



لائحة حماية مستفيدي التأمين الصحي التعاوني

جدول المحتويات

المحتويات	الصفحة
جدول المحتويات	٢
الفصل الأول: التعريفات.....	٣
الفصل الثاني: أحكام عامة	٤
الفصل الثالث: حملة الوثائق والمستفيدين	٥
الفصل الرابع: أطراف العلاقة بالتأمين الصحي	٦
الفصل الخامس: الشكاوى.....	٩
الفصل السادس: الإهمال والاحتتيال	١٠
الفصل السابع: المخالفات والعقوبات	١١
الفصل الثامن: أحكام ختامية	١٢

الفصل الأول: التعريفات

المادة الأولى:

يكون للألفاظ والعبارات الواردة في هذه اللائحة المعاني الموضحة أمام كل منها مالم يقتضي السياق خلاف ذلك، ويكون للعبارات التي لم يتم تعريفها ذات المعاني الموضحة لكل منها في اللائحة التنفيذية:

المملكة: المملكة العربية السعودية.

المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني وأمانته العامة.

رئيس المجلس: رئيس مجلس الضمان الصحي التعاوني.

النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني المطبق في المملكة.

اللائحة التنفيذية: اللائحة التنفيذية للنظام.

اللائحة: لائحة حماية مستخدمي التأمين الصحي التعاوني هذه.

أطراف العلاقة بالتأمين الصحي: شركة التأمين، ومقدمي الخدمة، وشركة إدارة دورة الإيرادات وشركة إدارة المطالبات حامل الوثيقة وغيرهم وفقاً لما تحدده اللائحة التنفيذية.

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

مقدم الخدمة: المرفق الصحي (الحكومي وغير الحكومي) المؤهل نظاماً أو المرخص له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة والمعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مجمع طبي عام، مجمع طبي متخصص، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.

حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.

صاحب العمل: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي يستخدم عاملاً أو أكثر.

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

الوسيط: الشخص الاعتباري الذي يقوم لقاء مقابل مادي بالتفاوض مع الشركة لإتمام عملية التأمين لصالح المؤمن لهم.

التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.

نسبة التحمل (المشاركة في الدفع): الجزء الذي يلتزم المستفيد بدفعه عند تلقي خدمات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، عدا الحالات الطارئة والتنويم.

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

الوثيقة: وثيقة الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي اعتمدها المجلس والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدر من شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة).

النفقات القابلة للاستعاضة: المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة صحية غير مستثناة بموجب 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.

إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها دون أن يتوفر لديه قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة، وما يدخل تحت ذلك بحسب النظام واللائحة.

الاحتيال: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى، أو تنطوي على غش أو خداع والذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة، وما يدخل تحت ذلك بحسب النظام واللائحة.

الإهمال: تقديم إجراءات تأمينية/طبية بدون توخي مقداراً معقولاً من الحذر المتعارف عليه تأمينياً وطبياً، والذي كان سبباً في حدوث ضرر مادي أو معنوي لأحد الأطراف التأمينية لم يكن ليحصل لولا تصرف المتسبب بالإهمال على النحو الذي تصرفه. الحالات الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع حسب المستويات التالية (١- الإنعاش. ٢- الطوارئ). من مستويات الرعاية الطبية العاجلة كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد فرز الحالات الطارئة.

الفصل الثاني: أحكام عامة

المادة الثانية:

تهدف هذه اللائحة إلى حماية حقوق مستفيدي التأمين الصحي التعاوني، وذلك من خلال ما يلي:

١. رفع مستوى الوعي التأميني لدى المستفيدين.
٢. حفظ وحماية حقوق المستفيدين.
٣. تعزيز مستوى النزاهة والشفافية والإنصاف في مجال التأمين الصحي التعاوني.
٤. تمكين المستفيدين من الحصول على التغطية الصحية الكاملة حسب ما تحدده الوثيقة، من خلال ترسيخ معايير عالية لممارسة العمل في مجال التأمين الصحي التعاوني.
٥. التميز في خدمة المستفيدين وتوفير آلية مناسبة للتعامل بينهم، من خلال وضع حد أدنى للإجراءات والالتزامات التي تقع على أطراف العلاقة في التأمين الصحي.

المادة الثالثة:

١. تبدأ التغطية التأمينية للمستفيد من تاريخ بداية علاقة العمل للسعوديين، ومن تاريخ نقل الكفالة أو من تاريخ دخول للمملكة لغير السعوديين - على أن يتم إرسال طلب الإضافة لشركة التأمين خلال خمسة (٥) أيام عمل من تاريخ دخول العامل للمملكة - أو من التاريخ الذي يحدده حامل الوثيقة وتوافق عليه شركة التأمين بما لا يخالف هذه اللائحة أو أي نظام أو لائحة أخرى.
٢. ينتهي نفاذ التغطية التأمينية للمستفيد اعتباراً من تاريخ الانتهاء المحدد في الوثيقة أو في الحالات التالية:

- أ. عند إلغائها،
 - ب. عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة الذي تنص عليه الوثيقة،
 - ج. عند وفاة المستفيد،
 - د. عند مغادرة المستفيد للمملكة نهائياً،
 - هـ. عند انتقاله للعمل لدى صاحب عمل جديد، أو
 - و. عند انتهاء العلاقة التعاقدية بين العامل وصاحب العمل.
٣. استثناءً من أحكام الفقرة (٢) من هذه المادة، يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار تنويم المستفيد لدى مقدم الخدمة لما بعد التاريخ المحدد لانتهاء العقد أو إلغائه، وذلك للمدة التي تتطلبها علاج هذه العلة، على ألا تتجاوز:
- أ. ثلاثمائة وخمسة وستون (٣٦٥) يوماً من تاريخ ابتداء تلك العلة التي استدعت تنويم المستفيد. و
 - ب. الحد الأقصى للتغطية التأمينية الواردة في الوثيقة.

الفصل الثالث: حملة الوثائق والمستفيدين

المادة الرابعة:

يُعد من حقوق المستفيد كل مما يلي:

١. أن يحصل المستفيدين على حقوق متساوية فيما يخص خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب وفقاً للوثيقة وبدون أي تمييز أو اجحاف فيما بينهم وذلك حسب الفئة التأمينية.
٢. تلقي المستفيد للخدمة الصحية كما هو متفق عليه في الوثيقة من قبل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له دون أن يُطلب منه سداد نفقات تلك الخدمات، فيما عدا مبلغ نسبة التحمل الموضحة في الوثيقة بحسب ما هو متفق عليه والحد الأقصى لكل منفعة.
٣. للمستفيد الحصول على المعالجة الطبية الطارئة في الحالات الطارئة من خارج شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له دون الحاجة للرجوع لشركة التأمين ودون إلزامه بدفع أي تكاليف للخدمات العلاجية وتقييدها مباشرة على حساب شركة التأمين.
٤. يحق للمستفيد اختيار أي مقدم خدمة من ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له في الوثيقة، ولا يحق لشركة التأمين إلزامه بمقدم خدمة محدد في حال وجود طلب منه بالتحويل لمقدم خدمة آخر.
٥. لا يحق لمزود الخدمة أو الطبيب المعالج لدى مقدم الخدمة طلب أي مبالغ نقدية إضافية نظير تقديم الخدمات الطبية سواءً في العيادات الخارجية أو التنويم تحت أي بند باستثناء طلب مقدم الخدمة لمبالغ نسبة التحمل إن وجد أو في حال استنفاد حد المنفعة.
٦. الحصول على الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمي المنصوص عليه في الوثيقة.

المادة الخامسة:

يجب على المستفيد الالتزام بما يلي:

١. تقديم بيانات صحيحة ودقيقة وغير مضللة عند تعبئته لنموذج الإفصاح الطبي، وعدم إخفاءه لأي معلومات هامة أو جوهرية عند تعبئته لأي نماذج أخرى معتمدة يطلبها المجلس أو شركة التأمين أو صاحب العمل.
٢. إشعار صاحب العمل بأي تحديث يطرأ على حالته الاجتماعية بشكل فوري.

٣. في حال رفض شركة التأمين لطلب الموافقة العلاجية، يلتزم المستفيد بإعادة الفحص عليه -إذا رغبت شركة التأمين بذلك- [من قبل جهة طبية حيادية يعيّنّها المجلس] ، على أن تتحمل شركة التأمين تكاليف هذا الفحص.
٤. دفع مبلغ نسبة التحمل -إن وجد- المحدد في الوثيقة حسب القيمة المدفوعة لدى مقدم الخدمة وفق ما هو متفق عليه بين شركة التأمين ومقدم الخدمة.
٥. تحمل المسؤولية التامة عن صحة ما يرد في أي مستند أو نموذج يقوم بالتوقيع عليه لصالح أي من أطراف العلاقة التأمينية.

المادة السادسة:

يجب على صاحب العمل وحامل الوثيقة -كل فيما يخصه- الالتزام بما يلي:

١. توفير التأمين الصحي للعاملين لديه وأفراد أسرهم التابعين المشمولين نظامًا، وذلك من خلال إبرام وثيقة تأمين صحي.
٢. الاطلاع على شروط وأحكام الوثيقة ومعرفة الالتزامات المترتبة عليه قبل إتمام العلاقة التعاقدية، ويحق له طرح الأسئلة والاستفسار في حال عدم وضوح أي بند أو شرط في الوثيقة أو أي من المستندات المقدمة من قبل شركة التأمين.
٣. شرح وإيضاح كافة بنود الوثيقة وحدود التغطية للمستفيدين المشمولين بها، وذلك من خلال الوسائل المناسبة.
٤. سداد القسط المتفق عليه مع شركة التأمين، علماً بأنه في حال عدم سداده لأي جزء من اشتراك التأمين هذا فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك، وتكون مسؤولية صاحب العمل في توفير تأمين بديل.
٥. تزويد شركة التأمين بالبيانات الأساسية التي يتطلبها إبرام الوثيقة وفقاً لما ورد في نموذج الإفصاح الطبي، 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 حال تنازل الشركة عن تعبئة تلك البيانات، يسقط حقها في رفض أي تغطية تتعلق بهذا التنازل.
٦. الاحتفاظ بسجل يتضمن بيانات ومعلومات العاملين لديه وأفراد أسرهم المؤمن لهم بموجب الوثيقة، مع إتاحة الفرصة للمجلس أو شركة التأمين -متى ما رغبا في ذلك- بالاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدمها حامل الوثيقة.
٧. في حال رغبة صاحب العمل بتغيير شركة التأمين المتعاقد معها لتوفير التغطية التأمينية، يلتزم بتوجيه خطاب بذلك إلى شركة التأمين قبل بثلاثين (٣٠) يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، ويوجه صورة منه إلى المجلس، كما يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة تأمين مؤهلة بحيث تبدأ التغطية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة، على أن تلتزم شركة التأمين بإشعار المجلس.

الفصل الرابع: أطراف العلاقة بالتأمين الصحي

المادة السابعة:

يجب على أطراف العلاقة بالتأمين الصحي -كل فيما يخصه- الالتزام بما يلي:

١. التعامل مع المستفيد أو فيما بينهم بوضوح ومصداقية في جميع مراحل العلاقة التعاقدية، والوفاء بالالتزامات المفروضة عليهم بموجب الوثيقة أو الأنظمة واللوائح والتعليمات الصادرة من المجلس والجهات ذات العلاقة.
٢. حماية معلومات المستفيد وبياناته الخاصة والمحافظة على سريتها وعدم إساءة استخدام هذه البيانات أو المعلومات على نحو يتنافى مع واجبات الخصوصية وحقوق أصحاب تلك البيانات، واستخدامها وفقاً للغرض المخصص لها فقط وذلك مع مراعاة الاستثناءات الواردة في اللائحة التنفيذية.

٣. تزويد المجلس وبشكل فوري بجميع المعلومات والسجلات والمستندات التي تطلبها لغرض التحقق من شكوى أو بلاغ أو لتطبيق أحكام النظام واللائحة التنفيذية وهذه اللائحة.
٤. إخطار المجلس في حالة حدوث أي تجاوزات داخلية خلال (١٥) يوم عمل من تاريخ اكتشافها.
٥. مع عدم الإخلال بالاستثناءات الواردة في اللائحة التنفيذية، وفي الأنظمة ذات العلاقة في المملكة يلتزم أطراف العلاقة بالتأمين الصحي بعدم الكشف عن أي بيانات أو سجلات طبية تتعلق بالمستفيد سواءً كانت في حوزتهم أثناء سريان التأمين أو فيما بعد انتهاءه.
٦. على شركة التأمين توفير آلية مناسبة وواضحة للمستفيد لتقديم استفساراته وشكاويه، ووضعها في مكان واضح بفروعها في المملكة، وإدراجها على الموقع الإلكتروني الرسمي.

المادة الثامنة:

يجب على شركات التأمين الالتزام بما يلي:

١. إيضاح حقوق ومسؤوليات كل طرف، وتفاصيل الإفصاح، والأسعار، والخدمات المقدمة، وآلية إنهاء العلاقة قبل إبرام الوثيقة.
٢. قبول أي طلب للتأمين الصحي أو تجديده طالما كان هذا الطلب متوافقا مع النظام واللائحة التنفيذية.
٣. التحقق من صحة البيانات الأساسية الخاصة بمقدم الطلب، وذلك بما يتوافق مع أحكام اللائحة التنفيذية.
٤. إصدار الوثيقة ورفع بيانات المؤمن لهم عبر نظام إصدار الوثائق المطور خلال مدة لا تتجاوز ثمانية وأربعين (٤٨) ساعة من تاريخ دفع القسط.
٥. عدم التأخر في رفع بيانات الوثيقة على نظام إصدار الوثائق المطور، أو تأخرها في إرسال خطاب التعميد لمقدم الخدمة مما من شأنه أن يحول دون تمكين المؤمن له من الحصول على منافع التغطية التأمينية، بحيث تلتزم شركة التأمين بتعويض المؤمن له عن أي فواتير طبية تكبدها خلال هذه الفترة بنفس التكلفة التي قام المستفيد بدفعها لمزود الخدمة وحسب شروط واستثناءات الوثيقة ودون أي خصومات.
٦. تمكين المستفيد بشكل إلكتروني أو ورفي من الاطلاع على حزمة المنافع وشبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.
٧. إنشاء منصة إلكترونية بكلٍ من اللغتين العربية والإنجليزية، لتمكين المؤمن لهم من الوصول إلى الخدمات الإلكترونية التالية بحد أدنى:
 - أ. شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.
 - ب. حدود التغطية للوثيقة.
 - ج. معرفة الرصيد المستنفذ والمتبقي من حدود التغطية للمنفعة.
 - د. التحديدات والاستثناءات.
 - هـ. تقديم الشكاوى.
 - و. الموافقات الطبية.
 - ز. النصائح الطبية.
٨. عدم التدخل في الخطة العلاجية للمؤمن له بعد إعطاء الموافقة، حيث أن طلب الموافقة العلاجية من قبل شركة التأمين هو للتحقق من اشتراطات طلب التدخل الطبي في حدود فعالية التكلفة الموضحة، وبناءً عليه، لا يجوز أن يؤثر هذا التحقق بأي طريقة على قرار مقدم الخدمة في نوع خدمات الرعاية الصحية المناسبة للمؤمن له.

٩. إشعار المستفيد وحامل الوثيقة والوسيط المعين (في حال وجود وسيط) بشكل فوري عبر قنوات الاتصال المناسبة بأي تغيير أو تعديل يطرأ على شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له، أو فئة التأمين الخاص بالمستفيد، أو أي من السياسات الأخرى المعني بها والتي من شأنها أن تؤثر على العلاقة التعاقدية بينهما، ويكون حامل الوثيقة ملزم بإشعار المستفيدين.
١٠. الرد على طلب مقدم الخدمة بالموافقة لتقديم العلاج للمستفيدين خلال ستين (٦٠) دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب كتابياً، علماً بأنه في حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة العلاجية خلال ستين (٦٠) دقيقة من إرسالها فيتم التعامل مع الحالة على أساس الموافقة.
١١. إخطار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء الوثيقة بفترة لا تقل عن ٣٠ يوم من انتهاء الوثيقة وحسب ما ورد في القواعد المنظمة لتغطية المستفيدين، وذلك ليتمكن من تجديدها أو الحصول على تغطية من شركة تأمين أخرى.
١٢. توشي الحذر عند إرسال إشعار عام لأكثر من مستفيد عن طريق البريد الإلكتروني أو أي قناة اتصال أخرى والتحقق من عدم احتواء الإشعار المرسل على معلومات شخصية تخص أحد المستفيدين.
١٣. استيفاء الحد الأدنى من معايير الخدمة المقدمة في مراكز الاتصال التابعة لشركات التأمين تجاه المستفيد، حسب ما يحدده المجلس. كما تلتزم بتزويد المستفيد بأسباب رفض الموافقة العلاجية مع تحديد بند الاستثناء الملائم حسب الوثيقة..
١٤. توفير نسخة من هذه اللائحة عبر قنوات الاتصال المتاحة من شركة التأمين.
١٥. تلتزم شركة التأمين بالرأي الطبي للمجلس عند حصول رفض لطلب الخدمات الصحية من مقدم الخدمة الصحية.
١٦. في الحالات التي يجوز فيها التعويض عن النفقات القابلة للاستعاضة أو في حال نصت الوثيقة على التعويض في غير الحالات الطارئة، تلتزم شركة التأمين بسداد قيمة تلك المطالبات وفقاً لقائمة أسعار مزود الخدمة المتفق عليها مع حامل الوثيقة/صاحب العمل عند بداية التعاقد وحسب الفئة التأمينية.

المادة التاسعة:

يجب على مقدم الخدمة الالتزام بما يلي:

١. تقديم الخدمات الصحية وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية المتعارف عليها والتي تتفق مع أفضل الممارسات والأساليب الطبية والحديثة المقبولة.
٢. التحقق من هوية المستفيد قبل تقديم الخدمات العلاجية، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير المستفيدين المؤمن لهم فيحق لشركة التأمين رفض تحمل نفقة هذه الخدمة الصحية إذا تم إثبات ذلك.
٣. تقديم الخدمات العلاجية لدى جميع الأطباء العاملين في منشآت الصحية سواء كانوا بدوام جزئي أو كلي في حدود المنافع المغطاة ضمن الوثيقة، حسب الأسعار المتفق عليها بين الطرفين وبدون أي تمييز بين المستفيدين.
٤. إيضاح الخطة العلاجية للمستفيد ومدى تغطيتها من ضمن الوثيقة، وفي حال وجود أي مبالغ إضافية تفوق حدود المنفعة يتكدها المستفيد فيتوجب الحصول على توقيعه قبل القيام بأي إجراء علاجي.
٥. ان تكون الممارسات الطبية وفقاً لأفضل المعايير المعتمدة وباستخدام الادلة الاكلينيكية المعتمدة من المجلس
٦. إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال خمسة عشر (١٥) دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب.
٧. تقديم المراجعة الطبية بشكل مجاني للمريض خلال أربعة عشر (١٤) يوماً على الأقل لذات الحالة التي تم تشخيصها من الكشف الأولي.
٨. تمكين كل مستفيد من التعرف على تكاليف كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.
٩. في حالة تنويم المستفيد ولم تتوفر غرفة تعادل الغرفة المستحقة له بموجب الوثيقة، يلتزم مقدم الخدمة بتوفير مستوى إقامة أعلى بنفس التكلفة، ويجوز للمستفيد التنازل عن متطلبات هذا البند إذا تم توفير بديل مقبول لديه، على أن يكون هذا التنازل بشكل صريح وموقع من قبل المستفيد.

١٠. مع عدم الإخلال بما ورد في الفقرة الثالثة من المادة الرابعة من هذه اللائحة، يلتزم مقدم الخدمة المعني بإبلاغ شركة التأمين خلال مدة أقصاها أربعة وعشرون (٢٤) ساعة من وقت استقبال الحالة الطارئة، ولشركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج نقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.
١١. يُحظر على مزود الخدمة تشجيع أو محاولة استمالة المستفيد لدفع تكاليف العلاج نقداً لأي سبب ويستثنى من ذلك الحالات المستثناة في الوثيقة أو في حال رفض شركة التأمين للتغطية.
١٢. يلتزم مزود الخدمة بتسهيل الحصول على الموافقات الطبية ووضع الإرشادات والتوجيهات المناسبة.

المادة العاشرة:

التعامل مع الحالات الطارئة يكون وفق الإجراءات التالية:

١. يلتزم مقدم الخدمة بتقديم علاج حالات الطوارئ (مستوى ١ ومستوى ٢) مباشرة ودون الحاجة إلى الرجوع إلى شركة التأمين.
٢. يتم إبلاغ شركات التأمين خلال ٢٤ ساعة من وقت استقبال الحالة، وفي حال تأخر مقدم الخدمة في رفع الحالة لشركة التأمين دون عذر مقبول منعه من الإبلاغ خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين إسقاط حقه بالتعويض ويتحمل مقدم الخدمة التكاليف العلاجية.
٣. تلتزم شركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج لدى مقدم الخدمة بنقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة آخر داخل شبكة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين للمؤمن له.
٤. في حال وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين لتقديم خدمات صحية: تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات مقدم الخدمة الصحية حسب قائمة الأسعار والآلية المتفق عليها بالعقد الموقع بين الطرفين.
٥. في حال عدم وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين لتقديم خدمات صحية: تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات بشكل مباشر لمقدم الخدمة الصحية غير المتعاقد معه عن الفترة التي قضاها المؤمن له لتلقي العلاج وذلك بناءً على الأسعار المتفق عليها مع مقدم خدمة صحية آخر بنفس المستوى والتصنيف على الشبكة.
٦. في حال استقبال مقدم الخدمة لحالة طارئة لا يمكن التحقق من حالتهم التأمينية: يتم التقييد بالإجراءات المعتمدة لدى وزارة الصحة بما يتوافق مع نظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحة التنفيذية، وفي حال تبين أن المريض مؤمن له يتم تطبيق الإجراءات المذكورة أعلاه ويتم رفع مبررات التأخير في رفع المطالبة وفقاً لمقتضيات الحالة ضمن الإبلاغ الموجه لشركة التأمين.
٧. بشأن الحالات الطارئة من (المستوى ٣)، وفقاً لتصنيف وزارة الصحة فإنه يجب على مقدم الخدمة الصحية الحصول على موافقة شركة التأمين قبل تقديم الخدمات العلاجية للمستفيد، وعندما تكون الحالة الطارئة من (المستوى ٣) مهددة بالحياة أو لفقد عضو أو نظر فيتم معاملة المستفيد وفقاً للحالات الطارئة في (المستوى ١ والمستوى ٢)، وإذا اختلف الطرفان بتقييم الحالة يتم إحالتها للأمانة العامة للمجلس لبيت فيها حسب الإجراءات المتبعة في الأمانة العامة للمجلس ويعد رأي الأمانة العامة للمجلس ملزماً للطرفين وحاسماً للاختلاف.

الفصل الخامس: الشكاوى

المادة الحادية عشر:

يجب على شركة التأمين ومقدمي الخدمة تكوين وحدة لاستقبال ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين وحملة الوثائق أو الوسيط، والقيام بالتالي عند تلقي أي شكوى:

١. تزويد مقدم الشكوى بمرجع التواصل لمتابعة شكواه.
٢. الرد على مقدم الشكوى باستلام شكواه، وإشعاره بأية معلومات أو مستندات ناقصة خلال أربعة وعشرون [٢٤] ساعة من وقت تلقي الشكوى.
٣. الرد على الشكوى بالقبول أو الرفض خلال [٣] أيام عمل من تاريخ تلقي الشكوى مكتملة المستندات، أو خلال يوم [١] عمل في حالة الشكاوى الطارئة. أو في الشكاوى المتعلقة بحالة طارئة
٤. تزويد مقدم الشكوى كتابياً بتقييم مفصل وعادل لنتيجة الشكوى المغلقة، يتضمن المبررات الداعية للقبول أو الرفض الكلي أو الجزئي للشكوى وذلك بحد أقصى خلال مدة لا تتجاوز [٤] أيام عمل من تاريخ تلقي الشكوى كاملة المستندات. وفي حال عدم تجاوب شركة التأمين أو مقدم الخدمة خلال [٤] أيام عمل، أو في حال عدم الرضا عن الرد، فيجوز لمقدم الشكوى، خلال تسعين (٩٠) يوماً من تاريخ وقوع الخلاف محل الشكوى، التوجه بشكواه إلى المجلس..

المادة الثانية عشر:

في حال قيام مقدم الشكوى أو الوسيط بتصعيد شكواه إلى المجلس وفقاً لأحكام المادة الحادية عشر من هذه اللائحة، يقوم المجلس بإخطار من قُدمت ضده الشكوى بشكل فوري وفي حال عدم رده خلال [٣] أيام عمل من تاريخ إخطار المجلس له بذلك فيعتبر ذلك إقراراً منه بصحة الشكوى.

المادة الثالثة عشر:

إذا تبين للمجلس أن الشكوى كيدية، فله اتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة في حق من تقدم بها.

الفصل السادس: الاحتيال والإهمال وإساءة استخدام

المادة الرابعة عشر:

يلتزم كل من المستفيد وأطراف العلاقة بالتأمين الصحي بأن تكون جميع التعاملات فيما بينهم حقيقية ودقيقة ووفقاً لما تنص عليه الأنظمة واللوائح ذات العلاقة.

المادة الخامسة عشر:

على شركة التأمين ومقدمي الخدمة توفير أفضل الأنظمة الرقابية الفعالة وتطبيق الحد الأقصى من التدابير والإجراءات الأمنية لرقابة عمليات التأمين وحمايتها من الاحتيال أو إساءة الاستخدام.

المادة السادسة عشر:

لا يحق لشركة التأمين بعد إصدار الوثيقة لصاحب العمل حذف أو استبدال مقدم خدمة صحية من الشبكة الطبية المحددة له خلال فترة سريان الوثيقة إلا إذا مست من مقدم الخدمة الصحية إخلالاً جوهرياً بتقديم الخدمة كالقيام بالاحتيال أو عند إنهاء التعاقد من قبل مقدم الخدمة الصحية أو تعليق/إلغاء اعتماده من قبل المجلس، على أن يقوم بتوفير بديل عنه بنفس المستوى

بالتنسيق مع حامل الوثيقة، مع مراعاة مهلة الإنذار المحددة و كذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما، و في حال حذف مقدم خدمة من شبكة الحد الأدنى فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعتمدة في السابق و حتى تاريخ انتهاءها. وتلتزم شركات التأمين بإخطار المجلس عند استبدال مقدم خدمة من فئة تأمينية إلى أخرى.

المادة السابعة عشر:

تقع المسؤولية على أطراف العلاقة بالتأمين الصحي في حالة قيام أحد موظفيهم أو ممثلهم بالاحتيال أو إساءة الاستخدام أو التزوير عند تقديم الخدمة.

المادة الثامنة عشر:

إذا لم ينطوي سلوك المستفيد أو حامل الوثيقة على احتيال أو تزوير فإنه لا يجوز لشركة التأمين رفض تقديم التغطية التأمينية بسبب يرجع إلى عدم دقة أو عدم صحة البيانات الأساسية الخاصة بالمستفيد.

المادة التاسعة عشر:

إذا ثبت للطرف المتضرر وجود حالة احتيال و/أو إهمال و/أو إساءة استخدام يلتزم بإحالة الواقعة إلى الجهة المختصة للتحقيق فيها واتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة، مع إشعار المجلس بالإحالة ومراعاة الأنظمة الصادرة عن البنك المركزي السعودي في هذا الشأن.

المادة العشرون:

تحتفظ شركة التأمين بسجلات مفصلة عن حالات وقوع الاحتيال من قبل المؤمن لهم، على أن تتضمن السجلات المعلومات التالية كحد أدنى:

١. نوع الاحتيال.
٢. التقنية المستخدمة لارتكاب الاحتيال،
٣. الضعف في الرقابة الداخلية واجراءاتها.
٤. ملف مرتكبي الاحتيال وخلفيتهم السابقة.
٥. رصد الاحتيال.

ويتم إحالة هذه السجلات إلى الجهة المختصة عند الطلب.

الفصل السابع: المخالفات والعقوبات

المادة الحادية والعشرون:

مع عدم الاخلال بأي عقوبة أشد ينص عليها نظام آخر، يعاقب كل من يخالف أي حكم من أحكام هذه اللائحة بعقوبة أو أكثر من العقوبات المنصوص عليها في النظام ولائحته التنفيذية، والقرارات الصادرة عن المجلس.

الفصل الثامن: أحكام ختامية

المادة الثانية والعشرون:

تلتزم شركة التأمين عند تواصلها مع المستفيد وحامل الوثيقة بإتاحة كافة قنوات التواصل الفعّالة والممكنة، مع تفعيل قنوات اتصال أساسية -على الأقل- حسب ما يُفضله المستفيد وحامل الوثيقة، ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

١. البريد الإلكتروني.
٢. الرسائل النصية.
٣. المكالمات الهاتفية.
٤. موقع الشركة وتطبيقاتها الإلكترونية.
٥. قنوات التواصل الاجتماعي الخاصة بشركة التأمين.
٦. أي قناة تواصل أخرى يراها المجلس مناسبة.

المادة الثالثة والعشرون:

يقوم المجلس بمراجعة هذه اللائحة بشكل دوري، ويجوز له في سبيل ذلك تعديلها أو إلغائها.

المادة الرابعة والعشرون:

تعتمد هذه اللائحة من رئيس المجلس، ويعمل بها من تاريخ نشرها.