

سياسات وإجراءات  
طلبات الموافقة المسبقة  
**Policies and Procedures of  
Prior Authorization Request**

Table of Contents	2	2	جدول المحتويات
Chapter One: Definitions	3	3	الفصل الأول: التعريفات
Chapter Two: General Provision	4	4	الفصل الثاني: أحكام عامة
1. Interpretation	4	4	1. التفسير والتأويل
2. Enforcement and Accreditation	4	4	2. النفاذ والسرطان
3. Legal procedures if non-compliance with this policy	4	4	3. الإجراءات النظامية في حال عدم الالتزام بهذه السياسة
Chapter Three: Preamble	4	4	الفصل الثالث: التمهيد
1. Introduction	4	4	1. المقدمة
2. Purpose	5	5	2. الهدف
Chapter Four: Medical Services Standards and Prior Authorization Exceptions	6	6	الفصل الرابع: معايير الخدمات الطبية واستثناءات الموافقات المسبقة
1. Standards for providing medical services	6	6	1. معايير تقديم الخدمة الطبية
3. Exclusions from prior authorization	6	6	3. الاستثناءات من طلبات الموافقة المسبقة
Chapter Five: Service Providers Obligations	6	6	الفصل الخامس: التزامات مقدم الخدمة
Obligation when submitting prior authorization request	6	6	الالتزامات عند تقديم طلبات الموافقة
Chapter Six: Insurance Companies' Obligations	7	7	الفصل السادس: التزامات شركات التأمين
1. General obligations	7	7	1. الالتزامات العامة
2. Obligations when receiving the prior authorization request	7	7	2. الالتزامات عند تلقي طلب الموافقة
3. Obligations when reviewing the prior authorization request	8	8	3. الالتزامات عند مراجعة طلب الموافقة
Chapter Seven: Beneficiary Rights	8	8	الفصل السابع: حقوق المستفيد
Re-evaluation of a rejected prior authorization request	9	9	إعادة تقييم طلب الموافقة المسبقة المرفوض



**Prior authorization:** It is the approval request raised by the service provider to the insurance company before providing the health services to all beneficiaries in accordance with the instructions of the Council and the procedures agreed with the insurance companies and according to this policy.

**Medical Opinion:** The opinion issued by a qualified practitioner licensed by the Commission for Health Specialties and in the same specialty for the beneficiary suffered illness, according to the age and gender of the patient. It is based on the medical history and medical data, and approved medical evidence and evidence issued by medical associations or relevant government agencies such as the Ministry of Health and the Public Health Authority.

**Mandatory minimal dataset (MDS):** The Mandatory Minimum Dataset for (MDS) is a predefined set of data points that healthcare providers are required to provide to an insurance company before a specific healthcare service is rendered to the insured individual. This data serves to justify the necessity and appropriateness of the service requested.

**Rejection Codes:** standards messages, approved by the health insurance council that are used to explain the reason of the rejection of the prior authorization or claim.

**Enhancement Request:** Submitting supplemental approval request or notification if there is any change in medical conditions or additional surgical services required during treatment or request of approval extension, such as increase in admission days.

**Re-evaluation request:** It is the beneficiary request to the insurance company to reconsider the rejected prior authorization request.

## Chapter One: General Provisions

This policy is a complement to Appendix No. (2) of the Implementing Regulations "Criteria for Requesting Approval to Bear Treatment Costs" and does not conflict with the provisions of the appendix.

## 1. Interpretation

- If there is difference in meaning between the Arabic version and the English version, the Arabic version is the definitive version.
- Unless the context requires otherwise or otherwise expressly stipulated, any reference to this document and any amendments that may occur to it or to other relevant regulations.

## 2. Enforcement and Accreditation

- The policy is valid as the date of its approval by the Secretary-General of the Council, and it may not be modified except by a decision issued by him.

الموافقة المسبقة: هي طلب مقدم الخدمة الموافقة من شركة التأمين قبل تقديم الخدمات الصحية لجميع المؤمن لهم وفقاً لتعليمات المجلس والإجراءات المتفق عليها مع شركات التأمين وبما يتوافق مع هذه السياسة.

**الرأي الطبي:** الرأي الصادر من طبيب ممارس مؤهل ومرخص له من هيئة التخصصات الصحية وفي ذات التخصص للعللة التي يعاني منها المستفيد حسب عمر وجنس المريض. يكون الرأي الطبي بناء على التاريخ المرضي والمعطيات الطبية وحسب الأدلة والبراهين الطبية المعتمدة والصادرة من الجمعيات الطبية أو الجهات الحكومية ذات العلاقة مثل وزارة الصحة وهيئة الصحة العامة.

متطلبات الحد الأدنى من البيانات (MDS): هي مجموعة البيانات التي يجب على مقدم الخدمة تقديمها لشركة التأمين للحصول على الموافقة الطبية أو لتحصيل المطالبة الطبية، وتحدد هذه البيانات حسب دليل متطلبات الحد الأدنى من البيانات.

رموز أسباب الرفض: هي الرسائل القياسية المعتمدة من مجلس الضمان الصحي والتي يتم استخدامها لوصف أو توفير معلومات مقدم الخدمة أو المستفيد من قبل شركات التأمين بشأن سبب رفض المطالبات.

**طلب تعزيز:** تقديم طلب موافقة إلحائي أو إشعار عند وجود أي تغيير في الشروط الطبية أو الخدمات الجراحية والطبية الإضافية المطلوبة أثناء العلاج أو طلب تمديد للموافقة مثل زيادة أيام التنويم.

طلب إعادة تقييم: هي طلب المستفيد من شركة التأمين بإعادة النظر في طلب الموافقة المسبقة المرفوض.

## الفصل الثاني: أحكام عامة

تعد هذه السياسة استكمالاً للملحق رقم (2) من اللائحة التنفيذية "معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج" ولا تتعارض مع أحكام الملحق.

## 1. التفسير والتأويل

- في حال وجود اختلاف في المعنى بين النسخة العربية والنسخة الانجليزية، فإن النسخة العربية تسود.
- ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك أو تم النص على خلافه صراحةً، فإن إي إشارة إلى هذه السياسات والإجراءات تشمل أي تعديلات قد تطرأ عليها.

## 2. النفاذ والسريان

- تعد هذه السياسات والإجراءات سارية اعتباراً من تاريخ اعتمادها من الأمين العام للمجلس، ولا يجوز تعديلها أو الإضافة عليها إلا بقرار يصدر منه.

### 3. Legal Procedures if Non-Compliance with This Policy

If any of the insurance parties does not comply with the provisions of this policy, the procedures stipulated in the council's bylaws and regulations will be applied.

## Chapter Three: Preamble

## 1. Introduction

Proceeding from the supervisory role of the Council of Health Insurance system based on Royal Decree **No. (M/10)** dated 1/5/1420 AH, and pursuant to Cabinet Resolution **No. (71)** dated 4/27/1420 AH, and Ministerial Resolution **No. (9/ 35/1/Z)** and dated 4/13/1435 AH. The Council, by implementing its vision and strategy in empowering beneficiaries and raising the efficiency of the services provided to them, has developed this policy to facilitate the procedures for the beneficiary to obtain a prior authorization request, also to clarify the procedures for requesting prior authorization and objecting to the decision of prior authorization, in addition to enabling service providers to quickly provide health services to beneficiaries.

## 2. Purpose

These policies and procedures have been developed to clarify the following:

1. Health services that are excluded from the prior authorization request.
2. Obligations of service providers and insurance companies regarding prior authorization.
3. The beneficiary's rights regarding the re-evaluation of prior authorization requests.

### 3. الإجراءات النظامية في حال عدم الالتزام بهذه السياسات والإجراءات

في حالة عدم التزام أي من أطراف العلاقة التأمينية بما نصته هذه السياسات والإجراءات سيتم تطبيق الإجراءات النظامية المنصوص عليها في لوائح وأنظمة المجلس.

## الفصل الثالث: التمديد

## 1. المقدمة

انطلاقاً من دور المجلس الإشرافي على نظام التأمين الصحي وبناءً على المرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1420/5/1هـ، وبموجب قرار مجلس الوزراء رقم (71) و تاريخ 1420/4/27هـ، والقرار الوزاري رقم (9/35/1ض) وتاريخ 1435/4/13هـ فإنه من خلال رؤية واستراتيجية المجلس التي تتمثل في تمكين المستفيدين ورفع كفاءة الخدمات المقدمة لهم، تم وضع هذه السياسة لتسهيل إجراءات حصول المستفيد على طلب الموافقة المسبقة وكذلك لتوضيح إجراءات رفع الموافقة المسبقة أو الاعتراض على قرار طلب الموافقة المسبقة، بالإضافة إلى تمكين مقدمي الخدمة وشركات التأمين من تحسين سرعة تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين.

## 2. الهدف

تم وضع هذه السياسات والإجراءات لتوضيح ما يلي:

1. الخدمات الصحية المستثناة من طلب الموافقة المسبقة.
2. التزامات شركات التأمين ومقدمي الخدمة بما يخص طلبات الموافقة المسبقة.
3. حقوق المستفيد بما يتعلق بإعادة تقييم طلبات الموافقة.





- Respond to insurance company's inquiries (if any) as requested by the insurance companies within **30 minutes** maximum from receiving the inquiry.
  - Submit another consent request or notification (request for reinforcement) when there is any change in medical conditions or additional surgical services required during treatment, or request for extending approval such as extending admission days.
  - If the insurance company delayed the response for more than **60 minutes** from sending the prior authorization requests, the request will be handled as dealing with as approved.
  - Not to re-submit prior authorization request after 14 days from date of treatment by physician.
  - Commitment to the Insurance Drug Formulary (Section Five of the essential benefit package) regarding drug approvals.
- الرد على استفسارات أو ملاحظات شركة التأمين (إن وجدت) على النحو الذي تطلبه شركات التأمين خلال 30 دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الاستفسار،
  - تقديم طلب موافقة إلحائي أو إشعار (طلب تعزيز) عند وجود أي تغيير في الشروط الطبية أو الخدمات الجراحية الإضافية المطلوبة أثناء العلاج أو طلب تمديد للموافقة مثل زيادة أيام التنويم.
  - التعامل مع حالات طلب الموافقة المسبقة على أساس الموافقة في حال تأخر الرد من قبل شركة التأمين لأكثر من 60 دقيقة من إرسال الطلب.
  - عدم إعادة رفع طلب الموافقة المسبقة بعد مرور 14 يوم من تاريخ معالجة الطبيب.
  - الالتزام بدليل الأدوية التأمينية (القسم الخامس بوثيقة ضمان الأساسية) بما يتعلق بموافقات الأدوية.

## Chapter Six: Insurance Companies' Obligations

## الفصل السادس: التزامات شركات التأمين

### 1. General Obligations

### 1. الالتزامات العامة

The insurance company is committed to the following:

تلتزم شركة التأمين بالتالي:

1. Developing an internal policy to deal with objections to coverage refusal clarify the mechanism for dealing with re-evaluation requests so that there are monitored, and follow-up mechanisms to ensure the accuracy of rejection decisions. And publish it on the company's website and share any updates with beneficiaries and policies owners.
2. Continue treatment for beneficiary (in emergency cases) with the service provider and then transferring him after his health condition has stabilized to another service provider within the minimum network of the beneficiary.
3. Commitment to the Insurance Drug Formulary (Section Five of the essential benefit package) regarding drug approvals.

1. عمل سياسة داخلية للتعامل مع الاعتراض على قرارات رفض التغطية توضح فيها آلية التعامل مع طلبات إعادة التقييم والمراجعة بحيث تكون هناك آليات مراقبة ومتابعة تضمن دقة قرارات رفض طلبات الموافقات، من ثم يتم نشرها على موقع الشركة الإلكتروني، ومشاركة أي تحديثات مع المستفيدين وحاملي الوثائق.
2. مواصلة علاج المستفيد (في الحالات الطارئة) لدى مقدم الخدمة، ثم من الممكن نقله بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة آخر داخل شبكة الحد الأدنى للمستفيد.
3. الالتزام بدليل الأدوية التأمينية (القسم الخامس بوثيقة ضمان الأساسية) بما يتعلق بموافقات الأدوية.

### 2. Obligations when Receiving Prior Authorization Request

### 2. الالتزامات عند تلقي طلب الموافقة

Insurance companies are obligated to respond to the service provider's request for prior authorization as follows:

تلتزم شركات التأمين بالإجابة على طلب مقدم الخدمة بالموافقة المسبقة وذلك على النحو التالي:

1. Reply to the request with approval or rejection within 60 minutes.
2. In case of rejection of the prior authorization request and the reason for rejection is a query or lack of information, the insurance company must use the rejection code provided by the Council to clarify the reason for rejecting the request when the required medical information is not available within 15 minutes of receiving the approval request.
3. The insurance company shall notify the beneficiary through text messages

1. الرد على الطلب بالموافقة أو الرفض خلال 60 دقيقة.
2. في حال رفض طلب الموافقة وكان سبب الرفض وجود استفسار أو نقص معلومات فيجب على شركة التأمين استخدام رمز الرفض المتعمد من المجلس لتوضيح سبب رفض الطلب عند عدم وجود المعلومات الطبية المطلوبة خلال 15 دقيقة من استلام طلب الموافقة.

1. Years of experience for physicians should not be less than **3 years**, excluding internship year.
2. Full or part-time contract with a minimum degree of senior specialist physicians according to the classification of the Saudi Commission for Health Specialties and in the same specialty of the submitted claims to consider deciding cases where there is a difference in medical opinion with the service provider.

- بعد تزويد المستفيد بحالة طلب الموافقة المسبقة، تلتزم شركة التأمين بتوجيه المستفيد للخطوة اللاحقة المناسبة، لضمان استمرارية حصول المستفيد على الرعاية الصحية.

2. التعاقد بدوام كلي أو جزئي مع أطباء بدرجة إخصائي أول حسب تصنيف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية وفي نفس التخصص للمطالبة المرفوعة للنظر والبت في الحالات التي يتم فيها الاختلاف في الرأي الطبي مع مقدم الخدمة.



## Chapter seven: Beneficiary Rights

### Re-evaluation of the Prior Authorization Request

- If the beneficiary is not satisfied with the insurance company's decision regarding the rejection of the prior authorization, he has the right to submit a re-evaluation request through the insurance company.
  - The insurance company is obligated to respond to re-evaluation requests within a period not exceeding 24 hours for urgent cases and 3 working days for non-urgent cases when receiving requests with completed documents.
  - The insurance company have to provide the beneficiary with a written assessment of the outcome of the re-evaluation request, including justifications for acceptance or total/partial rejection of the request.
  - If the beneficiary is not satisfied with the outcome of the re-evaluation request, he has the right, within 90 days from the date of the insurance company's response to the re-evaluation request, to submit a complaint to the Council according with the provisions of Article Eleven of the health insurance beneficiaries rights.
  - The Council shall immediately notify the insurance company which a complaint is submitted against and if the insurance company does not respond within 3 working days from the date of notifying the Council, this shall be considered an acknowledgment of the validity of the complaint, and accordingly, the Council shall take the necessary measures in the law.
- في حال عدم رضى المستفيد عن قرار شركة التأمين برفض طلب الموافقة المسبقة، فيحق للمستفيد طلب إعادة التقييم من قبل شركة التأمين.
  - تلتزم شركة التأمين بالرد على طلبات إعادة التقييم خلال مدة لا تتجاوز 24 ساعة للحالات المستعجلة و3 أيام عمل للحالات غير المستعجلة بحد أقصى من تاريخ تلقي الطلب مع كامل المستندات.
  - تقوم شركة التأمين بتزويد المستفيد نصياً بنتيجة طلب إعادة التقييم يتضمن المبررات الداعية للقبول أو الرفض الكلي أو الجزئي للطلب.
  - في حالة عدم رضى المستفيد عن نتيجة طلب إعادة التقييم فيحق له تقديم شكوى للمجلس خلال 90 يوم من تاريخ رد شركة التأمين وفقاً لأحكام المادة الحادية عشر من لائحة حماية المستفيد.
  - يقوم المجلس بإخطار شركة التأمين المقدم شكوى ضدها بشكل فوري، وفي حال عدم رد شركة التأمين خلال 3 أيام عمل من تاريخ إخطار المجلس فيعتبر ذلك إقرار منها بصحة الشكوى و يقوم المجلس بناءً على ذلك باتخاذ الإجراءات اللازمة وفق النظام.