

The Unified  
Contract  
between  
Insurance  
Company and  
Health Service  
Provider in  
private sector

العقد الموحد  
بين شركة  
التأمين و مقدم  
الخدمة الصحية  
في القطاع  
الخاص

## Index

- Chapter 1: Introduction.....**Error! Bookmark not defined.
- Preamble .....**Error! Bookmark not defined.
- 1. **Definitions.....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 2: Obligations .....**Error! Bookmark not defined.
- 2. **Parties' Obligations.....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 3: Technical Obligations.**Error! Bookmark not defined.
- 3. **Technical Obligations of First Party;** Error! Bookmark not defined.
- 4. **Technical Obligations of Second Party:** , Error! Bookmark not defined.
- Chapter 4: Financial Obligations..**Error! Bookmark not defined.
- 5. **Financial Liabilities between Parties (Settlement Mechanism):.....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 5: Claims Management Companies**Error! Bookmark not defined.
- 6. **The Role of Company of Health Insurance Claims' Management.....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 6: Revenue Cycle Management...** Error! Bookmark not defined.
- 7. **The Role of Revenue Cycle Management Company (RCM).....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 7: Prices of Services .....**Error! Bookmark not defined.
- 8. **Service Prices.....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 8: The Insured .....**Error! Bookmark not defined.
- 9. **Beneficiaries' Rights .....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 9: Confidentiality of Data**Error! Bookmark not defined.
- 10. **Privacy and Confidentiality..**Error! Bookmark not defined.
- 11. **Contract Term.....**Error! Bookmark not defined.
- 12. **Contract Termination.....**Error! Bookmark not defined.
- 13. **Intellectual Property .....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 10: Settlement of Disputes**Error! Bookmark not defined.
- 14. **Applicable Laws and Settlement of Disputes .....**Error! Bookmark not defined.
- Chapter 11: Final Provisions.....**Error! Bookmark not defined.
- 15. **Notification .....**Error! Bookmark not defined.
- 16. **General Provisions .....**Error! Bookmark not defined.

## الفهرس

3 .....	الفصل الأول مقدمة.
4 .....	تمهيد .....
4 .....	1. التعريفات .....
6 .....	الفصل الثاني: الإلتزامات .....
6 .....	2. التزامات الطرفين .....
7 .....	الفصل الثالث: الإلتزامات الفنية .....
7 .....	3. الإلتزامات الفنية للطرف الأول .....
8 .....	4. الإلتزامات الفنية للطرف الثاني .....
11 .....	الفصل الرابع: الإلتزامات المالية .....
11 .....	5. الإلتزامات المالية بين الطرفين (آلية التسوية) .....
11 .....	الفصل الخامس: شركات إدارة المطالبات .....
12 .....	6. التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي .....
12 .....	الفصل السادس: إدارة دورة الإيرادات .....
13 .....	7. التزامات شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM) .....
13 .....	الفصل السابع: أسعار الخدمات .....
14 .....	8. أسعار الخدمات .....
14 .....	الفصل الثامن: المؤمن لهم .....
14 .....	9. حقوق المؤمن لهم .....
15 .....	الفصل التاسع: سرية البيانات .....
15 .....	10. خصوصية البيانات وسرية المعلومات .....
16 .....	11. مدة العقد .....
16 .....	12. إنهاء العقد .....
17 .....	13. الملكية الفكرية .....
17 .....	الفصل العاشر: تسوية النزاعات .....
17 .....	14. الأنظمة المطبقة و حل النزاعات .....
17 .....	الفصل الحادي عشر: أحكام ختامية .....
17 .....	15. الإشعارات .....
18 .....	16. أحكام عامة .....



الاتحاد  
AL-ETIHAD  
شركة الاتحاد للتأمين التعاوني  
AL-ETIHAD Co-operative Insurance Co.

On SUN 05/11/2023 in Al Khobar City - Kingdom of Saudi Arabia

إنه في يوم الأحد الموافق: 05/11/2023م، في مدينة الخبر المملكة العربية السعودية

### The first Party: Al Etihad Cooperative Insurance Co

Herein Represented By: Hussam Abdulaziz Alkannas Pursuant to Authorization by title: Chief Executive Officer

CR. No. : 2051036304

CHI No. : 114

P.O. Box: 1022

Code : 34232

Building No. : 8514

Unit No. : 15

City : Dahrان

Street : King Fahad ibn Abdulaziz Road

District: Qashlah

Tele No.: 013-8572222

Fax No. : 013-8580056

Email: [info@tui-sa.com](mailto:info@tui-sa.com)

الطرف الأول : شركة الاتحاد للتأمين التعاوني  
ويمثلها: حسام بن عبدالعزيز القناص بموجب منصبه : الرئيس التنفيذي

السجل التجاري : 2051036304

رقم إعتماد مجلس الضمان الصحي : 1022

صندوق بريد : 34232

رمز البريدي : 8514

رقم المبني : 15

رقم الوحدة : الظهران

المدينة : طريق الملك فهد بن عبدالعزيز

اسم الشارع : القشلة

الحي : 013-8572222

رقم التلفون : 013-8580056

رقم الفاكس : [info@tui-sa.com](mailto:info@tui-sa.com)

البريد الإلكتروني : [info@tui-sa.com](mailto:info@tui-sa.com)

ويشار له في هذا العقد بالطرف الأول أو شركة التأمين .

Herein referred to as the First Party or Insurance Company

### The Second Party: SAUDI GERMAN HOSPITAL

Herein Represented By: DR. AHMED SHEBL Pursuant to Authorization by title: CHIEF EXECUTIVE OFFICER SAUDI GERMAN HEALTH

CR. No. : 1010162269

CHI No. : 1003

P.O. Box: 19489

Code : 11435

Building No. : 3498

Unit No. : 1

City : RIYADH

Street : KING FAHD

District: SAHAFAH

Tele No.: 0112685555

Fax No. : 0114873001

Email: [AAALOTHMAN@SGHGROUP.NET](mailto:AAALOTHMAN@SGHGROUP.NET)

الطرف الثاني : مستشفى السعودي الألماني بالرياض

ويمثلها: الدكتور أحمد شبل بموجب منصبه : الرئيس التنفيذي لمجموعة مستشفيات السعودي الألماني

السجل التجاري : 1010162269

رقم إعتماد مجلس الضمان الصحي : 1003

صندوق بريد : 19489

رمز البريدي : 11435

رقم المبني : 3498

رقم الوحدة : 1

المدينة : الرياض

اسم الشارع : الملك فهد

الحي : الصحفة

رقم التلفون : 0112685555

رقم الفاكس : 0114873001

البريد الإلكتروني : [AAALOTHMAN@SGHGROUP.NET](mailto:AAALOTHMAN@SGHGROUP.NET)

ويشار له في هذا العقد بالطرف الثاني أو مقدم الخدمة .

ويشار لكلا الطرفين مجتمعين بـ(الطرفان) أو الـ(طرفين)

Herein referred to as the Second Party or Service Provider.

They are collectively referred as "Parties" or "Both Parties".



## تمهيد

حيث أن مجلس الضمان الصحي التعاوني هو الجهة المعنية بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني والمناط به أدوار ومسؤوليات ومهام عديدة مع الأطراف ذات العلاقة في هذه الصناعة، ولأهمية توفير بيئة نظامية تحكم العلاقة التعاقدية بين الأطراف، ومع عدم الإخلال بما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم(م/10) وتاريخ 1420/5/1 هـ وأي تعديلات لاحقة عليه، ولأنه تنفيذية ، واللوائح والتعاميم والسياسات التي تصدر عن مجلس الضمان الصحي التعاوني فقد تم إبرام هذا العقد بما تضمنه من البنود والشروط والحقوق والالتزامات التي تنظم العلاقة التعاقدية بين شركات التأمين والتي سيتم بموجبها سداد المطالبات لمقدم ومقسم الخدمة الصحية الخدمة الصحية من قبل شركة التأمين مقابل تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المشمولين بوئانقها من المؤمن لهم، كما هو محدد بموجب البنود والشروط المبينة في هذا العقد وملحاقه.

## 1. DEFINITIONS

The following words and expressions shall have the meaning respectively indicated following each of them, unless the context requires otherwise:

1.1 Law: Cooperative Health Insurance Law

1.2 Regulation: The Executive Regulation of Cooperative Health Insurance Law.

1.3 Contract: This document and all appendices forming an integral part thereof.

1.4 Kingdom: Kingdom of Saudi Arabia

1.5 Council: Council of Cooperative Health Insurance and its Secretariat

1.6(SAMA): Saudi Central Bank.

1.7 Insurance Company: Cooperative Insurance Company licensed to operate in the Kingdom which has been also qualified for practicing the works of cooperative health insurance.

1.8 Health Insurance Claims Management Company (Third Party Administrator): Company concerned with settling the insurance claims, licensed to operate in the Kingdom, which has been also qualified for practicing the management of cooperative health insurance claims.

1.9 Company of Revenue Cycle Management (RCM): Companies specialized in invoicing, medical coding, preparing and issuing insurance claims on behalf of service provider, permitted to work in the Kingdom.

1.10 Service Provider: health facility, regularly qualified or licensed to provide health services in the Kingdom, in accordance with the relevant laws and rules, and approved by the Council, for instance: hospital, general medical complex, specialized medical complex, diagnostic center, clinic, pharmacy, laboratory, physiotherapy center or radiotherapy center.

## 1. التعريفات

يكون للألفاظ والعبارات التالية المعاني المبينة أمام كل منها ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك:

1.1. النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني

1.2. اللائحة: اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني

1.3. العقد: هذه الوثيقة وكافة ملحقاتها التي تشكل جزءا لا يتجزأ منها .

1.4. المملكة: المملكة العربية السعودية .

1.5. المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني وأمانته العامة

1.6. البنك المركزي: البنك المركزي السعودي.

1.7. شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة والتي تم تأسيسها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني .

1.8. شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA): شركة تسوية المطالبات التأمينية والمرخص لها بالعمل في المملكة والتي تم تأسيسها لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني.

1.9. شركة إدارة دورة الإبرادات (RCM): الشركات المتخصصة بالفترة والترميز الطبي وإعداد وإصدار المطالبات التأمينية نيابةً عن مقدم الخدمة والمصرح لها بالعمل في المملكة.

1.10. مقدم الخدمة: المرفق الصحي 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.

1.11 <b>Treatment Eligibility:</b> The eligibility of insured (beneficiary) to receive treatment by a service provider which is contracted with the Insurance Company, for providing healthcare services.	1.11 أهلية العلاج: أهلية المؤمن له (المستفيد) لتقديم العلاج لدى مقدم الخدمة المعهود مع شركة التأمين، حيث تقدم له خدمات الرعاية الصحية.
1.12 <b>Insured (Beneficiary):</b> Natural person(s) covered under health insurance policy.	1.12 المؤمن له (المستفيد): هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت تغطية التأمينية الصحية لصالحه بموجب الوثيقة.
1.13 <b>Financial Claim/s:</b> A document submitted to the Insurance Company or the representative thereof, by the service provider, the representative thereof, or insured or policy holder; for the purpose of demanding payment of the value of health services' expenses covered under the policy, enclosed with the supporting medical documents.	1.13 المطالبة المالية: مستند مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو من يمثله أو من المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بفرض المطالبة بسداد قيمة نفقات الخدمات الصحية المشتملة ضمن تغطية الوثيقة، والمشفوع بالمستندات الطبية المؤيدة له.
1.14 <b>Denial Codes:</b> Standard messages, utilized for describing or providing information to the service provider or beneficiary by Insurance Companies on the reasons for denying claims.	1.14 رموز أسباب الرفض (Denial Codes): هي رسائل قياسية، يتم استخدامها لوصف أو توفير معلومات لمقدم الخدمة أو المستفيد من قبل شركات التأمين بشأن سبب رفض المطالبات.
1.15 <b>Remittance Advice:</b> Electronic data exchange print-out, explaining the payments of Insurance Companies to service provider. It involves details on payments of service provider's claims, reasons for denying claims, all medical codes and requested explanations.	1.15 إشعار الدفع/التحويل الإلكتروني (Remittance Advice): هي نسخة تبادل بيانات إلكترونية مع شرح دفعات شركات التأمين إلى مقدم الخدمة. ويتضمن تفاصيل حول مدفوعات مطالبات مقدم الخدمة، وأسباب رفض المطالبات مع كافة الرموز الطبية والتفسيرات المطلوبة.
1.16 <b>Deduction Ratio:</b> Part required to be paid by the beneficiary upon receiving the healthcare services at outpatient clinics, as shown (if any) in the policy schedule, save as the excluded cases, such as: emergencies and inpatient care.	1.16 نسبة التحمل (المشاركة في الدفع): الجزء الذي يتلزم المستفيد بدفعه عند تلقي خدمات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة، ما عدا الحالات المستثناة، كالحالات الطارئة والتقويم.
1.17 <b>Insurance Coverage:</b> Health benefits available to beneficiary, as outlined in the policy.	1.17 التغطية التأمينية: المنافع الصحية المتاحة للمستفيد والمحددة بالوثيقة.
1.18 <b>Benefit:</b> Expenses of provision of healthcare services covered by insurance within the limits shown in the policy schedule, including those in the Essential benefits package and voluntary benefits (where applicable).	1.18 المنفعة: نفقات توفير خدمات الرعاية الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة، بما في ذلك تلك الموجودة في حزمة المزايا الأساسية والمزايا الاختيارية (بحسب الحال).
1.19 <b>The Basis of Direct Charging on the Account of Insurance Company:</b> Non- payment facilities for insured persons on part of service provider or providers appointed by Insurance Company, whereas all such expenses shall, accordingly, be charged on the account of Insurance Company.	1.19 أساس التقديم المباشر أو على حساب شركة التأمين: تسهيلات عدم الدفع الموقرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم أو مُؤدي الخدمة المعينين من قبل شركة التأمين حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب شركة التأمين.
1.20 <b>Emergency Case:</b> Emergency medical treatment required based on the beneficiary's medical case, as a result of accident, occasional event or emergency health case requiring rapid medical intervention, as per the following levels (1. resuscitation. 2. Emergency.) of the levels of urgent medical care, as outlined in Private Health Institutions Law and Its Executive Regulations, approved by the Ministry of Health, set to screen emergencies.	1.20 الحالة الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقضيه حالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حادث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع حسب المستويات التالية (1- الإنعاش. 2- الطوارئ). من مستويات الرعاية الطبية العاجلة كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولاته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد فرز الحالات الطارئة.
1.21 <b>Health:</b> State of complete physical, mental and social safety, not merely the absence of disease or infirmity.	1.21 الصحة: حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.
1.22 <b>Treatment:</b> The Insured person visits or requests to the service provider; for diagnosis or treatment of a particular disease state.	1.22 المعالجة: طلب أو زيارة المؤمن له إلى مقدم الخدمة بفرض التشخيص أو المعالجة الطبية لحالة مرضية معينة.
1.23 <b>Inpatient Care:</b> Registering the insured person as inpatient by the service provider at least until the morning of the next day, depending on referral by the specialist.	1.23 التقويم: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض مؤتم لخدمته حتى صباح اليوم التالي على الأقل بناء على تحويل من الطبيب المختص.

1.24 <b>Healthcare Services:</b> Healthcare services provided by the service provider including but not limited to: all inpatients at hospitals, outpatients and medications.	1.24 خدمات الرعاية الصحية: خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل مقدم الخدمة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، جميع المرضى الداخلين فى المستشفيات ومرضى العيادات الخارجية والأدوية.
1.25 <b>Medical File:</b> Information recorded about the beneficiary, medical history, medical reports, examination results, tests, prescriptions, referrals and visits.	1.25 الملف الطبى: معلومات مدونة عن المستفيد وتاريخه المرضى والتقارير الطبية ونتائج الفحوصات ونتائج أو تقارير الاختبارات ووصفات الأدوية والإحالات التي تم التوجيه بها وزيارات المراجعة.
1.26 <b>Application for the Approval of Sustaining Treatment Costs:</b> Cases in which, the service provider needs forwarding application to Insurance Company, as per the standards of application for sustaining treatment costs, pursuant to Annex No. (1), (2), and (3) of Contract.	1.26 طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج: الحالات التي يحتاج مقدم الخدمة بموجبها لإرسال الطلب إلى شركة التأمين حسب معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج حسب الملحق رقم (1) و (2) و (3) من العقد.
1.27 <b>Policy:</b> Cooperative health insurance's principal policies approved or endorsed by the Council, involving the limits, benefits, exceptions and general conditions, to be issued by Insurance Company, pursuant to insurance application to be submitted by the employer (policy holder) or insured.	1.27 الوثيقة:وثائق الضمان الصحي التعاوني الأساسية التي أقرها المجلس والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدرها شركة التأمين بمحض طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة) أو المؤمن له.
1.28 <b>Misuse:</b> A party in the insurance relationship conducting practices leading to unauthorized access to benefits or advantages, without the intention to deceive or deliberately lie and distort facts; for the purpose of gaining a benefit, and what it underlies according to the law and its regulations.	1.28 إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو ا لامتناع عن الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها دون أن يتوفر لديه قصد التسلل والاحتياط أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة، وما يدخل تحت ذلك بحسب النظام واللائحة .
1.29 <b>Fraud:</b> Any of the parties to the insurance relationship acting or refraining from acting as intended to gain an unfair or illegal advantage for the benefit of the party that commits fraud or for the benefit of other parties, or which involves fraud or deception that results in obtaining benefits, money or providing exemptions or benefits in excess of permitted limits to an individual or entity, and what it underlies according to the law and its regulations.	1.29 الاحتيال: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو ا لامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب نزهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى، أو تنطوي على غش أو خداع والذي ينبع 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.
1.30 <b>NPHIES:</b> The electronic exchange platform approved by CCHI.	1.30 نفيس: منصة تبادل التعاملات الإلكترونية المقرونة من قبل المجلس.
<b>Chapter 2: Obligations</b>	
<b>الفصل الثاني :الالتزامات</b>	
<b>2. PARTIES' OBLIGATIONS</b>	2. التزامات الطرفين
2.1 The Parties must adhere to all laws, regulations, decisions and instructions either issued by the Council or any relevant governmental authority, including the Cooperative Health Insurance Law as well as its executive regulation.	2.1 يجب على الطرفين التقيد بكلمة الأنظمة واللوائح والقرارات والتعليمات سواء الصادرة عن المجلس أو عن غيرها من الجهات الحكومية ذات العلاقة، بما فيها نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية.
2.2 The Parties must pay VAT imposed on medical claims, as approved by GAZT, and in compliance with relevant laws and decisions.	2.2 يجب على الطرفين الالتزام بسداد ضريبة القيمة المضافة على المطالبات الطبية وذلك حسب ما تقره الهيئة العامة للزكاة والدخل، والقرارات والأنظمة ذات العلاقة.
2.3 The Parties shall not grant financial incentives associated with directing beneficiaries to other service providers or any department within the service providers the size of work or profit sharing, including but not limited to: Commissions on the requesting laboratory examinations, radiology or medications, or commissions on denied claims.	2.3 يجب على الطرفين الالتزام بعدم منح حوافز مادية مرتبطة بإحالة المرضى إلى مؤسسات أو منشآت صحية أخرى أو أقسام داخل المؤسسة الصحية ويتضمن ذلك على سبيل المثال لا الحصر: العمولات الخاصة بطلب الفحوص المخبرية أو الأشعة والأدوية والعمولات عن المطالبات المرفوضة.
2.4 The parties must - with regards to Fraud and Misuse – fulfill the following obligations:	2.4 يجب على الطرفين - فيما يتعلق بالاحتيال وإساءة استخدام - مراعاة الالتزامات التالية:
(a) All claims, approval requests and mutual dealings must be proper, accurate and consistent with the medically necessary.	أ. أن تكون جميع المطالبات وطلبات الموافقة والتعاملات فيما بينهم حقيقة ودقيقة ووفقاً للحاجة الطبية.

(b) In cases of claims by one of the parties as a result of suspected fraud and/or misuse based on accurate evidence and substantiations, the following procedures shall be applied:	بـ. في حال وجود مطالبات أو مستحقات لدى أحد الطرفين يوجـد بها شبهـة احتـيـالـ و/أو سوء استـخدـامـ استـنـادـاًـ إـلـىـ أدـلـةـ وـإـثـبـاتـ دـقـيقـةـ يـتـمـ تـطـبـيقـ الـإـجـرـاءـاتـ الـوارـدةـ فـيـ الـفـرـاقـاتـ التـالـيـةـ:
1. Clarifying the action taken to verify suspected fraud or misuse, dues in settlement form, in accordance with Annex No. (5).	1. إـيـضـاحـ الـإـجـرـاءـ المـتـخـذـ لـلـتـحـقـقـ مـنـ وـجـودـ شـبـهـةـ اـحـتـيـالـ أـوـ إـسـاءـةـ اـسـتـخدـامـ، بـاستـخدـامـ الرـمـوزـ ذاتـ الـعـلـاقـةـ فـيـ نـمـوذـجـ التـسوـيـةـ حـسـبـ الـمـلـحـقـ (5).
2. If the corresponding party objects to the action , that party shall have the right in requiring evidence supporting and proving the suspected fraud or misuse, including the audit of medical records and invoices.	2. إذا اـعـتـرـضـ الـطـرـفـ الـآـخـرـ عـلـىـ الـإـجـرـاءـ المـتـخـذـ ، فـيـحـقـ لـهـ الـمـطـالـبـ بـتـزوـيدـ بـماـ يـوـجـدـ وـجـودـ شـبـهـةـ الـاحـتـيـالـ أـوـ إـسـاءـةـ اـسـتـخدـامـ وـمـنـ ذـلـكـ تـدـقـيقـ السـجـلـاتـ الطـبـيـةـ وـسـجـلـاتـ الـفـوـتـرـةـ.
3. If a fraud and/or misuse is proven to the affected party, the incident shall be referred to the related investigative body; in order to conduct investigations and take necessary actions, along with informing the Council of the referral. Taking into account the regulations issued by the SAMA in this regard.	3. إذا ثـبـتـ لـلـطـرـفـ الـمـتـضرـرـ وـجـودـ اـحـتـيـالـ وـأـوـ إـسـاءـةـ اـسـتـخدـامـ بـلـتـزـمـ بـحالـةـ الـواقـعـةـ إـلـىـ الـجـهـةـ الـمـخـصـصـةـ لـلـتـحـقـقـ فـيـهاـ وـاخـذـ الـإـجـرـاءـاتـ الـنظـامـيـةـ الـلـازـمـةـ، مـعـ إـشـارـةـ الـمـجـلـسـ بـالـإـحـالـةـ، مـعـ مـرـاعـةـ الـأـنـظـمـةـ الصـادـرـةـ عـنـ الـبـنـكـ الـمـرـكـزـيـ فـيـ هـذـاـ الشـانـ.
4. The affected party shall notify the Council of the investigation conclusions and/or verdict (if any); so that the Council can take the regulatory actions in accordance with the Cooperative Health Insurance Law, its executive regulations, instructions and decisions issued by the Council. If the incident is proven, that shall constitute a substantial breach of the Contract. Then, the affected party shall be entitled to revoke the Contract and claim an indemnity against the damages from the other party. taking into account the regulations issued by SAMA in this regard.	4. يـلتـزـمـ الـطـرـفـ الـمـتـضرـرـ بـلـبـلـاغـ الـمـجـلـسـ بـمـاـ يـنـتـهـيـ إـلـيـهـ نـتـائـجـ التـحـقـقـ أـوـ فـيـ حـالـ صـدـورـ حـكـمـ مـنـ الـمـحـكـمـةـ الـمـخـصـصـةـ، حـتـىـ يـتـسـنـىـ لـلـمـجـلـسـ اـخـذـ الـإـجـرـاءـاتـ الـنظـامـيـةـ وـفـقـاـ لـمـاـ تـقـضـيـ بـهـ أـحـكـامـ نـظـامـ الضـصـانـ الصـحـيـ الـتـعاـونـيـ وـلـاـحـتـهـنـةـ الـتـفـيـدـيـةـ وـالـتـعـلـيمـاتـ وـالـقـرـارـاتـ الصـادـرـةـ عـنـ الـمـجـلـسـ، وـفـيـ حـالـ ثـبـوتـ الـواقـعـةـ فـيـ ذـلـكـ يـشـكـلـ إـخـلاـأـ جـوـهـرـيـاـ بـهـذـاـ الـعـدـ وـلـلـطـرـفـ الـمـتـضرـرـ فـسـخـ الـعـقـدـ وـالـرجـوعـ عـلـىـ الـطـرـفـ الـآـخـرـ بـالـتـعـويـضـ عـمـاـ لـهـ مـنـ ضـرـرـ، مـعـ مـرـاعـةـ الـأـنـظـمـةـ الصـادـرـةـ عـنـ الـبـنـكـ الـمـرـكـزـيـ فـيـ هـذـاـ الشـانـ.
(c) Both parties shall use the standards of medical coding and classification as approved by the Council, regarding prior approvals on submission and resubmission of claims, and providing final settlement claims and denial reasons codes.	جـ. يـلتـزـمـ الـطـرـفـانـ بـاسـتـخدـامـ مـعـلـيـرـ التـرـمـيزـ الطـبـيـ وـالـتـصـنـيفـ الـتـيـ يـعـتمـدـهاـ الـمـجـلـسـ، وـذـلـكـ فـيـ عـلـيـاتـ الـمـوـافـقـاتـ الـمـسـبـقـةـ فـيـ تـقـديـمـ وـإـعادـةـ تـقـديـمـ الـمـطـالـبـ، وـتـقـديـمـ مـطـالـبـ الـتـسـوـيـةـاتـ الـنـهـاـيـةـ، وـرـمـوزـ أـسـبـابـ الـرـفـضـ.
(d) Both Parties shall abide by the main controls of National Cybersecurity Authority and the laws, regulations, and instructions issued from the Council and SAMA and any relevant laws and regulations to saving or transferring information.	دـ. يـلتـزـمـ الـطـرـفـانـ بـالـضـوابـطـ الـأسـاسـيـةـ لـلـهـيـةـ الـوطـنـيةـ لـلـأـمـنـ الـسـيـرـانـيـ وـالـأـنـظـمـةـ وـالـلـوـاـنـ وـالـتـعـلـيمـاتـ الصـادـرـةـ مـنـ الـمـجـلـسـ وـالـبـنـكـ الـمـرـكـزـيـ، وـالـأـنـظـمـةـ وـالـلـوـاـنـ الـآـخـرـيـ ذـاتـ الـعـلـاقـةـ بـحـفـظـ الـمـعـلـومـاتـ وـخـلـالـ نـقـلـهـاـ بـيـنـ الـطـرـفـيـنـ.
<b>Chapter 3: Technical Obligations</b>	
TECHNICAL OBLIGATIONS OF FIRST PARTY:	<b>الفصلـ الثـالـثـ :ـ إـلـتـزـامـاتـ الـفـنـيـةـ</b>
3.1 The Insurance Company shall register the policy simultaneously and automatically via Council's electronic system, thus the service provider can get all information about the policy, including any amendments thereto, and identify the insured's eligibility prior to rendering service. The Insurance Company shall comply with the Insurance Company's control law for the maintenance of relevant records and books	3. الـلـتـزـمـ شـرـكـةـ التـأـمـينـ بـتـسـجـيلـ الـوـثـيقـةـ بـشـكـلـ آـنـيـ وـالـيـ منـ خـلـالـ الـأـنـظـمـةـ الـإـلـكـتـرـوـنـيـةـ الـمـعـتـمـدةـ لـدـىـ الـمـجـلـسـ بـحـيثـ يـسـتـطـعـ مـقـدـمـ الخـدـمـةـ الـمـحـصـولـ عـلـىـ كـافـةـ الـمـعـلـومـاتـ عـنـ الـوـثـيقـةـ، بـمـاـ فـيـ ذـلـكـ أـيـ تـعـدـيلـاتـ نـظـراـ عـلـىـهـاـ وـذـلـكـ مـعـرـفـةـ أـحـقـيـةـ الـمـؤـمـنـ لـهـ قـبـلـ تـقـديـمـ الـخـدـمـةـ. كـمـ يـلتـزـمـ شـرـكـةـ التـأـمـينـ بـمـاـ وـرـدـ فـيـ نـظـامـ مـراـقبـةـ شـرـكـاتـ الـتـأـمـينـ الـتـعـاوـنـيـ فـيـماـ يـتـعـلـقـ بـلـمـسـاكـ السـجـلـاتـ وـالـدـفـاـتـرـ ذـاتـ الـصـلـةـ بـوـثـائقـ الـتـأـمـينـ.
3.2 The Insurance Company shall have no right, after issuing the policy and approving the service provider, in replacing that service provider, unless a substantial breach is proven, like: a fraud, on the condition that the Insurance Company shall provide an alternate at the same level, in coordination with the policy holder.	3.2 لاـ يـحـقـ لـشـرـكـةـ التـأـمـينـ بـعـدـ إـصـارـ الـوـثـيقـةـ وـتـعـيـدـ مـقـدـمـ الخـدـمـةـ باـسـتـبـدـالـهـ إـلـاـ لـمـسـتـ مـنـهـ إـخـلاـأـ جـوـهـرـيـاـ بـتـقـديـمـ الـخـدـمـةـ كـثـيـوتـ قـيـامـهـ بـالـاحـتـيـالـ، عـلـىـ أـنـ تـقـومـ شـرـكـةـ الـتـأـمـينـ بـتـوفـيرـ بـدـيـلـ عـنـهـ بـنـفـسـ الـمـسـتـوىـ بـالـتـنـسـيقـ مـعـ حـالـمـ الـوـثـيقـةـ.
3.3 In the event the Insurance Company changes the insurance category of service provider, that service provider shall continue receiving valid policies that were previously approved, until the expiry date thereof.	3.3 فـيـ حـالـ قـيـامـ شـرـكـةـ التـأـمـينـ بـتـغـيـيرـ الـفـنـيـةـ الـتـأـمـيـنـيـةـ لـمـقـدـمـ الخـدـمـةـ فـيـهـ يـسـتـمـرـ فـيـ اـسـتـقـبـالـ الـوـثـائقـ الـسـارـيـةـ الـمـعـمـدـةـ لـهـ فـيـ السـابـقـ وـحـتـىـ تـارـيـخـ اـنـهـانـهـاـ.
3.4 The Insurance Company shall approve the request for providing treatment to beneficiaries within (60) minutes at maximum as of the receipt of request. In case of disapproval, the reasons shall be clarified in writing. If the service provider does not receive any response within (60) minutes as of forwarding, the request shall be considered approved in	3.4 يـلتـزـمـ شـرـكـةـ التـأـمـينـ بـالـرـدـ عـلـىـ طـلـبـ مـقـدـمـ الخـدـمـةـ بـالـمـوـافـقـةـ لـتـقـديـمـ الـعـلاـجـ لـلـمـسـتـقـدـيـنـ خـلـالـ (60) دـقـيقـةـ كـمـ أـقـصـىـ مـنـ وـقـتـ اـسـتـلامـ الـطـلـبـ، وـفـيـ حـالـ عـدـمـ الـمـوـافـقـةـ فـيـجـبـ تـوـضـيـحـ الـأـسـبـابـ كـتـابـيـاـ، وـفـيـ حـالـ عـدـمـ اـسـتـلامـ مـقـدـمـ الخـدـمـةـ الرـدـ عـلـىـ طـلـبـ الـمـوـافـقـةـ خـلـالـ (60) دـقـيقـةـ مـنـ إـرـسـالـهـاـ فـيـتـ العـالـمـ مـعـ الـطـلـبـ عـلـىـ أـسـاسـ الـمـوـافـقـةـ وـفـقـ الـمـوـافـقـةـ، وـلـاـ يـجـوزـ إـجـراءـ أـيـ تـعـدـيلـ أـوـ إـلـغـاءـ لـلـخـدـمـاتـ الـمـوـافـقـةـ

accordance with the Policy. No amendment or cancellation of approved services may be made retroactively, without official notice by the Insurance Company to the service provider, provided also that the service had not been already provided.	عليها بأثر رجعي من دون إخطار رسمي من قبل شركة التأمين إلى مقدم الخدمة على مستوى المطالبة وبشرط لصحة الإجراء إلا تكون الخدمة قد قدمت فعلاً.
3.5 The Insurance Company shall provide a team that Approvals Department shall operate around the clock.	3.5 تلتزم شركة التأمين بأن توفر فريق لإدارة الموافقات لديها على مدار (24) ساعة وخلال (7) أيام في الأسبوع.
3.6 excluding the contractual discounts and offers bound to the general volume of business, referrals and or network allocation, with considering the level of healthcare services provided for beneficiaries the Insurance Company may not get commissions or fees from service providers, for the referral of cases.	3.6 باستثناء الخصومات والعروض التعاقدية المرتبطة بالحجم العام للأعمال والإحالات و / أو تخصيص الشبكة، ومع مراعاة مستوى خدمات الرعاية الصحية المقمنة للمستفيدين تلتزم شركة التأمين بعدم الحصول على عمولات أو أتعاب من قبل مقدمي الخدمة من أجل تحويل الحالات المرضية.
3.7 Physicians in the Insurance Company may not refer any case for receiving treatment by a service provider in which, the respective physician works or is employed by.	3.7 يلتزم الأطباء في شركة التأمين بعدم تحويل أي حالات مرضية لتلقي العلاج من قِبَل مقدم الخدمة الذي يعمل لديه الطبيب أو يتبع له.
3.8 The Insurance Company shall have no right, if there is referral request to another service provider, in obligating the insured with a definite service provider, whereas the insured shall have the right in selecting from among a network of approved service providers.	3.8 لا يحق لشركة التأمين في حال وجود طلب التحويل لمقدم خدمة آخر إلزام المؤمن له بمقدم خدمة محدد حيث يحق للمؤمن له الاختيار من ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.
<b>4. TECHNICAL OBLIGATIONS OF SECOND PARTY:</b>	
4.1 The service provider shall be accredited by CCHI and certified by the Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions (CBAHI) and obtain all required approvals from the Council.	4.1 يشترط في مقدم الخدمة أن يكون معتمداً من المجلس والمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) وأن يحصل على كافة الاعتمادات المحددة من المجلس.
4.2 The service provider shall verify the insured's identity (eligibility for treatment) and the validity of insurance policy before providing necessary medical services, as per policy benefits and the eligibility for treatment coverage on the basis of direct charging, prior to rendering service. If the service provider treats any person other than Insurance Company's customers, that service provider shall sustain the costs of treatment.	4.2 يلتزم مقدم الخدمة بالتحقق من هوية المؤمن له (أهلية العلاج) وسريان وثيقة التأمين قبل تقديم الخدمات الطبية الالازمة وفق منافع الوثيقة واستحقاقه للتنفية العلاجية على أساس التقيد المباشر قبل تقديم الخدمة، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير عملاء شركة التأمين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.
4.3 The service provider shall provide the insured the rates and deductions agreed upon with the Insurance Company against the medical services, to be rendered upon request.	4.3 يلتزم مقدم الخدمة بتزويد المؤمن لهم بمعلومات الأسعار والخصومات المتفق عليها مع شركة التأمين للخدمات الطبية المقدمة لهم عند طلبها.
4.4 Adhere to all medical protocols, standards and forms issued from the Council, and including but not limited to the following:	4.4 الالتزام بكافة النماذج والمعايير والبروتوكولات الطبية الصادرة من المجلس، ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر الآتي:
(a) Refer to the definition of health when there are any forms or confusion in the translation of the health services covered in the document.	أ. الرجوع إلى تعريف الصحة عند وجود أي اشكال أو بس في ترجمة الخدمات الصحية المغطاة بالوثيقة.
(b) Apply the Council approved Clinical guidelines and pathways as relevant and ensure your staff are knowledgeable and confident with these guidelines and pathways.	ب. تطبيق البروتوكولات الطبية المعتمدة من المجلس حسب الاقتضاء وضمان أن يكون طرف في العلاقة التأمينية على دراية ومعرفة بهذه البروتوكولات والمسارات الطبية.
(c) Abide by utilizing the following forms of treatment approval requests:	ج. الالتزام باستخدام نماذج طلبات الموافقة العلاجية التالية:
The form of treatment approval request for healthcare services (Annex No. 1).	. نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات الرعاية الصحية (ملحق رقم 1).
The form of treatment approval request for dentistry services (Annex No. 2).	. نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات الاسنان (ملحق رقم 2).
The form of treatment approval request for optics services (Annex No. 3).	. نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات البصريات (ملحق رقم 3).
(d) Subject to any higher value provided for in the insurance policy, obtain a prior approval, in case the cost of treatment services provision for once probably exceeds SAR 500 for treatment at outpatient clinics or any prescriptions and/or medications in excess of the previously defined limit.	د. مع مراعاة أي قيمة أعلى ينص عليها في وثيقة التأمين، يتم الحصول على موافقة مسبقة إذا كانت تكلفة تقديم الخدمات العلاجية للمرة الواحدة يتحتم أن تزيد على (500) ريال للمعالجة في العيادات الخارجية أو أي وصفات طبية للأدوية و/ أو العقاقير تتجاوز الحد المذكور سابقاً.
(e) Approval requests shall incorporate obvious medical information including the medical history, laboratory results, diagnosis, detailed treatment plan, services cost and any other documents or information as requested or deemed necessary for supporting the request and/or	ه. يجب أن تتضمن طلبات الموافقة معلومات طبية واضحة بما في ذلك التاريخ المرضي والتاريخ المخبرية والتشخيص وخطة العلاج المفصلة وتكلفة الخدمات إضافة إلى أي مستندات أو معلومات يتم طلبها أو تعتبر ضرورية لتلقييد الطلب و/ أو

clarifying the eligibility. If the data provided to the Insurance Company is proven to be incorrect, the Insurance Company shall have the right in claiming service provider, in case direct or indirect damage is incurred as a result of such incorrect data.	توضيح الأهلية، وفي حال تبين أن البيانات التي تم تزويدها بها غير صحيحة، يحق لها الرجوع على مقدم الخدمة في حال وقوع ضرر مباشر أو غير مباشر ناتجة تزويدها بهذه البيانات غير الصحيحة.
(f) Forwarding the request for approval of sustaining the treatment costs for beneficiaries, to the Insurance Company within 15 minutes at maximum as of the application filling by the corresponding physician, considering the standards of request for the approval of sustaining treatment costs, as shown in the regulation (Annex No. 2).	و. إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال 15 دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب، مع مراعاة معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج الملحقة باللائحة (ملحق رقم 2).
(g) Responding to Insurance Company's inquiries or remarks - if any - on approval request within 30 minutes at maximum, as of receipt time.	ز. الرد على استفسارات أو ملاحظات شركة التأمين -إن وجدت-. حول طلب الموافقة خلال 30 دقيقة كحد أقصى من وقت الاستلام.
(h) If no response to the approval request is received within (60) minutes as of receipt thereof, the service provider shall treat the case as approved, after documenting an evidence showing that the Insurance Company has already received the approval request within the defined term.	ح. في حال عدم استلام الرد على طلب الموافقة خلال (60) دقيقة من إرسالها، يلتزم مقدم الخدمة بالتعامل مع الحالة على أساس الموافقة، وذلك بعد التأكد من توقيع ما يثبت أن شركة التأمين استلمت طلب الموافقة أثناء هذه المدة المحددة.
(i) Referring claims to the Insurance Company, on the condition that each claim shall incorporate the gross sum of money, the agreed discount (if any), deductible ratio by the insured (if any) as well as the net cost requested to be paid by the Insurance Company.	ط. رفع المطالبات لشركة التأمين على أن تتضمن كل مطالبة المبلغ الإجمالي (Gross) ومبلغ الخصم المنفق عليه (إن وجد) ومبلغ الاقتطاع/نسبة التحمل من المؤمن له (إن وجد) ثم صافي التكلفة (Net) المطلوب دفعه من شركة التأمين .
4.5 the service provider shall be approved to receive emergency cases, as per the determined level of urgent medical care, without obliging the insured to pay any costs of treatment services, but they shall be directly charged on the account of Insurance Company, according to the following procedures:	4.5 يجب على مقدم الخدمة استقبال مرضى الحالات الطارئة حسب ما تم تحديده من مستويات الرعاية الطبية العاجلة دون إلزام المؤمن لهم بدفع أي تكاليف للخدمات العلاجية وتقييدها مباشرةً على حساب شركة التأمين حسب الإجراءات التالية:
(a) The service provider shall render services to the emergency cases directly and without need to refer to the Insurance Company.	أ. يلتزم مقدم الخدمة بتقديم الخدمة للحالات الطارئة مباشرةً دون الحاجة للرجوع لشركة التأمين.
(b) Without prejudice to Chapter (3), Item (4.4), Paragraph (d), the Insurance Company shall be informed within 24 hours at maximum as of time of case receipt.	ب. مع عدم الإخلال بما ورد في الفصل الثالث البند (4.4) (فقرة (د)، يتم إبلاغ شركة التأمين خلال مدة أقصاها 24 ساعة من وقت استقبال الحالة.
(c) In the event the service provider delays in referring the case to the Insurance Company without reasonable excuse within the defined term, its right in indemnity shall be lapsed.	ج. في حال تأخر مقدم الخدمة في رفع الحالة لشركة التأمين دون عذر معقول منعه من الإبلاغ خلال المدة المحددة، يسقط حقه في التعويض.
(d) In case of disapproving the continuance of treatment, the Insurance Company shall have the right in transferring the insured after the health condition thereof becomes stabilized, to a service provider within the approved network of service providers of the insured.	د. يحق لشركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج نقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة للمؤمن له .
4.6 If the service provider is contracted with the Insurance Company: The Insurance Company shall pay the claims of service provider, pursuant to the price list and the mechanism agreed upon in the Contract executed between parties	4.6 في حال وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين: تلتزم شركة التأمين بسداد مطالبات مقدم الخدمة حسب قائمة الأسعار والأالية المنتفق عليها في العقد المبرم بين الطرفين.
4.7 If the service provider is not contracted with the Insurance Company: The Insurance Company shall pay the claims directly to the non-contracted service provider for the period passed by the insured for receiving treatment for emergency cases, depending on prices approved by the Ministry of Health.	4.7 في حال عدم وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين: تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات بشكل مباشر لمقدم الخدمة غير المتعاقد معه عن الفترة التي قضتها المؤمن له لتلقي علاج الحالات الطارئة وذلك بناءً على الأسعار المعتمدة لدى وزارة الصحة.

4.8 In case of receiving patients of emergencies, whose insurance status cannot be verified: Healthcare services standards approved by MoH shall be abided by, If the patient is found insured, the above-mentioned procedures shall be applied, then justifications for delaying claim shall be referred.	4.8 في حال استقبال مرضى حالات طارئة لا يمكن التتحقق من حالتهم التأمينية: يتم التقيد بمستويات خدمات الرعاية الصحية المعتمدة لدى وزارة الصحة ، وفي حال تبين أن المريض مؤمن له يتم تطبيق الإجراءات المذكورة أعلاه و يتم رفع مبررات التأخير في رفع المطالبة.
4.9 The service provider shall receive the insured and provide the treatment services through all physicians operating at its health entity, whether the part or full-time personnel, within the limits of benefits covered under the insurance policy, as per the agreed prices, without any discrimination between physicians.	4.9 يلتزم مقدم الخدمة باستقبال المؤمن له وتقديم الخدمات العلاجية لدى جميع الأطباء العاملين في منشأته الصحية سواء كانوا بدوام جزئي أو كلي في حدود المنافع المقطعة ضمن وثيقة التأمين حسب الأسعار المتفق عليها بين الطرفين وبدون أي تمييز بين الأطباء.
4.10 The service provider's physician shall have no right in requesting money transfer or receiving any sums of money from the insured, to the personal account thereof.	4.10 لا يجوز للطبيب المعالج لدى مقدم الخدمة طلب تحويل مالي أو استلام أي مبالغ نقديّة من المؤمن له لحسابه الشخصي.
4.11 Service provider's all physicians shall provide the treatment services to the insured, within the service provider's working hours.	4.11 يلتزم كافة أطباء مقدم الخدمة بتقديم الخدمات العلاجية للمؤمن لهم خلال فترة ساعات العمل لمقدم الخدمة.
4.12 The service provider shall guaranty that its health facility's approvals department shall continue working throughout the working hours, without interruption.	4.12 يلتزم مقدم الخدمة بضمان استمرار عمل إدارة الموافقات لديه طوال فترة ساعات العمل دون انقطاع.
4.13 The service provider shall provide medical review for free to the insured patient within at least fourteen days for the same case diagnosed in the first examination. In line with the executive regulation of Private Health Institutions Law.	4.13 يلتزم مقدم الخدمة بتقديم المراجعة الطبية بشكل مجاني للمريض المؤمن له خلال أربعة عشر يوماً بعد أقصى لذات الحالات التي تم تشخيصها من الكشف الأولي، بما يتوافق مع اللائحة التنفيذية لنظام المؤسسات الصحية الخاصة.
4.14 The service provider shall also dispense medications registered and priced by Saudi Food and Drug Authority, in accordance with Council's identified proceedings including (medication guide for health insurance) pursuant to the maximum limit set forth in Chapter (3), Item (4), Paragraph (b).	4.14 يلتزم مقدم الخدمة بصرف الأدوية والعاقفirs المسجلة والمسعرة من الهيئة العامة للغذاء والدواء ووفقاً للإجراءات المحددة من المجلس بما في ذلك (دليل الأدوية للتأمين الصحي) وفقاً للحد الأعلى المذكور في الفصل الثالث البند (4.4) فقرة (ب).
4.15 The service provider shall ensure that all medications are as per the prescription of physician and for the treatment of covered case.	4.15 يلتزم مقدم الخدمة بأن تكون جميع الأدوية حسب الوصفة الطبية للطبيب المعالج ولعلاج الحالة المقطعة بالوثيقة.
4.16 The service provider shall ensure the maximum period of medication prescription is to be 14 days, except for chronic or acute cases.	4.16 يلتزم مقدم الخدمة بأن تكون الفترة القصوى لوصفة الأدوية 14 يوماً باستثناء الحالات المزمنة أو للعلاج اللازم للحالات الحادة.
4.17 The service provider shall consider the following upon rendering the healthcare services:	4.17 يلتزم مقدم الخدمة عند تقديم خدمات الرعاية الصحية بمراجعة الآتي:
(a) In the event the beneficiary is referred from a general practitioner to a specialist or consultant for receiving the healthcare services, along with the need to continue treatment for the same case of referral, there is no need to get referral again from the general practitioner.	أ. في حال تحويل المستفيد من طبيب عام إلى أخصائي أو استشاري لتلقي خدمات الرعاية الصحية مع استمرار حاجته لمواصلة العلاج لنفس الحالة المرضية التي حول بسببيها، فإنه لا حاجة لمعاودة حصوله على تحويل من الطبيب العام.
(b) The beneficiary shall bear the difference of examination costs, if directly seeing the specialist or consultant as outlined in the policy, without referring to the general practitioner - of the service provider - for evaluating the case.	ب. يتحمل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرةً بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة، دون مراجعته للطبيب العام لتقدير الحالة -في حال وجود طبيب عام لدى مقدم الخدمة-.
4.18 The main health service provider shall ensure that any other service provider is approved by the Council and CBAHI.	4.18 يلتزم مقدم الخدمة الرئيسي في حال التعامل مع مقدم خدمة آخر بأن يكون الأخير معتمد من كل من المجلس و مجلس المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية.
4.19 The service provider acknowledges taking responsibility for the final medical decision on healthcare services to beneficiaries inclusive of the	4.19 يقر مقدم الخدمة بمسؤوليته عن القرار الطبي النهائي بشأن خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين بما في ذلك جودة وملاءمة هذه الرعاية والخدمات

quality and appropriateness of such care and services. The service provider realizes also that the approval request for treatment on part of the Insurance Company is meant to verify the stipulations of request for medical intervention within the limits of cost effectiveness. Consequently, this verification may not affect, in any way, the service provider's decision on the provision of appropriate healthcare services to the patient.	ويدرك مقدم الخدمة أن طلب الموافقة العلاجية من قبل شركة التأمين هو للتحقق من اشتراطات طلب الدخول الطبي في حدود فعالية التكالفة الموضحة وبناء عليه لا يجوز أن يؤثر هذا التتحقق بأي طريقة على قرار مقدم الخدمة في تقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة إلى المريض .
4.20 The service provider shall provide physicians operating in Insurance Companies with all requested information and documents at their disposal, for reviewing. Moreover, the physicians may access hospital rooms, medical supervision offices and medical files of beneficiaries or patients treated or being treated, whenever necessary for completing review tasks entrusted thereto, in coordination with the concerned body.	4.20 يلتزم مقدم الخدمة بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يتبعوا تحت تصرفهم كافة المستندات الازمة للقيام بأعمال المراجعة، ويجوز للأطباء دخول غرف المستشفى ومكاتب الإشراف الطبي والاطلاع على الملفات الطبية للمستفيدين أو المرضى الذين عولجوا فيه أو يجري فيه علاجهم وذلك حينما تقتضي الضرورة ذلك لإنجاز مهام المراجعة المسندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.
4.21 Taking into account the instructions issued from the Ministry of Health, the service provider shall maintain all records of Saudi citizens, for unlimited term, and for ten years as to expatriates, as of the date of last entry. The medical records may not be damaged, except after the lapse of aforesaid terms.	4.21 مع مراعاة التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة، يلتزم مقدم الخدمة بأن يحتفظ بكلية السجلات لمدة غير محددة للمواطنين السعوديين ولمدة عشر سنوات للوافدين إلى المملكة وذلك من تاريخ آخر إدخال على هذه السجلات وبمحظوظ إثلاف السجلات الطبية نهائيا إلا بعد انقضاء المدد المذكورة أعلاه.
4.22 The service provider shall submit all claims to the Insurance Company, according to the instructions of (NPHIES), or any subsequent instructions issued by the Council in this regard pursuant to the terms identified by the Council's Secretariat.	4.22 يلتزم مقدم الخدمة بتقديم كافة المطالبات إلى شركة التأمين وفقاً لتعليمات برنامج "تفيس" أو أي تعليمات لاحقة تصدر من المجلس في هذا الشأن، ووفقاً للمدد المحددة من الأمانة العامة للمجلس .
4.23 The service provider shall develop a list of data of the Insurance Company and other Insurance Companies with which it deals in Arabic alphabetical order, without any preference or distinction between one company and another, besides a guidance board of Council's contact details in apparent place that is visible to all beneficiaries.	4.23 يلتزم مقدم الخدمة بوضع قائمة ببيانات شركة التأمين وشركات التأمين الأخرى التي يتعامل معها بالتسليس الأبجدي لأسماء الشركات باللغة العربية وبدون أي دلالة أو تفضيل أو تمييز بين شركة وأخرى وكذلك لوحدة استرشاديه عن وسائل التواصل مع المجلس في مكان بارز وظاهر للعيان أمام المستفيدين.
4.24 The service provider shall have no right in receiving commissions on the referral of insured to another service provider.	4.24 لا يجوز لمقدم الخدمة الحصول على عمولات مقابل تحويل المؤمن له لمقدم خدمة آخر.
<b>Chapter 5: Financial Obligations</b>	<b>الفصل الخامس: الالتزامات المالية</b>
5. FINANCIAL LIABILITIES BETWEEN PARTIES (SETTLEMENT MECHANISM):	5 الالتزامات المالية بين الطرفين (آلية التسوية)
5.1 The service provider shall submit claims directly or through RCM Company to the Insurance Company directly or to claims management company if there is contract, within no more than (30) working days as of claims' maturity date, in accordance with Annex No. (4).	5.1 يلتزم مقدم الخدمة برفع المطالبات بشكل مباشر أو من خلال شركة إدارة دورة الإيرادات إلى شركة التأمين مباشرةً أو إلى شركة إدارة المطالبات في حال وجود عقد وذلك خلال مدة لا تزيد عن (30) يوم من تاريخ الحصول على الخدمة حسب الملحق (4).
5.2 If the service provider delays in submitting claim as per Paragraph (1) of this Chapter without a reasonable excuse, the Insurance Company shall have the right in denying claims after the lapse of (30) working days as of claims' maturity date, in pursuance of Annex No. (5).	5.2 في حال تأخر مقدم الخدمة في تقديم المطالبة حسب الفقرة (1) من هذه المادة دون عذر معقول، يحق لشركة التأمين رفض المطالبات بعد مرور (30) يوم من تاريخ استحقاق المطالبات حسب الملحق (5).
5.3 The Insurance Company shall settle and pay service providers' completed and acceptable claims within at maximum (30) working days as of receipt of claims, then shall forward settlement form to the service provider. If claims are rejected, the Insurance Company sends a statement of the rejected claims and the reasons for their rejection.	5.3 تلتزم شركة التأمين بتسوية وسداد مطالبات مقدمي الخدمة المكتملة والمقبولة بعد أقصى خلال (30) يوم من تاريخ استلام المطالبات، وإرسال نموذج التسوية لمقدم الخدمة وفي حال رفض المطالبات تقوم شركة التأمين بإرسال كشف عن المطالبات المرفوضة وأسباب رفضها.

5.4 In the event that the Insurance Company responded by Denial: The service provider shall revise the denials and provide the Insurance Company with claim's supporting documents within at maximum (15) working days as of date of receiving denials, in accordance with Annex No. (4).	5.4 في حال كان رد شركة التأمين بالرفض، يلتزم مقدم الخدمة بمراجعة المفروضات وتزويد شركة التأمين بالمستندات المؤيدة للمطالبة بعد أقصى خلال (15) يوم من تاريخ استلام المفروضات حسب الملحق (4).
5.5 If the service provider delays in submitting denied claim's supporting documents as per Paragraph (4) above, the Insurance Company shall have the right in denying claims after the lapse of (15) working days as of claims' maturity date.	5.5 في حالة تأخر مقدم الخدمة في تقديم المستندات المؤيدة للمطالبة المفروضة حسب الفقرة (4) أعلاه، يحق لشركة التأمين رفض المطالبات بعد مرور (15) يوم من تاريخ استحقاق المطالبات.
5.6 The Insurance Company shall revise documents forwarded by the service provider on the re-submission of denied claims. Additionally, the Insurance Company shall pay and make the final settlement within at maximum (15) working days as of date of receiving claims having remarks, with the necessity of sending the settlement form to service provider, stating the claims that remain denied, as per Annex No. (5).	5.6 تلتزم شركة التأمين بمراجعة المستندات المرسلة من مقدم الخدمة بخصوص إعادة التقديم للمطالبات المفروضة وتلتزم بالسداد وعمل المخالصة النهائية بعد أقصى (15) يوم من تاريخ استلام المطالبات التي يوجد عليها ملاحظات مع ضرورة إرسال نموذج التسوية لمقدم الخدمة مبيناً المطالبات التي لا زالت مرفوضة حسب الملحق (5).
5.7 In case of delaying in paying the completed and acceptable claims, the service provider shall have the right in informing the Council of non-payment of any dues.	5.7 في حال التأخير بدفع المطالبات المكتملة والمقبولة يكون مقدم الخدمة الحق بإبلاغ المجلس بعد سداد أي دفعات تكون مستحقة له.
5.8 In case of paying any surplus, repeated or other sums of money in excess of service provider's dues against the covered services provided to the insured, the Insurance Company may recover the requested amounts of money via clearance or deduction from current or future dues, after filling the form of claims' settlement as per Annex No. (5) and clarifying the reasons behind excess payment received by the service provider. The recovery shall be made after notifying either party and its approval of repayment provided that full details of the payments and the period are provided.	5.8 في حالة سداد أي مبالغ مالية زائدة أو مبالغ مالية مكررة أو مبالغ مالية أخرى تزيد عن تلك التي يستحقها مقدم الخدمة عن الخدمات المشمولة المقدمة إلى المؤمن له يجوز لشركة التأمين استرداد المبالغ المطلوبة عن طريق المقاصلة أو الاسترداد من الدفعات الحاربة أو المستقبلية بعد تعينة نموذج تسوية المطالبات حسب الملحق (5) وتوضيح أسباب الدفعة الزائدة التي حصل عليها مقدم الخدمة ويجب أن يكون الاسترداد بعد إخطار أي من الطرفين وموافقتهم قبل إعادة المبلغ مشروطاً بتوفير تفاصيل كاملة للمدفوعات والفترقة.
5.9 Settlement form signed by both parties' authorized persons as per Annex No. (5) or via NPHIES, a copy of which is sent via e-mail, shall be deemed approved for settling claims, and shall be deemed also pretense against each party.	5.9 يعتبر نموذج التسوية الموقع من قبل المخولين لدى الطرفين حسب الملحق (5) أو من خلال نسخة المرسل منه بالبريد الإلكتروني معتمد لتسوية المطالبات، وحجة على الطرفين.
5.10 If parties do not reach a final settlement or agreements are failed, the damaged party shall refer the matter to Council's Health Insurance Disputes Center, within at maximum 30 working days as of date on which, service provider receives the remained denied claims from the Insurance Company.	5.10 في حال عدم اتفاق أحد الطرفين على التسوية النهائية أو عدم حصول أحد تسوية أو تغافلها فيقوم الطرف المتضرر بالتقدم لمركز الصلح في منازعات التأمين الصحي التابع للمجلس وذلك بعد أقصى 30 يوم عمل من تاريخ استلام مقدم الخدمة المطالبات التي لا زالت مرفوضة من شركة التأمين.
5.11 If parties do not reach a final settlement or agreements are failed, the Council's Health Insurance Disputes Center shall refer both parties to the competent judicial bodies.	5.11 في حال عدم اتفاق أحد الطرفين على التسوية أو تغافلها يقوم مركز الصلح في منازعات التأمين الصحي التابع للمجلس بتوجيه الطرفين للجهات القضائية المختصة.
5.12 All claims shall be submitted to the Insurance Company by service provider, by filling payment notice form on part of Insurance Company in accordance with Annex No. (5) using the bank account number shown in the annex. In case of changing the account number/IBAN, the service provider shall sign letter for requesting the change by the contact person, on the condition that all payments shall be made in Saudi Riyal (SAR).	5.12 يجب تقديم جميع المطالبات إلى شركة التأمين من قبل مقدم الخدمة بتعينة نموذج إشعار السداد من قبل شركة التأمين حسب الملحق (5) وعلى رقم الحساب البنكي الموضح في الملحق وفي حالة تغيير رقم الحساب / الحسابات البنكية (IBAN) فإن على مقدم الخدمة توقيع خطاب طلب تغييره من قبل ضابط الاتصال، وعلى أن تكون جميع الدفعات بالريال السعودي.
<b>Chapter 6: Claims Management Companies</b>	<b>الفصل السادس: شركات إدارة المطالبات</b>
<b>6. THE ROLE OF COMPANY OF HEALTH INSURANCE CLAIMS' MANAGEMENT</b>	<b>6. التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي</b>

<p>The Insurance Company shall have the right to contract with one of the claims management companies qualified by the Council to act as an administrative agent only on behalf of the Insurance Company in carrying out the management of health care services provision claims and the procedures of settlement and payment, provided that the following is adhered to when contracting therewith:</p>	<p>يحق لشركة التأمين التعاقد مع إحدى شركات إدارة المطالبات المؤهلة من المجلس للعمل كوكيل إداري فقط بنيابة عن شركة التأمين في القيام بإدارة مطالبات تقديم خدمات الرعاية الصحية وإجراءات التسويات والدفع، بشرط أن يتضمن العقد المبرم بين شركة التأمين وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي الالتزامات التالية:</p>
<p>6.1 Delivering to the service provider a list of the Insurance Companies contracted with as an administrative agent for it, and this list shall be updated by the claims management company as soon as there is a change therein.</p>	<p>6.1 تسليم مقدم الخدمة بقائمة لشركات التأمين المتعاقد معها كوكيل إداري لها ويجب تحديث هذه القائمة من قبل شركة إدارة المطالبات فور حصول تغيير فيها.</p>
<p>6.2 Providing the contracted service provider with written verification from each Insurance Company authorized to represent it and act on its behalf in all claims management and settlement tasks. The service provider shall, within one week from the date of receiving this information and documents, notify the claims management company of its unwillingness to receive beneficiaries from this Insurance Company, and if such notification is not given within the specified time, the service provider shall be deemed to have agreed to receive the beneficiaries under the terms of this contract.</p>	<p>6.2 تسليم مقدم الخدمة المتعاقد معه إثباتاً كتابياً من كل شركة تأمين تكون مخولة بتمثيلها والعمل نيابة عنها في كافة مهام إدارة وتسوية المطالبات، وعلى مقدم الخدمة خلال أسبوع واحد من تاريخ استلام هذه المعلومات والمستندات إخطار شركة إدارة المطالبات بعدم رغبته في استقبال المستفيدين من شركة التأمين هذه، وإذا لم يتم الإخطار خلال الوقت المحدد يعتبر مقدم الخدمة بأنه قد وافق على استقبال المؤمن لهم وفقاً لبيان هذا العقد.</p>
<p>6.3 Prohibition of taking any commissions or fees from the service providers, including commissions for referring cases and commissions on medical bills.</p>	<p>6.3 عدم جواز أخذ أي عمولات أو أتعاب من مقدمي الخدمة بما في ذلك عمولات تحويل الحالات المرضية وعمولات على الفوائير العلاجية.</p>
<p>6.4 Prohibition of management company's doctors transferring any cases to be treated by the service provider they work for.</p>	<p>6.4 منع طبيب شركة إدارة المطالبات تحويل أي حالات مرضية لتلقي العلاج في مقدم الخدمة الذي يعمل لديه.</p>
<p><b>Chapter 7: Revenue Cycle Management</b></p>	<p><b>الفصل السابع : إدارة دورة الإيرادات</b></p>
<p>THE ROLE OF REVENUE CYCLE MANAGEMENT COMPANY (RCM)</p>	<p>7. التزامات شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM)</p>
<p>The service provider shall have the right to contract with a revenue cycle management company to work under an authorization therefrom to accomplish (all or some of) the tasks listed below, provided that the contracting procedures between the service provider and the revenue cycle management company include a confirmation that the company shall adhere to the standards approved by the Council regarding revenue cycle operations; it shall also comply with the relevant contractual conditions between the service provider and the Insurance Company herein; and that it shall not be responsible for any breach by the service provider or for the accuracy of medical information that shall remain the service provider's and the medical staff's responsibility, the contract with the RCM shall also include the following obligations on the RCM:</p>	<p>يحق لمقدم الخدمة التعاقد مع شركة إدارة دورة الإيرادات للعمل بموجب تفويض منه لإنجاز بعض أو جميع المهام الواردة أدناه بشرط أن يتضمن العقد المبرم بين مقدم الخدمة وشركة إدارة دورة الإيرادات أن تلتزم الشركة بالمعايير المعتمدة من قبل المجلس بخصوص عمليات دورة الإيرادات، كما تلتزم بالشروط التعاقدية ذات العلاقة فيما بين مقدم الخدمة وشركة التأمين الواردة في هذا العقد، ولا تكون مسؤولة عن أي خرق يقع من قبل مقدم الخدمة أو عن دقة المعلومات الطبية والتي تبقى على عاتق مقدم الخدمة والمدار الطبي، كما يجب تضمين الشروط التالية في العقد الذي يبرم مع شركة إدارة دورة الإيرادات:</p>
<p>7.1 Cooperation in pricing the service providers' services.</p>	<p>7.1 التعاون في تسعير خدمات مقدمي الخدمات.</p>
<p>7.2 Negotiate with Insurance Companies to reach an agreement on prices and networks that can be accepted by health service providers in facilities.</p>	<p>7.2 التفاوض مع شركات التأمين للوصول لاتفاق على الأسعار والشبكات التي يمكن لمقدمي الخدمات قبولها في المنشآت .</p>
<p>7.3 Register patients and inspect their eligibility to receive treatment by the service provider.</p>	<p>7.3 تسجيل المرضى ومعاينة أحقيتهم لتلقي العلاج لدى مقدم الخدمة.</p>
<p>7.4 Obtain pre-approvals.</p>	<p>7.4 الحصول على الموافقات المسبقة.</p>
<p>7.5 Prepare and codify medical claims and submit the same to the Insurance Companies by uploading them on NPHIES.</p>	<p>7.5 إعداد وتزميز المطالبات الطبية وتقديمها لشركات التأمين عن طريق تحميلها من خلال برنامج "نفيس".</p>

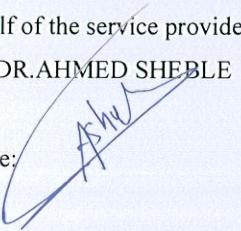
7.6 Follow up with the Insurance Companies to collect the value of the claims.	7.6 المتابعة مع شركات التأمين للقيام بتحصيل قيمة المطالبات.
7.7 Prepare and resubmit the rejected claims.	7.7 إعداد المطالبات المرفوضة وإعادة تقديمها.
7.8 Close the settlement for totally or partially rejected claims after resubmitted, provided that this is done annually or semi-annually.	7.8 إغلاق التسوية عن المطالبات المرفوضة كلياً أو جزئياً "بعد إعادة التقديم، على أن يتم ذلك بشكل سنوي أو نصف سنوي.
7.9 Revenue cycle management companies shall have the right to manage the following departments at service providers' sites: Preapprovals, accounting, patient registration, in addition to other services that are provided from a revenue cycle management company's sites.	7.9 يحق لشركات إدارة دورة الإيرادات إدارة الأقسام التالية لدى موقع مقدمي الخدمة: الموافقات المسبقة ، والمحاسبة، وتسجيل المرضى ، بالإضافة إلى الخدمات الأخرى التي يتم تقديمها من موقع شركة إدارة دورة الإيرادات.
<b>Chapter 8: Prices of Services</b>	<b>الفصل الثامن: أسعار الخدمات</b>
<b>8. SERVICE PRICES</b>	<b>8 أسعار الخدمات</b>
8.1 The two parties have agreed on the approved rates and deductions list for healthcare services presented by the service provider with a commitment to medical coding and in accordance with the form and clinical manuals approved by the Council, according to Appendix No. (6).	8.1 اتفق الطرفان على قائمة الأسعار والخصومات المعتمدة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل مقدم الخدمة مع الالتزام بالترميز الطبي وفقاً للنموذج والأدلة الإكلينيكية المعتمدة من المجلس، حسب المتفق عليه دون تغيير.
8.2 Subject to the provisions of Paragraph 1 of this Article (Article 8), both parties shall notify the other in writing of its desire to review the prices of any services or include new services 45 working days before the end of the contract term. In such case, the two parties shall negotiate the prices, provided that they are technically justified and based on objective grounds and that their value is in no way less than the real cost of the service. Taking into account the law of private health institutions as well as the pricing rules contained in the executive regulations of the Insurance Company control law	8.2 مع مراعاة ما تضمنته الفقرة (1) من هذه المادة، يجب على كل من الطرفين إخطار الطرف الآخر كتابياً برغبته في مراجعة أسعار أي خدمات أو إدراج خدمات جديدة وذلك قبل 45 يوم عمل من انتهاء مدة العقد وفي هذه الحالة يقوم الطرفان بالتفاوض على الأسعار بشرط أن تكون مبررة فنياً وترتजع على أساس موضوعية، ولا تقل قيمتها بأي حال من الأحوال عن التكلفة الحقيقة للخدمة، مع مراعاة نظام المؤسسات الصحية الخاصة وكذلك قواعد التسعير الواردة في اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين.
8.3 In accordance with the instructions of the Food and Drug Authority, updates of the price list shall be permitted for drugs.	8.3 يجوز إجراء تحديثات قائمة الأسعار بالنسبة للأدوية بما يتوافق مع تعليمات الهيئة العامة للغذاء والدواء .
8.4 The two parties shall be obligated to undertake claims invoicing according to the minimum data set (MDS) approved by the Council as per Appendix No. (4).	8.4 يلتزم الطرفان بأن تتم الفوترة للمطالبات حسب بيانات الحد الأدنى المقررة من المجلس (MDS) حسب الملحق رقم (4)
<b>Chapter 9: The Insured</b>	<b>الفصل التاسع: المؤمن لهم</b>
<b>9. BENEFICIARIES' RIGHTS</b>	<b>9. حقوق المؤمن لهم</b>
The two parties acknowledge that they fully know the rights of the beneficiaries in accordance to the Council and SAMA's laws and implementing regulations and are fully committed thereto, including:	يقر الطرفان بمعرفتهم الكاملة بحقوق المؤمن لهم والتزامهم التام بها وفقاً لأنظمة المجلس والبنك المركزي ولوائحها التنفيذية، بما في ذلك:
9.1 The beneficiaries shall obtain equal rights regarding healthcare services as required and without any discrimination in accordance with the policy schedule and the applicable regulation.	9.1 يجب أن يحصل المؤمن لهم على حقوق متساوية فيما يخص خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب وفقاً لجدول وثيقة التأمين وبما لا يتعارض مع النصوص والأنظمة المعمول بها والساربة بحق الأطراف.
9.2 In the event that a beneficiary is hospitalized and there is no room equivalent to their entitlement under the policy benefits schedule, the service provider shall provide a higher level of accommodation if it is available at the same cost. The beneficiary may waive the requirements of this clause if an acceptable alternative is provided thereto, provided that they expressly agree on the same by signing a waiver.	9.2 يلتزم مقدم الخدمة في حالة تنفيذ المؤمن له ولم تتوفر غرفة تعادل المستحقة له بموجب جدول منافع الوثيقة بتوفير مستوى إقامة أعلى بنفس التكلفة إذا كانت متوفرة ، ويجوز للمؤمن له التنازل عن متطلبات هذا البند إذا تم توفير بديل مقبول لديه على أن يوافق عليه صراحة بالتوقيع على تنازل.

9.3 The service provider shall provide the beneficiary with the costs of every health service provided thereto upon the beneficiary request.	9.3 يلتزم مقدم الخدمة بتزويد المؤمن له بتكاليف كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.
9.4 The service provider shall charge the deduction amount (deductible percentage) on the beneficiary from the net cost after deducing the deductible amounts agreed upon with the Insurance Company, the (Net) not the (Gross).	9.4 يلتزم مقدم الخدمة باحتساب مبلغ الاقتطاع (نسبة التحمل) على المؤمن له من صافي التكفة بعد الخصومات المتفق عليها مع شركة التأمين (Net) وليس الإجمالي (Gross).
9.5 The service provider shall explain to the beneficiary the treatment plan and coverage extent within the policy, and in the event of any additional amounts incurred by the beneficiary, their signature shall be obtained before carrying out any treatment procedure.	9.5 يلتزم مقدم الخدمة بإيضاح الخطة العلاجية للمؤمن له ومدى تغطيتها من ضمن الوثيقة، وفي حال وجود أي مبالغ إضافية يت肯دها المؤمن له فيتوجب الحصول على توقيعه قبل القيام بأي إجراء علاجي.
<b>Chapter 10: Confidentiality of Data</b>	<b>الفصل العاشر :سرية البيانات</b>
<b>PRIVACY AND CONFIDENTIALITY</b>	<b>10 خصوصية البيانات وسرية المعلومات</b>
10.1 The two parties shall take into account the confidentiality of the information related to this contract or the other party, its business, operations, or clients unless this information has been disclosed to the public by either of the parties and when the disclosure is made at the request of a government entity in the Kingdom that has the legal jurisdiction to request this information, and the disclosure was made confidentially and privately to professional consultants of the concerned party, subject to the provisions of the laws and regulations issued by the Council, SAMA and other government authorities in this regard.	10.1 يجب على الطرفين مراعاة سرية المعلومات التي تتعلق بهذا العقد أو بالطرف الآخر أو أعماله أو عملياته أو عمالاته، ما لم تكن هذه المعلومات قد تم الإفصاح عنها للجمهور عن طريق أي من الطرفين، وما لم يكن الإفصاح قد تم على طلب من جهة حكومية في المملكة ينعقد لها الاختصاص القانوني بطلب هذه المعلومات، وما لم يكن الإفصاح قد تم بشكل سري وخاص للمستشارين المهنيين للطرف المعuni، مع مراعاة أحكام الأنظمة واللوائح الصادرة عن كل من المجلس والبنك المركزي والجهات الحكومية الأخرى في هذا الشأن.
10.2 The two parties undertake to maintain and use the information or data received from the other party only as per the purpose intended for the service, and not to misuse this data or information in a manner that is inconsistent with the privacy duties and the data owners' rights.	10.2 يتعهد الطرفان باستخدام المعلومات أو البيانات الواردة إليه من الطرف الآخر وفقاً للغرض المخصص للخدمة فقط والمحافظة عليها، وعدم إساءة استخدام هذه البيانات أو المعلومات على نحو يتنافى مع واجبات الخصوصية وحقوق أصحاب تلك البيانات.
10.3 The validity of obligations relating to privacy and confidentiality shall extend even after the contract termination or expiration.	10.3 يمتد سريان الالتزامات المتعلقة بالخصوصية و السرية حتى بعد إنهاء العقد أو انتهاء سريانه.
10.4 Confidentiality Limits:	10.4 حدود السرية:
The two parties acknowledge that the information that is or will be available to each of them with regard to the implementation of the contractual obligations is a confidential data and both parties have agreed on the following: -	يقر الطرفان بأن المعلومات المتوفرة أو التي ستتصبح متوفرة لدى كل منهما فيما يتعلق بتنفيذ الالتزامات بهذا العقد تعد بيانات سرية وقد انفق الطرفان على ما يلي: -
(a) Data confidentiality provisions shall extend to their employees, including doctors, technicians, coders, administrators, and other employees of both parties or those who contract directly or indirectly therewith such as revenue cycle management companies, claims management companies, etc.	أ. امتداد أحكام سرية البيانات إلى منسوبيهم من الأطباء والتقنيين والمرمزين والإداريين وغيرهم من منسوبي الطرفين أو المتعاقد معهم بشكل مباشر أو غير مباشر من شركات إدارة دورة إيرادات أو شركات إدارة المطالبات وغيرها.
(b) Neither party may disclose any beneficiary-related medical data or records which are or will be in the possession thereof.	ب. لا يجوز لأي من الطرفين الكشف عن أي بيانات أو سجلات طبية تتعلق بالمؤمن له تكون في حوزتها الآن أو فيما بعد.

(c) Neither party may assign any of the administrative tasks to any party outside the Kingdom.	ج. لا يجوز لأي من الطرفين إسناد أي من المهام الإدارية لأي طرف خارج المملكة.
(d) Confidentiality provisions shall not apply to the following information:	د. لا تسرى أحكام السرية على المعلومات الآتية:
(i) Information that is deemed to be public information.	(i) المعلومات المعترفة في حكم المعلومات المتاحة العموم.
(ii) Information that is requested from the Council and other entities that have legal jurisdiction.	(ii) المعلومات التي يتم طلبها من المجلس والجهات التي ينعقد لها الاختصاص نظاماً.
<b>Chapter 11: CONTRACT TERM.</b>	<b>الفصل الحادي عشر : مدة العقد</b>
The contract term shall be 2 Years Starting from 01/01/2024 and it is permissible to agree that it is automatically renewed for the same term and the same terms and conditions unless one of the parties notifies the other of its intention not to renew the contract in writing at least sixty days (60) prior to the termination of the initial term of the contract or any renewal term thereof, and all transactions related to this contract shall be dated as per the Gregorian calendar.	مدة هذا سنتان تبدأ من تاريخ 01/01/2024م ويجوز الاتفاق على أن يتجدد تلقائياً لمدة أو مدد مماثلة وبنفس الشروط والأحكام الواردة فيه إلا إذا رغب أي من الطرفين إنهاؤه ويكون ذلك بموجب إخطار موجه للطرف الآخر كتابة قبل مدة لا تقل عن ستون (60) يوماً من تاريخ انتهاء المدة الأصلية للعقد أو المدة المجددة وتزور جميع التعاملات لهذا العقد وفقاً للتقويم الميلادي.
<b>Chapter 12: CONTRACT TERMINATION.</b>	<b>الفصل الثاني عشر : إنهاء العقد</b>
12.1 Without prejudice or failure to provide services to the beneficiaries or to fulfill their rights during the termination period, either party shall have the right to terminate this contract and notify the Council after submitting a written notice to the other party to correct the situation, and a period of sixty (60) days has elapsed, in the following cases:	12.1 دون إخلال أو تقصير في تقديم الخدمات للمؤمن لهم أو تأدية حقوقهم خلال فترة إنهاء، يحق لأي من الطرفين إنهاء هذا العقد وإشعار المجلس بعد توجيه إشعار كتابي للطرف الآخر بتصحيح الأوضاع، وانقضاء مهلة قدرها ستون (60) يوماً في الحالات التالية:
(a) If it is proven that the other party has not fulfilled its contractual obligations as specified therein, or delayed fulfilling its obligations in a manner with which completion on time is not expected.	أ. إذا ثبت أن الطرف الآخر لم يتمكن من تنفيذ التزاماته التعاقدية على الوجه المحدد في هذا العقد، أو تأخر في تنفيذ التزاماته على نحو لا يتوقع معه إكماله في الوقت المحدد.
(b) If the other party violates an essential condition thereof or refrains from implementing any of its essential obligations agreed upon herein.	ب. إذا أخل الطرف الآخر بأي شرط جوهري من شروط العقد، أو امتنع عن تنفيذ أي من التزاماته الجوهرية المنفقة عليها في العقد.
12.2 The contract termination or cancellation shall not affect the rights and obligations of either party towards the other, provided that payment conditions and mechanisms set forth herein apply thereto. The Insurance Company's liability for paying any claims made after the specified date for contract expiration or cancellation, except for the following cases:	12.2 لا يؤثر انتهاء أو إلغاء هذا العقد على حقوق والتزامات أي من الطرفين تجاه الطرف الآخر على أن تطبق عليهما اشتراطات وأليات السداد الموضحة في هذا العقد، وتنتهي مسؤولية شركة التأمين المتعلقة بسداد أي مطالبات تتم بعد التاريخ المحدد لانتهاء العقد أو إلغائه فيما عدا الحالات التالية:
(a) Any hospitalization cases pre-approved before expiration or cancellation and the patient is still under treatment.	أ. أي حالات تنويم تمت الموافقة المسبقة عليها قبل الانتهاء أو الإلغاء وما زال المريض تحت العلاج.
(b) Any service provider's outstanding claims have not been submitted to the Insurance Company.	ب. أي مطالبات قائمة لمقدم الخدمة لم يتم إرسالها لشركة التأمين.
(c) Any outstanding claims with the Insurance Company that have not yet been settled.	ج. أي مطالبات قائمة لدى شركة التأمين ولم تتم تسويتها بعد.
(d) Any pre-approved claims.	د. أي مطالبات قد تمت الموافقة عليها مسبقاً.

(e) Any health insurance policies were valid before the contract termination or cancellation, the service provider shall provide health care services to the beneficiaries covered therein until the end of the insurance year, as long as they are within the beneficiaries' approved network of health care providers.	هـ. أي وثائق تأمين صحي سارية قبل الانتهاء أو الإلغاء للعقد يلتزم مقدم الخدمة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمشمولين بها حتى انتهاء السنة التأمينية طالما أنها ضمن شبكة مقدمي الرعاية الصحية المعتمدة للمؤمن لهم.
12.3 With taking into account the continuation of the pre-approved health care services, either party shall have the right to terminate this contract immediately by the virtue of a written notice if the other party:	12.3 مع مراعاة استمرار خدمات الرعاية الصحية الموافق عليها مسبقاً، يحق لأي من الطرفين إنهاء هذا العقد، فوراً وبموجب إشعار كتابي إذا: أـ. أفلس الطرف الآخر أو طلب إشهار إفلاسه، أو ثبتت إعساره، أو صدر أمر بوضعه تحت الحراسة، أو كان شركة وجرى حلها أو تصفيتها. بـ. تم إلغاء التأهيل أو الاعتماد من المجلس أو أخفق في التجديد أثناء سريان مفعول هذا العقد وفق ما يقرره المجلس.
(a) Goes bankrupt, become subject to a bankruptcy order, is proven to be insolvent, an order is issued to be kept in receivership, or if it is a company that has been dissolved or liquidated.  (b) Has its qualification or accreditation from the Council cancelled, or fails to renew during the validity of this contract according to what is decided by the Council.	
<b>Chapter 13: INTELLECTUAL PROPERTY</b>	<b>الفصل الثالث عشر : الملكية الفكرية</b>
13.1 All commercial and intellectual property rights arising therefrom in connection to the actions of either party shall remain as the ownership of such party.	13.1 جميع الحقوق التجارية وحقوق الملكية الفكرية الناشئة عن هذا العقد، بشأن أو المترتبة عن أعمال أي من الطرفين تبقى ملكية ذلك الطرف.
13.2 The two parties shall refrain from using any trademark, banner, tradename, or any other element unless obtaining a written consent to do so.	13.2 يجب على الطرفين الامتناع عن استخدام أي علامة تجارية أو لاقبة أو اسم تجاري أو أي عنصر آخر ما لم يتم الحصول على موافقة خطية بذلك.
13.3 The service provider shall, as requested by the Insurance Company, deliver, remove, or destroy any posters, brochures, advertisements, or other materials delivered thereto during the implementation of its obligations hereunder.	13.3 يجب على مقدم الخدمة، وفق ما تطلبه شركة التأمين، تسليم أو إزالة أو إتلاف أي ملصقات أو كراسات أو إعلانات أو مواد أخرى تم تسليمها إليه أثناء تنفيذه للالتزاماته بموجب هذا العقد.
<b>Chapter 14: Settlement of Disputes</b>	<b>الفصل الرابع عشر: تسوية النزاعات</b>
<b>14. APPLICABLE LAWS AND SETTLEMENT OF DISPUTES</b>	<b>14 الأنظمة المطبقة و حل النزاعات</b>
14.1Applicable Law:	14.1 النظام المطبق :
This contract shall be subject to and construed in accordance with the applicable laws in the Kingdom.	يخضع هذا العقد ويفسر وفقاً لأنظمة المملكة .
14.2 Settlement of Disputes:	14.2 حل النزاعات:
(a) The two parties have agreed to refer all disputes arising from the interpretation, implementation, or termination of this contract to the Council's health insurance dispute conciliation center in order to resolve the disputes by settlement, reconciliation or any other amicable solution. The two parties shall provide all the data required by the center.	أـ. اتفاق الطرفان على إحال كافة النزاعات الناشئة عن تفسير أو تنفيذ أو إنهاء هذا العقد إلى مركز الصلح في منازعات التأمين الصحي التابع للمجلس من أجل إنهائها بالتسوية أو أي حل ودي آخر. ويلتزم الطرفان بتوفير كافة البيانات التي يطلبها المركز.
(b) In the event that settlement between the two parties is impossible to be reached by the Council's health insurance dispute conciliation center, by informing them by the center of the impossibility of settlement, either party shall have the right to bring the matter before the competent judicial authority.	بـ. في حال عدم حصول التسوية بين الطرفين أو تعذرها من خلال مركز الصلح التابع للمجلس وذلك بإبلاغهم من طرف المركز بعد إمكانية حصول ذلك، يحق لأي من الطرفين حينها التوجه للجهة القضائية المختصة .
<b>Chapter 15: Final Provisions</b>	<b>الفصل الخامس عشر: أحكام خاتمية</b>
<b>15 NOTIFICATION</b>	<b>15 الإشعارات</b>
15.1 The two parties agreed to appoint a liaison officer for correspondence and notifications so that the Insurance Company's or service provider's notifications and correspondence are submitted by an authenticated e-	15.1 اتفق الطرفان على تعيين ضابط اتصال للمراسلات والاشعارات بحيث تكون الاشعارات والمراسلات خاصة بشركة التأمين أو مقدم الخدمة من خلال بريد إلكتروني موثق وعدم قبول خلاف ذلك، مع ضرورة الالتزام الطرفين بإبلاغ الطرف

mail, and they shall not be accepted otherwise, provided that both parties are obliged to notify the other party within a period of no more than a week from the termination of the authorized persons' services and to provide another liaison officer.	آخر في موعد أقصاه أسبوع من إنهاء خدمات الأشخاص المخولين وتوفير ضابط اتصال آخر.
15.2 All notifications hereunder or associated herewith shall be written in Arabic or English, and the two parties shall submit all notifications via NPHIES in addition to the official email of the Insurance Company or service provider specified herein or to the official addresses of parties.	15.2 يجب أن تكون جميع الإشعارات الصادرة بموجب هذا العقد أو المرتبطة به خطية باللغة العربية أو الإنجليزية ويلتزم الطرفان بتقديم كافة الإشعارات من خلال برنامج "نفيس" إضافةً إلى البريد الإلكتروني الرسمي الخاص بشركة التأمين أو تقديم الخدمة المحددة في هذا العقد أو إلى العنوانين الرسمية للطرفين.
15.3 The dispatch date printed on the readings receipt submitted by the recipient shall be adopted in notifications, provided that if the dispatch date is a Friday, Saturday, or an official holiday in the Kingdom of Saudi Arabia, the reading receipt is to be considered effective on the following working day.	15.3 يعتمد في الإشعارات تاريخ الإرسال الظاهر في إيصال القراءات المقدم من المستلم شريطة أنه إذا كان تاريخ الإرسال يوم الجمعة أو يوم سبت أو يوم عطلة رسمية في المملكة العربية السعودية، فإن إيصال القراءة يعتبر نافذاً في يوم العمل التالي.
الفصل السادس عشر: أحكام عامة	
<b>Chapter 16: GENERAL PROVISIONS</b>	
16.1 Contract Amendment: The two parties agree that this contract includes the minimum requirements to be met and agreed upon in the contractual relationship between the two parties, any such change, amendment or improvement hereto may not be made and (if any) it shall not be recognized. In the case of any additions made according to a written document signed by an authorized representative of each party shall be added to the contract as an appendix, provided that none of these additions contradict the terms or conditions contained herein in any form whatsoever, and they shall also be effective as soon as they are signed by parties. unless the two parties agree to specify a different period for the validity of these additions.	16.1 تعديل العقد: اتفاق الطرفان على أن هذا العقد يتضمن الحد الأدنى من المتطلبات الواجب توافرها والاتفاق عليها في العلاقة التعاقدية بين الطرفين، ولا يجوز اجراء أي تغيير أو تعديل أو تحسين في هذا العقد ولا يعتد بها في حال وجودها، وفي حالة وجود أي إضافات تتم بموجب وثيقة مكتوبة ومؤعة من قبل ممثل معتمد عن كل طرف تضاف إلى العقد كملحق، شريطة لا تكون أي من تلك الإضافات تتعارض مع ما تتضمنه هذا العقد من شروط أو أحكام يأي شكل كان، وتكون تلك الإضافات أيضاً سارية النفاذ فور توقيع الطرفين عليها مالم يتفق الطرفان على تحديد مدة مغایرة لسريان نفاذ تلك الإضافات.
16.2 Assignment or Transfer: With the exception of any delegation of a part of the two parties' tasks to a revenue cycle management company or a claims management company, neither party may assign or transfer this contract or any rights or obligations hereunder without obtaining prior written consent from the other party.	16.2 التنازل أو التحويل: باستثناء أي تفويض لجزء من مهام الطرفين لشركة إدارة دورة الإيرادات أو شركة إدارة المطالبات، لا يجوز لأي من الطرفين التنازل أو تحويل هذا العقد أو أي حقوق أو التزامات بموجبها دون الحصول على الموافقة الخطية المسبقة من الطرف الآخر.
16.3 Both parties shall not have the right to agree on the exclusivity of the contract and therefore there shall be nothing to prevent the Insurance Company from contracting with other service providers, as well as nothing shall prevent the service provider from contracting with other Insurance Companies.	16.3 لا يحق للطرفين الاتفاق على حصرية التعاقد وبالتالي فإنه لا يوجد ما يمنع من قيام شركة التأمين بالتعاقد مع مقدمي خدمة آخرين وكذلك ما يمنع من قيام مقدم الخدمة بالتعاقد مع شركات تأمين أخرى.
16.4 Use of Trademark: During the term of this contract, the service provider shall authorize the Insurance Company to include its name as part of the Insurance Company's service providers network for its beneficiaries. Neither party may use the name or trademark of the other without having prior written consent. The service provider shall exhibit a sign or poster in a place that is visible to showcase the contracted Insurance Companies.	16.4 استخدام العلامة التجارية: أثناء مدة هذا العقد، يخول مقدم الخدمة شركة التأمين إدراج اسمه كجزء من شبكة مقدمي الخدمة التابعة لشركة التأمين أمام مستفيديها، ولا يجوز لأي من الطرفين استخدام اسم أو العلامة التجارية الخاصة بالآخر بدون موافقة خطية مسبقة، ويلتزم مقدم الخدمة بعرض لافتة أو ملصق في مكان واضح لشركات التأمين المعنuada معها.
16.5 Both parties are obligated that their work procedures and policies do not conflict with what is stated herein.	16.5 يلتزم الطرفان بـلا تتعارض اجراءات وسياسات العمل لديهما مع ما ورد في هذا العقد.
16.6 The Gregorian calendar shall be used for all transactions between the two parties.	16.6 تم استخدام التقويم الميلادي في كل المعاملات بين الطرفين.
16.7 In the event that there is a conflict between the Arabic text and the English text, then the Arabic text shall prevail.	16.7 في حالة وجود تعارض بين النص العربي والنص الإنجليزي، فإنه يعتد بالنص العربي.
This Contract is made of two original counterparts, one per each party. Both parties are committed to documenting the contract via the E-government program approved by the Council.	حرر هذا العقد من نسختين أصليتين وتسلم كل طرف نسخة منه والتزم الطرفان بالقيام بتوثيقه من خلال برنامج التعاملات الإلكترونية المقر من قبل المجلس.

Legal Authorized Representative	Legal Authorized Representative	الممثل المخول نظاماً	الممثل المخول نظاماً
Date: 05-11-2023	Date : 05-11-2023	التاريخ: 05-11-2023	التاريخ: 05-11-2023
On behalf of the insurance company	On behalf of the service provider	بالنيابة عن مقدم الخدمة	بالنيابة عن شركة التأمين
Name: Hussam Abdulaziz Alkannas	Name: DR.AHMED SHEBLE	الاسم: أحمد شبل	الاسم: حسام بن عبدالعزيز القناعص
Signature:	Signature: 	التوقيع:	التوقيع:
Seal	Seal	الختم	الختم
Authorized by: His title as a Chief Executive Officer	Authorized by: Title	مخول بموجب منصبه	



## الملحق رقم 1

### نسب الخصم بين

### شركة الإتحاد للتأمين التعاوني ومستشفى السعودي الألماني الرياض

Items	Class VIP+A	Class B+REFERRAL
	DIS	NOTE
CONSULTATION FEES	160 S.R FLAT	80 SR FLAT
LAB + X-RAY + OTHER MEDICAL SERVICES	15%	25%
P.D.	10%	21%
MEDICATION	5%	5%
CT SCAN 700 SR MRI 1000 SR FLAT		

### VOLUME DISCOUNT

V.D. OF LAYERS AS BELOW FOR THE GROSS CLAIMS MINUS THE APPLIED DISCOUNT ON YEARLY BASIS:

#### ANNUALLY

FROM	000,000 TO 300,000	0%
FROM	300,001 TO 500,000	2%
FROM	500,001 TO UP	3%

