

المملكة العربية السعودية
المركز الوطني للوثائق والمحفوظات

**اللائحة التنفيذية
لنظام الضمان الصحي التعاوني
ووثيقة الضمان الصحي التعاوني**

الصادرتين بقرار وزير الصحة رقم (٤٦٠ / ٢٣ / ض) وتاريخ
١٤٢٣ / ٣ / ٢٧ هـ

والمنشورتين بجريدة أم القرى في عددها رقم (٣٨٩٦) وتاريخ
١٤٢٣ / ٤ / ١٠ هـ .

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية

مجلس الضمان الصحي التعاوني

قرار وزاري رقم (٤٦٠ / ٢٣ / ض) وتاريخ ٢٧ / ٣ / ١٤٢٣ هـ

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

وبعد الاطلاع على المرسوم الملكي الكريم رقم (م / ١٠) وتاريخ ١ / ٥ / ١٤٢٠ هـ
القاضي بالموافقة على نظام الضمان الصحي التعاوني .

وبعد الاطلاع على قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (٧١) وتاريخ ٢٧ / ٤ / ١٤٢٠ هـ
القاضي بالموافقة على نظام الضمان الصحي التعاوني .

وبعد الاطلاع على المادة الخامسة من نظام الضمان الصحي التعاوني التي تنص على
أن يتولى مجلس الضمان الصحي إعداد مشروع اللائحة التنفيذية لهذا النظام .

وبعد الاطلاع على المادة الثامنة عشرة من نظام الضمان الصحي التعاوني التي تنص
على أن يصدر وزير الصحة اللائحة التنفيذية لهذا النظام .

وبعد الاطلاع على خطاب معالي وزير المالية والاقتصاد الوطني رقم (١٥٦٢ / ١) وتاريخ
١ / ٢ / ١٤٢٢ هـ المبني على خطابنا رقم (٢٢٠٠٢١ / ض) وتاريخ ١٦ / ١ / ١٤٢٢ هـ ،

وعلى محاضر الاجتماعات التي تمت بين مندوب مجلس الضمان الصحي التعاوني وهيئة
الخبراء ووزارة المالية .

وبعد الاطلاع على توصية مجلس الضمان الصحي التعاوني في جلسته الثالثة
والعشرين المنعقدة بتاريخ ٢٧ / ٣ / ١٤٢٣ هـ بالموافقة على اللائحة التنفيذية لنظام الضمان
الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي التعاوني بالصيغة المرفقة .

وبناءً على توجيه المقام السامي الكريم بأن تصدر اللائحة بقرار من وزير الصحة وفقاً
للنظام .

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
مجلس الضمان الصحي التعاوني

يقرر مايلي :

- أولاً : إقرار اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي الملحقة بها بالصيغة المرفقة بهذا القرار.
- ثانياً : يبدأ تنفيذ نظام الضمان الصحي التعاوني بعد تسعين يوماً من صدور اللائحة التنفيذية وفقاً للمادة التاسعة عشرة من نظام الضمان الصحي التعاوني.
- ثالثاً : يتم نشر اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني في الجريدة الرسمية.
- رابعاً : على الجهات المعنية تنفيذ هذا القرار واعتماد موجه.

وزير الصحة
رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني

أسامة بن عبدالمجيد شبكشي

اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية

الفصل الأول

التعريفات

(المادة الأولى)

- يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة قرين كل منها :
- ١ - النظام : نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.
 - ٢ - المجلس : مجلس الضمان الصحي التعاوني المنشأ بموجب أحكام المادة الرابعة من النظام .
 - ٣ - الأمانة العامة : الجهاز التنفيذي للمجلس .
 - ٤ - الجهة الرقابية : مجلس الضمان الصحي التعاوني وكذلك الجهات الأخرى التي تحددها الدولة للرقابة على أنشطة التأمين .
 - ٥ - التأمينات الاجتماعية : التأمينات المطبقة بموجب نظام التأمينات الاجتماعية ، وتقوم بتنفيذها المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية .
 - ٦ - صاحب العمل : الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يستخدم عاملاً أو أكثر .
 - ٧ - حامل الوثيقة : الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه .
 - ٨ - المعال : الزوج والزوجات والأولاد الذكور تحت سن الثامنة عشرة والبنات غير المتزوجات .
 - ٩ - شركة التأمين : شركة التأمين المرخص لها بالعمل في المملكة التي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس .
 - ١٠ - المؤمن عليه (المستفيد) : هو الشخص المشمول بالنظام والمؤمن عليه لدى شركة تأمين .
 - ١١ - التأمين الصحي : هو الضمان الصحي التعاوني المشار إليه في النظام .
 - ١٢ - الحالة الطارئة : العلاج الطبي الذي تقتضيه الضرورة الطبية للمستفيد إثر وقوع حادث ، أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع .

- ١٣- التغطية التأمينية : هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة .
- ١٤- الوثيقة : هي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس الملحق بهذه اللائحة والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة) .
- ١٥- القسط (الاشتراك) : هو المبلغ الواجب الأداء للشركة من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين .
- ١٦- نسبة الاقتطاع/ التحمل (المشاركة في الدفع) : هي الجزء الواجب الأداء (المحدد في جدول الوثيقة) الذي يجب أن يسدده المستفيد (المؤمن عليه) عند زيارة الطبيب .
- ١٧- المنفعة : تعني نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة .
- ١٨- مقدم الخدمة : الشخص أو المرفق الصحي المعتمد والمرخص له ، وفقاً للأنظمة المعمول بها ، بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وعلى سبيل المثال ، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو علاج بالإشعاع .
- ١٩- شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة : هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني المحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة لصاحب العمل/ حامل الوثيقة ويتم ذلك بالقيود مباشرة على حساب شركة التأمين على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة :
- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية) .
 - المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة) .
 - المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية) .

الفصل الثاني المستفيدون (المؤمن عليهم)

(المادة الثانية)

تخضع للضمان الصحي الفئات التالية :

- ١ - جميع الأشخاص غير السعوديين العاملين بأجر سواء لدى غيرهم أو لحساب أنفسهم دون اعتبار لمستوى دخولهم وطبيعة عملهم ومدة توظيفهم .
- ٢ - جميع الأشخاص غير السعوديين من غير العاملين المقيمين في المملكة .
- ٣ - أفراد الأسرة الذين يعولهم الأشخاص المحددة صفتهم في الفقرتين (١) و (٢) من هذه المادة، والحائزون على رخصة إقامة في المملكة .

(المادة الثالثة)

يستثنى من الضمان الصحي المنصوص عليه في المادة (٢) من هذه اللائحة مايلي :

- ١ - جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى أجهزة ومؤسسات حكومية لا يسمح لها نظامها بإبرام عقود مع مستشفيات خاصة لعلاج موظفيها، طالما كان الموظفون تحت كفالة تلك المؤسسات، ويرتبطون بعقود عمل معها بشرط أن تنص عقودهم على توفير العلاج الطبي في مستشفى حكومي، ويلزم من لا ينص عقد عمله على توفير الخدمة الصحية بالحصول على تغطية تأمينية خاصة تغطي احتياجاته الصحية الأساسية .
 - ٢ - جميع الموظفين من غير السعوديين العاملين لدى القطاع الخاص بموجب عقود عمل تنص على توفير العلاج الطبي في المرافق الصحية المؤهلة التابعة لصاحب العمل، وإذا تعذر توفير العلاج في المرافق المملوكة لصاحب العمل بما في ذلك الحالات الطارئة يلزم صاحب العمل بتوفير التغطية التأمينية التكميلية .
 - ٣ - أفراد الأسرة الذين يعولهم الموظفون المحددة صفتهم في الفقرتين (١) و (٢) من هذه المادة .
- ويجب أن يكون نطاق العلاج الموضح في الفقرات أعلاه مطابقاً على الأقل لأحكام المادة (٧) من النظام ومتفقاً مع مستوى الجودة الوارد في هذه اللائحة .

(المادة الرابعة)

يحدد المجلس وفقاً للمادة (٣) من اللائحة مايلي :

- ١ - الأجهزة والمؤسسات الحكومية.
- ٢ - أصحاب الأعمال ، الذين يوظفون أشخاصاً يتم إعفاؤهم من التأمين الصحي تأسيساً على طلب يتقدمون به.
- ويقرر المجلس مدى مطابقة العلاج الطبي الذي توفره تلك الأجهزة والمؤسسات الحكومية وأصحاب الأعمال لنطاق ومستوى الخدمات الصحية الواجب توفرها بموجب هذه اللائحة.
- ٣ - الحالات التي لا يتضح فيها بصورة قطعية ما إذا كانت أحكام المادة (٣) تسري بشأن أي من الموظفين أو المرافقين فإن للمجلس أن يتخذ القرار المناسب في هذا الخصوص بناء على طلب من صاحب العمل.
- ٤ - المبررات الداعية لزوال الاستثناء من أحكام الفقرة (٢) من هذه المادة ، وفي هذه الحالة يخضع الموظفون ومن يعولونهم لأحكام النظام ضمن التحديد أعلاه.

الفصل الثالث التغطية التأمينية للنظام

(المادة الخامسة)

- أ - يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين صحي مع إحدى شركات التأمين تغطي المستفيدين الموجودين بالمملكة أو أي مستقدمين جدد يخضعون لهذا النظام.
- ب - لا يسمح لشركات التأمين المؤهلة برفض أي طلب لإجراء الضمان الصحي التعاوني طالما كان ذلك في حدود ملاءتها المالية .

(المادة السادسة)

تصدر شركة التأمين شهادة إلى صاحب العمل (حامل الوثيقة) تفيد بالتأمين على منسوبيه لتقديمها إلى الجهة المختصة بإصدار رخص الإقامة وتجديدها ويحدد المجلس محتوى الشهادة .

(المادة السابعة)

في حالة عدم صدور رخصة الإقامة للمستفيد يتم شطب اسمه من وثيقة الضمان الصحي التعاوني من تاريخ خروجه النهائي ، ويحتسب القسط المستحق عن مدة التأمين حسب الأسس المنصوص عليها في الوثيقة .

(المادة الثامنة)

يتم تسليم المستفيد نسخة من وثيقة الضمان ، والتي يجب أن لا تقل التغطية الصحية فيها عن الغطاء الأساسي المنصوص عليه في النظام .

(المادة التاسعة)

يجوز لصاحب العمل أن يغير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية ، على أن يوجه خطاباً بذلك إلى شركة التأمين قبل شهر على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب ، ويُحسب الجزء المعاد من القسط التأميني على أساس نسبي ويلزم صاحب العمل (حامل الوثيقة) بإعادة بطاقات التأمين بتاريخ الإلغاء وإبرام وثيقة تأمين أخرى لتوفير التغطية التأمينية بحيث تبدأ من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة .

(المادة العاشرة)

عند انتقال شخص خاضع للضمان الصحي التعاوني للعمل لدى صاحب عمل آخر يلتزم صاحب العمل الجديد بالتأمين عليه من تاريخ انتقاله ، وتقديم شهادة التأمين كأحد مسوغات نقل الكفالة .

(المادة الحادية عشرة)

تشمل التغطية التأمينية للضمان الصحي المنصوص عليها في المادة (٧) من النظام ونطاق الأحكام الواردة في الفصل الرابع من هذه اللائحة وتحدد الوثيقة المدّة الزمنية للعلاج والحدود القصوى لمبلغ التغطية التأمينية والتحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة للتغطية التأمينية .

(المادة الثانية عشرة)

تشمل منافع التغطية التأمينية الحمل والولادة لمن تم التعاقد معهم على أساس (عقد متزوج) ضمن الحدود الموضحة في الوثيقة .

(المادة الثالثة عشرة)

تنحصر التغطية التأمينية للضمان الصحي في الخدمات المقدمة في المملكة العربية السعودية التي توفرها شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة التي ترتبط معها شركة التأمين بعقود خدمات صحية .

(المادة الرابعة عشرة)

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 ، أما الأطفال حديثو الولادة ممن تمت ولادتهم في المملكة العربية السعودية أثناء سريان الوثيقة فتمتد التغطية التأمينية لهم بأثر رجعي اعتباراً من تاريخ الولادة .

(المادة الخامسة عشرة)

تنتهي التغطية التأمينية بوفاة المستفيد أو عند انتهاء مدة الوثيقة أو إلغائها أو عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً .

الفصل الرابع المنافع (المنافع العينية ورد التكلفة)

(المادة السادسة عشرة)

- يحصل المستفيد على المنافع المحددة في الوثيقة على النحو التالي :
- ١ - التشخيص والعلاج لدى مقدم الخدمة على أن يتحمل المستفيد مبلغ الاقتطاع / التحمل المحدد في الوثيقة مشاركة في الدفع أو المبالغ التي تزيد عن حدود التغطية.
 - ٢ - المبالغ المالية لتكاليف العلاج الطبي الضروري والطارئ في حالة تحمُّله لهذه التكاليف مباشرة ، بشرط عدم تمكن شركة التأمين من جعل تلك الخدمة متوفرة بصورة عاجلة في متناول المستفيد أو رفض شركة التأمين توفير الخدمة له بغير 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 السابعة عشرة)

يبدأ الحق في المطالبة بالمنافع اعتباراً من بداية التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (١٤) من هذه اللائحة .

(المادة الثامنة عشرة)

لا تكون هناك أية مدد انتظار دون أحقية في المنافع في بداية التأمين ويشتمل تقديم المنافع بعد بداية التغطية التأمينية على الحالات التي ترجع نشأتها للمدة السابقة لبداية التغطية التأمينية ، وإذا قُدمَ المستفيد للمملكة لتلقي العلاج من مرض وليس لأجل العمل فلا تمتد التغطية التأمينية للحالات التي كانت نشأتها سابقة على بداية التغطية التأمينية .

(المادة التاسعة عشرة)

ينتهي الحق في الاستفادة من المنافع بانتهاء التغطية التأمينية وفقاً لأحكام المادة (١٥) ، من هذه اللائحة ، ويشمل ذلك حالات التأمين التي لم يبت فيها ، ويكون العامل الحاسم في التزام الخدمة من جانب شركة التأمين هو تاريخ الاستفادة من مقدم الخدمات.

(المادة العشرون)

تُغطي منافع التأمين التطعيمات واللقاحات الأساسية للأطفال حتى سن الالتحاق بالمدسة ، وحسب قرارات وزارة الصحة ، والتي يتعين أن يقوم بإعطائها مقدم خدمات متعاقد معه.

(المادة الحادية والعشرون)

يتم تقديم الخدمة الصحية والعلاج الطبي من قبل شبكة مقدمي الخدمة المدرجين في القائمة المرفقة بوثيقة التأمين المسلمة للمستفيدين والمعتمدة من شركة التأمين وحامل الوثيقة.

(المادة الثانية والعشرون)

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 .

(المادة الثالثة والعشرون)

تُغطى في حالات الطوارئ فقط تكاليف نقل المستفيدين من المرضى أو الحوامل لأقرب موقع ملائم لتلقي العلاج ، ويكون النقل بواسطة خدمات سيارات إسعاف مرخصة أو تابعة لجمعية الهلال الأحمر السعودي.

(المادة الرابعة والعشرون)

يُلزم كل مستفيد ينتفع بخدمات طبية أن يشارك في دفع تكاليف العلاج في مراكز الخدمة ، وذلك حسبما هو موضح في الوثيقة عدا في الحالات الإسعافية والتنويم.

(المادة الخامسة والعشرون)

لا يجوز لمقدم الخدمة الطبية التنازل عن مبلغ المشاركة في الدفع وذلك إما بإضافته على المبلغ النهائي الواجب دفعه من قبل شركة التأمين أو منحه كتخفيض للمستفيد .

(المادة السادسة والعشرون)

يجب تسديد المشاركة في الدفع من قبل المستفيد لمقدم الخدمة الصحية مقابل الحصول على سند استلام .

(المادة السابعة والعشرون)

لا يحق للمستفيدين المطالبة بمنافع بموجب الوثيقة إلا إذا كانت هذه المنافع من التغطيات الأساسية المنصوص عليها في الوثيقة ، أو في التغطيات الإضافية التي تم حصولهم عليها وفقاً للمادة الثامنة من نظام الضمان الصحي التعاوني .

(المادة الثامنة والعشرون)

لا تكون هناك أية مطالبة بخدمات صحية في حالة المرض إذا قدمت تلك الخدمات إثر وقوع حادث في محل العمل أو نشوء أمراض مهنية ضمن التعريف الوارد في نظام التأمينات الاجتماعية .

(المادة التاسعة والعشرون)

إذا قامت شركة التأمين بتوفير تلك الخدمات الصحية ، واتضح فيما بعد أن فرع الأخطار المهنية في المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية يجب أن يغطي تلك الخدمات ، تلتزم المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتعويض شركة التأمين عما دفعته من مصروفات .

(المادة الثلاثون)

إذا قامت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقديم خدمات صحية لشخص يرتبط بعقد تأمين مع شركة تأمين صحي على الرغم من كون الأخيرة ملزمة بتوفير تلك الخدمات فإن شركة التأمين تلتزم بتعويض المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية عن المصروفات التي نشأت في هذا الصدد ، ويكون التعويض ضمن الحدود التي تلتزم بها شركة التأمين في توفير الخدمات غير المشمولة بنظام التأمينات الاجتماعية .

(المادة الحادية والثلاثون)

للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وشركة التأمين إبرام عقد مشترك بينهما ينص على اتخاذ إجراءات محددة للوفاء بالخدمات الواردة في المادتين (٢٩) و (٣٠) .

(المادة الثانية والثلاثون)

إذا كان لدى أحد المستفيدين أية مطالبات لدى الغير تتعلق بتعويضات عن أضرار بسبب مرض أو حادث فإن حقوق المستفيدين تتحول في هذه الحالة إلى شركة التأمين ، وذلك فيما يتعلق بالتكاليف التي وقعت على عاتق شركة التأمين نتيجة لتقديم الخدمة الصحية للمستفيد .

الفصل الخامس

تمويل شركات التأمين

(المادة الثالثة والثلاثون)

تدرج الأقساط والرسوم الإضافية التي يجري تحصيلها وعوائد الاستثمار ضمن موارد شركات التأمين .

(المادة الرابعة والثلاثون)

تلتزم كل شركة تأمين بما يقرره المجلس ، بالتنسيق مع الجهات الرقابية الأخرى، من مخصصات فنية متعارف عليها في قطاع التأمين .

(المادة الخامسة والثلاثون)

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

ب - إذا اختلفت قيمة القسط عما تقدمت به الشركة في خطة العمل تلتزم بأخذ موافقة الأمانة العامة للمجلس على قيمة القسط ، ويمكن للمجلس مراجعة القسط من وقت لآخر .

ج - يكون حد المنفعة الأقصى لكل مستفيد مائتين وخمسين ألف ريال سعودي فقط.

(المادة السادسة والثلاثون)

يلتزم صاحب العمل بدفع الأقساط عن موظفيه المتعاقد معهم وعن الأفراد الذين يعولونهم لشركة التأمين التي يختارها لهذا الغرض ، ويسري هذا الحكم على الأشخاص غير العاملين أو الأفراد الذين يعولونهم ، ويكون صاحب العمل هو وحده المسئول عن دفع الأقساط ، التي يجب أن تسدد في بداية كل سنة تأمينية مالم يتفق على غير ذلك .

(المادة السابعة والثلاثون)

في حالة عدم سداد الأقساط في الأوقات المتفق عليها يجوز لشركة التأمين إلغاء الوثيقة بعد انتهاء فترة سريان مفعول الوثيقة واستعادة بطاقات التأمين وتحصيل القسط المستحق ، وعلى شركة التأمين إشعار مجلس الضمان وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدين بذلك .

(المادة الثامنة والثلاثون)

يتم تحويل جزء من فائض عمليات التأمين إلى صندوق الضمان الصحي التعاوني وفق مبادئ التأمين التعاوني ، ويحتسب هذا الجزء على ضوء نتائج عمليات شركة التأمين وبعد موافقة الجهات الرقابية الأخرى .

(المادة التاسعة والثلاثون)

يصدر مجلس الضمان الصحي اللائحة المحددة لأهداف الصندوق المنظمة لأعماله وفقاً للمادة (٣٨) .

الفصل السادس

ممارسة أعمال التأمين الصحي

(المادة الأربعون)

تتولى ممارسة أعمال الضمان الصحي شركات التأمين المصرح لها بمزاولة أعمال التأمين في المملكة ، وتسري أحكام نظام الشركات وغيره من الأنظمة ذات العلاقة السارية في المملكة بالنسبة لأية أحكام لم يتم النص عليها في هذه اللائحة وفي أية لوائح لاحقة يتم إقرارها مستقبلاً .

(المادة الحادية والأربعون)

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

(المادة الثانية والأربعون)

أ - يتقاضى المجلس مقابل مالياً لتأهيل شركات التأمين الصحي التعاوني مقداره مائة وخمسون ألف ريال سعودي فقط.
ب - يتقاضى المجلس مقابل مالياً مقابل التجديد السنوي لشركات التأمين الصحي التعاوني مقداره خمسون ألف ريال سعودي فقط.

(المادة الثالثة والأربعون)

يجوز لشركات التأمين العاملة في مجال التأمين الصحي حق ممارسة أعمال أخرى من التأمين على أن يتم الالتزام بفصل الجوانب المالية لأنشطة التأمين الصحي عن غيرها من الأنشطة وحسب ما تقره الجهة الرقابية.

(المادة الرابعة والأربعون)

يتم تأهيل شركات التأمين (المصرح لها بممارسة أعمال التأمين في المملكة) لممارسة التأمين الصحي بناء على طلب يتم تقديمه لهذا الغرض ، وللمجلس تحديد ما يراه من تفاصيل تتعلق بطبيعة ونطاق البيانات التي يتعين تضمينها في الطلبات في حدود ما يلزم لتقييمها ، وعلى المجلس البت في طلب التأهيل خلال مائة وثمانين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

(المادة الخامسة والأربعون)

تلتزم شركة التأمين بتقديم المستندات التالية ضمن طلبها للحصول على التأهيل :

- ١ - اسم وعنوان الشركة.
- ٢- النظام الأساسي أو عقد التأسيس.
- ٣- أسماء رئيس وأعضاء مجلس الإدارة والعضو المنتدب والإدارة التنفيذية.
- ٤ - الحسابات السنوية المدققة من قبل محاسب قانوني للسنوات الثلاث السابقة لتقديم الطلب للشركات القائمة وخطة العمل للشركات الجديدة.
- ٥ - اسم الخبير الاكتواري المستقل أو الشركة المتخصصة في الدراسات الاكتوارية.
- ٦ - اسم مراجعي الحسابات القانونيين.

(المادة السادسة والأربعون)

يجب أن تتضمن خطة العمل بياناً يتضمن تقديراً للإيرادات والمصروفات والمخصصات الفنية والنتائج المتوقعة للثلاث سنوات اللاحقة لتقديم الطلب حسب النموذج الذي أعده المجلس خصيصاً لذلك ، وكذلك مخطط ترتيبات إعادة التأمين.

(المادة السابعة والأربعون)

تلتزم شركة التأمين بإرفاق إفادة من قبل الجهة الرقابية الأخرى بالتزام الشركة بالحفاظ على الحد الأدنى من الملاءة المالية.

(المادة الثامنة والأربعون)

للمجلس أن يختار من الشركات المتقدمة تلك التي يتوفر فيها التالي :

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

(المادة التاسعة والأربعون)

يجوز الامتناع عن تأهيل شركة التأمين بموجب خطاب يبين أسباب الامتناع وذلك في الحالات التالية :

- ١ - حصول المجلس على معلومات من الجهة الرقابية الأخرى بعدم كفاءة المديرين التنفيذيين للشركة ، وعدم توفر المتطلبات المهنية الضرورية فيهم.

- ٢ - حصول المجلس على معلومات من الجهة الرقابية الأخرى 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 (٤٢) من هذه اللائحة.

(المادة الخمسون)

تلتزم كل شركة تأمين بالاستعانة بخبير اكتواري أو شركة متخصصة في الخدمات الاكتوارية حسب ما تقرره الجهة الرقابية ، بحيث يقدم هذا الخبير للجهة الرقابية تقريراً اكتواريّاً عن نشاط التأمين الصحي للشركة موضحاً فيه كفاية المخصصات وسياسة التسعير.

(المادة الحادية والخمسون)

يتعين على الخبير الاكتواري المستقل أن يتأكد من الالتزام بالأساليب التأمينية في حساب اشتراكات التأمين والمخصصات الفنية ، وينبغي على الخبير في سياق هذا النشاط أن يقوم بمراجعة المسائل المالية للشركة وتدقيقها خاصة فيما يتعلق بالتأكد في جميع الأوقات من وفاء الشركة بصورة مستمرة بالتعهدات الناشئة عن وثائق التأمين ، وأن الشركة تمتلك تحت تصرفها موجودات مالية كافية في مستوى هامش الملاءة التي حددتها الجهة الرقابية ، وإذا أدرك الخبير الاكتواري أن المخصصات المطلوبة لم تعد متوفرة لزم عليه على الفور إشعار الجهة الرقابية.

(المادة الثانية والخمسون)

تلتزم كل شركة تأمين بإعداد حسابات مدققة من قبل مكتبين محاسبين قانونيين مرخص لهم بالعمل في المملكة وتقرير أعمال يغطي مجريات السنة السابقة يتم تقديمها للمجلس خلال الشهور الثلاثة الأولى من العام التالي لنهاية السنة المالية لشركة التأمين.

(المادة الثالثة والخمسون)

- على كل شركة تأمين مرخصة أن تقدم للمجلس إفادة بالتزامها بما يلي:
- ١ - أن يكون لديها رأس مال عادي حر وغير محمّل بأعباء يساوي هامش ملاءتها على الأقل.
 - ٢ - إن هامش الملاءة احتسب بشكل يبين قدرة الشركة على الوفاء بتعهداتها بشكل مستمر.
 - ٣ - تقديم خطاب ضمان مالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني يساوي ثلث هامش الملاءة على أن لا يقل مقدار هذا الضمان عن خمسة وعشرين مليون ريال.

(المادة الرابعة والخمسون)

- يقوم المجلس باعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية غير الحكومية في حدود الشروط التالية :
- ١ - أن يكون مرفق الرعاية الصحية قد تم ترخيصه من وزارة الصحة.
 - ٢ - أن يكون الأفراد القائمون على توفير الرعاية الصحية قد تم تسجيلهم من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
 - ٣ - أن يكون مرفق الرعاية الصحية مستوفياً للحد الأدنى من متطلبات الجودة وفقاً للمادتين (١٠٩) و (١١٠) من هذه اللائحة.

(المادة الخامسة والخمسون)

يتم اعتماد مقدمي خدمات الرعاية الصحية بموجب إشعار كتابي صادر عن المجلس ، ويتعين تسديد المقابل المالي السنوي لهذا الغرض للمجلس على النحو التالي :

- (١) ٢,٠٠٠ ريال سعودي لعيادة طبيب واحد.
- (٢) ٥,٠٠٠ إلى ١٠,٠٠٠ ريال سعودي لمستوصف.
- (٣) ١٠,٠٠٠ إلى ٢٠,٠٠٠ ريال سعودي لمراكز عمليات اليوم الواحد.
- (٤) ٢٠,٠٠٠ إلى ٥٠,٠٠٠ ريال سعودي للمستشفى طبقاً لعدد الأسرة.

(المادة السادسة والخمسون)

يُحدد المجلس المقابل المالي المقرر في كل حالة وفقاً للمادة (٥٥) ، كما يحدد المجلس المقابل المالي لبقية مقدمي الخدمة مثل مركز تشخيص، صيدلية، مختبر.

(المادة السابعة والخمسون)

يُلغى اعتماد المرفق الصحي اذا قامت وزارة الصحة بسحب ترخيص المرفق، ويتعين على المجلس أن يشعر شركات التأمين كافة بذلك.

الفصل السابع

الإشراف على أطراف العلاقة التأمينية

(أهداف ونطاق الإشراف)

(المادة الثامنة والخمسون)

يتولى مجلس الضمان الصحي الرقابة على شمولية التغطية التأمينية الصحية ، والتأكد من قيام أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهام والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

(المادة التاسعة والخمسون)

تقوم الجهة الرقابية بتولي مسؤولية الرقابة على شركات التأمين التي تزاوّل نشاط التأمين الصحي بحيث تشمل التأكد من ملاءة الشركة وكفاية رأس مالها وسلامة أصولها ومخصصاتها الفنية وقدرتها على الوفاء بالتزاماتها نحو المستفيدين من تأمينها الصحي ، وتقوم الجهة الرقابية بإطلاع المجلس على أي خلل قد يطرأ على وضع أي شركة تأمين وفقاً لما سبقت الإشارة إليه في هذه الفقرة.

(المادة الستون)

للمجلس أن يطلب تعديل خطة العمل لشركة من شركات التأمين الصحي قبل إبرام وثائق تأمينية جديدة ، ووفقاً لما يراه ضرورياً لحماية مصالح المستفيدين ، بحيث تمتد آثار ذلك بالنسبة لوثائق التأمين القائمة أو الوثائق التي لم يتم إبرامها بعد .

(المادة الحادية والستون)

يجوز للمجلس طلب معلومات وبيانات حول جميع مسائل العمل المتعلقة بالتأمين الصحي من الجهة الرقابية . وللمجلس في حالات فردية وخاصة فيما يتعلق بالبنود العامة للتأمين الصحي أن يطلب النماذج وغير ذلك من المطبوعات التي تستخدمها شركة التأمين الصحي في مراسلاتها مع أصحاب العمل والأشخاص المستفيدين، ومقدمي الخدمات وكذلك العقود الموقعة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

(المادة الثانية والستون)

يحق للمجلس أو من يعينهم القيام خلال مدد منتظمة أو في أي وقت بإجراء المراجعة والتدقيق على جميع شركات التأمين في نطاق اختصاصات المجلس وكذلك الطلب من الجهات الرقابية الأخرى القيام بذلك وتزويد المجلس بتقرير عن ذلك.

(المادة الثالثة والستون)

يحق للمجلس التحفظ على أي من المسؤولين التنفيذيين في أي من شركات التأمين وإشعار الجهات الرقابية الأخرى بذلك.

(المادة الرابعة والستون)

لا يسمح لأعضاء المجلس أو للأشخاص الذين يوظفهم بإفشاء المعلومات السرية التي يحصلون عليها في سياق القيام بتنفيذ هذه اللائحة ، ويسري هذا الحكم بالنسبة لأي شخص آخر يكون قد ألم بهذه المعلومات في سياق التقارير الرسمية ، ولا تسري هذه الأحكام على إفشاء المعلومات في عبارات عامة لا يتسنى معها تحديد شركة بعينها من شركات التأمين.

(المادة الخامسة والستون)

- للمجلس استخدام المعلومات المشار إليها في المادة (٦٤) بحيث يقتصر استخدامها على الأغراض التالية :
- ١ - فحص الطلب المقدم من شركة التأمين للحصول على التأهيل أو لتجديده.
 - ٢ - التوجيهات الصادرة من المجلس.
 - ٣ - ملاحقة أي مخالفات للالتزامات الناشئة عن عقد التأمين وفقاً للمادة (١٤) من النظام.
 - ٤ - في إطار إجراءات فحص الشكاوى المقدمة بشأن قرار اتخذته إحدى شركات التأمين.
 - ٥ - في إطار إجراءات النظر والبت في المخالفات وفقاً للمادة (١٤) من النظام.

(المادة السادسة والستون)

- إن الالتزام بالمحافظة على سرية المعلومات الواردة في المادة (٦٤) لا يمنع على وجه التحديد من تقديم المعلومات :
- ١ - للجهات القضائية أو المحاكم أو الجهات التكميلية الأخرى.
 - ٢ - للأجهزة المسؤولة عن تطبيق النظام وفقاً لأحكامه أو الأنظمة الأخرى ذات العلاقة طالما كانت تلك الجهات تطلب المعلومات لغرض إنجاز مهماتها على أن تلتزم بضوابط السرية الواردة في المادة (٦٤) من هذه اللائحة.

(المادة السابعة والستون)

للجهة الرقابية الأخرى حق الإشراف على تسوية ما يتعلق بالوثائق التأمينية القائمة وذلك في حالة حظر أنشطة شركة التأمين أو توقفها عن العمل أو في حالة سحب ترخيص ممارستها لأنشطة أعمالها ، وعليها التنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني في ذلك.

(المادة الثامنة والستون)

يجوز للمجلس سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا أخلت شركة التأمين باشتراطات التأهيل ، وفي حالة سحب التأهيل فإن تبعية المستفيدين لدى الشركة تنتقل إلى شركة تأمين يختارها صاحب العمل ، ويسري ذلك أيضاً إذا توقفت شركة التأمين عن الاستمرار في ممارسة أعمالها دون أن يكون التأهيل قد تم سحبه.

(المادة التاسعة والستون)

يجوز للمجلس كذلك سحب تأهيل ممارسة أعمال التأمين الصحي إذا لم تستخدم شركة التأمين التأهيل خلال اثني عشر شهراً أو إذا أبدت صراحة تخليها عن التأهيل أو توقفت عن الاستمرار في ممارسة أعمالها لمدة ستة أشهر.

(المادة السبعون)

فيما عدا الحالات المشار إليها في المادتين (٦٨) و (٦٩) يتم التنسيق مع الجهات المعنية حول سحب التأهيل.

(المادة الحادية والسبعون)

يتم تمويل المجلس من خلال ما يلي :

- ١ - المقابل المالي للتأهيل والتجديد السنوي لشركات التأمين.
- ٢ - المقابل المالي للاعتماد السنوي لمقدمي الخدمات الصحية غير الحكومية.
- ٣ - المقابل المالي للإشراف والرقابة على شركات التأمين وذلك بواقع واحد بالمائة من أقساط التأمين الصحي حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.

- ٤ - المقابل المالي الذي يحصل عليه المجلس نظير دراسة إعفاء الجهات التي تمتلك مرافق طبية من التغطية التأمينية أو جزء منها ويحدد المجلس هذا المقابل.
- ٥ - الغرامات المالية الأخرى المستحقة للمجلس وكذلك التي تقضي بها لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني والمحددة في المادة (١١١) من هذه اللائحة.
- ٦ - التبرعات والهبات وعوائد الاستثمار.
- ٧ - المبالغ المالية المحصلة من أي مصادر أخرى مثل إصدار المجلات والكتيبات أو الأعمال الاستشارية أو التدريبية التي قد يقوم بها المجلس.

(المادة الثانية والسبعون)

يقوم المجلس بنشر معلومات عامة حول أنشطة شركات التأمين التي يؤهلها المجلس ، ويمكن التنسيق في هذا الصدد مع الجهات الرقابية الأخرى ، كما يقوم المجلس متى ما اقتضت الحاجة بتفسير اللائحة التنفيذية للنظام.

(المادة الثالثة والسبعون)

يقوم المجلس بنشر ما يراه من جداول وبيانات إحصائية ذات علاقة بالتأمين عن كل سنة عمل دون تحديد لشركات تأمين بعينها.

الفصل الثامن

العلاقات بين أطراف العلاقة التأمينية

(المادة الرابعة والسبعون)

يحدد المجلس اشتراطات تصميم بطاقة التأمين الصحي ومحتوياتها بالاتفاق المشترك مع شركات التأمين ومقدمي الخدمات الصحية.

(المادة الخامسة والسبعون)

تلتزم شركات التأمين ومقدمو الخدمات بمراعاة ما يلي :

- ١ - تقديم الخدمات وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المقبولة عامة ، التي تتفق والأساليب الطبية الحديثة المقبولة والمتعارف عليها مع الأخذ بعين الاعتبار ما يتحقق من تقدم في مجال الطب ، ولا يجوز لمقدمي الخدمات التقدم بمطالبات لشركات التأمين لتقديم خدمات لا تتوافق مع ما أشير إليه بعاليه.
- ٢ - أن تكون الإجراءات الطبية مقصورة على ما تتطلبه حاجة العلاج الضرورية لإنجاز المهمة.

(المادة السادسة والسبعون)

على أطراف العلاقة التأمينية وهم حملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمو الخدمات كل فيما يخصه اتباع المعايير المهنية المتعارف عليها في تنفيذ ما يلي :

- ١ - تسديد الأقساط في وقتها من قبل حملة الوثائق إلى شركات التأمين.
- ٢ - سرعة إعطاء الموافقات من قبل شركات التأمين إلى مقدمي الخدمة على تقديم العلاج للمستفيدين ، وسرعة تسوية مطالبات مقدمي الخدمة.
- ٣ - سرعة وسهولة توفير الخدمة العلاجية من قبل مقدمي الخدمة للمستفيدين وسرعة قيام مقدمي الخدمة بمطالبة شركات التأمين بتسوية المستحقات.

(المادة السابعة والسبعون)

لا يسمح لشركات التأمين بتملك أو تشغيل مرافق لغرض الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وكذلك لا يسمح للمرافق الصحية الخاصة بامتلاك شركات تأمين صحي.

(المادة الثامنة والسبعون)

طرفا التعاقد في وثيقة التأمين هما حامل الوثيقة (صاحب العمل) وشركة التأمين.

(المادة التاسعة والسبعون)

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 لمجلس الضمان الصحي للتحقق من ذلك . ويلتزم صاحب العمل بناءً على طلب المجلس بتقديم المستندات المطلوبة كافة وإطلاع ممثلي المجلس في مقر صاحب العمل على تلك المستندات.

(المادة الثمانون)

يقوم صاحب العمل بشرح وإيضاح الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها.

(المادة الحادية والثمانون)

مع عدم الإخلال بما تقضي به الأنظمة والتعليمات ، يقوم صاحب العمل بتنفيذ الجزاءات بحق المستفيد الذي يثبت عليه نظاماً سوء استخدام الخدمة.

(المادة الثانية والثمانون)

على صاحب العمل إعادة بطاقات التأمين إلى شركة التأمين عند ترك المستفيد العمل لديه أو عند انتهاء مدة وثيقة التأمين ، ويكون مسؤولاً عن أية مصاريف تنشأ نتيجة عدم الالتزام بهذا الشرط.

(المادة الثالثة والثمانون)

تقوم شركة التأمين في سبيل الوفاء بالتزاماتها نحو توفير المنافع بإبرام عقود خدمات صحية مع مقدمي خدمة معتمدين . ويجوز للمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الحكومية المتاح دخولها لعموم المراجعين أن تعالج المستفيدين بمقابل مادي تتحمله شركات التأمين.

(المادة الرابعة والثمانون)

في الحالات الطارئة فقط يمكن تلقي العلاج لدى الأخصائيين والمستشفيات دون إحالة من مرفق رعاية أولية ، ويسري هذا الحكم أيضاً على العلاج بواسطة مقدمي خدمات ممن لم توقع معهم شركة التأمين عقوداً للخدمات الصحية ، وفي حالة عدم موافقة شركة التأمين على مواصلة العلاج في هذا المركز فيتم نقلهم بعد استقرار حالتهم الصحية إلى أحد مراكز شبكة مقدمي الخدمة.

(المادة الخامسة والثمانون)

تكون المسؤولية على مقدم الخدمة في حالة قيام أحد موظفيه أو أطبائه بالتحايل أو التزوير أو إساءة استخدام تقديم الخدمة.

(المادة السادسة والثمانون)

- يتضمن عقد الخدمات الصحية العناصر التالية على الأقل، ويجوز للمجلس اقتراح عقد خدمات استرشادي ينظم العلاقة بين الأطراف المعنية:
- (١) الحقوق والالتزامات المشتركة والجزاءات الواجبة في حالة الإخلال بها.
 - (٢) التزام مقدمي الخدمة بمستوى الجودة النوعية وفقاً للشروط والإجراءات الواردة في المادتين (١٠٩) و (١١٠) من هذه اللائحة.
 - (٣) التزام مقدم الخدمة بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (٧٥) من هذه اللائحة وأن يهييء 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 النزاعات الناشئة عن عقد الخدمات الصحية.

(المادة السابعة و الثمانون)

على مقدم الخدمة التحقق من هوية المستفيد، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.

(المادة الثامنة والثمانون)

على مقدم الخدمة المطالبة بمستحققاته المترتبة على علاج المستفيدين وبالشكل المتفق عليه مع شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن ٩٠ يوماً من تاريخ الاستحقاق.

(المادة التاسعة والثمانون)

على مقدم الخدمة الالتزام بنظام الترميز الذي يصدر عن المجلس وذلك في وصف حالات العلاج وتكلفتها والمطالبة بالمستحققات.

(المادة التسعون)

يجوز لمقدم الخدمة إلغاء عقد تقديم الخدمات الصحية مع شركة التأمين مع ملاحظة شروط الإلغاء في حالة التأخر في سداد مستحققاته. وفي هذه الحالة على شركة التأمين إبلاغ أصحاب العمل بذلك.

(المادة الحادية والتسعون)

على شركة التأمين عند بدء سريان التغطية التأمينية القيام بما يلي :

أ - تزويد حامل الوثيقة ببطاقات التأمين للمستفيدين وكذلك كتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمات المعتمدين، وعلى صاحب العمل تسليمها بشكل رسمي وفعلي عند بدء التغطية التأمينية للمستفيدين.

ب - إبلاغ شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية وكذلك التغطيات الإضافية إن وجدت.

(المادة الثانية والتسعون)

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

(المادة الثالثة والتسعون)

لا تلتزم شركة التأمين بإبرام عقد خدمات صحية مع كل مقدم خدمة معتمد من قبل المجلس، وللشركة أن تختار من بين مقدمي الخدمات المعتمدين من تأنس فيه القدرة على تقديم أفضل الخدمات لتلبية متطلبات عقد الخدمات الصحية.

(المادة الرابعة والتسعون)

لا تلتزم شركة التأمين باستخدام كل مقدمي الخدمة المبرم معهم عقود لكل وثيقة.

(المادة الخامسة والتسعون)

يجب على شركة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج خلال ستين دقيقة، وفي حالة عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب كتابياً، ويضع المجلس معايير الخدمة في هذا الشأن.

(المادة السادسة والتسعون)

لشركات التأمين أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء سعوديين لمراقبة مدى الالتزام باشتراطات العلاج في حدود فعالية التكلفة الموضحة في المادة (٧٥) من هذه اللائحة أثناء علاج أحد المستفيدين . وفي حالة تعذر تعيين أطباء سعوديين يمكن لشركات التأمين أن تتقدم للمجلس بطلب استثناء للتعاقد مع أطباء غير سعوديين ؛ أما ما يخص الكفاءات الطبية المتميزة فلا بد أن يكونوا من الأخصائيين والاستشاريين السعوديين . وفي حالة طلب الاستشارات غير المتفرغة فعلى شركات التأمين أن تستعين بالأخصائيين والاستشاريين السعوديين العاملين في القطاع العام.

(المادة السابعة والتسعون)

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 الثامنة والتسعون)

يلتزم مقدمو الخدمات والمستفيدون بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة ، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة للقيام بأعمال المراقبة وفقاً لأحكام المادة (٩٦) من هذه اللائحة ، ويجوز للأطباء دخول عنابر المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والملفات الطبية لمستشفى مرخص عولج فيه أحد المستفيدين ، أو يجري فيه علاجه وذلك حينما تقتضي الضرورة لإنجاز مهام المراقبة المسندة إليهم بالتنسيق مع المستشفى المعني.

(المادة التاسعة والتسعون)

للمجلس حق الاعتراض على من تثبت عدم أهليته طبياً أو إخلاله بأخلاقيات المهنة.

(المادة المائة)

على شركة التأمين سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن ستين يوماً من تاريخ المطالبة.

(المادة الأولى بعد المائة)

على شركة التأمين ومقدمي الخدمة الاتفاق على تسوية مبلغ المطالبات ، وفي حالة عدم الاتفاق يمكن لأي منهما إحالة الخلاف إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني.

(المادة الثانية بعد المائة)

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 إخلالاً كاملاً أو جزئياً بتقديم الخدمة بعد موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديل عنه بنفس المستوى.

(المادة الثالثة بعد المائة)

يلتزم المستفيد بتزويد شركة التأمين بجميع المعلومات التي تطلبها لتحديد تفاصيل الحالة الطارئة أو التزامات الخدمات الواقعة على عاتق شركة التأمين ونطاق تلك الالتزامات.

(المادة الرابعة بعد المائة)

يلتزم المستفيد بأن يتم الكشف عليه من قبل الطبيب المرخص نظاماً والمعتمد من المجلس الذي تعينه شركة التأمين إذا رغبت الشركة في ذلك وتحمل في هذه الحالة تكاليف الكشف.

(المادة الخامسة بعد المائة)

يلتزم المستفيد عند طلب العلاج بتقديم بطاقة التأمين وإثبات الهوية لمقدم الخدمات الذي يعيدها إليه بعد تسجيل البيانات اللازمة للعلاج.

(المادة السادسة بعد المائة)

يلزم المستفيد بمراجعة أحد مرافق الرعاية الأولية أو الأطباء العاملين ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له ، ويكون التحويل إلى أخصائي أو مستشفى بقرار من الطبيب العام.

(المادة السابعة بعد المائة)

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

(المادة الثامنة بعد المائة)

تقتصر التوصية بالتنويم بالمستشفيات على الحالات التي يكون فيها علاج المستفيد بالعيادة الخارجية غير كاف ويتعين في هذا الحال الاستفادة من جراحات أو معالجات اليوم الواحد وفي حالة قيام المستفيد بمراجعة مستشفى غير المستشفى المحدد في أوراق الإحالة فإنه يلتزم بتحمل الفرق في تكلفة العلاج.

الفصل التاسع

ضمان جودة الخدمات المقدمة

(المادة التاسعة بعد المائة)

- يحدد المجلس بالتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية ذات القدرة الاشتراطات الواجب توافرها مسبقاً للمحافظة على جودة الخدمات المقدمة فيما يتعلق بإنفاذ أحكام المادة (١٦) من النظام.
- وفي سياق تحديد الاشتراطات على وجه الخصوص يتعين مراعاة ما يلي :
- ١ - توفر الحد الأدنى لمتطلبات الجودة النوعية التي يجب على مقدمي الخدمة التقيد بها.
 - ٢ - إقرار الخدمات التشخيصية والعلاجية التي يتعين توفيرها أو التي يزعم تقديمها على نفقة شركة التأمين.
 - ٣ - التزام مقدمي الخدمة بالإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية.

(المادة العاشرة بعد المائة)

- تغطي الإجراءات المتعلقة بالمحافظة على الجودة النوعية ما يلي كحد أدنى :
- ١ - المعايير الخاصة بغرف الكشف الطبي لمقدمي الخدمات المعتمدين.
 - ٢ - التفتيش المنتظم على المستشفيات والعيادات والمستوصفات المعتمدة في مواقعها ودون إنذار 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 - يلتزم مقدمو الخدمة القيام كل ثلاث سنوات وعلى حسابهم الخاص بالتعاقد عن طريق المجلس مع مكتب استشاري مختص لتقييم وقياس مدى التزام مقدمي الخدمة بمتطلبات الجودة النوعية وتزويد المجلس بصورة من التقرير الخاص بذلك وفي حال إخلال مقدم الخدمة بهذا الشرط فيمكن للمجلس إلغاء الاعتماد.

الفصل العاشر

الجزاءات وتسوية المنازعات

(المادة الحادية عشرة بعد المائة)

تشكل لجنة أو أكثر بقرار من رئيس المجلس مكونة من ستة أعضاء من الجهات المحددة في المادة (١٤) من النظام تسمى لجنة مخالفات نظام الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وإقرار الجزاء المناسب ويوقع هذا الجزاء بقرار من رئيس المجلس ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم خلال ستين يوماً من إبلاغه.

(المادة الثانية عشرة بعد المائة)

تنظر هذه اللجنة في المخالفات التي تنشأ بين المستفيدين وحملة الوثائق وشركات التأمين ومقدمي الخدمات.

(المادة الثالثة عشرة بعد المائة)

تقدم الشكوى من أطراف العلاقة كتابة لأمين عام المجلس خلال تسعين يوماً من تاريخ وقوع الخلاف الذي ترتب عليه موضوع الشكوى.

(المادة الرابعة عشرة بعد المائة)

تقوم الأمانة العامة للمجلس بإحالة الشكوى المقدمة إلى اللجنة التي تنظر في مخالفات أحكام هذا النظام.

(المادة الخامسة عشرة بعد المائة)

تورد قيمة الجزاءات المالية الخاصة بمخالفة أحكام هذا النظام وكذلك الغرامات المحددة في المادتين (١١١) و (١١٦) إلى المجلس وحسب ما تنص عليه اللائحة المالية.

(المادة السادسة عشرة بعد المائة)

إذا ثبت للجنة أن الشكوى غير صحيحة ولا تستند على أي مسوغ مقبول ، فسيكون لها اتخاذ الإجراءات اللازمة أو اقتراح الجزاء المناسب في حق الشاكي.

(المادة السابعة عشرة بعد المائة)

تعقد اللجنة جلسة كل ما دعت الضرورة ، ويدفع المجلس مكافأة تبلغ ألف ريال لكل عضو عن كل جلسة على ألا تزيد عن عشرين ألف ريال في السنة لكل عضو.

(المادة الثامنة عشرة بعد المائة)

يقوم المجلس بإعداد الإجراءات التفصيلية لتقديم الشكاوى للجنة.

الفصل الحادي عشر

الأحكام الانتقالية ودخول اللائحة حيز التطبيق

(المادة التاسعة عشرة بعد المائة)

يتم البدء بإجراءات التأهيل لشركات التأمين الصحي واعتماد مقدمي الخدمات الذين تشملهم أحكام هذا النظام بعد صدور هذه اللائحة.

(المادة العشرون بعد المائة)

تطبق هذه اللائحة على أصحاب العمل حسب الجدول التالي :

- ١ - الشركات والمؤسسات الفردية التي يزيد عدد عمالتها الأجنبية عن خمسمائة شخص خلال عام من تاريخ صدور اللائحة.
- ٢ - الشركات والمؤسسات التي يزيد عدد عمالتها الأجنبية عن مائة شخص خلال عامين من تاريخ صدور اللائحة.
- ٣ - جميع أصحاب الأعمال والأفراد المشمولين بالنظام خلال ثلاث سنوات من تاريخ صدور اللائحة.

(المادة الحادية والعشرون بعد المائة)

في حالة إبرام وثائق تأمين قبل تنفيذ النظام فإن أطراف التعاقد تكون مسؤولة عن إنهاء التزاماتها خلال عام من صدور هذه اللائحة ، مع مراعاة ما جاء في المادة (١٢٠) من هذه اللائحة ويجوز لهم الاستمرار بنفس الالتزامات إذا حصلوا على موافقة المجلس بالاستمرار في ترتيباتهم السابقة ، ويشترط في هذه الحالة أن تكون شركة التأمين مؤهلة وأن يكون مقدم الخدمة معتمد وأن يكون باستطاعتها مواصلة التزاماتها وفقاً لأحكام النظام واللائحة التنفيذية.

(المادة الثانية والعشرون بعد المائة)

يختص المجلس باقتراح تعديل هذه اللائحة، ويصدر بذلك قرار من وزير الصحة.

(المادة الثالثة والعشرون بعد المائة)

تصدر هذه اللائحة بقرار من وزير الصحة وتنشر في الجريدة الرسمية^(١) ويبدأ تنفيذها اعتباراً من بداية تنفيذ النظام بعد تسعين يوماً من تاريخ إصدارها.

(١) نشرت بجريدة أم القرى في العدد رقم (٣٨٩٦) وتاريخ ١٠/٤/١٤٢٣هـ.

وثيقة الضمان الصحي التعاوني

تنفيذاً لنظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م / ١٠)
وتاريخ ١٤٢٠/٥/١ هـ ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار وزير الصحة رقم
..... وتاريخ في هذا الشأن.

اسم شركة التأمين
.....
وبما أن حامل الوثيقة قد تقدم إلى شركة.....
(ويشار إليها فيما بعد بالشركة) بطلب خطي (سيشكل أساساً لهذه الوثيقة
وجزءاً لا يتجزأ منها) ، بغرض إجراء التأمين الموصوف لاحقاً عليه ومُعالِيه أو
على موظفيه ومُعالِيه المدرجة أسماؤهم في القائمة المرفقة بهذه الوثيقة والمشار
إليهم فيما بعد بالمؤمن عليهم ، وقد سدد الاشتراك أو وافق على تسديده.
فإن الشركة تتفق بموجب ما أُشير إليه بعاليه مع حامل الوثيقة على تغطية
نفقات توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة ، وإلى المدى
وبالطريقة المبينين بها ، من خلال شبكة مقدمي الخدمة المعينين من قبل شركة
التأمين مع الخضوع في ذلك دوماً لاشتراطات وتعريفات وتحديدات وحدود
التغطية التي تشتمل عليها هذه الوثيقة وأية ملاحق إضافية (مقررة من مجلس
الضمان الصحي التعاوني) يتفق عليها لاحقاً.

القسم الأول

التعريفات

- لأغراض هذا التأمين فإن الكلمات والعبارات والتعابير التالية سوف تُفسَّرُ أينما وردت في الوثيقة أو ملاحقها أو مرفقاتها وفقاً للتعريفات الواردة أدناه :-
- ١ - الحادث : إصابة عرضية أو حدث عَرَضِي غير مُتَوَقَّع يقع خلال مدة التأمين.
 - ٢ - العلة : المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن عليه ، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص ، خلال مدة التأمين.
 - ٣ - الحساسية : تحسس الفرد ، بصفة خاصة ، لأنواع معينة من الغذاء، الطقس، غبار الطلع أو أية محدثات أخرى من النباتات ، الحشرات ، الحيوانات، المعادن، العناصر أو المواد الأخرى ، حيث يعاني الفرد ردود فعل بدنية يسببها الاتصال المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبَّب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكاك ، الحمى القشئية ، الأكزيما ، الصداع.
 - ٤ - المستفيد (المؤمن عليه) : الشخص المشمول بالنظام (الموظف أو المُعال) المدرج في جدول الأشخاص المؤمن عليهم المرفق بهذه الوثيقة.
 - ٥ - المنفعة : نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
 - ٦ - القسط (الاشتراك) : هو المبلغ المتوجب الدفع من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
 - ٧ - التشوه الخُلقي : الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية.
 - ٨ - التغطية التأمينية : هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين المرفقة بهذه اللائحة.
 - ٩ - نسبة الاقتطاع / التحمُّل (المشاركة في الدفع) : هي الجزء الواجب سداه (المحدد في جدول الوثيقة) من قبل المستفيد (المؤمن عليه) في حالة التطبيب في العيادات الخارجية.
 - ١٠ - الموظف : أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى حامل الوثيقة ومسجل بتلك الصفة في سجلاته والذي لم يبلغ وقت انضمامه للتغطية التأمينية سن (٦٥) عاماً.

١١ - المُعَال :

- أ - الزوج / الزوجات المسجلون بهذه الصفة في سجلات حامل الوثيقة والمقيم إقامة نظامية بالمملكة العربية السعودية.
- ب - أولاد الموظف أو أولاد أي من الزوج أو الزوجات أو الأولاد المكفولون نظاماً المقيمون بالمملكة العربية السعودية المعتمدون في إعالتهم على الموظف والمسجلين بتلك الصفة في سجلات حامل الوثيقة.
- ١٢ - المستندات المؤيدة للمطالبة : جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر الشخص المؤمن عليه وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وسداد التكاليف ، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة ، والفواتير ، والإيصالات ، والوصفات الطبية ، تقرير الطبيب ، الإحالة والتوصيات ، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.
- ١٣ - أساس التقييد المباشر أو على حساب الشركة : تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن عليهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعيّنين من قبل الشركة حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب الشركة.
- ١٤ - تاريخ الابتداء : التاريخ المبين في جدول الوثيقة والذي تبتدىء عنده التغطية التأمينية.
- ١٥ - تاريخ النفاذ : التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه الشركة لبدء تغطية الشخص بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن عليه في الوثيقة.
- ١٦ - 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 ، بناءً على طلب خطي من حامل الوثيقة.
- ١٧ - المستشفى : مرفق صحي معتمد مقبول من حامل الوثيقة والشركة ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم المعالجة التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة . إن تعبير المستشفى في هذه الوثيقة لن يشمل الفنادق أو دور المنامة أو الضيافة أو الاستراحات أو دور النقاهاة أو المصحّات أو أماكن رعاية الأشخاص المُتَحَفِّظ عليهم أو مأوى كبار السن أو المضطربين عقلياً أو أي مكان يُستخدم أساساً لإيواء ومعالجة مدمني المخدرات أو الكحول.

- ١٨ - التنويم في المستشفى : تسجيل الشخص المؤمن عليه كمريض مُنوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي بناء على تحويل من طبيب مرخص.
- ١٩ - التأمين : البينة الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.
- ٢٠ - الطبيب المرخص : مُزاولة مهنة الطب بعد حصوله على المؤهل والمرخص له قانوناً بمزاولة مهنة الطب ويكون مؤهلاً ومقبولاً من حامل الوثيقة والشركة لتقديم المعالجة التي يمكن المطالبة بالتعويض عن تكاليفها المادية بموجب هذه الوثيقة.
- ٢١ - حدود التغطية : الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه وذلك قبل تطبيق أي اقتطاعات / تحمّلات.
- ٢٢ - مقدم الخدمة : الشخص أو المرفق الصحي المعتمد والمرخص له ، وفقاً للأنظمة المعمول بها ، بتقديم الخدمات الطبية في المملكة وعلى سبيل المثال ، مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعي أو علاج بالإشعاع.
- ٢٣ - الحمل والولادة : أي حالة حمل و / أو ولادة ناشئة عن علاقة زوجية شرعية.
- ٢٤ - جراحة أو معالجة اليوم الواحد : الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للتنويم في مستشفى أو مركز معالجة ليوم واحد ، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي.
- ٢٥ - المعالجة في العيادات الخارجية : تردد الشخص المؤمن عليه على العيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علّة.
- ٢٦ - شبكة مقدمي الخدمة : هي مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من مجلس الضمان الصحي التعاوني والمحدد من قبل شركة التأمين لتقديم الخدمة لصاحب العمل / حامل الوثيقة والقيّد مباشرة على حساب شركة التأمين عند إبراز المؤمن عليه بطاقة تأمين سارية المفعول على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الرعاية الصحية الثلاثة :
- المستوى الأول لتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية)
 - المستوى الثاني لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات العامة)
 - المستوى الثالث لتقديم الخدمات الصحية (المستشفيات التخصصية أو المرجعية)

- ٢٧ - مدة سريان المفعول : عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الاشتراك المبين في الجدول.
- ٢٨ - مدة التأمين : تعني المدة المبينة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين ساري المفعول.
- ٢٩ - حامل الوثيقة : الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
- ٣٠ - المصاريف الطبية المعقولة و المعتادة :
- أ - المصاريف الطبية التي تتوافق مع مستوى الأتعاب التي يتقاضاها غالبية الأطباء المرخصين أو المستشفيات في المملكة على أن تكون تلك الأتعاب نظير معالجة حالة مماثلة وأن يكون أولئك الأطباء المرخصون أو المستشفيات مماثلين تأهيلاً ومنزلةً لمن قدموا المعالجة.
- ب - المعالجة الطبية التي لا تختلف جذرياً عما يعتبره الطبيب المرخص مقبولاً باعتباره عادياً وطبيعياً بالنسبة لأي علة معينة تتم المطالبة بالمصاريف الطبية المتعلقة بها بموجب هذه الوثيقة.
- ٣١ - أساس تعويض البديل : الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها الشخص المؤمن عليه ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق الاقتطاع / التحمل

القسم الثاني

النفقات القابلة للاستعاضة / المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة سوف تعني المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة ، غير مستثناة بموجب القسم الثالث ، يصفها طبيب مُرخص بسبب علّة تعرض لها الشخص المؤمن عليه ، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه .

وبناءً 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 والولادة.

ج - معالجة أمراض الأسنان واللثة.

د - الإجراءات الوقائية التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ، ورعاية الأمومة ، والطفولة.

٢ - مصاريف إعادة جثمان الشخص المؤمن عليه إلى موطنه الأصلي.

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 مستتناة 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 - معالجة الحمل والولادة للمرأة المتعاقد معها على أساس أنها غير متزوجة.
 - ٦ - المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن عليه بدون مقابل.
 - ٧ - الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية.
 - ٨ - أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن عليه.
 - ٩ - معالجة الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي المتعارف عليها طبياً.
 - ١٠ - 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.
 - ١١ - جميع التكاليف المتعلقة بزراع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية أو الجسور الثابتة أو المتحركة أو التقويم باستثناء تلك التي تسببت عن وسائل خارجية عنيفة.
 - ١٢ - اختبارات تصحيح النظر أو السمع والوسائل البصرية أو السمعية المساعدة ما لم تكن مطلوبة بأمر الطبيب المرخص.
 - ١٣ - مصاريف انتقال الشخص المؤمن عليه بوسائل نقل غير سيارات الإسعاف المحلية المرخص لها أو التابعة لجمعية الهلال الأحمر السعودي .

- ١٤ - تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المُستعار .
- ١٥ - المعالجة النفسية أو الاضطرابات العقلية أو العصبية ما عدا الحالات الحادة .
- ١٦ - اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها بخلاف تلك المتعلقة بالأدوية أو التشخيص أو العلاج .
- ١٧ - الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو المعالجة بالهرمونات بهدف تنظيم النسل أو منع الحمل أو حصوله أو العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصب بواسطة الأنابيب أو أية وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي .
- ١٨ - أي ضعف أو تشوه خلقي موجود قبل بداية سريان الوثيقة ولا يشكل خطورة على الحياة .
- ١٩ - أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن عليه أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن عليه ، كمرافقة الأم لطفلها حتى سن الثانية عشرة ، أو حيثما تقتضي الضرورة الطبية ذلك حسب تقدير الطبيب المعالج .
- ٢٠ - معالجة البثور (حبّ الشباب) أو أية معالجة تتعلق بالسمنة أو البدانة .
- ٢١ - حالات زرع الأعضاء المنقولة والنخاع العظمي أو زرع الأعضاء الاصطناعية البديلة التي تحل محل أي عضو بالجسم .
- ب - هذه الوثيقة لن تغطي المنافع الصحية وإعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة مباشرة عن :
- ١ - الحرب ، الغزو ، أعمال العدوان الأجنبي ، الأعمال العدوانية (سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن) ، الحرب الأهلية .
- 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 عليه أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها .
- ٥ - أعمال الشغب ، الإضراب ، الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال .

القسم الرابع

الشروط العامة

١ - إثبات سريان المفعول .

تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن عليهم . ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يُثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف مُخوّل رسمياً من الشركة كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أُثبت ذلك بملحق مَوْقع من موظف مُخوّل رسمياً من الشركة.

٢ - السجلات والتقارير .

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع الموظفين ومُعاليهم المؤمن عليهم بموجب هذه الوثيقة ، يحتوي 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 رُغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قَدّمها حامل الوثيقة وتلتزم الشركة ، متى ما طُلب منها ذلك ، بتزويد حامل الوثيقة بأية بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم .

٣ - المؤهلون للتأمين .

أ - بالنسبة للموظفين - فإن أي شخص مستوف لتعريف الموظف سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

ب - بالنسبة للمُعاليين - إن أي شخص مستوف لتعريف المُعال سوف يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة على أن يعول ذلك الشخص موظف مؤهل.

إذا كان أي شخص مُعرّف كمُعال هو أيضاً مؤهل للتأمين بوصفه موظفاً فإن تمتعه بالتأمين بصفته مُعالاً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة. وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما موظفين فإن الأولاد سوف يصبحون مؤهلين فقط كمُعاليين من قبل الزوج.

٤ - سداد الاشتراك .

أ - يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك التأمين الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن عليه، وذلك عند ابتداء التغطية التأمينية أو حسب ما يتم الاتفاق عليه مع الشركة.

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 مجلس الضمان الصحي التعاوني بذلك.

٥ - تواريخ نفاذ التغطية .

أ - بالنسبة للموظفين :

يبدأ نفاذ التغطية بالنسبة للموظف الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة ، وكل شخص يلتحق بالعمل في وقت لاحق سوف تبدأ تغطيته من تاريخ التحاقه بالعمل لدى حامل الوثيقة أو وصوله للمملكة .

ب - بالنسبة للمُعاليين :

يبدأ نفاذ التغطية التأمينية بالنسبة للمُعاليين من التاريخ الذي أصبح فيه الموظف والمسؤول عن إعالتهم مؤمناً عليه أو في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة مُعاليين .

٦ - إضافة وحذف «الأشخاص المؤمن عليهم» و «الإشتراكات» المتعلقة بذلك .

أ - على حامل الوثيقة أن يُعلن فوراً وخطياً للشركة عن كل الموظفين أو المُعاليين المراد تغطيتهم بالتأمين بعد تاريخ ابتداء الوثيقة ، وتقوم الشركة باحتساب الاشتراك الإضافي الواجب أدائه فوراً عن الأشخاص الذين يتم إدراجهم في جدول الأشخاص المؤمن عليهم وذلك على أساس تناسبي من تاريخ شمولهم بالتغطية .

ب - على حامل الوثيقة أن يشعر الشركة خطياً خلال ثلاثين يوماً من تاريخ الإنهاء المطلوب عن جميع الأشخاص المؤمن عليهم (الموظفين و/أو المُعاليين) الذين تنتهي تغطيتهم التأمينية قبل انقضاء مدة التأمين ، ولا يحق للشركة رد الجزء النسبي من الاشتراك المتعلق بهؤلاء الأشخاص عن المدة المتبقية من التأمين ما لم يقم حامل الوثيقة بتزويد الشركة بما يثبت مغادرة الشخص المؤمن عليه للمملكة في حالة المغادرة النهائية ، أو ما يثبت شمول المؤمن عليه ببرنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من مجلس الضمان الصحي التعاوني في حالة نقل كفالتة .

٧ - انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن عليهم :

أ - بالنسبة للموظفين : ينتهي تلقائياً تأمين أي موظف بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية :

- ١ - إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول .
- ٢ - في التاريخ الذي يصبح فيه عمر الموظف خمسة وستين عاماً .
- ٣ - لدى استنفاذ حد المنفعة القصوى الذي تنص عليه الوثيقة .
- ب - بالنسبة للمُعاليين : تنتهي تلقائياً تغطية المُعال بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية :
- ١ - فقدان المُعال لصفته التأمينية كمُعال وفقاً لأحكام البند ١١ (ب) من التعريفات بموجب القسم الأول من الوثيقة .
- ٢ - إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في الجدول .
- ٣ - في التاريخ الذي يصبح فيه عمر المُعال خمسة وستين عاماً .
- ٤ - لدى استنفاذ حد المنفعة القصوى المنصوص عليه بموجب هذه 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) يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت التنويم بالمستشفى وفي حدود مبالغ التغطية 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 المعيّنين ، وكذلك الحال بالنسبة لأي شخص مؤمن عليه تنتهي مدة تغطيته ، ويكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض الشركة عن كل المصاريف والنفقات الطبية الناتجة عن تقصيره في التقيد بذلك .
- ٨ - الحلول في الحقوق .
- أ - يحق للشركة ، - ويجب أن تُتاح لها الفرصة - ، من خلال جهة طبية معتمدة ، فحص الشخص المؤمن عليه الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بحد أقصى قدره مرتان ، وذلك خلال ستين يوماً من تاريخ تسلم المطالبة .
- ب - على حامل الوثيقة أو الشخص المؤمن عليه أن يتعاون ويسمح بالقيام ، على نفقة الشركة بالأعمال الضرورية التي تتطلبها الشركة في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير .

٩ - عدم ازدواجية المنافع .

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة قابلة للأداء لشخص مؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة ، ويكون مغطى أيضا ، بالنسبة لتلك النفقات ، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك ، تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات ، وتحل محل المؤمن عليه في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة .

١٠ - أساس التقييد المباشر على حساب الشركة لدى شبكة مقدمي الخدمة المعيّنين .

تصدر الشركة بطاقة تأمين صحي لكل شخص مؤمن عليه يحق له بموجبها تلقي الخدمة الصحية لدى شبكة مقدمي الخدمة المعيّنين دون أن يطلب منه تسديد نفقات تلك الخدمات .

يرسل مقدمو الخدمة المعيّنين للشركة ، وعلى أساس شهري ، جميع النفقات الطبية المُتكبَّدة بموجب الوثيقة . وتقوم الشركة بتقييم تلك النفقات ومعالجتها ، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة القصوى ، وفي حالة تجاوز ذلك الحد يحق للشركة المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن ٦٠ يوماً من تاريخ إبلاغه بها .

وفي حالة عدم تقييد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف للشركة خلال المدة المحددة يحق للشركة رفع الأمر إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني لاتخاذ مايلزم . وللشركة الحق في حذف أو استبدال أي من أو جميع مقدمي الخدمة المعيّنين لأغراض هذه الوثيقة ، خلال مدة سريانها ، شريطة موافقة حامل الوثيقة وتعيين بديل عنهم بنفس المستوى .

١١ - الاقتراع / التحمل :

مع عدم الإخلال بالتسهيلات الممنوحة بمقتضى القيد المباشر على حساب الشركة ، فإنه لشرط مُلزم وإجباري أن يقوم الشخص المؤمن عليه بدفع مبلغ الاقتراع / التحمل لدى مركز الخدمة ، وأي محاولة من جانب الشخص المؤمن عليه للامتناع عن الدفع سوف تعتبر إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويبطل مفعولها بالنسبة لهذا الشخص لحين سداد مبلغ الاقتراع .

١٢ - أساس تعويض البديل .

في الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن عليه الحصول على المعالجة الطبية الطارئة خارج المراكز والمستشفيات المعتمدة من قبل الشركة ، على أساس تعويض البديل ، وفي هذه الحالة تقوم الشركة ، وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحديدها واستثناءاتها ، بتعويض حامل الوثيقة عن النفقات والمصاريف القابلة للاستعاضة شريطة تزويد الشركة ، خلال ٣٠ يوماً من تكبد تلك النفقات ، بالمستندات المؤيدة التي تطلبها .

١٣ - الإلغاء .

يجوز لحامل الوثيقة إنهاء هذا التأمين ، في أي وقت ، بموجب إشعار خطي يرسل للشركة قبل ثلاثين يوماً على الأقل من تاريخ الإنهاء المطلوب . ويلزم حامل الوثيقة في هذه الحالة بتزويد شركة التأمين بما يثبت :

أ - إبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة ، أو شمول المؤمن عليهم بالتغطية الصحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من مجلس الضمان الصحي التعاوني بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة وذلك في حالة نقل الكفالة .

ب - مغادرة المؤمن عليهم المملكة في حالة المغادرة النهائية .

وفي هذه الحالة تكون الشركة ملزمة خلال ستين يوماً من تاريخ الإنهاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن عليه لم تتجاوز مطالباته ٧٥٪ من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي :

(الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ٣٦٥,٢٥٠ يوماً × عدد الأيام المتبقية)

وفي حالة توقف حامل الوثيقة عن رد النفقات التي تتجاوز حد المنفعة القصوى خلال المدة المحددة في الشرط رقم (١٠) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة العمل على أساس التقييد المباشر على حساب الشركة ، يحق للشركة الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة ، إن وجدت ، واستخدامها في المقام الأول للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي المعالجة 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 لاتزيد على ستين دقيقة من وقت طلب الموافقة .

١٥ - صيغة الجنس .

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

١٦ - الإشعارات .

أ - كل إشعار أو مخاطبة أخرى للشركة تتطلبها هذه الوثيقة يجب أن تكون مكتوبة أو مطبوعة .

ب - الشركة غير ملزمة بأي حال من الأحوال بإشعار حامل الوثيقة بموعد انتهاء مدة هذه الوثيقة .

١٧ - التقيد بأحكام الوثيقة .

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

١٨ - تسوية المنازعات .

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه عن طريق مجلس الضمان الصحي التعاوني و اللجان المشكلة بقرار رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني للنظر في مخالفات أحكام النظام وذلك وفقاً للمادة (١٤) من نظام الضمان الصحي التعاوني .

لقد قرأ حامل الوثيقة أحكام هذه الوثيقة مع جدولها ووافق عليها .
التاريخ :

توقيع شركة التأمين

توقيع حامل الوثيقة والتاريخ

وثيقة الضمان الصحي التعاوني

جدول الوثيقة

اسم المؤمن / شركة التأمين :	الرمز :
رقم الوثيقة :	رمز حامل الوثيقة :
اسم حامل الوثيقة :	
العنوان البريدي :	
رقم الهاتف :	رقم الفاكس :
رقم السجل التجاري :	
نوع التأمين : الضمان الصحي التعاوني الإلزامي	
مدة الوثيقة / مدة التأمين : من : يوم	شهر
إلى : يوم	شهر
تاريخ تجديد الوثيقة : يوم	شهر
الاشتراك السنوي : ريال سعودي	سنة
(مشمولان)	
تاريخ تجديد الوثيقة : يوم	
الاشتراك السنوي : ريال سعودي	
المؤهلون للتأمين :	
يعتبر جميع الموظفين الموجودين على رأس العمل فعلياً وتقل أعمارهم عن (٦٥) سنة مؤهلين للتأمين اعتباراً من تاريخ ابتداء الوثيقة . أما الموظفون الذين يلتحقون بخدمة حامل الوثيقة لاحقاً وتقل أعمارهم عن (٦٥) سنة فيعتبرون مؤهلين للتأمين من تاريخ التحاقهم بالخدمة أو وصولهم للمملكة .	
الزوج / الزوجة - الحد الأقصى : أقل من (٦٥) عاماً عند ابتداء التغطية التأمينية	
الأطفال - الحد الأدنى : من تاريخ الولادة	
الأبناء - الحد الأقصى : ١٨ عاماً .	
(تشمل تغطية التأمين بهذه الوثيقة بنات الموظف غير المتزوجات والأرامل والمطلقات غير العاملات واللاتي يعتمدن في إعالتهم على الموظف وذلك إلى الحد الأقصى للسنة المحدد للموظف)	

منافع وحدود التغطية بموجب الوثيقة :	
حد المنفعة الأقصى لكل شخص عن سنة الوثيقة	٢٥٠.٠٠٠ ريال سعودي
نفقات المعالجة بالعيادات الخارجية :	
الاقتطاع/ التحمل : (النسبة التي يدفعها المستفيد عند زيارة الطبيب شاملة جميع ما يطلبه الطبيب من مشورة وفحوصات وأدوية وليس لكل إجراء على حدة) .	٢٠٪ بحد أعلى مائة ريال سعودي
الحد الأقصى لأتعاب استشارة الطبيب :	
- لدى الطبيب العام	٥٠ ريالاً سعودياً
- لدى الأخصائي/الاستشاري (بتحويل من الطبيب العام)	١٥٠ ريالاً سعودياً
- لدى الأخصائي/الاستشاري (بدون تحويل من الطبيب العام)	٥٠ ريالاً سعودياً
نفقات التنويم بالمستشفى :	
- الاقتطاع/ التحمل	لا يوجد
- حد الإقامة والإعاشة اليومي	(غرفة مزدوجة بحد أقصى ٣٥٠ ريالاً سعودياً/يوم)
نفقات الحمل والولادة الطبيعية :	
(في حالة تمتع الموظف المستفيد بعقد متزوج)	بحد أقصى قدره ١٠٠.٠٠٠ ريال سعودي خلال مدة الوثيقة ،
ولادة الأطفال المبشرين	بحد المنفعة الأقصى
إعادة رفات المتوفى إلى موطنه الأصلي	١٠٠٠٠ ريال سعودي بحد أقصى
نطاق التغطية	المملكة العربية السعودية
احتساب الاشتراك :	
نوع التسجيل	الاشتراك لكل شخص ولكل سنة تأمينية
الموظفريال سعودي
الزوج/ الزوجةريال سعودي
الأطفالريال سعودي

لقد قرأ حامل الوثيقة أحكام وشروط هذه الوثيقة مع جدولها ووافق عليها .

التاريخ توقيع حامل الوثيقة توقيع شركة التأمين