

إقرار بصحة بيانات نموذج التقييم الذاتي لقياس جاهزية المرفق الصحي الحكومي والالتزام بتطبيق الإجراءات المنظمة للعلاقة بين المرافق الصحية الحكومية وشركات التأمين (المادة ١١) وقائمة الأسعار

Facility Name:.....
Accreditation Number:.....

اسم المنشأة الصحية
رقم الاعتماد :

We the above mentioned organization consent that all information mentioned in the self-assessment of readiness and submitted evidences are accurate, and correct, and if proven the opposite the organization will be legible for violations and penalties that will be approved by CHI.

نتعهد ممثلي إدارة المنشأة المشار إليها أعلاه بصحة البيانات في نموذج التقييم الذاتي لقياس جاهزية المرفق الصحي الحكومي لتطبيق الإجراءات المنظمة للعلاقة بين المرافق الصحية الحكومية وشركات التأمين (مادة ١١ في نظام الضمان الصحي) وصحة الأدلة المرفقة مع النموذج وإذا ثبت العكس فستكون المنشأة مسؤولة عن الانتهاكات والعقوبات التي سوف تحدد من قبل مجلس الضمان الصحي

We acknowledge commitment to all the bylaws, rules, regulations, decisions and circulars issued by CHI at any time in the health insurance and its regulations. That include the following:

ونقر بالالتزام بكل ما ورد في نظام الضمان الصحي ولائحته التنفيذية والوثيقة الموحدة وما يصدره مجلس الضمان الصحي التعاوني في أي وقت من قرارات وتعاميم /أو تعليمات ومنها:
١- الالتزام بالعمل بنماذج UCAF / DCAF / OCAF
٢- الالتزام والامتثال لمجلس الضمان الصحي على لوائح قانون التأمين الصحي التعاوني.
٣- الالتزام والامتثال لمجلس الضمان الصحي على سياسة سلوكيات قطاع التأمين الصحي الخاص.
٤- الالتزام والامتثال لمجلس الضمان الصحي على لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي.
٥- الالتزام بتقديم ومشاركة الحد الأدنى من البيانات MDS المقرر من مجلس الضمان الصحي
٦- الالتزام والامتثال لمجلس الضمان الصحي على الرسوم السنوية لاعتماد مقدمي الخدمات
٧- الالتزام بتطبيق نظام الفوترة السعودي (SBS) وقائمة الأسعار المعتمدة من المجلس
٨- الالتزام بتطبيق ملاحق اللوائح التنفيذية وعلى ذلك توقع أدناه

- 1- A commitment to use UCAF/ DCAF/ OCAF Forms
- 2- Compliance to the CHI's Regulations of the Cooperative Health Insurance Law.
- 3- Compliance for the CHI's Private Health Insurance Sector Conduct Policy.
- 4- Compliance for the CHI's Health Insurance Beneficiaries Rights.
- 5- A commitment to share the Minimum Data Set approved by CHI.
- 6- A commitment and compliance for the CHI's Annual fee for service providers' accreditation.
- 7- A commitment to implement the Saudi billing system (SBS)and the CHI price list.
- 8- A commitment to implement and comply with CHI's Rules and Regulations.

And so we sign below

| التاريخ | التوقيع | البريد الإلكتروني | رقم التواصل | الإسم | المسمى الوظيفي |
|---------|---------|-------------------|-------------|-------|---|
| | | | | | الشخص المسؤول عن تعبئة النموذج |
| | | | | | المدير الطبي |
| | | | | | مدير تقنية المعلومات |
| | | | | | مدير الجودة |
| | | | | | المدير المالي |
| | | | | | المدير الإداري / المدير التنفيذي للمنشأة |
| | | | | | الرئيس التنفيذي للتجمع الصحي / الشؤون الصحية/ القطاع |