

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٨/٥/١٤٢٠

المملكة العربية السعودية
اللائحة العامة لمجلس الوزراء



ديوان رئاسة مجلس الوزراء
مركز الوثائق
١٠/٢٠٢
٥١٤٢٠/٥/١٥
تمت الموافقة وبلغ رقم ٦٥٢٦
٥١٤٢٠/٥/١٥

قرار رقم (٧١) وتاريخ ٢٧/٤/١٤٢٠ هـ

ان مجلس الوزراء

بعد الاطلاع على المعاملة الواردة من ديوان رئاسة مجلس الوزراء برقم
٨/١٤٧ وتاريخ ١٢/٣/١٤١٨ هـ المشتملة على خطاب معالي وزير الصحة رقم
٣٩/٨٢٥ وتاريخ ١/٨/١٤١٤ هـ المتضمنة طلب معاليه تطبيق الضمان الصحي
التعاوني على جميع المقيمين من غير المواطنين .
وبعد الاطلاع على المحضر رقم (٣١) وتاريخ ١٩/٣/١٤١٦ هـ المعد في هيئة الخبراء .
وبعد النظر في قرار مجلس الشورى رقم (٣٧/٤٣/١٧) وتاريخ ٣٠/١٠/١٤١٧ هـ .
وبعد الاطلاع على المحضرين رقم (٢٩) وتاريخ ١٣/٢/١٤١٩ هـ ورقم (١٠٣)
وتاريخ ٥/٤/١٤٢٠ هـ المعدين في هيئة الخبراء .
وبعد الاطلاع على توصية اللجنة العامة لمجلس الوزراء رقم (٢٠٩) وتاريخ
١٣/٤/١٤٢٠ هـ .

يقرر مايلي :

١- الموافقة على نظام الضمان الصحي التعاوني بالصيغة المرفقة بهذا .

وقد أعد مشروع مرسوم ملكي بذلك صيغته مرفقة بهذا .

٢- أ- تشكل لجنة وزارية تضم كلاً من وزير الصحة ، ووزير المالية والاقتصاد
الوطني، ووزير التخطيط ، ومعالي وزير الدولة عضو مجلس الوزراء
الدكتور محمد آل الشيخ ، ومعالي وزير الدولة عضو مجلس الوزراء الدكتور
مطلب النفيسة لدراسة الاقتراح الخاص بصرف المبالغ التي يتم الحصول
عليها مقابل ماتقدمه المرافق الصحية الحكومية من خدمات صحية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٧١ / م. ١٩
تاريخ ١٤٩٧ / ٤ / ١٤٩٠ هـ



الملك عبدالعزيز آل سعود
الأمين العام لمجلس الوزراء

(٢)

للمستفيدين من الضمان الصحي لمواجهة النفقات الاضافية لتقديم هذه الخدمات وتحسين الخدمات الصحية لهذه المرافق والرفع بما يتم التوصل اليه ، خلال ستة أشهر من تاريخ صدور نظام الضمان الصحي التعاوني .
ب- تشكل لجنة في هيئة الخبراء لإعداد دراسة حول مدى إمكانية تطبيق هذا النظام على السعوديين لدى الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد .
ج- تقوم وزارة الصحة بإعداد دراسة حول مدى إمكانية إيجاد تنظيم يمكن بموجبه استفادة جميع المواطنين من الضمان الصحي التعاوني .

عبدالله
نائب رئيس مجلس الوزراء

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

نظام الضمان الصحي التعاوني

الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) وتاريخ ١٠/٥/١٤٢٠هـ
وقرار مجلس الوزراء رقم (٧١) بتاريخ ٤/٢٧/١٤٢٠هـ

المادة الأولى:

يهدف هذا النظام إلى توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين في المملكة، ويجوز تطبيقه على المواطنين وغيرهم بقرار من مجلس الوزراء.

المادة الثانية:

تشمل التغطية بالضمان الصحي التعاوني جميع من ينطبق عليهم هذا النظام وأفراد أسرهم وفقاً لما جاء في الفقرة (ب) من المادة الخامسة.

المادة الثالثة:

مع مراعاة مراحل التطبيق المشار إليها في الفقرة (ب) من المادة الخامسة وما تقتضيه المادتان الثانية عشرة والثالثة عشرة من هذا النظام يلتزم كل من يكفل مقيماً بأن يشترك لصالحه في الضمان الصحي التعاوني. ولا يجوز منح رخصة الإقامة، أو تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحي التعاوني، على أن تغطي مدتها مدة الإقامة.

المادة الرابعة:

يُنشأ مجلس الضمان الصحي برئاسة وزير الصحة وعضوية:
(أ) ممثل على مستوى وكيل وزارة عن وزارة الداخلية، ووزارة الصحة، ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية، ووزارة المالية والاقتصاد الوطني، ووزارة التجارة، ترشحهم جهاتهم.
(ب) ممثل عن مجلس الغرف التجارية الصناعية السعودية يرشحه وزير التجارة، وممثل عن شركات التأمين التعاوني يرشحه وزير المالية والاقتصاد الوطني بالتشاور مع وزير التجارة.
(ج) ممثل عن القطاع الصحي الخاص، وممثلين اثنين عن القطاعات الصحية الحكومية الأخرى يرشحهم وزير الصحة بالتنسيق مع قطاعاتهم.
ويتم تعيين أعضاء المجلس وتجديد عضويتهم بقرار من مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.

المادة الخامسة:

يتولى مجلس الضمان الصحي الإشراف على تطبيق هذا النظام، وله على وجه الخصوص ما يلي:
(أ) إعداد مشروع اللائحة التنفيذية لهذا النظام.
(ب) إصدار القرارات اللازمة لتنظيم الأمور المتفرقة بشأن تطبيق أحكام هذا النظام بما في ذلك تحديد مراحل تطبيقه، تحديد أفراد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان وكيفية ونسبة مساهمة كل من المستفيد وصاحب العمل في قيمة الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني، وكذلك تحديد الحد الأعلى لتلك القيمة بناءً على دراسة متخصصة تشتمل على حسابات التأمين.

- ج) تأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني.
- د) اعتماد المرافق الصحية التي تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني.
- هـ) تحديد المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في هذا المجال، والمقابل المالي لاعتماد المرافق الصحية التي تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني وذلك بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.
- و) إصدار اللائحة المالية لإبرادات مجلس الضمان الصحي ومصروفاته بما في ذلك أجور العاملين فيه ومكافاتهم، بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.
- ز) إصدار اللائحة الداخلية لتنظيم سير أعمال المجلس.
- ح) تعيين أمين عام المجلس بناء على ترشيح من وزير الصحة، وتشكيل أمانة عامة وتحديد مهماتها.

المادة السادسة:

تغطي المصروفات اللازمة لأداء مجلس الضمان الصحي لأعماله وأجور العاملين فيه ومكافاتهم من الإيرادات التي يتم تحصيلها بموجب الفقرة (هـ) من المادة الخامسة وفق ما يتم الاتفاق عليه بين وزارة الصحة ووزارة المالية والاقتصاد الوطني.

المادة السابعة:

تغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الخدمات الصحية الأساسية الآتية:

أ) الكشف الطبي، والعلاج في العيادات، والأدوية.

ب) الإجراءات الوقائية مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة، والطفولة.

ج) الفحوصات المخبرية والشعاعية التي تتطلبها الحالة.

د) الإقامة والعلاج في المستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات.

هـ) معالجة أمراض الأسنان واللثة، ما عدا التقويم والأطقم الصناعية.

ولا تخل هذه الخدمات بما تقضي به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية وما تقدمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نص عليه هذا النظام.

المادة الثامنة:

يجوز لصاحب العمل توسيع مجال خدمات الضمان الصحي التعاوني، بموجب ملاحق إضافية، وبتكلفة إضافية لتشمل خدمات تشخيصية وعلاجية أخرى أكثر مما نص عليه في المادة السابقة.

المادة التاسعة:

يتم ترتيب ما يتعلق بالإجراءات الوقائية الصحية التي يخضع لها المشمولون بالضمان بما في ذلك الفحوصات واللقاحات في المدة التي تسبق إصدار وثيقة الضمان الصحي التعاوني بقرار من وزير الصحة.

المادة العاشرة:

يتحمل صاحب العمل تكاليف علاج المستفيد من الضمان في الفترة التي تنقضي بين تاريخ استحقاق العلاج وتاريخ الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني.

المادة الحادية عشرة:

- أ- يجوز عند الحاجة تقديم الخدمات الصحية المشمولة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني لحاملها من قبل المرافق الصحية الحكومية، وذلك بمقابل مالي تتحمله جهة الضمان الصحي، يحدد مجلس الضمان الصحي المرافق التي تقدم هذه الخدمة والمقابل المالي لها.
- ب- يحدد وزير الصحي بعد الاتفاق مع وزير المالية والاقتصاد الوطني إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المالي المنصوص عليه في الفقرة السابقة.

المادة الثانية عشرة:

- يكون علاج العاملين في الجهات الحكومية المشمولين بهذا النظام وأفراد أسرهم في المرافق الصحية الحكومية متى كانوا متعاقدين مباشرة مع هذه الجهات وتحت كفالتهما وكانت عقودهم تنص على حقهم في العلاج.

المادة الثالثة عشرة:

- يجوز بقرار من مجلس الضمان الصحي إعفاء المؤسسات والشركات التي تملك مؤسسات طبية خاصة مؤهلة من الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني عن الخدمات التي تقدمها لمنسوبيها.

المادة الرابعة عشرة:

- أ- إذا لم يشترك صاحب العمل أو لم يتم دفع أقساط الضمان الصحي التعاوني عن العامل لديه ممن ينطبق عليه هذا النظام وأفراد أسرته المشمولين معه بوثيقة الضمان الصحي التعاوني، ألزم بدفع جميع الأقساط الواجبة السداد، إضافة إلى دفع غرامة مالية لا تزيد على قيمة الاشتراك السنوي عن كل فرد، مع جواز حرمانه من استقدام العمال لفترة دائمة أو مؤقتة. وتحدد اللائحة التنفيذية الجهة التي تدفع إليها الأقساط الواجبة السداد في هذا الحالة.

- ب- إذا أخلت أي من شركات التأمين التعاوني بأي من التزاماتها المحددة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني، ألزمت بالوفاء بهذه الالتزامات وبالتعويض عما نشأ عن الإخلال بها من أضرار، إضافة إلى دفع غرامة لا تزيد على خمسة آلاف ريال عن كل فرد مشمول بالوثيقة محل المخالفة.

- ج- تشكل بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي لجنة أو أكثر يشترك فيها ممثل عن :

1- وزارة الداخلية.

2- وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.

3- وزارة العدل.

4- وزارة المالية والاقتصاد الوطني.

5- وزارة الصحة.

6- وزارة التجارة.

- وتختص هذه اللجنة بالنظر في مخالفات أحكام هذا النظام واقتراح الجزاء المناسب، ويوقع الجزاء بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي، تحدد اللائحة التنفيذية كيفية هذه اللجنة. ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم، خلال ستين يوماً من إبلاغه.

المادة الخامسة عشرة:

يحل المقيم غير المشمول بكفالة عمل محل صاحب العمل في الالتزامات المترتبة على هذا الأخير بموجب هذا النظام.

المادة السادسة عشرة:

وتتولى وزارة الصحة مراقبة ضمان جودة ما يقدم من خدمات صحية للمستفيدين من الضمان الصحي التعاوني.

المادة السابعة عشرة:

يتم تطبيق الضمان الصحي التعاوني عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية مؤهلة تعمل بأسلوب التأمين التعاوني على غرار ما تقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني، ووفقاً لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (51) وتاريخ 1397/4/4هـ.

المادة الثامنة عشرة:

يصدر وزير الصحة اللائحة التنفيذية لهذا النظام في مدة أقصاها سنة من تاريخ صدوره.

المادة التاسعة عشرة:

ينشر هذا النظام في الجريدة الرسمية ويبدأ تنفيذه بعد تسعين يوماً من صدور اللائحة التنفيذية، أما الأحكام المتطقة بإنشاء مجلس الضمان الصحي واختصاصاته فتعد نافذة من تاريخ نشره.



المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية
مجلس الوزراء
الأمانة العامة

قرار رقم : (٢٤٦)

وتاريخ : ٤ / ٩ / ١٤٢٥ هـ

إن مجلس الوزراء

بعد الاطلاع على المعاملة الواردة من ديوان رئاسة مجلس الوزراء برقم ٣٥٣٨٦/ب/٧ وتاريخ ١٤٢٥/٧/٩ هـ ، المشتملة على المحضر المعد في هيئة الخبراء تنفيذاً للبند (تاسعاً) من قرار مجلس الوزراء رقم (٢٧) وتاريخ ١٤٢٥/٢/١ هـ القاضي بفصل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية إلى وزارتين مستقلتين ، تسمى الأولى (وزارة العمل) وتسمى الثانية (وزارة الشؤون الاجتماعية) ، وإنهاء عمل مجلس القوى العاملة ونقل اختصاصاته وصلاحياته إلى وزارة العمل .
وبعد الاطلاع على قرار مجلس الوزراء رقم (٢٧) وتاريخ ١٤٢٥/٢/١ هـ .
وبعد الاطلاع على نظام الضمان الصحي التعاوني ، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) وتاريخ ١٤٢٠/٥/١ هـ .

وبعد الاطلاع على تنظيم صندوق تنمية الموارد البشرية ، الصادر بقرار مجلس الوزراء رقم (١٠٧) وتاريخ ١٤٢١/٤/٢٩ هـ .

وبعد الاطلاع على المحضر المعد في هيئة الخبراء رقم (١٥٣) وتاريخ ١٤٢٥/٥/١ هـ .
وبعد الاطلاع على توصيتي اللجنة العامة لمجلس الوزراء رقم (٤٤٠) وتاريخ ١٤٢٥/٧/٢١ هـ ، ورقم (٤٨١) وتاريخ ١٤٢٥/٨/٢٠ هـ .

يقرر ما يلي :

أولاً : تكون وزارة العمل هي الممثلة بدلاً من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية سابقاً في مجلس الضمان الصحي التعاوني المنصوص عليه في الفقرة (أ) من



المادة (الرابعة) من نظام الضمان الصحي التعاوني ، وفي لجان الفصل المنصوص عليها في الفقرة (ج) من المادة (الرابعة عشرة) من النظام المذكور .

ثانياً : يعدل البند (أولاً) من المادة (السادسة) من تنظيم صندوق تنمية الموارد البشرية ليكون بالنص التالي :

"أولاً : يتكون مجلس إدارة الصندوق على النحو الآتي :

- ١- وزير العمل رئيساً
- ٢- عضوية ممثلين عن كل من : وزارة المالية ، ووزارة الاقتصاد والتخطيط ، ووزارة التجارة والصناعة ، ووزارة المياه والكهرباء ، والمؤسسة العامة للتعليم الفني والتدريب المهني ، ومعهد الإدارة العامة .
- ٣- ثلاثة أعضاء يمثلون القطاع الخاص يرشحهم وزير التجارة والصناعة ، ويصدر بتعيينهم قرار من مجلس الوزراء .
ويحدد الرئيس من ينوب عنه من الأعضاء في حالة غيابه" .

رئيس مجلس الوزراء



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية

ديوان رئاسة مجلس الوزراء

الرقم ٧٠٠ / ٤٨٥٧١ / ر
التاريخ ٢٤ / ٩ / ١٤٣٥ هـ
المرفقات ٢

سلمه الله

صاحب المعالي وزير الصحة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:-

نبعث لكم طيه نسخة من قرار مجلس الوزراء المؤقر رقم (٢٤٦) وتاريخ ١٤٣٥/٩/٤ هـ القاضي بمايلي :-

أولاً : تكون وزارة العمل هي الممثلة (بدلاً من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية سابقاً) في مجلس الضمان الصحي التعاوني المنصوص عليه في الفقرة (أ) من المادة (الرابعة) من نظام الضمان الصحي التعاوني، وفي لجان الفصل المنصوص عليها في الفقرة (ج) من المادة (الرابعة عشرة) من النظام المذكور.

ثانياً : يعدل البند (أولاً) من المادة (السادسة) من تنظيم صندوق تنمية الموارد البشرية ليكون بالنص التالي :

أولاً : يتكون مجلس إدارة الصندوق على النحو الآتي :

- ١ - وزير العمل
- ٢ - عضوية ممثلين عن كل من : وزارة المالية، ووزارة الاقتصاد والتخطيط، ووزارة التجارة والصناعة، ووزارة المياه والكهرباء، والمؤسسة العامة للتعليم الفني والتدريب المهني، ومعهد الإدارة العامة.
- ٣ - ثلاثة أعضاء يمثلون القطاع الخاص يرشحهم وزير التجارة والصناعة، ويصدر بتعيينهم قرار من مجلس الوزراء. ويحدد الرئيس من ينوب عنه من الأعضاء في حالة غيابه. وحيث تمت الموافقة الكريمة على القرار.. فأمل إكمال اللازم بموجبه.. وتقبلوا تحياتنا..،،،،

عبدالعزیز بن فهد بن عبدالعزيز

رئيس ديوان رئاسة مجلس الوزراء



- نسخة لوزارة الداخلية
- نسخة لوزارة العمل
- نسخة لوزارة الخدمة المدنية
- نسخة لوزارة الثقافة والإعلام
- نسخة لوزارة التجارة والصناعة
- نسخة لوزارة المالية
- نسخة لوزارة الاقتصاد والتخطيط
- نسخة لوزارة الشؤون الاجتماعية
- نسخة لوزارة المياه والكهرباء
- نسخة للأمانة العامة لمجلس الوزراء
- نسخة لديوان المراقبة العامة
- نسخة لهيئة الخبراء بمجلس الوزراء
- نسخة للمركز الوطني للوثائق والمحفوظات



Ref. :

Date :

Attch :

الرقم : ٣٥ / ٩ / ١٤٣٥ هـ

التاريخ : ١٣ / ٤ / ١٤٣٥ هـ

المشروعات :

قرار وزاري

إن وزير الصحة رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني بناء على الصلاحيات المخولة له.

وبناء على المرسوم الملكي السامي الكريم رقم م/١٠ وتاريخ ١٤٢٠/٥/١ هـ القاضي بالموافقة على نظام الضمان الصحي التعاوني.

وبناء على المادة الخامسة من نظام الضمان الصحي التعاوني والتي تنص على أن يتولى مجلس الضمان الصحي التعاوني إعداد مشروع اللائحة التنفيذية لهذا النظام.

وبعد الاطلاع على قرار مجلس الضمان الصحي التعاوني في جلسته الثالثة والتسعين المنعقدة بتاريخ ١٤٣٥/٣/١١ هـ الموافق ٢٠١٤/١/١٢ م بالموافقة على إصدار اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني بالصيغة المرفقة والمقررة في الجلسة الثانية والتسعين والمنعقدة بتاريخ ١٤٣٥/١/٢١ هـ الموافق ٢٠١٣/١١/٢٤ م ، يقرر ما يلي:

أولاً: اعتماد اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي المرفقة بهذا القرار.

ثانياً: يبدأ العمل بهذه اللائحة ووثيقة الضمان الصحي المعدلة والمرفقة بهذا القرار، على أن يتم تطبيق اللائحة الجديدة على النحو التالي:

- (١) وثائق التأمين الصحي الجديدة / أو المجددة التي تبرمها شركات التأمين الصحي اعتباراً من ٢٠١٤/٧/١ م.
- (٢) جميع وثائق التأمين الصحي الصادرة من شركات التأمين الصحي اعتباراً من ٢٠١٥/١/١ م.

ثالثاً: على الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني متابعة إنفاذ هذا القرار.

رابعاً: يتم نشر اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني والوثيقة المرفقة بهذا القرار في الجريدة الرسمية وموقع المجلس على الشبكة العنكبوتية.

وزير الصحة

علي

رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني

د. عبدالله بن عبدالعزيز الربيعية



اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

المقرة في جلسة رقم (٩٣) وتاريخ ١١/٣/١٤٣٥ هـ
والمعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (٩ / ١١ / ١٤٣٥ هـ) وتاريخ ١٣/٤/١٤٣٥ هـ

٣٥

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

وزير الصحة

رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني

د. عبدالله بن عبدالعزيز الربيعه

د. عبدالله بن عبدالعزيز الربيعه



اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
٧-٣	الفصل الأول: التعريفات
٩-٨	الفصل الثاني: المستفيدون
١٢-١٠	الفصل الثالث: التغطية التأمينية بموجب النظام
١٥-١٣	الفصل الرابع: المنافع
١٨-١٦	الفصل الخامس: ضوابط الالتزامات المالية
٢٣-١٩	الفصل السادس: ممارسة أعمال التأمين الصحي
٢٧-٢٤	الفصل السابع: الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية
٣٤-٢٨	الفصل الثامن: العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية
٣٦-٣٥	الفصل التاسع: ضمان جودة الخدمات المقدمة
٣٨-٣٧	الفصل العاشر: الجزاءات
٤٠-٣٩	الفصل الحادي عشر: الأحكام العامة
٤٢-٤١	الفصل الثاني عشر: الملاحق

علي

٢٥



الفصل الأول
التعريفات

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

٢٥

٢٥



الفصل الأول التعريفات

المادة (١): يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها:

- (١) المملكة: المملكة العربية السعودية.
- (٢) النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني المطبق في المملكة.
- (٣) المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني.
- (٤) رئيس المجلس: وزير الصحة.
- (٥) الأمانة العامة: الجهاز التنفيذي للمجلس.
- (٦) المؤسسة: مؤسسة النقد العربي السعودي.
- (٧) التأمينات الاجتماعية: التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.
- (٨) التأمين الصحي: يعني التأمين الصحي الذي يقرره النظام ولائحته التنفيذية وتمارسه شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وفقا لنظام مراقبة شركات التأمين.
- (٩) الوثيقة: وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ١) والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).
- (١٠) التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.
- (١١) المنفعة: نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
- (١٢) أطراف العلاقة التأمينية: حملة الوثائق وشركات التأمين الصحي وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) ومقدمو الخدمة.
- (١٣) حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- (١٤) صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يستخدم عاملا أو أكثر.
- (١٥) العامل: كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيدا عن نظارته.
- (١٦) المؤمن له (المستفيد): هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية لصالحه بموجب الوثيقة.
- (١٧) المعال: الزوج أو الزوجة والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات.
- (١٨) زوج مواطنة: غير السعودي المتزوج بمواطنة سعودية.
- (١٩) زوجة مواطن: غير السعودية المتزوجة من مواطن سعودي.



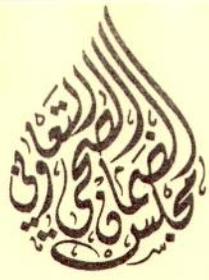
- (٢٠) **البيانات الأساسية:** ما تحدده الأمانة العامة من بيانات خاصة بحامل الوثيقة أو بالمستفيد، وعلى سبيل المثال (بيانات الهوية الوطنية / بيانات إقامة العامل).
- (٢١) **شركة التأمين:** شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
- (٢٢) **شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA):** شركات تسوية المطالبات التأمينية والمصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
- (٢٣) **مقدم الخدمة:** المرفق الصحي (الحكومي / غير الحكومي) المصرح له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.
- (٢٤) **شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة:** مجموعة مقدمو الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحدد من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم، ويتم قيد هذه الخدمات مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول.
- (٢٥) **رفض طلب الاعتماد:** إجراء يخص فقط مرحلة طلب الاعتماد، عندما يتبين للمجلس عدم صحة أي من المعلومات التي قدمها مقدم الخدمة للمجلس من أجل الحصول على الاعتماد (مثل تزوير بعض الأوراق أو التراخيص المقدمة، أو الإدلاء بمعلومات غير صحيحة أو ما شابه).
- (٢٦) **إلغاء الاعتماد:** قرار يتم إتخاذة جراء مخالفة جسيمة يرتكبها مقدم الخدمة للنظام ولائحته.
- (٢٧) **الحالة الطارئة:** العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.
- (٢٨) **برنامج تبادل التعاملات الإلكترونية (SHIB):** برنامج يشرف المجلس على تنفيذه ويهدف إلى تبادل المعلومات والبيانات والتعاملات الخاصة بالتأمين الصحي بين مقدمي الخدمة وشركات التأمين وشركات إدارة المطالبات والمجلس وفق معايير البيانات التأمينية وبطريقة إلكترونية آمنة وموثوق بها.
- (٢٩) **القواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الإلكترونية (SHIB):** القواعد المنظمة لتبادل المعلومات والبيانات والتعاملات الخاصة بالتأمين الصحي بين مقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) والمجلس عن طريق هذا البرنامج لسوق التأمين الصحي السعودي المعتمد من قبل المجلس، وتعتبر هذه القواعد جزءاً لا يتجزأ من هذه اللائحة والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٨).

علي



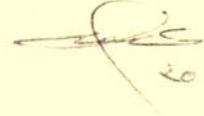
- (٣٠) سجل الوثيقة: السجل الذي يتم التعامل معه أو يتم تداوله من قبل الشبكة الوطنية للتأمين الصحي ويشتمل على الحالات التالية:
- أ) المفعّل: السجل الذي يكون تاريخ إصداره ساري.
- ب) غير المفعّل: السجل الذي يكون تاريخ بداية صلاحيته لاحقاً لتاريخ تفعيله أو لم يتم استخدامه في عملية إصدار أو تجديد إقامة.
- ج) المنتهي: السجل الذي انتهت صلاحيته.
- د) الموقف: السجل الذي تم إيقاف تفعيله من قبل المجلس أو من قبل شركة التأمين لسبب ما.
- (٣١) الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني: هي الأجهزة والبرامج والأشخاص الذين يرتبطون من خلالها، لنقل معلومات وبيانات تخص الضمان الصحي التعاوني.
- (٣٢) القسط (الاشتراك): هو المبلغ الواجب الأداء لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
- (٣٣) نسبة التحمل (المشاركة في الدفع): هو الجزء الذي يقوم المستفيد بدفعه عند تلقي الخدمة العلاجية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.
- (٣٤) النفقات القابلة للاستعاضة: المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من الوثيقة المرفقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ١)، 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.
- (٣٥) 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.
- (٣٦) لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية: لائحة تهدف إلى تنظيم أعمال فرق الزيارات الميدانية الإشرافية لأطراف العلاقة التأمينية للتحقق من التزام كافة الأطراف بالنظام ولوائح التنفيذ والوثيقة الموحدة، والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٧).
- (٣٧) فريق الزيارات الميدانية الإشرافية: فريق عمل يتكون أعضاؤه من منسوبي الأمانة العامة للقيام بزيارة ميدانية إشرافية على أطراف العلاقة التأمينية.
- (٣٨) 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.
- (٣٩) إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

علي
٢٥



(٤٠) التضييل: حدوث سلوكيات من أشخاص أو جهات، بحيث لا تقع هذه السلوكيات تحت تعريف الاحتيال.

(٤١) العقد الاسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية: هو عقد معتمد من المجلس يمكن لأطراف العلاقة التأمينية، الاستعانة به لتنظيم العلاقة بين الشركة ومقدم الخدمة مع مراعاة ما ورد في نص المادة رقم (٩٥) من هذه اللائحة.





المركز الوطني للقياس والمقاييس



الفصل الثاني
المستفيدون

المركز الوطني للأرشفة والمحفوظات

علي
٢٥



الفصل الثاني المستفيدون

المادة (٢): تخضع للضمان الصحي الإلزامي الفئات التالية:

- (١) العاملين من غير السعوديين في القطاع غير الحكومي.
- (٢) المقيمون في المملكة من غير السعوديين والذين لا يعملون في القطاعين العام أو الخاص، ويستثنى من ذلك الأبناء لأم سعودية من زوج غير سعودي سواء كان الأبناء على كفالة الأب أو على كفالة الأم، كما تستثنى الزوجة غير السعودية المتزوجة من مواطن سعودي.
- (٣) أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص الخاضعين للضمان الصحي المحددة صفتهم في الفقرتين (١) و (٢) من هذه المادة، الحاصلون على رخصة إقامة في المملكة.
- (٤) جميع السعوديين العاملين في الشركات والمؤسسات الخاصة وما في حكمها والمبرمة معهم عقود عمل بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه، ويسري هذا الحكم على الفئات الواردة في الفقرة رقم (٢) من هذه المادة.
- (٥) أفراد أسر السعوديين المشار إليهم في فقره (٤) من هذه المادة وذلك على التفصيل التالي:
 - ١-٥ إذا كان العامل ذكراً، يشمل التأمين الصحي زوجته (أو زوجاته) وجميع أولاده دون سن الخامسة والعشرين سنة وبناته غير المتزوجات.
 - ٢-٥ إذا كانت العاملة متزوجة، يشمل التأمين الصحي زوجها إذا كان يعمل في قطاع حكومي مستثنى من الخضوع للتأمين الصحي الإلزامي أو كان يعمل بقطاع آخر لا يوفر له التأمين الصحي الإلزامي، أو كان لا يعمل؛ ويشمل التأمين الصحي الزوجة العاملة في هذه الحالة أيضاً وأبناءها الذكور حتى سن الخامسة والعشرين سنة والبنات غير المتزوجات.

المادة (٣): إذا كان المتقدم بطلب التأمين من غير المشمولين بالنظام، فإنه يحق له الحصول على التأمين الصحي.

المادة (٤): مع مراعاة الفئات المنصوص عليها في المادة رقم (٢) من هذه اللائحة، يستثنى من الخضوع للضمان الصحي الإلزامي جميع العاملين غير السعوديين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية وأفراد أسرهم وذلك ما لم يكن منصوصاً في عقد العمل أو بموجب لوائح تلك الأجهزة والمؤسسات الحكومية على توفير الخدمة الصحية للعامل غير السعودي ولأسرته.

يلى



الفصل الثالث
التغطية التأمينية بموجب النظام

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

علي
٤٥



الفصل الثالث

التغطية التأمينية بموجب النظام

المادة (٥):

- (أ) يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي جميع العاملين لديه الخاضعين لهذا النظام وأفراد أسرهم المشار إليهم في المادة الثانية من هذه اللائحة.
- (ب) يخضع للنظام أصحاب الشركات والمؤسسات التي تملك منشآت طبية خاصة، وعليهم الحصول على التغطية التأمينية المنصوص عليها في الوثيقة كحد أدنى للعاملين لديهم، وذلك عن طريق شركات تأمين صحي.
- (ج) لا يجوز لشركة التأمين رفض أي طلب للتأمين الصحي طالما كان هذا الطلب متوافقاً مع النظام ولائحته.
- (د) تلتزم شركة التأمين المؤمن لديها على منسوبي المؤسسات والشركات التي تملك منشآت طبية خاصة معتمدة بالتعاقد مع المنشأة المعنية لعلاج منسوبي هذه المؤسسات والشركات في نطاق الخدمات الصحية المعتمدة التي تقدمها هذه المنشأة.
- (هـ) على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بكافة البيانات اللازمة لتسجيل منسوبيه في مركز المعلومات الوطني، اللذين يوجد بينهم علاقة تعاقدية عند بداية سريان الوثيقة، ولا يحق لشركة التأمين بعد صدور الوثيقة إضافة أي مؤمن له لديه رقم تسجيل مختلف إلا من التحقق بالعمل لدى صاحب العمل بعد إبرام الوثيقة.
- (و) على صاحب العمل أن يقدم لشركة التأمين ما يثبت مغادرة المؤمن لهم النهائية للمملكة أو نقل الكفالة أو الوفاة، لاستبعادهم من الوثيقة.
- المادة (٦): تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) عند الطلب تفيد بالتأمين على منسوبيه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها ويحدد المجلس محتوى الشهادة.
- المادة (٧): في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من الوثيقة من تاريخ خروجه النهائي من المملكة، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة.
- المادة (٨): يتم تسليم المستفيد نسخة من الوثيقة، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام.
- المادة (٩): يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، وأن يوجه خطاباً بذلك إلى الشركة قبل ٣٠ يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب ويوجه صورته منه إلى المجلس، ويحق لصاحب العمل استعادة جزء من القسط الذي يكون سدده لشركة التأمين ويحسب الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي كما يلتزم صاحب العمل بإعادة بطاقات التأمين إلى الشركة بحلول تاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.

عبد



المادة (١٠): عند انتقال شخص خاضع لهذا النظام للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ انتقاله للعمل لديه، ويعتد بهذا الشأن بتاريخ عقد العمل بالنسبة للعاملين السعوديين وللمقيمين المكفولين من أم أو من زوجة سعودية، وبتاريخ نقل الكفالة بالنسبة للعاملين غير السعوديين الآخرين.

المادة (١١): تشمل التغطية التأمينية المنافع المنصوص عليها في المادة (٧) من النظام ونطاق الأحكام الواردة وما ورد في الفصل الرابع من هذه اللائحة وتحدد الوثيقة المدة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة للتغطية.

المادة (١٢): تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم (بغض النظر عن صيغة عقد التوظيف) وذلك ضمن حدود المنفعة الموضحة في الوثيقة.

المادة (١٣): تشمل التغطية التأمينية علاج الأطفال المولودين عن طريق عمليات الإخصاب الإصطناعي أو المنشطات، ولا تغطي علاجات العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب الإصطناعي.

المادة (١٤): تنحصر التغطية التأمينية للضمان الصحي الإلزامي داخل المملكة العربية السعودية في الخدمات المقدمة التي توفرها شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية وحسب شروط الوثيقة، أما علاج الحالات الطارئة فيمكن للمؤمن له الحصول عليها خارج شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة داخل المملكة.

المادة (١٥): يلتزم صاحب العمل بإجراء التغطية التأمينية على المستفيد من تاريخ الوصول إلى المملكة وتسليمه بطاقة التأمين خلال مدة لا تتجاوز عشرة أيام عمل من تاريخ وصوله.

المادة (١٦): تنتهي التغطية التأمينية عند إستنفاد حد المنفعة الأقصى للوثيقة أو بوفاة المستفيد أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً أو عند انتقاله للعمل لدى صاحب عمل جديد.

المادة (١٧): لا يجوز إلغاء تغطية العامل غير السعودي المتغيب عن العمل إلا بعد إنتهاء علاقته مع صاحب العمل.

عليه



الفصل الرابع
المنافع

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عل
٢٥



الفصل الرابع المنافع

المادة (١٨): يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي:

(١) التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ نسبة التحمل المتفق عليه (إن وجد).

(٢) المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمله لهذه التكاليف مباشرة، بشرط عدم تمكن شركة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة وفي متناول المستفيد أو في حالة رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بدون وجه حق. ويكون رد التكاليف لمن تحمل نفقات العلاج حسب الحدود المنصوص عليها في الوثيقة وفي الحدود التي تدفعها الشركة لمقدم خدمات ذات مستوى مماثل.

المادة (١٩): يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (١٥) من هذه اللائحة.

المادة (٢٠): لا تكون هناك أية مدد انتظار في المنافع في بداية التأمين، ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية على الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية.

المادة (٢١): ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بانتهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (١٦) من هذه اللائحة، ويشمل ذلك موافقات التغطية التأمينية التي لازالت سارية.

المادة (٢٢): تغطي منافع التأمين تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة "للحد من الإعاقة" والتطعيمات واللقاحات الأساسية للأطفال، وذلك حسب ما يقره مجلس الخدمات الصحية وحالات الأمراض السارية التي تحتاج إلى عزل بالمستشفى، والتي يتعين أن يقوم بتقديمها مقدم خدمات متعاقد معه.

المادة (٢٣): يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين والمعتمدة من شركة التأمين وحامل الوثيقة شرط إبلاغ حامل الوثيقة بأي تعديلات تطرأ على الوثيقة والقائمة المرفقة بها.

المادة (٢٤): تشمل التغطية التأمينية نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفيات لمرافق واحد للمستفيد كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة أو حيثما تقتضي ذلك الضرورة الطبية حسب تقدير الطبيب المعالج.

علي



المادة (٢٥): تغطي في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج، ويكون النقل بواسطة خدمات وسائل نقل إسعافية مرخصة.

المادة (٢٦): يقوم كل مستفيد عند تلقي الخدمة الصحية بدفع مبلغ نسبة التحمل المتفق عليه (إن وجد) وذلك حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

المادة (٢٧): في حال نص العقد المبرم بين شركة التأمين وحامل الوثيقة على نسبة التحمل، لا يجوز لمقدم الخدمة إعفاء المستفيد من سدادها.

المادة (٢٨): يجب تسديد مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) من قبل المستفيد لمقدم الخدمة مقابل الحصول على سند استلام.

المادة (٢٩): لا يحق للمستفيد المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة، أو من التغطيات الإضافية التي تم حصوله عليها وفقاً للمادة الثامنة من النظام.

المادة (٣٠): لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات صحية إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو بسبب أمراض مهنية حسب التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية.

المادة (٣١): إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في التأمينات الاجتماعية هو الذي يجب أن يغطي تلك الخدمات، فلشركة التأمين أن توجه طلب التعويض عما تحمّله من نفقات إلى المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.

المادة (٣٢): إذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة التأمين وكانت هذه الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد، ضمن حدود الوثيقة مع مراعاة الأسعار المقررة من وزارة الصحة.

المادة (٣٣): للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادة (٣١) والمادة (٣٢) من هذه اللائحة.

المادة (٣٤): لشركة التأمين الرجوع على الغير الذي تسبب في الأضرار التي عوضت المستفيد عنها عملاً بمبدأ الحلول والإنابة حيث يحق للشركة أن تحل محل المؤمن له في جميع حقوقه المتعلقة بهذه الأضرار بمجرد إثبات قيام الشركة بتسديد هذه المبالغ دون الحاجة للتفويض أو التوكيل من المؤمن له.

علي



الفصل الخامس
ضوابط الالتزامات المالية

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

علي
٢٥



الفصل الخامس ضوابط الالتزامات المالية

المادة (٣٥): تقوم المؤسسة بإفادة المجلس خطيا عند وجود أي ملاحظات على أداء شركات التأمين الصحي أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من قبل المجلس، بما في ذلك الملاحظات المتعلقة بحالات سحب الترخيص أو إيقافه.

المادة (٣٦):

(أ) يتم تحديد قسط التأمين الصحي بالاتفاق بين شركة التأمين وصاحب العمل.

(ب) يجب على شركة التأمين عند تحديد قيمة قسط التأمين الصحي الالتزام بما يلي:

(١) أن تكون الأسعار متوافقة مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي.
(٢) أن لا يؤدي سعر الوثيقة إلى هبوط أو زيادة أسعار منتجات الشركة المعتمدة من المؤسسة.

(٣) يجب أن تكون قيمة الوثيقة مبررة فنيا وترتكز إلى أسس موضوعية، وأن لا تقل قيمتها بأي حال من الأحوال عن التكلفة الحقيقية للوثيقة وما ترتبه من نفقات علاجية معتادة أو محتملة.

(٤) لا يجوز للشركة الاعتماد فقط كأساس لتحديد قيمة قسط وثيقة التأمين الصحي على الأسعار التي تطبقها الشركات الأخرى.

(ج) يكون الحد الأقصى لمنفعة الوثيقة لكل مستفيد خمسمائة ألف ريال سعودي فقط.

المادة (٣٧): يلتزم صاحب العمل بسداد الأقساط عن العاملين لديه ومعاليهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض. ويكون صاحب العمل هو وحده المسؤول عن دفع الأقساط التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية مالم يتفق على جدولة الأقساط. وبالنسبة للأفراد المقيمين في المملكة دون أن يثبت في حقهم وصف "العامل"، فيقع على عاتقهم الالتزام بسداد قسط التأمين الصحي سواء فيما يخص التأمين الصحي الخاص بهم أو بمعاليهم.

المادة (٣٨): في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين إلغاء الوثيقة وعلى شركة التأمين إشعار الأمانة العامة وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدة وحامل الوثيقة، بذلك.

المادة (٣٩): يكون المقابل المالي للمجلس للإشراف على تطبيق النظام بواقع واحد بالمائة من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة، على أن يتم النظر في ملائمة هذه النسبة بالتنسيق مع المؤسسة.

ع



المادة (٤٠): ينشأ صندوق للضمان الصحي التعاوني يكون الهدف منه تغطية المصاريف التي تتجاوز التغطية التأمينية المحددة بموجب وثيقة التأمين، على أن تحدد تبعية هذا الصندوق وتوضع إجراءات وضوابط عمله بما فيها تمويل الصندوق وتحديد المستفيدين منه بالتنسيق فيما بين المجلس والمؤسسة.

المادة (٤١): يتم تمويل مصروفات المجلس من خلال الإيرادات المحصلة من تطبيق النظام وذلك وفقاً لما جاء في المادة رقم (٦) من النظام وتكون على النحو التالي:

- (١) المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين ومقابل التجديد السنوي.
- (٢) المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي له والخاص بشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي.
- (٣) المقابل المالي للإعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية الحكومية وغير الحكومية.
- (٤) المقابل المالي لإشراف المجلس على تطبيق النظام بواقع واحد بالمائة من إجمالي أقساط التأمين الصحي المكتتبة الذي تحصل عليه شركات التأمين المؤهلة حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.
- (٥) الغرامات المالية المستحقة للمجلس، والتي تقضي بها لجنة مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة (١٤) من النظام.
- (٦) التبرعات والهيئات وعوائد الاستثمار.
- (٧) المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر تمويل أخرى مثل إصدار المجلات والكتيبات أو الأعمال الإستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس.

عليه





الفصل السادس
ممارسة أعمال التأمين الصحي

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

علي



الفصل السادس ممارسة أعمال التأمين الصحي

أولاً: شركات التأمين:

المادة (٤٢): تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني شركات التأمين التعاوني المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة من المؤسسة.

المادة (٤٣): لا يسمح لشركات التأمين بممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني إلا بعد تأهيلها من قبل المجلس، ويكون التأهيل مقيداً بمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة.

المادة (٤٤): يتم تأهيل شركات التأمين التعاوني لممارسة التأمين الصحي بناء على طلب يتم تقديمه لهذا الغرض، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في هذه الطلبات في حدود ما يلزم لذلك، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال تسعين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

المادة (٤٥): للمجلس أن يقبل طلب تأهيل الشركات المتقدمة عند توافر الآتي:

- (١) التصريح بممارسة أعمال التأمين الصحي.
- (٢) الجهاز الفني والإداري والطبي والتقني وكذلك أنظمة الموافقات ومعالجة المطالبات وتسديد المستحقات، ويمكن تنفيذ هذه المهام عبر التعاقد مع شركة إدارة مطالبات مؤهلة من المجلس.

المادة (٤٦): تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات والبيانات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل أو عند طلب تجديده:

- (١) اسم وعنوان الشركة.
- (٢) صورة من النظام الأساسي وصورة من عقد التأسيس.
- (٣) أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
- (٤) خطة عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.
- (٥) الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب (للشركات القائمة).

المادة (٤٧): على شركة التأمين إحاطة المجلس قبل إجراء أي تعديل على إجراءات عمل الشركة فيما يخص التأمين الصحي.

عليه



المادة (٤٨): تلتزم شركة التأمين بإحاطة المجلس بالوثيقة أو الوثائق التي يمضي على إبرامها مدة تعادل أو تزيد على (ثلاثة أشهر) دون أن يأتي عليها مطالبة مالية.

المادة (٤٩): يجوز رفض تأهيل أو رفض إعادة تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبين أسباب هذا الرفض وذلك في الحالات التالية:

- (١) حصول المجلس على معلومات من المؤسسة بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة، وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.
- (٢) حصول المجلس على معلومات من المؤسسة تشير إلى عدم قدرة الشركة على الحفاظ على مصالح المستفيدين على الوجه السليم أو عدم قدرتها على الوفاء بتعهداتها بصورة دائمة.
- (٣) في حالة عدم دفع الرسوم المقررة لمنح التأهيل أو تجديده المحدد في المادة (٥٠) من هذه اللائحة.

المادة (٥٠):

- أ) يتقاضى المجلس مقابلًا ماليًا لتأهيل شركات التأمين مقداره مائة وخمسون ألف ريال سعودي فقط عن مدة ثلاث سنوات.
- ب) يتقاضى المجلس مقابلًا ماليًا لتجديد التأهيل لشركات التأمين مقداره خمسون ألف ريال سعودي عن كل سنة.

المادة (٥١): تعتبر الوثيقة سارية المفعول من تاريخ دفع القسط التأميني المتفق عليه.

المادة (٥٢): تعتبر شركة التأمين مسئولة بشكل مباشر أمام صاحب العمل عن أي التزامات أو غرامات تترتب عليه نتيجة عدم التزام شركة التأمين بما ورد في المادة رقم (٥١) والمادة رقم (٥٣) من هذه اللائحة.

المادة (٥٣): يجب على شركة التأمين رفع أسماء الأشخاص المؤمن لهم خلال مدة لا تتجاوز ٤٨ ساعة على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي بعد التحقق من دفع القسط التأميني المشار إليه في الوثيقة.

المادة (٥٤):

دون إخلال بما تضمنته الفقرة (ب) من المادة السادسة والثلاثين من هذه اللائحة، لا يتم اعتماد الوثيقة مباشرة في النظام الآلي للشبكة الوطنية للمجلس إذا كانت قيمة القسط غير مبررة من الناحية الفنية أو غير متوافقة مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي، حتى تقوم شركة التأمين ببيان المعايير والأسباب التي اقتضت احتساب مثل هذه القيمة، ويكون للمجلس قبول هذه المعايير والأسباب ويسمح بتمرير هذه الوثيقة عبر النظام الآلي للبرنامج أو رفضها.

المادة (٥٥): يتم الاتفاق على الأسعار في العقد المبرم بين شركة التأمين ومقدم الخدمة، مع مراعاة الأسعار المقررة من قبل وزارة الصحة.

علي



المادة (٥٦): لا ترتبط التغطية التأمينية للمستفيدين بإصدار بطاقات التأمين لهم، حيث تعتبر شركة التأمين مسؤولة عن كافة المطالبات الطبية من تاريخ سريان الوثيقة وينبغي على الشركة إصدار البطاقات خلال خمسة أيام عمل على الأكثر من تاريخ سريان الوثيقة.

المادة (٥٧): يلغى تأهيل شركة التأمين التي يثبت انها تعمدت أو سمحت أو سهلت أو ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في إصدار وثيقة تأمين صحي لا يقابلها خدمات صحية حقيقية، ويصدر قرار إلغاء التأهيل من قبل رئيس المجلس مسببا من الأمانة العامة ويجوز أن يتضمن القرار النص على مدة معينة تمنع فيها الشركة من العمل في مجال التأمين الصحي.

ثانيا: مقدمو الخدمة الصحية:

المادة (٥٨): يعتمد المجلس مقدمي الخدمات الصحية (الحكومية / غير الحكومية) وفقا لما يلي:

(١) أن يكون مقدم الخدمة في القطاع الخاص قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.

(٢) أن يكون مقدم الخدمة مستوفيا الإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية وفقا للقرارات والتعليمات الصادرة عن المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.

(٣) أن تتوفر في مقدم الخدمة ضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة (٥٩): تتضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة مستويات الخدمات الصحية التالية:

- المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية).
- المستوى الثاني (المستشفيات العامة).
- المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
- مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكتملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات).

المادة (٦٠): يطبق المقابل المالي لاعتماد مقدم الخدمة المقر من المجلس في كل حالة وفقا للمادة (٦١) من هذه اللائحة.

المادة (٦١): يتم اعتماد مقدمي الخدمة بموجب إشعار رسمي صادر عن الأمانة العامة، ويتعين تسديد المقابل المالي المستحق حسب الجدول المعتمد لدى الأمانة العامة لهذا الغرض، والملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٣).

على



المادة (٦٢): يجوز للمجلس إيقاف اعتماد مقدم الخدمة في حال طلب مسؤولي مقدم الخدمة ذلك مع احتفاظ مقدم الخدمة برقم السجل لدى المجلس، وتسوية أية مستحقات مالية سابقة للمجلس عليه.

المادة (٦٣): يجوز للمجلس إلغاء اعتماد مقدم الخدمة بموجب قرار من قبل رئيس المجلس ، وذلك في الحالات التالية:

- (١) إلغاء أو سحب ترخيص وزارة الصحة.
- (٢) وجود ما يثبت الإخلال باشتراطات الاعتماد.
- (٣) تزويد المجلس بمعلومات أو بيانات غير صحيحة.
- (٤) حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة مقدم الخدمة على الحفاظ على صحة المستفيدين.
- (٥) ارتكاب حالات احتيال أو اساءة استخدام أو المساهمة فيها أو تسهيلها أو ثبوت تقصير أو إهمال جسيم.
- (٦) عدم تقديم ما يفيد تطبيق معايير ومتطلبات الجودة المنصوص عليها في الفصل التاسع من هذه اللائحة.
- (٧) عدم دفع المقابل المالي لتجديد الاعتماد.
- (٨) عدم التقيد بضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.
- (٩) رفض أو إعاقة مقدم الخدمة أداء مهام فريق الزيارات الميدانية الإشرافية التابع للمجلس لعمله عند التفتيش عليه.

وفي حال إيقاف أو إلغاء الاعتماد يقوم المجلس بإخطار شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) بذلك.

المادة (٦٤): في حال لم يتم مقدم الخدمة بطلب تجديد الاعتماد خلال السنة التالية وتقدم للأمانة العامة بعد مضي سنة أو أكثر بطلب الإعتماد فإنه يجوز للمجلس المطالبة بالمقابل المالي عن الفتره الماضيه بغض النظر عن مدتها ما لم يثبت رسميا بعدم وجود أي علاقة خلال المدة المذكورة مع شركات التأمين الصحي وتقوم الأمانة العامة بالتأكد من ذلك ولها رفض أي تقرير متى ما ثبت عدم صحته.

المادة (٦٥): عند توافر معلومات موثقة حول ثبوت مخالفات في حق أي من مقدمي الخدمة المعتمدين، يجوز للمجلس إبلاغ لجنة مخالفات المؤسسات الصحية الخاصة التابعة لوزارة الصحة والمختصة بمثل هذه المخالفات.

علي



الفصل السابع
الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات



الفصل السابع الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية

المادة (٦٦): يتولى المجلس الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

المادة (٦٧): للمجلس طلب أي معلومات وبيانات من المؤسسة أو أطراف العلاقة التأمينية والجهات الأخرى المعنية حول جميع المعلومات المتعلقة بتطبيق أحكام النظام.

المادة (٦٨): تتم الزيارات الميدانية الإشرافية لأطراف العلاقة التأمينية وفق الضوابط والمعايير المنصوص عليها في لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية المقررة من المجلس، والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٧).

المادة (٦٩): يجوز لفريق الزيارات الميدانية الإشرافية القيام بزيارة أطراف العلاقة التأمينية (أثناء وقت الدوام الرسمي) دون الحاجة إلى إخطار مسبق من المجلس، ويقوم أعضاء فريق الزيارات الإشرافية بإظهار ما يثبت إنتمائهم للمجلس وتزويد طرف العلاقة بإشعار رسمي يوضح الغرض من الزيارة، وتلتزم أطراف العلاقة التأمينية بالتالي:

- (١) التعاون مع فريق الزيارات الإشرافية.
- (٢) تزويد فريق الزيارات الإشرافية بكافة البيانات والمعلومات التي تحقق أهداف الزيارة.
- (٣) سرعة الرد على الاستفسارات والملاحظات (إن وجدت) حسب ما تحدد الأمانة العامة.

المادة (٧٠): يحق للمجلس إبداء التحفظ على أي من المسؤولين أو المدراء التنفيذيين في شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس وبالتنسيق مع المؤسسة والجهات ذات العلاقة.

المادة (٧١): يجوز للمجلس إلغاء تأهيل شركة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) بموجب قرار من رئيس المجلس ، وذلك في الحالات التالية:

- (١) إلغاء أو سحب الترخيص من قبل المؤسسة.
- (٢) وجود ما يثبت الإخلال باشتراطات التأهيل.
- (٣) تعمد تزويد المجلس بمعلومات أو بيانات غير صحيحة.
- (٤) عدم استخدام شركة التأمين التأهيل خلال اثني عشر شهرا أو إذا أبدت الشركة صراحة تخليها عن التأهيل.
- (٥) التوقف عن الاستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر بدون مبرر يقبله المجلس.
- (٦) حصول المجلس على معلومات تشير إلى عدم قدرة شركة التأمين على تقديم الخدمات الصحية للمؤمن لهم بالشكل المطلوب.

عليه
٢٥



- (٧) التورط في حالات احتيال أو إساءة استخدام.
 (٨) عدم دفع المقابل المالي للإشراف على تطبيق النظام.
 (٩) عدم دفع المقابل المالي لإعادة التأهيل أو تجديد التأهيل لشركة التأمين.
 (١٠) عدم دفع المقابل المالي لتجديد التأهيل لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.
 (١١) عدم التقيد بضوابط ومتطلبات التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.
 (١٢) عند إمتناع أو إعاقه شركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) فريق الزيارات الميدانية الاشرافية عن أداء مهمته الاشرافية.
 ويقوم المجلس في هذه الحالة بإخطار مقدمي الخدمة بذلك.

المادة (٧٢): فيما عدا الحالات المشار إليها في المادة (٧١) من هذه اللائحة، يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول إلغاء التأهيل.

المادة (٧٣): يحق للمجلس في حالة وجود تجاوزات لدى أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية، إيقافه لفترة زمنية محددة عن مزاولة أعمال الضمان الصحي التعاوني مع مراعاة ما ورد في المادة رقم (١٤) من نظام الضمان الصحي التعاوني.

المادة (٧٤): يقوم المجلس بتوفير بيانات ومعلومات أساسية إحصائية حول الضمان الصحي كما يجوز له توفير بيانات ومعلومات إحصائية إضافية بمقابل.

المادة (٧٥): تقوم شركة التأمين (قبل قبول طلب التأمين) في حال كان مقدم الطلب شركة أو مؤسسة، بالتحقق من التالي:

- (١) حصول الشركة أو المؤسسة على سجل تجاري والحصول على نسخة منه.
- (٢) أن خطاب طلب التأمين موقع ومختوم من قبل صاحب العمل.
- (٣) ما يفيد العلاقة التعاقدية وفق الأنظمة الصادرة بهذا الشأن.
- (٤) قائمة بأسماء الأشخاص المراد التأمين لهم مع ضرورة تحقق شركة التأمين من صحة البيانات الأساسية المقدمة من قبل صاحب العمل.
- (٥) سداد القسط المتفق عليه قبل رفع الأسماء على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني.

المادة (٧٦): تقوم شركة التأمين (قبل قبول طلب التأمين) في حال كان مقدم الطلب ليس ملزماً نظاماً بالقيود في السجل التجاري، بالتحقق من التالي:

- (١) التحقق من صحة بيانات هوية صاحب العمل والعاملين المراد التأمين لهم، ووضع الإجراءات اللازمة لذلك.
- (٢) على الشركة الاحتفاظ بسجلات خاصة ببيانات عملائها التي حصلت عليها.
- (٣) تعبئة كافة نماذج طلب التأمين من خلال مقدم الطلب ويوقع عليها.
- (٤) سداد القسط المتفق عليه قبل رفع الأسماء على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني.

عدي



المادة (٧٧): تلتزم شركة التأمين بما يلي:

- (١) التحقق من صحة البيانات الأساسية المقدمة لها من قبل مقدم الطلب قبل القيام بالتأمين.
- (٢) متابعة التزام وسيط التأمين أو وكيل التأمين بمتطلبات واشتراطات التأمين الصحي المنصوص عليها في اللائحة التنفيذية والوثيقة الموحدة.
- (٣) إذا لم ينطوي سلوك المؤمن له أو حامل الوثيقة على احتيال، فإنه لا يجوز لشركة التأمين رفض التغطية بسبب يرجع إلى عدم دقة أو عدم صحة البيانات الأساسية الخاصة بالمؤمن له.
- (٤) لا يجوز لشركة التأمين التعامل مع وسيط تأمين أو وكيل تأمين لبيع وتسويق وثائق التأمين الصحي إلا إذا كان مرخصاً له من قبل المؤسسة. وفضلاً عن الإجراءات التي تتخذها مؤسسة النقد بشأن مخالفة هذا الإلتزام، فإن شركة التأمين تكون هي المسئولة أمام المجلس عن وثائق التأمين الصحي التي تبرمها عن طريق أشخاص أو جهات غير مرخصة ببيع وثائق التأمين الصحي.

المادة (٧٨): يمكن لشركة التأمين الاستفادة من قواعد البيانات المتوفرة في الشركات المتخصصة على غرار شركة العلم لأمن المعلومات والشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة)، بهدف التحقق من صحة المعلومات المرغوب تأكيدها.

المادة (٧٩): يتحمل صاحب العمل المسؤولية المترتبة عن أي أضرار ناجمة عن إبرام وثائق تأمين صحي صادرة من جهات غير مرخصة، ويحق للمجلس إتخاذ الإجراءات النظامية عند ثبوت مثل هذه الممارسات.

المادة (٨٠): يلتزم كافة أطراف العلاقة التأمينية بإخطار المجلس في حالة حدوث تجاوزات داخلية (إن وجدت) خلال (٥ يوم عمل) من تاريخ اكتشافها.

المادة (٨١): على شركات التأمين ومقدمي الخدمة تكوين وحدة لإستقبال ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين وحملة الوثائق، وفي حالة عدم حل الشكوى يتقدم الشاكي إلى المجلس إذا كانت المخالفة تتعلق بأحكام هذا النظام.



الفصل الثامن
العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات



الفصل الثامن العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

المادة (٨٢): طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة وشركة التأمين.

المادة (٨٣): يقوم صاحب العمل بالتأمين الصحي على منسوبيه من خلال إبرام وثيقة تأمين صحي مع شركة تأمين مؤهلة من المجلس.

المادة (٨٤): يزود صاحب العمل شركة التأمين بالبيانات الأساسية التي يتطلبها إبرام الوثيقة وفقا لما ورد في نموذج الإفصاح الطبي الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٦)، 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 جميع الأحوال فإن البيانات الواردة في نموذج الإفصاح أو تلك المتنازل عنها هي التي يعتد بها لتحقيق واجب الإفصاح الذي يتطلبه إبرام الوثيقة، كما أن نموذج الإفصاح هو الذي يعتد به وفقا لما هو مطلوب في هذه المادة.

المادة (٨٥): على صاحب العمل تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها الشركة، وإذا توفر لشركة التأمين مبررات معقولة للشك في صحة هذه المعلومات يمكن للشركة أن ترفع الأمر للمجلس بعد قيامها بإرفاق ما يثبت ذلك. ويلتزم صاحب العمل بناء على طلب المجلس بتقديم كافة المستندات المطلوبة.

المادة (٨٦): يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها وذلك من خلال الوسائل المناسبة مثل: المطويات، الشرح المباشر، المواقع الإلكترونية.

المادة (٨٧): مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات يتم تنفيذ الجزاءات المقررة نظاما من قبل الجهات المختصة بحق المستفيد الذي يثبت عليه إساءة الاستخدام أو الاحتيال.

المادة (٨٨): يلتزم أطراف العلاقة التأمينية بالمتطلبات الخاصة بتصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها وفق النموذج الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٥).

المادة (٨٩): يلتزم كل من شركات التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدمو الخدمات الصحية وأصحاب المهن الحرة العاملين في مجال الضمان الصحي التعاوني بمراعاة ما يلي:

- (١) تقديم الخدمات وفقا للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة التي تتفق والأساليب الطبية والحديثة المقبولة والمتعارف عليها، ولا يجوز لمقدمي الخدمة التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه أعلاه.
- (٢) أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية.

تدلي



المادة (٩٠): على أطراف العلاقة التأمينية كل فيما يخصه الالتزام بما يلي:
(١) دون الإخلال بالمادة (٣٦) من هذه اللائحة، يتم تسديد أقساط شركات التأمين حسب ما يتم الاتفاق عليه.

(٢) سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين.

(٣) إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف تقديم العلاج للمستفيدين من قبل مقدم الخدمة إلى شركة التأمين خلال ١٥ دقيقة كحد أقصى من وقت تعبئة الطبيب المعالج للطلب، مع مراعاة معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٢).

(٤) الرد من قبل شركات التأمين على طلب مقدم الخدمة الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال ٦٠ دقيقة كحد أقصى من وقت إستلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسمياً.

(٥) الرد من قبل مقدم الخدمة على استفسارات أو ملاحظات شركات التأمين (إن وجدت) حول طلب الموافقة خلال ٣٠ دقيقة كحد أقصى من وقت الاستلام.

(٦) في حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة في المدة المحددة من إرسالها يتم التعامل مع هذه الحالة على أساس الموافقة، وذلك بعد التأكد من أن شركة التأمين استلمت طلب الموافقة أثناء هذه المدة المحددة.

(٧) رفع المطالبات من قبل مقدم الخدمة إلى شركة التأمين مباشرة أو من خلال شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) خلال مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل من تاريخ استحقاق المطالبات، وذلك ما لم يكن تجاوز تلك المدة قد إرتضته صراحة أو ضمناً شركة التأمين، أو كان راجعاً إلى عذر مقبول.

(٨) تسوية مطالبات مقدم الخدمة من قبل شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل من تاريخ استلام المطالبات.

(٩) رفع المطالبات عن النفقات القابلة للاستعاضة من قبل حامل الوثيقة إلى شركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) خلال مدة لا تزيد عن ٣٠ يوم عمل من تاريخ استحقاق المطالبات، ما لم يكن هناك مبرر معقول لتجاوز هذه المدة.

(١٠) تزويد شركة التأمين من قبل حامل الوثيقة بالمستندات المؤيدة للمطالبات التي تطلبها الشركة خلال مدة لا تزيد عن ٣٠ يوم عمل من تاريخ الطلب.

(١١) تعويض حامل الوثيقة من قبل شركة التأمين عن النفقات القابلة للاستعاضة حسب الأسعار السائدة خلال مدة لا تزيد عن ١٥ يوم عمل من تاريخ إكمال الطلب.

(١٢) متابعة وإنهاء المطالبات الطبية من قبل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي المؤهلة من المجلس (TPA) لضمان السداد خلال الفترة المحددة في الفقرة أعلاه، وذلك وفق القواعد المنظمة المقررة من المجلس لهذا الغرض.

علي



المادة (٩١): تكون المسؤولية على شركة التأمين ومقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيهم أو أعضائهم بالاحتيال أو إساءة الاستخدام أو التزوير عند تقديم الخدمة.

المادة (٩٢): على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه، ويكون مسئولاً عن أية مصاريف تنشأ نتيجة عدم الالتزام بهذا الشرط.

المادة (٩٣): تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير منافع الوثيقة بإبرام عقود خدمات صحية مباشرة مع مقدمي خدمة معتمدين من المجلس، ولا يستعاض عن ذلك بتعاقدات شركات إدارة المطالبات مع مقدمي الخدمة.

المادة (٩٤): في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرفق رعاية أولية، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمة ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية. وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقل المستفيد بعد استقرار حالته الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة. وفي الحالات غير الطارئة يلزم تحويل المستفيد من خلال طبيب عام أو مرفق رعاية أولية.

المادة (٩٥): يمكن لأطراف العلاقة التأمينية الإستعانة بعقد الخدمات الصحية الاسترشادي الملحق بهذه اللائحة (ملحق رقم ٤) المعتمد من المجلس الذي ينظم العلاقة بين الأطراف المعنية على أن يراعي التعاقد على الأقل ما يلي:

- (١) الحقوق والالتزامات المشتركة والجزاءات الواجبة في حالة الإخلال بها.
- (٢) التزام مقدم الخدمة بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (١١٩) و (١٢٠) من هذه اللائحة.
- (٣) التزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (٨٩) من هذه اللائحة وأن يهيئ ما يقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك.
- (٤) مقدار الأجور وإجراءات التسوية، وتسوية المبالغ المستحقة عن الوصفات الطبية التي تم صرفها.
- (٥) الاشتراطات المسبقة لتوجيه الإنذارات ومهلة تلك الإنذارات.
- (٦) طريقة تسوية المنازعات الناشئة عن عقد الخدمات الصحية.

المادة (٩٦): على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإن شركة التأمين لا تتحمل نفقة العلاج.

المادة (٩٧): على مقدم الخدمة المطالبة بمستحققاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل، ما لم يكن هناك مبرر معقول للتأخير.

عليه
٢٥



المادة (٩٨): على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن ٤٥ يوم عمل من تاريخ إستلام الشركة للمطالبة المكتملة والمقبولة.

المادة (٩٩): على أطراف العلاقة التأمينية الالتزام بنظام الترميز الطبي المعتمد من المجلس

^{**} (NDC / AR – DRG / ICD-١٠ AM Version ٦) وذلك في وصف الحالة والعلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحقات حسب التوقيت الذي يحدده المجلس، وكذلك الالتزام بالقواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الالكترونية (SHIB) المقررة من المجلس والملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٨).

المادة (١٠٠): يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع الإلتزام بشروط الإلغاء الموضحة في العقد المبرم بينهما وذلك في حالة عدم الرغبة في إستمرار العقد أو تأخر شركة التأمين عن سداد مستحقاته أو تجاوز الرفض من شركة التأمين الحد المسموح به بين الطرفين، وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

المادة (١٠١): على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدين، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين، وعلى شركة التأمين إبلاغ شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

المادة (١٠٢): على شركة التأمين وحامل الوثيقة مراعاة ظروف المستفيدين وذلك بتقديم شبكة مقدم خدمة تتناسب مع احتياجات المستفيدين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.

المادة (١٠٣): يجب على مقدم الخدمة تقديم الخدمة مباشرة للحالات الطارئة فوراً ودون الحاجة للرجوع إلى شركة التأمين على أن يتم إبلاغ الشركة خلال ٢٤ ساعة من وقت إستقبال الحالة.

المادة (١٠٤): على شركة التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيون فما فوق مرخص لهم من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتحقق من إشتراطات طلب التدخل الطبي في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (٨٩) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المستفيدين، وتكون الأفضلية للسعوديين.

(**): (NDC: National Drug Code/ ICD-١٠ AM V٦: International Classification of diseases Coding-Australian Modification) / AR-DRG: Australian Refined Diagnoses Related Groups)



المادة (١٠٥): يكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات التأمين استقلال مهني ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهام المراقبة ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المستفيدين.

المادة (١٠٦): يلتزم مقدم الخدمة أو المؤمن لهم بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وان يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقا لأحكام المادة (١٠٤) من هذه اللائحة، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والاطلاع على الملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة ذلك لإنجاز مهام المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.

المادة (١٠٧): يخضع الأطباء العاملون في شركات التأمين لنظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

المادة (١٠٨): يجوز لشركة التأمين إلغاء عقد الخدمات الصحية مع أحد مقدمي الخدمة مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة، وكذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما إذا لمست من مقدم الخدمة إخلالا بتقديم الخدمة بعد التنسيق مع حامل الوثيقة.

المادة (١٠٩): يحق لشركة التأمين طلب المعلومات المتعلقة بتفاصيل الحالة الطارئة والالتزامات المترتبة عليها من المستفيد أو من مقدم الخدمة.

المادة (١١٠): يلتزم المستفيد بأن يتم إعادة الكشف عليه من قبل طبيب ممارس مرخص تحدده شركة التأمين، إذا رغبت الشركة في ذلك وتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

المادة (١١١): يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بإبراز بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمة الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج.

المادة (١١٢): يجب على المستفيد مراعاة الآتي عند طلب الخدمة الصحية:

أ) على المستفيد أن يقوم بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو أحد الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين ويكون التحويل إلى أخصائي أو استشاري بقرار من الطبيب العام.

ب) في حالة استمرار حاجة المستفيد الذي سبق تحويله من الطبيب العام لمراجعة الأخصائي أو الاستشاري لنفس المرض الذي حول بسببه، فإنه يحق له ذلك دون الحصول على تحويل من الطبيب.

ج) يتحمل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة.

على



المادة (١١٣): تقتصر التوصية بالتنويم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كاف ويمكن الإستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد حسب طبيعة الحالة المرضية وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإن المستفيد يلتزم بتحمل فرق تكلفة العلاج.

المادة (١١٤): لا يجوز التعاقد المباشر بين شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) وحامل الوثيقة لغرض تقديم خدمات التأمين الصحي.

المادة (١١٥): تغطي شركات التأمين تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع.

المادة (١١٦): لا يحق لشركات التأمين التعاقد مع العيادات الداخلية داخل مقر صاحب العمل ما لم تكن تلك العيادات لديها ترخيص من وزارة الصحة ولديها إعتداد ساري من الأمانة العامة.

المادة (١١٧): لا يجوز لأصحاب العمل الاشتراط صراحة أو ضمنا على شركات التأمين الصحي إستعادة مبالغ مالية ناجمة عن تدني أو تقليل تكاليف الخدمات الصحية التي تتحملها هذه الشركات.

المادة (١١٨): على شركة التأمين إشعار الأمانة العامة قبل التعاقد مع أي شركة إدارة مطالبات تأمين صحي (TPA).

على



الفصل التاسع
ضمان جودة الخدمات المقدمة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه
٤٥



الفصل التاسع ضمان جودة الخدمات المقدمة

المادة (١١٩): يحق للمجلس التأكد من تحقق الاشتراطات والمعايير الواجب توافرها لدى مقدمي الخدمات الصحية وفق معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية ومعايير ومتطلبات وضوابط التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة (١٢٠): تغطي إجراءات المجلس المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية ما يلي كحد أدنى:

- (١) المعايير الخاصة بغرف الكشف الطبي لمقدمي الخدمات المعتمدين.
- (٢) التفقيش المنتظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة في مواقعها ودون إشعار مسبق من قبل موظفي المجلس أو من يعينهم من المؤهلين من خارج المجلس.
- (٣) تقييم عقود الخدمات الصحية من حيث تعهدها بالمحافظة على ضوابط الجودة النوعية.
- (٤) ومتطلبات وضوابط التعاملات الالكترونية المقررة من المجلس.

المادة (١٢١): يلتزم مقدمو الخدمة المعتمدين من المجلس بالقيام كل ثلاث سنوات بتقديم تقرير للمجلس يوضح مدى التزامهم بمتطلبات الجودة النوعية الذي أقره المجلس المركزي لإعتماد المنشآت الصحية في المملكة، وفي حال إخلالهم بهذا الشرط فيحق للمجلس إلغاء الاعتماد.

المركز الوطني للوقاية من الأمراض والحفظ

علي



المركز الوطني للأرشفة والمحفوظات

علي
٢٥



الفصل العاشر الجزاءات

المادة (١٢٢): تشكل لجنة أو أكثر للنظر في مخالفات أحكام النظام بقرار من رئيس المجلس بموجب المادة (١٤) من النظام تسمى لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وإقتراح الجزاء المناسب ويوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه.

المادة (١٢٣): تقدم الشكوى من الطرف المعني كتابة للأمانة العامة خلال تسعين يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى ما لم تكن هناك ظروف معقولة حالت دون تقديم الشكوى خلال هذه المدة.

المادة (١٢٤): تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة، وإفادة المتقدم بالشكوى خلال ١٥ يوم عمل من تاريخ قرار البت في الشكوى وفق لائحة لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني الملحقة بهذه اللائحة (ملحق رقم ٩).

المادة (١٢٥): تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (١٢٢) و (١٢٦) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية.

المادة (١٢٦): إذا تبين للجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني أن الشكوى كيدية، فلها إتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة.

علي



الفصل الحادي عشر
الأحكام العامة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه



الفصل الحادي عشر الأحكام العامة

المادة (١٢٧): لا يسمح لأعضاء المجلس أو منسوبي الأمانة العامة بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها أثناء أو بعد تركهم العضوية أو العمل، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد ألم بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية.

المادة (١٢٨): للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (١٢٧) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية:

- (١) فحص الطلب المقدم من شركة التأمين أو من شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA) للحصول على التأهيل أو تجديد التأهيل أو من مقدم الخدمة للحصول على الاعتماد أو تجديد الاعتماد.
- (٢) في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة للمجلس.
- (٣) في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة (١٤) من النظام.
- (٤) التوجيهات الصادرة من المجلس.

المادة (١٢٩): تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب ما يصدره المجلس من قرارات وتعليمات وخطط تنفيذية متعلقة بهذا الشأن.

المادة (١٣٠): على جميع شركات التأمين الالتزام بإبرام الوثائق المعتمدة من المجلس كحد أدنى لتغطية المستفيدين الذين ينطبق عليهم النظام.

المادة (١٣١): يقوم المجلس بمراجعة وإجراء التعديلات على هذه اللائحة كل ثلاث سنوات أو كلما دعت الحاجة، ويصدر بذلك قرار من رئيس المجلس.

المادة (١٣٢): تصدر هذه اللائحة المعدلة بقرار من رئيس المجلس ويبدأ تطبيقها بعد مرور (٣٠) يوم) من تاريخ نشرها في الجريدة الرسمية، وفق ضوابط التطبيق المضمنة في قرار اعتمادها.

عليه
٤٥



الفصل الثاني عشر
الملاحق

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

علما
٢٥



الفصل الثاني عشر الملاحق

المادة (١٣٣): يحتوي هذا الفصل على مجموعة ملاحق تعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذه اللائحة على النحو التالي:

- (أ) ملاحق تشمل المستندات التي أشير إليها في بعض مواد هذه اللائحة، كما يلي:
- ملحق رقم (١): وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة المعتمدة من المجلس.
- ملحق رقم (٢): معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج.
- ملحق رقم (٣): جدول المقابل المالي السنوي لإعتماد مقدمي الخدمات الصحية من المجلس.
- ملحق رقم (٤): نموذج العقد الإسترشادي لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- ملحق رقم (٥): نموذج البطاقة التأمينية الموحدة المعتمدة من المجلس.
- ملحق رقم (٦): نموذج الإفصاح الطبي عن أي معلومات صحية للمؤمن له.
- ملحق رقم (٧): لائحة تنظيم أعمال الزيارات الميدانية الإشرافية المقررة من المجلس.
- ملحق رقم (٨): القواعد التنظيمية لبرنامج التعاملات الإلكترونية (SHIB) لسوق التأمين الصحي السعودي.
- ملحق رقم (٩): لائحة لجنة النظر في مخالفات أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني.
- (ب) ملاحق تم الاستعانة بها كمراجع أخرى على النحو التالي:
- ملحق رقم (١٠): المرسوم الملكي رقم م / ٣٢ في ١٤٢٤/٦/٢ هـ القاضي بالموافقة على نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني.
- ملحق رقم (١١): قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (٢٤٠) وتاريخ ١٤٣٢/١٠/٢٦ هـ القاضي بالموافقة على نظام المؤسسات الصحية الخاصة.
- ملحق رقم (١٢): قرار مجلس الوزراء رقم (٤٠) في ١٤٢٧/٢/٢٧ هـ القاضي بتطبيق التعاملات الإلكترونية الحكومية.
- ملحق رقم (١٣): قرار مجلس الوزراء رقم (١٦٥) في ١٤٣٢/٥/٢٨ هـ القاضي بالموافقة على تنظيم الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد.



عليه



ملحق رقم (١)

وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه
٢٥



وثيقة الضمان الصحي التعاوني

المقرة في جلسة رقم (٩٣) وتاريخ ١١/٣/١٤٣٥ هـ

والمعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (٩ / ٣ / ١١ / ض) وتاريخ ١٣/٤/١٤٣٥ هـ

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه
٢٥



وثيقة الضمان الصحي التعاوني

رقم الصفحة	الموضوع
٨ - ٣	القسم الأول - التعريفات
١٠ - ٩	القسم الثاني - النفقات القابلة للإستعاضة / المنافع
١٣ - ١١	القسم الثالث - التحديدات والاستثناءات
٢٠ - ١٤	القسم الرابع - الشروط العامة
٢٥ - ٢١	جدول الوثيقة
٢٦	ملحق الوثيقة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه

٣٥



القسم الأول - التعريفات

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه



القسم الأول - التعريفات

يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها أينما وردت في هذه الوثيقة أو ملاحقها أو مرفقاتها، وفقاً للتعريفات الواردة أدناه:-

(١) **التأمين:** البينة الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.

(٢) **مدة التأمين:** المدة المبينة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.

(٣) **مدة سريان المفعول:** عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الاشتراك المبين في جدول الوثيقة.

(٤) **تاريخ الابتداء:** التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبدء عنده التغطية التأمينية.

(٥) **تاريخ النفاذ:** التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه الشركة لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن له في الوثيقة.

(٦) **المنفعة:** نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.

(٧) **التغطية التأمينية:** المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة في هذه الوثيقة.

(٨) **حدود التغطية:** الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن له وذلك قبل تطبيق نسبة التحمل.

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

(١٠) **شركة التأمين:** شركة التأمين التعاوني المصرح لها بالعمل في المملكة من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.

(١١) **حامل الوثيقة:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.

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

(١٣) **العامل:** كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته أو إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.

(١٤) **المعال:** الزوج أو الزوجة والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات.

(١٥) **مقدم الخدمة:** المرفق الصحي (الحكومي / غير الحكومي) المصرح له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.

عليه



(١٦) شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحدد من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة للمؤمن له ويتم ذلك بالقيود مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن له بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الخدمات الصحية التالية:

- المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية).

- المستوى الثاني (المستشفيات العامة).

- المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).

- مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات)

(١٧) المستشفى: مرفق صحي معتمد من المجلس، ومقبول من حامل الوثيقة والشركة ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقا للأنظمة المعمول بها لتقديم الخدمات الصحية التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة. إن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور المنامة أو الضيافة أو الإستراحات أو دور النقاهاة أو المصحات أو أماكن رعاية الأشخاص المتحفظ عليهم أو ماوى كبار السن أو المضطربين عقليا أو أي مكان يستخدم أساسا لإيواء ومعالجة مدمني المخدرات أو الكحول.

(١٨) الطبيب المرخص: مزاوول مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل العلمي المناسب والمرخص له بمزاولة مهنة الطب من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ويكون مؤهلا ومقبولا من حامل الوثيقة والشركة لتقديم المعالجة التي يمكن المطالبة بالتعويض عن تكاليفها المادية بموجب هذه الوثيقة.

(١٩) العلة: المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص قبل وخلال مدة التأمين.

(٢٠) الحادث: الذي يحدث فجأة وليس من المتوقع في مسار الحياة العامة خلال مدة التأمين.

(٢١) حادث السير: هو إصطدام غير مقصود وغير مرغوب فيه لعربة، أو مركبة أو ميكانيكية أو كهربائية سواء كانت سيارة أو حافلة، خاصة أو عامة، مع عربة أو مركبة أخرى، في حالة وقوف أو حركة، أو مع جسم ثابت كالبناء أو الحاجز أو العمود أو الشجرة أو ما شابه، أو مع شخص من المشاة، في أي من الطرق أو الشوارع، مما قد يؤدي إلى إصابات جسدية خفيفة الشدة إلى الشديدة الخطورة، وقد تصل لحد الإعاقة الجسدية أو إلى الوفاة أو خسائر مادية جزئية أو كلية في الممتلكات.

(٢٢) الوسائط الخارجية العنيفة: أي وسائط ينتج عنها حادث أو إصابة للمؤمن له.

عليه



- (٢٣) الأخطار الشخصية: أي فعل يقوم به الشخص أو أي ممارسة يقوم بها الشخص متعارف على أنها منطوية على مخاطر التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن تحدث مضاعفة لمرض أو إصابة سابقة.
- (٢٤) الحالة الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع.
- (٢٥) المعالجة في العيادات الخارجية: تردد الشخص المؤمن له على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علة.
- (٢٦) جراحة أو معالجة اليوم الواحد: الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للدخول في مركز معالجة ليوم واحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي.
- (٢٧) التنويم في المستشفى: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض منوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي على الأقل بناء على تحويل من الطبيب المختص.
- (٢٨) الحساسية: تحسس الفرد، بصفة خاصة، لأنواع معينة من الغذاء، الدواء، الطقس، غبار الطلع أو أية محدثات أخرى من النباتات، الحشرات، الحيوانات، المعادن، العناصر أو المواد الأخرى، حيث يعاني الفرد ردود فعل بدنية يسببها الإتصال المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكاك، الحمى القشبية، الأكزيما، الصداع.
- (٢٩) التشوه الخلقي: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجودا عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي.
- (٣٠) الحمل والولادة: أي حالة حمل و/ أو ولادة ويشمل ذلك الولادة الطبيعية والقيصرية والإجهاض.
- (٣١) الحالات النفسية الحادة: إضطراب في التفكير أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها، ويكون هذا الإضطراب شديدا إذا سبب خلافا في أي إثنين من الوظائف التالية:
- ١- حسن التقدير (تقدير الأمور من حيث حسنها أو سوءها ليس بصحته وخطأه وإنما بطريقة إتخاذ القرار).
 - ٢- السلوك الإنساني.
 - ٣- القدرة على تمييز الواقع.
 - ٤- مواجهة متطلبات الحياة الاعتيادية.
- وتغطي هذه الوثيقة تشخيص وعلاج هذه الحالات خلال مدة الوثيقة.
- (٣٢) حالات الإعاقة: مصطلحا جامعا يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للإعتلال / الخلل العضوي، ومحدودية النشاط، والقيود التي تحد من المشاركة.
- (٣٣) إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي): جزء مكمل للرعاية الصحية الشاملة وتطبيقاتها من أجل إعادة الشخص الذي يعاني من ضعف مستمر إلى أفضل مستوى من الأداء في حياته الأسرية والاجتماعية



والذي بدوره سيزيد من فاعلية نظام الرعاية الصحية الذي يمكن أن يقاس بالتكلفة وتحليل المنافع، وتغطي هذه الوثيقة إجراءات وفحوصات التشخيص والعلاج لحالات إعادة التأهيل خلال مدة سريان الوثيقة.

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

(٣٥) **نسبة التحمل (المشاركة في الدفع):** هو الجزء الذي يقوم المستفيد بدفعه عند تلقي الخدمة العلاجية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

(٣٦) **أساس التقييد المباشر أو على حساب الشركة:** تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعينين من قبل الشركة حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب الشركة.

(٣٧) **أساس تعويض البديل:** الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها المؤمن له ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق نسبة التحمل.

(٣٨) **النفقات القابلة للاستعاضة:** المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من الوثيقة المرفقة بهذه اللائحة، 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.

(٣٩) **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.

(٤٠) **المستندات المؤيدة للمطالبة:** جميع المستندات التي تثبت عمر المؤمن له وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وما يثبت سداد التكاليف. كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، الفواتير، الإيصالات، الوصفات الطبية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أخرى قد تطلبها الشركة.

(٤١) **تعويض النفقات في حادث السير:** مطالبة طبية ناجمة عن حادث سير لتغطية شخص مصاب نتيجة هذا الحادث و سواء كان هو الصادم أو المصدوم، وإذا كانت نفقات المطالبة هذه قابلة للاستعاضة للشخص المصاب بمعنى أنها مغطاة بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، فإن على شركة التأمين التي تم إبلاغها أولاً مسؤولية تغطية الشخص المصاب ومتابعة علاجه طبياً ومسؤولية تعويض تلك النفقات، وتحل محل المؤمن له أي الشخص المصاب في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

علي



(٤٢) المصاريف الطبية المعقولة والمعتمدة:

(أ) المصاريف الطبية المتفق عليها بين شركة التأمين ومقدم الخدمة التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء المرخصين أو المستشفيات في المملكة والمتعارف عليها في السوق.

(ب) المصاريف الطبية التي لا تختلف جذريا عما يعتبره الطبيب المرخص مقبولا باعتباره عاديا وطبيعيا بالنسبة لأي علة مماثلة، وتتم المطالبة بالمصاريف الطبية المتعلقة بها بموجب هذه الوثيقة.

(٤٣) مصاريف إعادة رفات المتوفى إلى موطنه الأصلي: جميع مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

(٤٤) 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.

(٤٥) إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

(٤٦) التضليل: حدوث سلوكيات من أشخاص أو جهات، بحيث لا تقع هذه السلوكيات تحت تعريف الاحتيال.

(٤٧) الملحق: مستند تصدره الشركة على نموذج رسمي مؤرخ وموقع عليه من موظف مخول بذلك كدليل على صحة أي تعديل في الوثيقة، بحيث لا يمس التغطية الأساسية، بناء على طلب خطي من حامل الوثيقة.

(٤٨) ملحق الوثيقة: تم تخصيص ملحق لهذه الوثيقة ويحتوي على التعليمات والإجراءات ذات العلاقة بتطبيق هذه الوثيقة.

عليه



القسم الثاني - النفقات القابلة للاستعاضة / المنافع



المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

١٤٣٥
١٤



القسم الثاني - النفقات القابلة للاستعاضة / المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة تعني المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من هذه 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.

وبناء عليه، سوف تشمل النفقات القابلة للاستعاضة ما يلي:

(١) المنافع الصحية:

- (أ) جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
- (ب) جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والحمل والولادة.
- (ج) معالجة أمراض الأسنان واللثة.
- (د) الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة الواردة في الملحق رقم (١) وملحق رقم (٢) المرفق بهذه الوثيقة.
- (هـ) الحالات النفسية الحادة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.
- (و) الحالات المرضية المعدية والتي تحتاج إلى عزل بالمستشفى والتي تحددها وزارة الصحة.
- (ز) حالات الزهايمر.
- (ح) حالات التوحد.
- (ط) حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة.
- (ي) البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة ويشمل الفحوصات المبينة في ملحق رقم (٣) المرفق بهذه الوثيقة.
- (ك) تكاليف إجراء عملية جني الأعضاء من المتبرع.
- (ل) حالات الإعاقة.

(٢) مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل.

عبدالله
٣٥



القسم الثالث - التحديدات والاستثناءات

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات



القسم الثالث - التحديدات والاستثناءات

(أ) هذه الوثيقة لن تغطي المطالبات التي تنشأ عما يلي:

- (١) الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً.
- (٢) الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة استعمال بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك.
- (٣) الجراحة أو المعالجة التجميلية إلا إذا استدعتها إصابة جسدية عرضية غير مستثناة في هذا القسم.
- (٤) الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلبها معالجة طبية منصوص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).
- (٥) المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل.
- (٦) الإستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الإجتماعية.
- (٧) أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
- (٨) معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبياً.
- (٩) مصاريف علاج الفترة اللاحقة لتشخيص (فيروس نقص المناعة البشرية) HIV أو العلل ذات الصلة بالـ HIV بما فيها مرض الإيدز (نقص المناعة المكتسبة) أو مشتقاتها أو مرادفاتها أو أشكالها الأخرى.
- (١٠) جميع التكاليف المتعلقة بزراع الأسنان أو تركيب الأسنان الإصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي نتجت عن حادث.
- (١١) اختبارات وعمليات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المختص.
- (١٢) مصاريف انتقال الشخص المؤمن له داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير مرخصة.
- (١٣) تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.
- (١٤) المعالجة النفسية أو الإضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة حسب جدول الوثيقة.
- (١٥) إختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بوصف أدوية العلاج.
- (١٦) الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.

عليه



- (١٧) حالات الضعف أو التشوه الخلقي إلا إذا كانت تشكل خطورة على حياة المؤمن له.
- (١٨) أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن له أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن له، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة، أو حينما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج.
- (١٩) معالجة البثور (حب الشباب) أو أية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة، عدا الأدوية المغطاة.
- (٢٠) حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم بشكل كلي أو جزئي.
- (٢١) الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة.
- (٢٢) أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
- (٢٣) الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة، ماعدا تلك التي تتطلبها حالة المؤمن له بموجب قرار طبي بالمرفق الصحي المعتمد من المجلس.
- (٢٤) التغيرات الطبيعية لسن اليأس للمؤمن لها ويشمل ذلك تغيرات الطمث.

(ب) هذه الوثيقة لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن الآتي:

- (١) الحرب، الغزو، أعمال العدوان (الأجنبي) سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن.
- (٢) الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أية نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
- (٣) الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
- (٤) مزاوله الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
- (٥) أعمال الشغب، الإضراب، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.
- (٦) الحوادث أو التفاعلات الكيماوية أو البيولوجية أو البكتريولوجية، إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.

عليه



القسم الرابع - الشروط العامة



المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

٢٥



القسم الرابع - الشروط العامة

(١) إثبات سريان المفعول:

تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن لهم. ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف مخول رسمياً من الشركة كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أثبت ذلك بموجب ملحق موقع من موظف مخول رسمياً من الشركة.

(٢) السجلات والتقارير:

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع العاملين لديه ومعاليهم المؤمن لهم بموجب هذه الوثيقة، على أن يحتوي هذا السجل بالنسبة لكل شخص على الاسم الكامل والجنس والعمر والجنسية والتصنيف وغير ذلك من المعلومات الأساسية التي يمكن أن يكون لها تأثير على إدارة هذا التأمين وعلى التقرير بشأن معدلات الاشتراك. ويتوجب إتاحة الفرصة للشركة - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدمها حامل الوثيقة، وتلتزم الشركة متى ما طلب منها ذلك بتزويد حامل الوثيقة بأية بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بالنسبة للأشخاص المؤمن لهم.

(٣) المؤهلون للتأمين:

(أ) بالنسبة للعاملين: إن أي شخص مستوف لتعريف العامل سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

(ب) بالنسبة للمعالين: إن أي شخص مستوف لتعريف المعال سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

فإذا كان أي شخص معرف كمعال هو أيضاً مؤهل للتأمين بوصفه عاملاً فإن تمتعه بالتأمين بصفته معالاً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة، وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما عاملين فإن الأولاد سوف يصبحون مؤهلين فقط كمعالين من قبل الزوج.

(٤) سداد القسط (الاشتراك):

(أ) يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك التأمين المتفق عليه مع الشركة الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن له، وذلك عند ابتداء التغطية التأمينية.

(ب) في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك، في هذه الحالة تكون الشركة ملزمة بإبلاغ المجلس بذلك.

عليه



(٥) تواريخ نفاذ التغطية:

(أ) بالنسبة للعاملين:

يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للعامل الموجود فعليا على رأس العمل اعتبارا من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، أو من تاريخ الإنضمام إلى الوثيقة بالنسبة للعامل الذي يلتحق بالعمل في وقت لاحق.

(ب) بالنسبة للمعالين:

يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمعالين من التاريخ الذي أصبح فيه العامل والمسئول عن إعالتهم مؤمنا له أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة معالين.

(٦) إضافة وحذف الأشخاص المؤمن لهم والاشتراكات المتعلقة بذلك:

(أ) على حامل الوثيقة أن يخطر فورا وبصفة رسمية الشركة عن كافة الموظفين أو المعالين المراد تغطيتهم بالتأمين عند بداية سريان الوثيقة، ويحق له إضافة مؤمن له على أساس تناسبي في حال وجود ما يثبت انضمام العامل للعمل لدى صاحب العمل أو طلب حذفه حال انتقاله إلى العمل لدى صاحب عمل آخر.

(ب) بالنسبة للإضافات التي لا ينطبق عليها ما ورد في الفقرة (أ) أعلاه، فإن إضافة أعداد المستجدين من المؤمن لهم يتم من تاريخ إصدار الوثيقة وتكون تغطيته / تغطيتهم سارية من تاريخ الإضافة.

(٧) انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن لهم:

(أ) بالنسبة للعاملين: ينتهي تلقائيا تأمين أي عامل بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

(١) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في جدول الوثيقة.

(٢) عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة الذي تنص عليه الوثيقة.

(ب) بالنسبة للمعالين: تنتهي تلقائيا تغطية المعال بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

(١) فقدان المعال لصفته التأمينية كمعال وفقا لأحكام الفقرة رقم ١٤ من التعريفات بموجب القسم الأول من الوثيقة.

(٢) إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول.

(٣) عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة المنصوص عليه في الوثيقة.

(ج) يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار التنويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية وذلك للمدة التي تتطلبها العلة شريطة ألا تتجاوز تلك المدة ٣٦٥ يوما من

عليه



تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت التنويم بالمستشفى وفي حدود الحد الأقصى للتغطية الواردة في جدول الوثيقة.

(د) في حالة إنهاء هذه الوثيقة لأي سبب يوجب على حامل الوثيقة أن يعيد للشركة على الفور جميع بطاقات التأمين الصحي الصادرة المتعلقة بأساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة المعينين من قبل الشركة، وكذلك الحال بالنسبة لأي شخص مؤمن له تنتهي مدة تغطيته، ويكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض الشركة عن كل المصاريف والنفقات الطبية الناتجة عن تقصيره في التقيد بذلك.

(٨) تحقق شركة التأمين من حالة المؤمن له:

(أ) يحق للشركة، ويجب أن تتاح لها الفرصة، من خلال جهة طبية معتمدة، فحص المؤمن له الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بحد أقصى مرتان، وذلك خلال مدة لا تزيد عن (٦٠) يوم عمل من تاريخ تسلم المطالبة.

(ب) على حامل الوثيقة أو المؤمن له، أن يتعاون ويسمح بالقيام على نفقة الشركة بالأعمال الضرورية التي تطلبها الشركة في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير، تثبت مسؤوليته عنها. ولا يجوز له التنازل عن الحقوق المالية إلا بموافقة الشركة الصريحة أو الضمنية.

(٩) عدم ازدواجية المنافع:

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة قابلة للاداء للمؤمن له بموجب هذه الوثيقة، ويكون مغطى أيضاً، بالنسبة لتلك النفقات، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، ففي هذه الحالة تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات، وتحل محل المؤمن له في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

(١٠) أساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة:

(أ) تصدر شركة التأمين بطاقة تأمين صحي لكل مؤمن له ، و يحق له بموجبها تلقي الخدمة الصحية لدى شبكة مقدمي الخدمة المتفق عليها مع الشركة ودون أن يطلب منه تسديد نفقات تلك الخدمات ، فيما عدا مبلغ نسبة التحمل المبينة في جدول الوثيقة.

عليه



(ب) يرسل مقدمو الخدمة المعيّنين من الشركة، وعلى أساس شهري، جميع النفقات الطبية المتكبدة بموجب هذه الوثيقة. وتقوم الشركة بتقييم تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى.

(ج) في حالة تجاوز ذلك الحد وتكون شركة التأمين قد تحملته بالفعل، فيحق لها المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن (٦٠) يوم عمل من تاريخ إبلاغ حامل الوثيقة بهذه النفقات.

(د) في حالة عدم تقيد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف للشركة خلال المدة المحددة يحق للشركة رفع الأمر إلى المجلس لاتخاذ ما يلزم.

(هـ) للشركة الحق في حذف أو استبدال أي من / أو جميع مقدمي الخدمة المعيّنين لأغراض هذه الوثيقة، خلال مدة سريانها، شريطة التنسيق مع حامل الوثيقة وتعيين بديل عنهم بنفس المستوى.

(١١) نسبة التحمل (المشاركة في الدفع):

مع عدم الإخلال بالتسهيلات الممنوحة بمقتضى القيد المباشر على حساب الشركة، فإنه لشرط ملزم وإجباري أن يقوم المؤمن له بدفع مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) المحدد في جدول الوثيقة حسب القيمة المدفوعة لدى مركز الخدمة وفق عقد المركز مع شركة التأمين، وأي محاولة من جانب الشخص المؤمن له للامتناع عن الدفع سوف تعتبر إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويبطل مفعولها بالنسبة لهذا الشخص لحين سداد هذا المبلغ.

(١٢) أساس تعويض البديل:

في الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن له الحصول على المعالجة الطبية الطارئة خارج شبكة مقدمي الخدمة المتفق عليها مع الشركة، على أساس تعويض البديل، وفي هذه الحالة تقوم الشركة وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحديثاتها واستثناءاتها، بتعويض حامل الوثيقة خلال مدة لا تزيد عن (١٥) يوم عمل عن النفقات القابلة للاستعاضة حسب الأسعار السائدة، شريطة تزويد الشركة خلال مدة لا تزيد عن (٣٠) يوم عمل من تاريخ تكبد تلك النفقات، بالمستندات المؤيدة التي تطلبها الشركة.

(١٣) الإلغاء:

يجوز لحامل الوثيقة إلغاء الوثيقة في أي وقت، بموجب إشعار رسمي يرسل لشركة التأمين قبل (٣٠) يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويلتزم كل من حامل الوثيقة وشركة التأمين في هذه الحالة بما هو آت:

(أ) تقوم شركة التأمين بإبلاغ (بموجب إشعار رسمي) الأمانة العامة وشبكة مقدمي الخدمة فور تلقيها إشعار حامل الوثيقة (صاحب العمل / المؤمن له) بإلغاء الوثيقة.

عليه



(ب) يقوم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة، أو شمول المؤمن لهم بالتغطية الصحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من المجلس بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة وذلك في حالة نقل الكفالة.

(ج) يقوم صاحب العمل بتقديم ما يثبت مغادرة المؤمن لهم المملكة لشركة التأمين إذا كان المطلوب هو شطب عامل أو أكثر من الوثيقة.

وفي هذه الحالة تكون الشركة ملزمة خلال مدة لا تزيد عن (٦٠) يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن له لم تتجاوز مطالباته ٧٥% من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي: (الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ÷ ٣٦٥,٢٥ يوما × عدد الأيام المتبقية)

وفي حالة امتناع حامل الوثيقة عن رد النفقات التي جاوزت حد المنفعة الأقصى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (١٠) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة أسلوب التقييد المباشر على حساب الشركة، يحق للشركة الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة (إن وجدت) واستخدامها للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي الخدمة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أداؤها للشركة.

(١٤) الموافقات:

يتم الرد على طلب الموافقات من قبل شركة التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة.

(١٥) صيغة الجنس:

لأغراض هذه الوثيقة فإن الكلمات المستعملة بصيغة المذكر تعتبر مندرجة كذلك على الإناث.

(١٦) الإشعارات:

(أ) يجب أن تكون جميع الإشعارات أو المخاطبات بين أطراف العلاقة التأمينية، بصفة رسمية.

(ب) يجب على شركة التأمين إشعار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء وثيقة التأمين قبل ٣٠ يوم عمل من بلوغ هذا التاريخ.

(ج) المؤمن له (حامل الوثيقة) ملزم بإشعار شركة التأمين عند تغيير أي من بيانات الاتصال الخاصة به والتابعين له.

عليه



(١٧) التقيد بأحكام الوثيقة:

إنه لمن الشروط السابقة لتحقيق أي التزام على الشركة أن يكون حامل الوثيقة والأشخاص المؤمن لهم قد نفذوا وتقيدوا تماما بجميع الاشتراطات والشروط والواجبات والالتزامات الواردة في هذه الوثيقة.

(١٨) الجزاءات:

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه بموجب أحكام النظام وذلك وفقا للمادة (١٤) من النظام.

لقد قرأ حامل الوثيقة وشركة التأمين أحكام هذه الوثيقة مع جدولها ووافقا عليهما.

توقيع حامل الوثيقة: التاريخ /.../... ١٤هـ الموافق /.../... ٢٠م

توقيع شركة التأمين: التاريخ /.../... ١٤هـ الموافق /.../... ٢٠م

المركز الوطني للتوثيق والمحفوظات

عليه
٣٥



جدول وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة

المقرة بموجب في جلسة رقم (٩٣) وتاريخ ١١/٣/١٤٣٥ هـ
والمعتمدة بموجب القرار الوزاري رقم (٩ / ١١/٣٥ / ض) وتاريخ ١٣/٤/١٤٣٥ هـ

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

علي
٣٥



جدول وثيقة الضمان الصحي التعاوني

اسم المؤمن / شركة التأمين:
الرمز:
رقم الوثيقة:
رمز حامل الوثيقة:
حامل الوثيقة:
العنوان البريدي:
رقم الهاتف:
رقم الفاكس:
رقم السجل التجاري:
نوع التأمين: الضمان الصحي التعاوني الإلزامي:
مدة الوثيقة / مدة التأمين:
من: يوم شهر سنة إلى: يوم شهر سنة (مشمولان)
تاريخ تجديد الوثيقة: يوم شهر سنة
الاشتراك السنوي:
ريال سعودي
المؤهلون للتأمين:
يعتبر جميع العاملين الموجودين على رأس العمل فعلياً مؤهلين للتأمين اعتباراً من تاريخ ابتداء الوثيقة. أما العاملين الذين يلتحقون بالعمل لدى حامل الوثيقة لاحقاً فيعتبرون مؤهلين للتأمين من تاريخ التحاقهم بالعمل أو من تاريخ وصولهم للمملكة.
الزوج / الزوجة / الزوجات.
الأطفال - الحد الأدنى: من تاريخ الولادة.
الأبناء - الحد الأقصى: ٢٥ عاماً.
تشمل تغطية التأمين بهذه الوثيقة بنات الموظف غير المتزوجات والأرامل والمطلقات غير العاملات واللاتي يعتمدن في إعالتهم على العامل.

علی



تابع - جدول وثيقة الضمان الصحي التعاوني

<p>٥٠٠ ألف ريال سعودي</p>	<p>منافع وحدود التغطية بموجب الوثيقة: حد المنفعة الأقصى لكل شخص عن سنة الوثيقة ويشمل ذلك الحدود الدنيا الواردة في هذه الوثيقة</p>
<p>(صفر- ٢٠%) لكل زيارة وبحد أقصى ١٠٠ ريال في الزيارة</p>	<p>نفقات المعالجة بالعيادات الخارجية: نسبة التحمل (المشاركة في الدفع): النسبة التي يدفعها المستفيد (المؤمن له) عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملة جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأدوية وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس لكل إجراء على حده.</p>
<p>٥٠ ريال سعودي ٢٠٠ ريال سعودي ١٠٠ ريال سعودي ٣٠٠ ريال سعودي</p> <p>٥٠٠ ريال سعودي</p>	<p>الحد الأقصى لأتعاب استشارة الطبيب: - الطبيب العام - الأخصائي (طبيب نائب أول) - الأخصائي (طبيب نائب ثاني) - الاستشاري</p> <p>- التخصصات ذات الندرة وما في حكمها كالقلب وجراحة المخ والأعصاب وجراحة الأوعية الدموية والتخصصات الدقيقة حسب معايير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.</p> <p>(تتم معاينة المستفيد حسب تسلسل إجراءات تقديم الخدمة إلا في حالة عدم توفر الخدمة في مركز تقديم الخدمة)</p> <p>ويسترشد بهذه الأسعار لتنظيم العلاقة بين مقدم الخدمة وشركة التأمين.</p>

علي



تابع - جدول وثيقة الضمان الصحي التعاوني

نفقات التنويم بالمستشفى:	
نسبة التحمل (المشاركة في الدفع)	لا يوجد
حد الإقامة والإعاشة اليومي للمريض وتشمل أجرة السرير وخدمات التمريض والزيارات والإشراف الطبي وخدمات الإعاشة ولا يتضمن ذلك تكلفة الأدوية والمستلزمات الطبية التي تصرف بأمر الطبيب.	(غرفة مشتركة بحد أقصى ٦٠٠ ريال سعودي / يوم)
حد الإقامة والإعاشة اليومي للمرافق	(غرفة مشتركة بحد أقصى ١٥٠ ريال سعودي / يوم)
نفقات الحمل والولادة	بحد أقصى ١٥,٠٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
ولادة الأطفال المبتسرين	بحد المنفعة الأقصى لهذه الوثيقة
تكاليف علاج الأسنان	بحد أقصى ٢٠٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف النظارات الطبية	بحد أقصى ٤٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف الغسيل الكلوي	بحد أقصى ١٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف الحالات النفسية الحادة	بحد أقصى ١٥,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
إعادة رفات المتوفى إلى موطنه الأصلي	بحد أقصى ١٠,٠٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف السماعيات الطبية	بحد أقصى ٦٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف حالات التلف في صمامات القلب المكتسبة	بحد أقصى ٧٠,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف إجراء عملية التبرع بالأعضاء " للمتبرع "	بحد أقصى ٥٠,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف مرضى الزهايمر	بحد أقصى ١٥,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف حالات التوحد	بحد أقصى ١٥,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة"	بحد أقصى ١٠٠,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف حالات الإعاقة	بحد أقصى ١٠٠,٠٠٠ ألف ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف حالات الختان (للذكور)	بحد أقصى ٥٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
تكاليف حالات تخريم الأذان (للأنثى)"	بحد أقصى ٣٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة
نطاق التغطية	المملكة العربية السعودية
إحتساب الاشتراك	
نوع التسجيل	الاشتراك لكل شخص ولكل سنة تأمينية
الموظف	ريال سعودي
الزوج/الزوجة	ريال سعودي
الأطفال	ريال سعودي

علي



لقد قرأ حامل الوثيقة وشركة التأمين أحكام وشروط هذه الوثيقة مع جدولها ووافقا عليهما.

الموافق /.... /.... م ٢٠

التاريخ /.... /.... هـ ١٤

توقيع شركة التأمين

توقيع حامل الوثيقة



المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عل



ملحق الوثيقة

هذا الملحق يعد جزءاً لا يتجزأ من هذه الوثيقة ويحتوي على التعليمات والإجراءات ذات العلاقة بتطبيق هذه الوثيقة ويشمل جميع المستندات التي أشير إليها في بعض مواد هذه الوثيقة، كما يلي:

ملحق رقم (١): الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة.

ملحق رقم (٢): جدول التطعيمات الأساسية الصادر عن وزارة الصحة.

ملحق رقم (٣): جدول فحوصات البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.



المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

عليه



ملحق الوثيقة رقم (١)

الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات



الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة

١. التطعيمات الأساسية للأطفال والتي تشمل لقاحات الدرن والالتهاب الكبدي (ب) عند الولادة، اللقاح الخماسي (الثلاثي البكتيري، الالتهاب الكبدي (ب)، والمستدمية 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.
٢. حملات التطعيم الوطنية الشاملة أو المحدودة (شلل الأطفال والحصبة، الحمى الشوكية أو أي تطعيمات أخرى تقررهما الوزارة).
٣. الترصد التغذوي ومتابعة نمو الأطفال حتى عمر خمس سنوات.
٤. علاج بعض حالات الأمراض المعدية والمتوطنة ضمن الإجراءات الوقائية المتخذة.
٥. متابعة الأم الحامل والتطعيم ضد الكزاز للحوامل والنساء في سن الإنجاب.
٦. تأمين الولادات في الأماكن البعيدة أو التي لا توجد بها مستشفيات.

المركز الوطني للوقاية من الأمراض والمخفوطات



ملحق الوثيقة رقم (٢)

جدول التطعيمات الأساسية الصادر عن وزارة الصحة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

الرقم :
التاريخ : / / ١٤١٤ هـ
المشروعات :

National Vaccination Schedule To be implemented from 1/1/2013

جدول التطعيمات الوطني للعمل به ابتداء من ٢٠١٣/١/١ م

Age	Vaccine	التطعيم	العمر
Birth	<ul style="list-style-type: none"> B.C.G HB 	<ul style="list-style-type: none"> درن التهاب كبدي (ب) 	عند الولادة
2 months	<ul style="list-style-type: none"> IPV DTaP HB Hib PCV Rota 	<ul style="list-style-type: none"> شلل أطفال معطل الثلاثي البكتيري غير الخلوي التهاب كبدي (ب) المستدمية النزلية البكتريا العقدية الرئوية لقاح الروتا 	شهرين
4 months	<ul style="list-style-type: none"> IPV DTaP HB Hib PCV Rota 	<ul style="list-style-type: none"> شلل أطفال معطل الثلاثي البكتيري غير الخلوي التهاب كبدي (ب) المستدمية النزلية البكتريا العقدية الرئوية لقاح الروتا 	٤ شهور
6 months	<ul style="list-style-type: none"> IPV DTaP HB Hib PCV OPV 	<ul style="list-style-type: none"> شلل أطفال معطل الثلاثي البكتيري غير الخلوي التهاب كبدي (ب) المستدمية النزلية البكتريا العقدية الرئوية شلل الأطفال الفموي 	٦ شهور
9 months	<ul style="list-style-type: none"> Measles MCV4 	<ul style="list-style-type: none"> حصبة الحمى المخية الشوكية المدمج 	٩ شهور
12 months	<ul style="list-style-type: none"> MMR MCV4 PCV OPV 	<ul style="list-style-type: none"> الثلاثي الفيروسي الحمى المخية الشوكية المدمج البكتريا العقدية الرئوية شلل الأطفال الفموي 	١٢ شهر
18 months	<ul style="list-style-type: none"> OPV DTaP Hib Hep A MMR Varicella 	<ul style="list-style-type: none"> شلل الأطفال الفموي الثلاثي البكتيري غير الخلوي المستدمية النزلية التهاب الكبد (أ) الثلاثي الفيروسي الجديري المائي 	١٨ شهر
24 months	<ul style="list-style-type: none"> Hep A 	<ul style="list-style-type: none"> التهاب الكبد (أ) 	٢٤ شهر
School entry	<ul style="list-style-type: none"> OPV DTaP MMR Varicella 	<ul style="list-style-type: none"> شلل الأطفال الفموي الثلاثي البكتيري غير الخلوي الثلاثي الفيروسي الجديري المائي 	خول الصف أول الابتدائي



ملحق الوثيقة رقم (٣)

جدول فحوصات البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة

المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

الأمراض الستة عشر المطلوب الكشف عليها ببرنامج الفحص المبكر

لهديتي الولادة لمنع الإعاقة

مرض البيلة الكيتونية الفينولية (Phenylketonuria-PKU)	١
مرض داء البول القيقبي (Maple Syrup Urine Disease-MSUD)	٢
مرض نقص إنزيم أرجينين (Arginosuccinase Deficiency-ASL) سكسنت لايبز	٣
سيتروولينيميا (Citrullinemia-ASD)	٤
مرض نقص إنزيم (إتش إم جي) كو (HMG-Co Lyase Deficiency-HMG) إي ليبز	٥
مرض حموضة الدم أيزوفالريك (Isovaleric Acidemia-IVA)	٦
مرض حموضة الدم ميثايل مالونيك (Methylmalonic Acidemia-MMA)	٧
مرض حموضة الدم البريونوني (Propionic Acidemia-PA)	٨
مرض نقص إنزيم البيتا كيتو دايوليز (Beta-Ketothiolase Deficiency-BKT)	٩
مرض ببيلة حامض الجلوتاريك النوع الأول (Glutaric Acidemia type-1-GA-1)	١٠
مرض إم كاد (Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency- MCAD)	١١
مرض نقص إنزيم ميثايل كو إي كاربوكسيليز الثلاثي (3-Methylcrotonyl-CoA Carboxylase Deficiency-3MCC)	١٢
مرض سكر اللبن في الدم (Galactosemia)	١٣
مرض قصور الغدة الدرقية (Congenital Hypothyroidism-CH)	١٤
مرض فرط استنساخ (Congenital Adrenal Hyperplasia-CAH) خلايا الغدة الكظرية	١٥
مرض نقص فيتامين إتش (هـ) (Biotinidase Deficiency)	١٦

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الملك عبدالعزيز آل سعود
مجلس الوزراء
الأمانة العامة

قرار رقم : (٢٠٦)
وتاريخ : ١٥ / ٨ / ١٤٢٣ هـ

إن مجلس الوزراء

بعد الاطلاع على المعاملة الواردة من هيئة الخبراء بمجلس الوزراء برقم ٣٠٨٧ وتاريخ ١٤٢٢/١١/٦ هـ بشأن تنفيذ ما قضت به الفقرة (٢/ب) من قرار مجلس الوزراء رقم (٧١) وتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧ هـ من إعداد دراسة حول إمكانية تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني على السعوديين لدى الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد استناداً إلى المادة (الأولى) من نظام الضمان الصحي التعاوني .

وبعد الاطلاع على نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) وتاريخ ١٤٢٠/٥/١ هـ .

وبعد الاطلاع على الفقرة (٢/ب) من قرار مجلس الوزراء رقم (٧١) وتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧ هـ .

وبعد الاطلاع على محضري هيئة الخبراء بمجلس الوزراء رقم (٤٤٠) وتاريخ ١٤٢٢/١١/٦ هـ ، ورقم (٦٧) وتاريخ ١٤٢٣/٢/٢٣ هـ .

وبعد الاطلاع على توصية اللجنة العامة لمجلس الوزراء رقم (٢٨٣) وتاريخ ١٤٢٣/٥/٢٦ هـ .

يقرر مايلي :

١- يطبق نظام الضمان الصحي التعاوني على جميع السعوديين العاملين في قطاع الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد المبرمة معهم عقود عمل بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه ، ويكون التطبيق على مراحل يحددها مجلس الضمان الصحي التعاوني ، كما يحدد المدة الزمنية اللازمة التي تفصل بين كل مرحلة وأخرى ، على أن تبدأ المرحلة الأولى بعد سنتين من بدء تطبيقه فعلياً على غير السعوديين ، ويجوز تمديد هذه المدة سنة ثالثة .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية
مجلس الوزراء
الأمم المتحدة

٢- يشمل الضمان الصحي التعاوني أفراد أسر السعوديين المشار إليهم في الفقرة (١) من هذا القرار بحسب ما يحدده مجلس الضمان الصحي التعاوني وفقاً للفقرة (ب) من المادة (الخامسة) من نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) وتاريخ ١/٥/١٤٢٠هـ .

٣- يجوز علاج السعوديين العاملين في القطاع المشار إليه المشمولين بالضمان الصحي التعاوني في المرافق الصحية الحكومية ، عند رغبتهم في ذلك على أن يكون ذلك على حساب شركات التأمين التعاوني .

رئيس مجلس الوزراء

المركز الوطني للأمن وإدارة الأزمات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المملكة العربية السعودية

ديوان رئاسة مجلس الوزراء

الرقم: ٢٨٨٦٢ / ب / ١٧
التاريخ: ١٩ / ١٢ / ١٤٣٥
المرفقات: ٢

برقيه

معالي وزير الصحة
 نسخة لوزارة الخدمة المدنية
 نسخة لوزارة التجارة
 نسخة لوزارة الصناعة والكهرباء
 نسخة لوزارة المالية والاقتصاد الوطني
 نسخة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية
 نسخة للأمانة العامة لمجلس الوزراء
 نسخة لديوان المراقبة العامة
 نسخة لهيئة الخبراء بمجلس الوزراء
 نسخة للمركز الوطني للوثائق والمحفوظات

نبعث لكم طيه نسخة من قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (٢٠٦) وتاريخ ١٥/٨/١٤٢٣هـ القاضي بما يلي:-

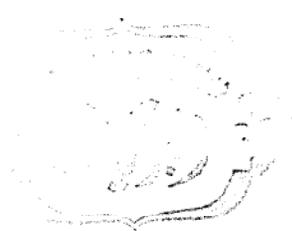
١- يطبق نظام الضمان الصحي التعاوني على جميع السعوديين العاملين في قطاع الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد المبرمة معهم عقود عمل بصرف النظر عن شكل الأجر الذي يتقاضونه، ويكون التطبيق على مراحل يحددها مجلس الضمان الصحي التعاوني، كما يحدد المدة الزمنية اللازمة التي تفصل بين كل مرحلة وأخرى، على أن تبدأ المرحلة الأولى بعد سنتين من بدء تطبيقه فعلياً على غير السعوديين، ويجوز تمديد هذه المدة سنة ثالثة.

٢- يشمل الضمان الصحي التعاوني أفراد أسر السعوديين المشار إليهم في الفقرة (١) من هذا القرار بحسب ما يحدده مجلس الضمان الصحي التعاوني وفقاً للفقرة (ب) من المادة (الخامسة) من نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١٠) وتاريخ ١/٥/١٤٢٠هـ.

٣- يجوز علاج السعوديين العاملين في القطاع المشار إليه المشمولين بالضمان الصحي التعاوني في المرافق الصحية الحكومية، عند رغبتهم في ذلك على أن يكون ذلك على حساب شركات التأمين التعاوني.

وحيث تمت الموافقة الكريمة على القرار. نأمل إكمال اللازم بموجبه. وتقبلوا
 جزئياتنا...،،،

عبدالعزیز بن فهد بن عبدالعزیز



رئيس ديوان رئاسة مجلس الوزراء