

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

**العقد الموحد بين
شركة التأمين
ومقدم الخدمة
الصحية في
القطاع الخاص**

Chapter 1: Introduction.....	4	الفصل الأول مقدمة.....
Preamble	4	تمهيد
1. Definitions	4	1. التعريفات
Chapter 2: Obligations.....	8	الفصل الثاني: الإلتزامات
2. Parties' Obligations.....	8	2. التزامات الطرفين
Chapter 3: Technical Obligations	10	الفصل الثالث: الإلتزامات الفنية
3. Technical Obligations of First Party:	10	3. الإلتزامات الفنية للطرف الأول
4. Technical Obligations of Second Party:	12	4. الإلتزامات الفنية للطرف الثاني
Chapter 4: Financial Obligations.....	18	الفصل الرابع: الإلتزامات المالية
5. Financial Liabilities between Parties (Settlement Mechanism):.....	18	5. الإلتزامات المالية بين الطرفين (آلية التسوية)
Chapter 5: Claims Management Companies	20	الفصل الخامس: شركات إدارة المطالبات
6. The Role of Company of Health Insurance Claims' Management	20	6. التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي
Chapter 6: Revenue Cycle Management.....	21	الفصل السادس: إدارة دورة الإيرادات
7. The Role of Revenue Cycle Management Company (RCM).....	21	7. التزامات شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM)
Chapter 7: Prices of Services.....	22	الفصل السابع: أسعار الخدمات
8. Service Prices.....	22	8. أسعار الخدمات
Chapter 8: The Insured	23	الفصل الثامن: المؤمن لهم
9. Beneficiaries' Rights	23	9. حقوق المؤمن لهم
Chapter 9: Confidentiality of Data	24	الفصل التاسع: سرية البيانات
10. Privacy and Confidentiality.....	24	10. خصوصية البيانات وسرية المعلومات
11. Contract Term.....	25	11. مدة العقد
12. Contract Termination.....	25	12. إنهاء العقد
13. Intellectual Property	27	13. الملكية الفكرية
Chapter 10: Settlement of Disputes	27	الفصل العاشر: تسوية النزاعات
14. Applicable Laws and Settlement of Disputes.....	27	14. الأنظمة المطبقة وحل النزاعات
Chapter 11: Final Provisions.....	28	الفصل الحادي عشر: أحكام ختامية
15. Notification	28	15. الإشعارات
16. General Provisions	28	16. أحكام عامة

On --- , --/--/2000G in --- City - Kingdom of Saudi Arabia

إنه في يوم الموافق: ٢٠٠٠/٠٠/٠٠م، في مدينة، المملكة العربية السعودية

It is agreed by and between:

تم الاتفاق بين كل من:

First Party:

الطرف الأول:

Name of insurance company
.....

Herein Represented By: Pursuant to Authorization Letter No. Dated:
.....

Whose registered office is located at the following address: Kingdom of Saudi Arabia - National Address: P. O. Box: --- - Code: --- Unit No. Street Name: District: City:

ومنها: المملكة العربية السعودية العنوان الوطني: صندوق بريد رمز رقم الوحدة: اسم الشارع: الحي: المدينة:

Tel. E-mail:
..... C. R. No. Qualification Number issued from the Council of Cooperative Health Insurance:
..... Fax:
..... Herein referred to as the **First Party or Insurance Company**

هاتف: البريد الإلكتروني:
..... سجل تجاري رقم: رقم التأهيل
 الصادر من مجلس الضمان الصحي التعاوني:
فاكس:
ويشار له في هذا العقد بالطرف الأول أو شركة التأمين.

Second Party:

الطرف الثاني:

Name of Service Provider:
Herein Represented By: Pursuant to No.

أسم مقدم الخدمة: ويمثله:
..... بموجب [٤٠٠٠] رقم:

Whose registered office is located at the following address: Kingdom of Saudi Arabia - National Address: Unit No. Street Name: District: City: P. O. Box: --- - Code: --- Tel.
E-mail: C. R. No. Approval Number issued from the Council of Cooperative Health Insurance:
Fax: Herein referred to as the **Second Party or Service Provider**.

ومنها: المملكة العربية السعودية العنوان الوطني: رقم الوحدة: اسم الشارع: الحي:
المدينة: صندوق بريد رمز هاتف:
البريد الإلكتروني:
..... سجل تجاري رقم: رقم الاعتماد
 الصادر من مجلس الضمان الصحي التعاوني:
فاكس: ويشير له في هذا العقد بالطرف
الثاني أو مقدم الخدمة.

They are collectively referred as “**Parties**” or “**Both Parties**”.

ويشار لكلا الطرفين مجتمعين بـ(الطرفان) أو (الطرفين).

Chapter 1: Introduction

الفصل الأول مقدمة

Preamble

Whereas the Council of Cooperative Health Insurance is concerned with applying Cooperative Health Insurance Law, and entrusted with numerous roles and responsibilities with the relevant parties in this industry, given to the significance of providing a regularized environment controlling the contractual relationship between parties, and without prejudice to the provisions of Cooperative Health Insurance Law enacted by virtue of Royal Decree No. M/10 dated 01/05/1420H (12/08/1999G) and any subsequent amendments thereto, as well as regulations, circulars and policies issued by the Council of Cooperative Health Insurance, this Contract has been concluded incorporating terms, conditions, rights, liabilities and obligations organizing the contractual relationship between Insurance Companies and health service providers under which, the claims shall be paid to the health service provider by the Insurance Company in return for rendering the healthcare services to the insured, as defined under the terms and conditions of this Contract and Appendices.

تمهيد

حيث أن مجلس الضمان الصحي التعاوني هو الجهة المعنية بتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني والمنوط به أدوار ومسؤوليات ومهام عديدة مع الأطراف ذات العلاقة في هذه الصناعة، ولأهمية توفير بيئة نظمية تحكم العلاقة التعاقدية بين الأطراف، ومع عدم الإخلال بما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1/5/1420هـ وأي تعديلات لاحقة عليه، ولائحته التنفيذية ، 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 ومقدمي الخدمة الصحية والتي سيتم بموجبها سداد المطالبات لمقدم الخدمة الصحية من قبل شركة التأمين مقابل تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المسؤولين بوئانها من المؤمن لهم، كما هو محدد بموجب البنود والشروط المبينة في هذا العقد وملحقه.

1. DEFINITIONS	1. التعريفات
The following words and expressions shall have the meaning respectively indicated following each of them, unless the context requires otherwise:	يكون للألفاظ والعبارات التالية المعاني المبينة أمام كل منها ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك:
1.1 Law: Cooperative Health Insurance Law	1.1 النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني.
1.2 Regulation: the Executive Regulation of Cooperative Health Insurance Law.	1.2 اللائحة: اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني.
1.3 Contract: This document and all appendices forming an integral part thereof.	1.3 العقد: هذه الوثيقة وكافة ملحقاتها التي تشكل جزءاً لا يتجزأ منها.
1.4 Kingdom: Kingdom of Saudi Arabia	1.4 المملكة: المملكة العربية السعودية.

1.5 Council: Council of Cooperative Health Insurance and its Secretariat	المجلس: مجلس الضمان الصحي التعاوني وأمانته العامة	1.5
1.6 (SAMA): Saudi Central Bank.	البنك المركزي: البنك المركزي السعودي.	1.6
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.	شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني.	1.7
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.	شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA): شركة تسوية المطالبات التأمينية والمرخص لها بالعمل في المملكة والتي تم تأهيلها لممارسة إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني.	1.8
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.	شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM): الشركات المتخصصة بالفواتر والترميز الطبي وإعداد وإصدار المطالبات التأمينية نيابةً عن مقدم الخدمة والمصرح لها بالعمل في المملكة.	1.9
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.	مقدم الخدمة: المفق الصحي المؤهل نظاماً أو المرخص له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة المعتمد من المجلس، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مجمع طبي عام، مجمع طبي متخصص، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.	1.10
1.11 Treatment Eligibility: The eligibility of insured (beneficiary) to receive treatment by a service provider which is contracted with the Insurance Company, for providing healthcare services.	أهلية العلاج: أحقيبة المؤمن له (المستفيد) لتلقي العلاج لدى مقدم الخدمة المتعاقد مع شركة التأمين، حيث تقدم له خدمات الرعاية الصحية.	1.11
1.12 Insured (Beneficiary): Natural person(s) covered under health insurance policy.	المؤمن له (المستفيد): هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية التأمينية الصحية لصالحه بموجب الوثيقة.	1.12
1.13 Financial Claim/s: 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	المطالبة/المطالبات المالية: مستند مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو من يمثله أو من المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بغرض المطالبة بسداد	1.13

	قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة، والمشفوع بالمستندات الطبية المؤيدة له.
1.14	Denial Codes: Standard messages, utilized for describing or providing information to the service provider or beneficiary by Insurance Companies on the reasons for denying claims.
1.15	Remittance Advice: 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.
1.16	Deduction Ratio: 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.
1.17	Insurance Coverage: Health benefits available to beneficiary, as outlined in the policy.
1.18	Benefit: 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).
1.19	The Basis of Direct Charging on the Account of Insurance Company: 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.
1.20	Emergency Case: 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.	الرعاية الطبية العاجلة كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولاحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد فرز الحالات الطارئة.
1.21	Health: State of complete physical, mental and social safety, not merely the absence of disease or infirmity.	1.21 الصحة: حالة من اكتمال السلامة بدنياً و عقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.
1.22	Treatment: 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 بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية لحالة مرضية معينة.
1.23	Inpatient Care: 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 التنويم: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض مُنوم لدى مقدم الخدمة حتى صباح اليوم التالي على الأقل بناء على تحويل من الطبيب المختص.
1.24	Healthcare Services: 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 في المستشفيات ومرضى العيادات الخارجية والأدوية.
1.25	Medical File: Information recorded about the beneficiary, medical history, medical reports, examination results, tests, prescriptions, referrals and visits.	1.25 الملف الطبي: معلومات مدونة عن المستفيد وتاريخه المرضي والتقارير الطبية ونتائج الفحوصات ونتائج أو تقارير الاختبارات ووصفات الأدوية والإحالات التي تم التوجيه بها وزيارات المراجعة.
1.26	Application for the Approval of Sustaining Treatment Costs: 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	Policy: 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 بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة) أو المؤمن له.
1.28	Misuse: 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	1.28 إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بمارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها دون أن يتتوفر لديه قصد

	distort facts; for the purpose of gaining a benefit, and what it underlies according to the law and its regulations.	التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة، وما يدخل تحت ذلك بحسب النظام واللائحة.
1.29	Fraud: 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.	الاحتيال: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزهة 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 مستثناء أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة، وما يدخل تحت ذلك بحسب النظام واللائحة.
1.30	NPHIES: The electronic exchange platform approved by CCHI.	نفيس: منصة تبادل التعاملات الإلكترونية المقروءة من قبل المجلس.
Chapter 2: Obligations		الفصل الثاني: الإلتزامات
2. PARTIES' OBLIGATIONS		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.	يجب على الطرفين التقيد بكافة 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.	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.	يجب على الطرفين الالتزام بعدم منح حوافز مادية مرتبطة بإحالاة 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:	يجب على الطرفين - فيما يتعلق بالاحتيال وإساءة الاستخدام - 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 والمعاملات 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:	ب. في حال وجود مطالبات أو مستحقات لدى أحد الطرفين يوجد بها شهادة احتيال و/أو سوء استخدام استناداً إلى أدلة وإثباتات دقيقة يتم تطبيق الإجراءات الواردة في الفقرات التالية:
1. Clarifying the action taken to verify suspected fraud or misuse, dues in settlement form, in accordance with Annex No. (5).	.1. إيضاح الإجراء المتخذ للتحقق من وجود شهادة احتيال أو إساءة استخدام، باستخدام الرموز ذات العلاقة في نموذج التسوية حسب الملحق (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 اعترض الطرف الآخر على الإجراء المتخذ ، فيحق له المطالبة بتزويد بما يؤيد ويثبت وجود شهادة احتيال أو إساءة استخدام ومن ذلك تدقيق السجلات الطبية وسجلات الفوترة.
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 ثبت للطرف المتضرر وجود احتيال و/أو إساءة استخدام يلتزم بإحالته الواقعه إلى الجهة المختصة للتحقيق فيها واتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة، مع إشعار المجلس بالإحاله، مع مراعاة الأنظمة الصادرة عن البنك المركزي في هذا الشأن.
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	.4. يلتزم الطرف المتضرر بإبلاغ المجلس بما تنتهي إليه نتائج التحقيق أو في حال صدور حكم من المحكمة المختصة، حتى يتسرى للمجلس اتخاذ الإجراءات النظامية وفقاً لما تقضي به أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية والتعليمات و القرارات الصادرة عن المجلس، وفي حال ثبوت الواقعه فإن ذلك يشكل إخلالاً جوهرياً

	<p>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.</p>	بـهـذـا الـعـقـد ولـلـطـرـفـ المـتـضـرـر فـسـخـ العـقـدـ والـرجـوـ عـلـىـ الطـرـفـ الـآـخـرـ بـالـتـعـوـيـضـ عـمـاـ لـحـقـهـ مـنـ ضـرـرـ، مـعـ مـرـاعـةـ الـأـنـظـمـةـ الصـادـرـةـ عـنـ الـبـنـكـ المـرـكـزـيـ فـيـ هـذـاـ الشـأنـ.
(c)	Both parties shall use the standards of medical coding and classification as approved by the Council, regarding prior approvals on submission and re-submission of claims, and providing final settlement claims and denial reasons codes.	جـ يـلتـزمـ الـطـرـفـانـ بـاستـخدـامـ مـعـايـيرـ التـرمـيزـ الطـبـيـ وـالتـصـنـيفـ الـيـعـتمـدـهاـ المـجـلسـ، وـذـلـكـ فيـ عمـلـيـاتـ المـوـافـقـاتـ الـمـسـبـقةـ فـيـ تـقـديـمـ وـإـعادـةـ تـقـديـمـ الـمـطـالـبـاتـ، وـتـقـديـمـ مـطـالـبـاتـ التـسـوـيـاتـ الـهـائـيـةـ، وـومـوزـ أـسـبـابـ الرـفـضـ.
(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 يـلتـزمـ الـطـرـفـانـ بـالـضـوابـطـ الـأسـاسـيـةـ لـلـهـيـةـ الـوطـنـيـةـ لـلـأـمـنـ السـيـبرـانـيـ وـالـأـنـظـمـةـ وـالـلـوـائـحـ وـالـتـعـلـيمـاتـ الصـادـرـةـ منـ المـجـلسـ وـالـبـنـكـ المـرـكـزـيـ، وـالـأـنـظـمـةـ وـالـلـوـائـحـ الـأـخـرـىـ ذاتـ الـعـلـاقـةـ بـحـفـظـ الـمـعـلـومـاتـ أوـ خـلـالـ نـقـلـهـاـ بـيـنـ الـطـرـفـينـ.
Chapter 3: Technical Obligations		الفصل الثالث: الإلتزامات الفنية
3. TECHNICAL OBLIGATIONS OF FIRST PARTY:	الالتزامات الفنية على الطرف الأول	
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	3.1 تلتزم شركة التأمين بتسجيل الوثيقة بشكل آني وألي من خلال الأنظمة الإلكترونية المعتمدة لدى المجلس بحيث يستطيع مقدم الخدمة الحصول على كافة المعلومات عن الوثيقة، بما في ذلك أي تعديلات طرأت عليها وكذلك معرفة أحقيبة المؤمن له قبل تقديم الخدمة. كما تلتزم شركة التأمين بما ورد في نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني فيما يتعلق بامساك السجلات والدفاتر ذات الصلة بوثائق التأمين.
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 لا يحق لشركة التأمين بعد إصدار الوثيقة وتعميد مقدم الخدمة باستبداله إلا إذا لمست منه إخلالاً جوهرياً بتقديم الخدمة كثبوت قيامه بالاحتيال، على أن تقوم شركة التأمين بتوفير بديل عنه بنفس المستوى بالتنسيق مع حامل الوثيقة.

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.	في حال قيام شركة التأمين بتغيير الفئة التأمينية لمقدم الخدمة فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعتمدة له في السابق وحتى تاريخ انتهاءها.
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 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.	تلزם شركة التأمين بالرد على طلب مقدم الخدمة بالموافقة لتقديم العلاج للمستفيدين خلال (60) دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب كتابياً، وفي حال عدم استلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة خلال (60) دقيقة من إرسالها فيتم التعامل مع الطلب على أساس الموافقة وفق منافع الوثيقة، ولا يجوز إجراء أي تعديل أو إلغاء للخدمات الموقعة عليها بأثر رجعي من دون إخطار رسمي من قبل شركة التأمين إلى مقدم الخدمة على مستوى المطالبة ويشترط لصحة الإجراء ألا تكون الخدمة قد قدمت فعلاً.
3.5	The Insurance Company shall provide a team that Approvals Department shall operate 24/7.	تلزם شركة التأمين بأن توفر فريق لإدارة المواقفاتها 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.	باستثناء الخصومات والعروض التعاقدية المرتبطة بالحجم العام للأعمال والإحالات و/أو تخصيص الشبكة، ومع مراعاة مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة 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.	يلتزم الأطباء في شركة التأمين بعدم تحويل أي حالات مرضية لتلقي العلاج من قبل 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.	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.

4. TECHNICAL OBLIGATIONS OF SECOND PARTY:	الالتزامات الفنية على الطرف الثاني	4.
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.	يشترط في مقدم الخدمة أن يكون معتمداً من المجلس والمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) وأن يحصل على كافة الاعتمادات المحددة من المجلس.	4.1
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.	يلتزم مقدم الخدمة بالتحقق من هوية المؤمن له (أهلية العلاج) وسريان وثيقة التأمين قبل تقديم الخدمات الطبية الازمة وفق منافع الوثيقة واستحقاقه للتغطية العلاجية على أساس التقييد المباشر قبل تقديم الخدمة، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير عملاء شركة التأمين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.	4.2
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.	يلتزم مقدم الخدمة بتزويد المؤمن لهم بمعلومات الأسعار والخصومات المتفق عليها مع شركة التأمين للخدمات الطبية المقدمة لهم عند طلبها.	4.3
4.4 Adhere to all medical protocols, standards and forms issued from the Council, and including but not limited to the following:	التقيد بكافة النماذج والمعايير والبروتوكولات الطبية الصادرة من المجلس، ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر الآتي:	4.4
(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 إشكال أو لبس 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 الإقتضاء وضمان أن يكون طرفي 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).	

	<ul style="list-style-type: none"> The form of treatment approval request for dentistry services (Annex No. 2). 	نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات الاسنان (ملحق رقم 2).
	<ul style="list-style-type: none"> 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 policie, 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 يتحمل أن تزيد على (500) ريال للمعالجة في العيادات الخارجية أو أي وصفات طبية للأدوية و/ أو العقاقير تتجاوز الحد المذكور سابقا.
(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 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.	هـ. يجب أن تتضمن طلبات الموافقة معلومات طبية واضحة بما في ذلك التاريخ المرضي والنتائج المخبرية والتشخيص وخطة العلاج المفصلة وتكلفة الخدمات إضافة إلى أي مستندات أو معلومات يتم طلبها أو تعتبر ضرورية لتأييد الطلب و/أو توضيح الأهلية، وفي حال تبين أن البيانات التي تم تزويدها شركة التأمين بها غير صحيحة، يحق لها الرجوع على مقدم الخدمة في حال وقع ضرر مباشر أو غير مباشر نتيجة 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).	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.	زـ. الرد على استفسارات أو ملاحظات شركة التأمين إن وجدتـ 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.	ج. في حال عدم استلام الرد على طلب الموافقة خلال (60) دقيقة من إرسالها، يلتزم مقدم الخدمة بالتعامل مع الحالة على أساس الموافقة، وذلك بعد التأكيد من توثيق 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 المتفق عليه (إن وجد) ومبلغ الاقتطاع/نسبة التحمل من المؤمن له (إن وجد) ثم صافي التكلفة المطلوب دفعه من شركة التأمين (Net).
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 مباشرة 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 مباشرة 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 منه 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 علىمواصلة 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	في حال وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين: تلتزم شركة التأمين بسداد مطالبات مقدم الخدمة حسب

	shall pay the claims of service provider, pursuant to the price list and the mechanism agreed upon in the Contract executed between parties	قائمة الأسعار والآلية المتفق 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.	في حال عدم وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين: تلزم 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.	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 ويتم 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.	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 المغطاة 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.	لا يجوز للطبيب المعالج لدى مقدم الخدمة طلب تحويل مالي أو استلام أي مبالغ نقدية 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.	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,	يلتزم مقدم الخدمة بضمان استمرار عمل إدارة المapproفات 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.	يلتزم مقدم الخدمة بتقديم المراجعة الطبية بشكل مجاني للمرضى المؤمن لهم خلال أربعة عشر يوماً بحد أقصى لذات الحالة التي تم تشخيصها من الكشف الأولي، بما يتواافق 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).	يلتزم مقدم الخدمة بصرف الأدوية والعقاقير 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.	يلتزم مقدم الخدمة بأن تكون جميع الأدوية حسب الوصفة الطبية للطبيب المعالج ولعلاج الحالة المغطاة 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.	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:	يلتزم مقدم الخدمة عند تقديم خدمات الرعاية الصحية بمراعاة الآتي: 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 بسببها، فإنه لا حاجة لمعاودة حصوله على تحويل من الطبيب العام. ب. يتحمل المستفيد فرق تكاليف الكشف في حالة قيامه مباشرة بمراجعة الطبيب الأخصائي أو الاستشاري كما هو موضح بالوثيقة، دون مراجعته للطبيب العام لتقييم 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.	يلتزم مقدم الخدمة الرئيسي في حال التعامل مع مقدم خدمة آخر بأن يكون الأخير معتمد من كل من المجلس ومجلس 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 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	يُقر مقدم الخدمة بمسؤوليته عن القرار الطبي النهائي بشأن خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين بما في ذلك جودة وملاءمة هذه الرعاية والخدمات، ويدرك مقدم الخدمة أن طلب الموافقة العلاجية من قبل شركة التأمين هو للتحقق من اشتراطات طلب التدخل الطبي في

<p>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.</p>	<p>حدود فعالية التكلفة الموضحة وبناء عليه لا يجوز أن يؤثر هذا التتحقق بأي طريقة على قرار مقدم الخدمة في تقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة إلى المريض.</p>
<p>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.</p>	<p>يلتزم مقدم الخدمة بتزويذ الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا 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.</p>
<p>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.</p>	<p>4.21 مع مراعاة التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة، يلتزم مقدم الخدمة بأن يحتفظ بكلفة السجلات لمدة غير محددة للمواطنين السعوديين ولمنه عشر سنوات للوافدين إلى المملكة وذلك من تاريخ آخر إدخال على هذه السجلات ويحظر إتلاف السجلات الطبية نهائياً إلا بعد انقضاء المدد المذكورة أعلاه.</p>
<p>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.</p>	<p>4.22 يلتزم مقدم الخدمة بتقديم كافة المطالبات إلى شركة التأمين وفقاً لتعليمات برنامج "نفيس" أو أي تعليمات لاحقة تصدر من المجلس في هذا الشأن، ووفقاً للمدد المحددة من الأمانة العامة للمجلس.</p>
<p>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.</p>	<p>4.23 يلتزم مقدم الخدمة بوضع قائمة بيانات شركة التأمين وشركات التأمين الأخرى التي يتعامل معها بالتسليسل الأبجدي لاسماء الشركات باللغة العربية وبدون اي دلالة او تفضيل او تمييز بين شركة وأخرى وكذلك لوحدة استرشاديه عن وسائل التواصل مع المجلس في مكان بارز وظاهر للعيان أمام المستفيدين.</p>
<p>4.24 The service provider shall have no right in receiving commissions on the referral of insured to another service provider.</p>	<p>4.24 لا يجوز لمقدم الخدمة الحصول على عمولات مقابل تحويل المؤمن له لمقدم خدمة آخر.</p>

Chapter 4: Financial Obligations	الفصل الرابع: الإلتزامات المالية
5. FINANCIAL LIABILITIES BETWEEN PARTIES (SETTLEMENT MECHANISM):	الالتزامات المالية بين الطرفين (آلية التسوية) .5
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) days as of claims' maturity date, in accordance with Annex No. (4).	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 عاقد 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) days as of claims' maturity date, in pursuance of Annex No. (5).	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) 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.	تلتزم شركة التأمين بتسوية وسداد مطالبات مقدمي الخدمة المكتملة والمقبولة بحد 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) days as of date of receiving denials, in accordance with Annex No. (4).	في حال كان رد شركة التأمين بالرفض، يلتزم مقدم الخدمة بمراجعة المفروضات وتزويد شركة التأمين بالمستندات المؤيدة للمطالبة بحد 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) days as of claims' maturity date.	في حالة تأخر مقدم الخدمة في تقديم المستندات المؤيدة للمطالبة المرفوضة 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) days as of date of receiving claims having remarks, with the necessity of	تلتزم شركة التأمين بمراجعة المستندات المرسلة من مقدم الخدمة بخصوص إعادة التقديم للمطالبات المرفوضة وتلتزم بالسداد وعمل المصالحة النهائية بحد أقصى (15) يوم من تاريخ استلام المطالبات التي يوجد عليها

	sending the settlement form to service provider, stating the claims that remain denied, as per Annex No. (5).	ملاحظات مع صورة 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.	في حال التأخير بدفع المطالبات المكتملة والمقبولة يكون لمقدم الخدمة الحق بإبلاغ المجلس بعدم 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.	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 الجارية أو المستقبلية بعد تعبئة 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 وال فترة.
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.	يعتبر نموذج التسوية الموقع من قبل المخولين لدى الطرفين حسب الملحق (5) أو من خلال نفيس والمرسل نسخه 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 days as of date on which, service provider receives the remained denied claims from the Insurance Company.	في حال عدم اتفاق أحد الطرفين على التسوية النهائية أو عدم حصول أية تسوية أو تعثرها 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.	في حال عدم اتفاق أحد الطرفين على التسوية أو تعثرها يقوم مركز الصلح في منازعات التأمين الصحي التابع للمجلس بتوجيهه 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	يجب تقديم جميع المطالبات إلى شركة التأمين من قبل مقدم الخدمة بتعبيئة نموذج إشعار السداد من قبل شركة التأمين حسب الملحق (5) وعلى رقم الحساب البنكي الموضح في الملحق وفي حالة تغيير رقم الحساب / الحسابات

<p>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).</p>	<p>البنكية (IBAN) فإن على مقدم الخدمة توقيع خطاب طلب تغييره من قبل ضابط الاتصال، وعلى أن تكون جميع الدفعات بالريال السعودي.</p>
Chapter 5: Claims Management Companies	الفصل الخامس: شركات إدارة المطالبات
6. THE ROLE OF COMPANY OF HEALTH INSURANCE CLAIMS' MANAGEMENT	6. التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي
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:	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:
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.	6.1 تسليم مقدم الخدمة بقائمة لشركات التأمين المتعاقد معها كوكيل إداري لها ويجب تحديث هذه القائمة من قبل شركة إدارة المطالبات فور حصول تغير فيها.
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.	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 لبنيود هذا العقد.
6.3 Prohibition of taking any commissions or fees from the service providers, including commissions for referring cases and commissions on medical bills.	6.3 عدم جواز أخذ أي عمولات أو أتعاب من مقدمي الخدمة بما في ذلك عمولات تحويل الحالات المرضية وعمولات على الفواتير العلاجية.
6.4 Prohibition of management company's doctors transferring any cases to be treated by the service provider they work for.	6.4 منع طبيب شركة إدارة المطالبات تحويل أي حالات مرضية لتلقي العلاج في مقدم الخدمة الذي يعمل لديه.

Chapter 6: Revenue Cycle Management	الفصل السادس: إدارة دورة الإيرادات
7. THE ROLE OF REVENUE CYCLE MANAGEMENT COMPANY (RCM)	7. التزامات شركة إدارة دورة الإيرادات (RCM)
<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 والكادر الطبي، كما يجب تضمين الشروط التالية في العقد الذي يبرم مع شركة إدارة دورة الإيرادات:</p>
7.1 Cooperation in pricing the service providers' services.	7.1 التعاون في تسعير خدمات مقدمي الخدمات.
7.2 Negotiate with Insurance Companies to reach an agreement on prices and networks that can be accepted by health service providers in facilities.	7.2 التفاوض مع شركات التأمين للوصول لاتفاق على الأسعار والشبكات التي يمكن لمقدمي الخدمات قبولها في المنشآت.
7.3 Register patients and inspect their eligibility to receive treatment by the service provider.	7.3 تسجيل المرضى ومعاينة أحقيتهم لتلقي العلاج لدى مقدم الخدمة.
7.4 Obtain pre-approvals.	7.4 الحصول على الموافقات المسبقة.
7.5 Prepare and codify medical claims and submit the same to the Insurance Companies by uploading them on NPHIES.	7.5 إعداد وتمثيل المطالبات الطبية وتقديمها لشركات التأمين عن طريق تحميلها من خلال برنامج "نفيس".
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.

<p>7.9 Revenue cycle management companies shall have the right to manage the following departments at service providers' sites: Pre-approvals, accounting, patient registration, in addition to other services that are provided from a revenue cycle management company's sites.</p>	<p>7.9 يحق لشركات إدارة دورة الإيرادات إدارة الأقسام التالية لدى مقدمي الخدمة: المواقف المسبقة، والمحاسبة، وتسجيل المرضى، بالإضافة إلى الخدمات الأخرى التي يتم تقديمها من موقع شركة إدارة دورة الإيرادات.</p>
Chapter 7: Prices of Services	الفصل السابع: أسعار الخدمات
8. SERVICE PRICES	.8 أسعار الخدمات
<p>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, and according to Appendix No. (6).</p>	<p>8.1 اتفق الطرفان على قائمة الأسعار والخصومات المعتمدة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل مقدم الخدمة مع الالتزام بالترميز الطبي ووفقاً للنموذج والأدلة الإكلينيكية المعتمدة من المجلس، وبحسب الملحق رقم (6).</p>
<p>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</p>	<p>8.2 مع مراعاة ما تضمنته الفقرة (1) من هذه المادة، يجب على كل من الطرفين إخطار الطرف الآخر كتابياً برغبته في مراجعة أي خدمات أو إدراج خدمات حديثة وذلك قبل 45 يوم عمل من انتهاء مدة العقد وفي هذه الحالة يقوم الطرفان بالتفاوض على الأسعار بشرط أن تكون مبررة فنياً وتتركز على أساس موضوعية، وألا تقل قيمتها بأي حال من الأحوال عن التكلفة الحقيقية للخدمة، مع مراعاة نظام المؤسسات الصحية الخاصة وكذلك قواعد التسعير الواردة في اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين.</p>
<p>8.3 In accordance with the instructions of the Food and Drug Authority, updates of the price list shall be permitted for drugs.</p>	<p>8.3 يجوز إجراء تحديات لقائمة الأسعار بالنسبة للأدوية بما يتوافق مع تعليمات الهيئة العامة للغذاء والدواء.</p>
<p>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).</p>	<p>8.4 يلتزم الطرفان بأن تتم الفوترة للمطالبات حسب بيانات الحد الأدنى المقرة من المجلس (MDS) حسب الملحق رقم (4).</p>

Chapter 8: The Insured	الفصل الثامن: المؤمن لهم
9. BENEFICIARIES' RIGHTS	9. حقوق المؤمن لهم
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.	يلتزم مقدم الخدمة في حالة تنويم 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.	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).	يلتزم مقدم الخدمة باحتساب مبلغ الاقتطاع (نسبة التحمل) على المؤمن له من صافي التكلفة 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.	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.

Chapter 9: Confidentiality of Data	الفصل التاسع: سرية البيانات
10. PRIVACY AND CONFIDENTIALITY	10. خصوصية البيانات وسرية المعلومات
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 عملاته، ما لم تكن هذه المعلومات قد تم الإفصاح عنها للجمهور عن طريق أي من الطرفين، وما لم يكن الإفصاح قد تم بناءً على طلب من جهة حكومية في المملكة ينعقد لها الاختصاص القانوني بطلب هذه المعلومات، وما لم يكن الإفصاح قد تم بشكل سري وخاص لمستشارين المهنيين للطرف المعنى، 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 يتهدى 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 إنتهاء 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 ستصبح متوفرة لدى كل منهما فيما يتعلق بتنفيذ الالتزامات بهذا العقد تعد بيانات سرية وقد اتفق 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 والفنانين والمربيين والإداريين وغيرهم من منسوبي الطرفين أو المتعاقد معهم بشكل مباشر أو غير مباشر من شركات إدارة دورة ايرادات 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 المعتبرة في حكم المعلومات المتاحة للعموم.
(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.
11. CONTRACT TERM.	11. مدة العقد
The contract term shall be Starting from, 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 العقد تبدأ من تاريخ, 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 كتابةً قبل مدة لا تقل عن ستون (60) يوماً من تاريخ انتهاء المدة الأصلية للعقد أو المدة المجددة وتؤثر جميع التعاملات لهذا العقد وفقاً للتقويم الميلادي.
12. CONTRACT TERMINATION.	12. إنتهاء العقد
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 الإنتهاء، يحق لأي من الطرفين إنتهاء هذا العقد وإشعار المجلس بعد توجيهه بإشعار 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 يقم بتنفيذ التزاماته التعاقدية على الوجه المحدد في هذا العقد، أو تأخر في تنفيذ التزاماته على نحو لا يتوقع معه إكماله في الوقت المحدد.

<p>(b) If the other party violates an essential condition thereof or refrains from implementing any of its essential obligations agreed upon herein.</p>	<p>بـ. إذا أخل الطرف الآخر بأي شرط جوهري من شروط العقد، أو امتنع عن تنفيذ أي من التزاماته الجوهرية المتفق عليها في العقد.</p>
<p>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:</p>	<p>12.2 لا يؤثر إنهاء أو إلغاء هذا العقد على حقوق والتزامات أي من الطرفين تجاه الطرف الآخر على أن تنطبق عليها اشتراطات وآليات السداد الموضحة في هذا العقد، وتنتهي مسؤولية شركة التأمين المتعلقة بسداد أي مطالبات تتم بعد التاريخ المحدد لانهاء العقد أو إلغائه فيما عدا الحالات التالية:</p>
<p>(a) Any hospitalization cases pre-approved before expiration or cancellation and the patient is still under treatment.</p>	<p>أـ. أي حالات تنويم تمت الموافقة المسبقة عليها قبل الانهاء أو الإلغاء وما زال المريض تحت العلاج.</p>
<p>(b) Any service provider's outstanding claims have not been submitted to the Insurance Company.</p>	<p>بـ. أي مطالبات قائمة لمقدم الخدمة لم يتم إرسالها لشركة التأمين.</p>
<p>(c) Any outstanding claims with the Insurance Company that have not yet been settled.</p>	<p>جـ. أي مطالبات قائمة لدى شركة التأمين ولم تتم تسويتها بعد.</p>
<p>(d) Any pre-approved claims.</p>	<p>دـ. أي مطالبات قد تمت الموافقة عليها مسبقاً.</p>
<p>(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.</p>	<p>هـ. أي وثائق تأمين صحي سارية قبل الانهاء 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.</p>
<p>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:</p>	<p>مع مراعاة استمرار خدمات الرعاية الصحية الموقّعة عليها مسبقاً، يحق لأي من الطرفين إنهاء هذا العقد، فوراً وبموجب إشعار كتابي إذا:</p>
<p>(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.</p>	<p>أـ. أفلس الطرف الآخر أو طلب إشهار إفلاسه، أو ثبت إعساره، أو صدر أمر بوضعه تحت الحراسة، أو كان شركة وجرى حلها أو تصفيفها.</p>

(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.	ب. تم إلغاء التأهيل أو الاعتماد من المجلس أو أخفق في التجديد أثناء سريان مفعول هذا العقد وفق ما يقرره المجلس.
13. INTELLECTUAL PROPERTY	13. الملكية الفكرية
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 لافتة 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.
Chapter 10: Settlement of Disputes	الفصل العاشر: تسوية النزاعات
14. APPLICABLE LAWS AND SETTLEMENT OF DISPUTES	14. الأنظمة المطبقة و حل النزاعات
14.1 Applicable Law:	14.1 النظام المطبق:
This contract shall be subject to and construed in accordance with the applicable laws in the Kingdom.	يُخضع 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.	أ. اتفق الطرفان على إحالة 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 الصلح أو أي حل ودي آخر. ويلتزم الطرفان بتوفير كافة البيانات التي يطلبها المركز.

<p>(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.</p>	<p>بـ. في حال عدم حصول التسوية بين الطرفين أو تعذرها من خلال مركز الصالح التابع للمجلس وذلك بإبلاغهم من طرف المركز بعدم إمكانية حصول ذلك، يحق لأي من الطرفين حينها التوجه للجهة القضائية المختصة.</p>
<p>Chapter 11: Final Provisions</p>	<p>الفصل الحادي عشر: أحكام ختامية</p>
<p>15. NOTIFICATION</p>	<p>15. الإشعارات</p>
<p>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-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.</p>	<p>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 التزام الطرفين بإبلاغ الطرف الآخر في موعد أقصاه أسبوع من إنتهاء خدمات الأشخاص المخولين وتوفير ضابط اتصال آخر.</p>
<p>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.</p>	<p>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 مقدم الخدمة المحدد في هذا العقد أو إلى العناوين الرسمية للطرفين.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>16. GENERAL PROVISIONS</p>	<p>16. أحكام عامة</p>
<p>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</p>	<p>تعديل العقد: اتفق الطرفان على أن هذا العقد يتضمن الحد الأدنى من المتطلبات الواجب توافرها والاتفاق عليها في العلاقة التعاقدية بين الطرفين، ولا يجوز إجراء أي تغيير أو تعديل أو تحسين في هذا العقد ولا يعتد بها في حال وجودها، وفي حالة وجود أي إضافات تتم بموجب وثيقة</p>

	<p>مكتوبة وموقعة من قبل ممثل معتمد عن كل طرف تضاف إلى العقد كملحق، شريطة ألا تكون أي من تلك الإضافات تتعارض مع ما تضمنه هذا العقد من شروط أو أحکام بأي شكل كان، وتكون تلك الإضافات أيضاً سارية النفاذ فور توقيع الطرفين عليها مالم يتفق الطرفان على تحديد مدة مغایرة لسريان نفاذ تلك الإضافات.</p>
16.2	<p>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.</p>
16.3	<p>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.</p>
16.4	<p>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.</p>
16.5	<p>Both parties are obligated that their work procedures and policies do not conflict with what is stated herein.</p>
16.6	<p>The Gregorian calendar shall be used for all transactions between the two parties.</p>
16.7	<p>In the event that there is a conflict between the Arabic text and the English text, then the Arabic text shall prevail.</p>

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 وتسليم كل طرف نسخة منه والالتزام بالطيفان بالقيام بتوثيقه من خلال برنامج التعاملات الإلكترونية المقر من قبل المجلس.

Legal Representative	Authorized Representative	الممثل المخول نظاماً	الممثل المخول نظاماً
Date:	Date.....	التاريخ:	التاريخ:
On behalf of the insurance company	On behalf of the service provider	بالنيابة عن مقدم الخدمة	بالنيابة عن شركة التأمين
Name:	Name:	الاسم:	الاسم:
Signature:	Signature:	التوقيع:	التوقيع:
Seal.....	Seal.....	الختم	الختم
Authorized by:	Authorized by:	مخول بموجب:	مخول بموجب: