تقديم صورة من ترخيص وزارة الصحة ساري المفعول للمنشأة الصحية، أو ما يفيد بأن الترخيص قيد التجديد.

 \* تقديم قائمة بأسماء الأطباء وتخصصاتهم لمراكز جراحة اليوم الواحد/المجمعات الطبية/ المستوصفات.

 \* تقديم صورة من شهادة الترخيص باستخدام الترميز الطبي (ICD-10-AM) المعتمد من المجلس الصحي السعودي لـ (مستشفى/ مركز       جراحة يوم واحد/مجمع طبي / مستوصف).

 \* تقديم تعهد المنشأة الصحية بتدريب منسوبيها على الترميز الطبي المعتمد.

 \* تقديم صورة من شهادة الزكاة والدخل أو خطاب تسهيل من قبل هيئة الزكاة والدخل.

 \* للمستشفيات، تقديم شهادة إعتماد المنشآت الصحية للجودة النوعية إعتباراً من عام 2018م.
  وهي كالتالي:

1-شهادة المجلس المركزي لإعتماد المنشآت الصحية (CBAHI).

2-Joint Commission International (JCI)

3-Accreditation Canada International (ACI)

4-Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

 \* للمستشفيات، تقديم إفادة خطية بأن المدير الإداري والمدير الطبي سعوديي الجنسية،مع إرفاق صورة عقد التوظيف و صورة بطاقة الأحوال

 \* للمجمعات الطبية التي تشمل أكثر من ثلاث عيادات، ( مجمع طبي / مجمع عيادات/ مستوصف / مركز عمليات اليوم الواحد)، تقديم إفادة خطية بأن المدير الإداري سعودي الجنسية، مع إرفاق صورة بطاقة الأحوال.

 \* تقديم صورة احداثيات موقع المنشأة الصحية من google maps.

 \* تسـديد المقابل المالي السنـوي للاعتماد ( حسب فئة المنشأة الصحية واستنادا على نموذج  رقم م/(1011)  قائمة المقابل المالي لاعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية ) بموجب شيـك  مصرفي  باسم  " الأمانة العامة  لمجلس الضمان الصحي التعاوني " أو بالإيداع في حساب الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني لدى البنك " مجموعة سامبا المالية" - فرع حي النخيل-

حساب رقم (9440000000002600956905   IBAN NO.  SA) مع تعبئة و إرسال نموذج إشعار سداد وصورة قسيمة الإيداع أو التحويل إلى الأمانة العامة على الفاكس 4870071 – 011

لمقدم الخدمة الحق بالتقدم بطلب الاعتماد  لأكثر من سنة وبحد أقصى ثلاث سنوات.

التقدم بطلب الإعتماد بعد إستكمال متطلبات الإعتماد وذلك:

1-مناولة في مقر الأمانة العامة للمجلس.
2- إرسال أصل الأوراق إلى مقر الأمانة العامة للمجلس عن طريق صندوق البريد .

3- إرسالة طلبات الإعتماد عن طريق الإيميل hcpa@cchi.gov.sa