



For all accredited healthcare service providers

A reference to the supervisory role of following up on the commitment of accredited health service providers according to the cooperative health insurance system and its executive regulations as well as the regulations for protecting health insurance beneficiaries approved at the Board of Directors session No. (117) dated 07/11/2021 AD and implementing the unified contract according to the Ministerial Resolution No. (1143) dated 19/01/2021 AD.

Through the supervisory and confidential visits, cases of non-compliance of some health service providers were monitored as follows:

• List of health insurance beneficiaries:

- Taking additional sums of money from the beneficiary in violation of Article No. (4) Clause (5) which stipulates that the health service shall be provided as specified in the document without imposing additional fees with the exception of deductible amounts, if any, or when coverage limits are exhausted.
- Providing the service to the beneficiary by paying and recovering the amount in cash later after receiving the insurance company's approval. This violates Article No. (9) in Clause (12) which confirms that it is not permissible to recover cash amounts to the beneficiary after receiving the service.
- Obliging the beneficiary to sign a pledge to pay if the insurance company refuses to cover the claim and this violates Article No. (9) in Clause No. (13) which prohibits this practice.

لائحة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المعتمدين

إشارة إلى الدور الإشرافي لمتابعة التزام مقدمي الخدمات الصحية المعتمدين وفقاً لنظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية وكذلك لائحة حماية مستفيدي الضمان الصحي المعتمدة بجلسة مجلس الإدارة رقم (117) وتاريخ 2021/11/07 وتطبيق العقد الموحد وفقاً للقرار الوزاري رقم (1143) بتاريخ 19/01/2021م. ومن خلال الزيارات الإشرافية والسرية، تم رصد حالات عدم التزام بعض مقدمي الخدمات الصحية وفقاً لما يلي:

- **لائحة مستفيدي الضمان الصحي:**
- أخذ مبالغ مالية إضافية من المستفيد في مخالفة للمادة رقم (4) بند (5) التي تنص على أن يتم تقديم الخدمة الصحية كما هو محدد في الوثيقة دون فرض رسوم إضافية، باستثناء مبالغ التحمل إن وجدت أو عند استئناف حدود التغطية.
- تقديم الخدمة للمستفيد بالدفع النقدي مع استرداد المبلغ لاحقاً بعد استلام موافقة شركة التأمين وهذا مخالف للمادة رقم (9) بالبند (12) التي تؤكد عدم جواز استرداد مبالغ نقدية للمستفيد بعد تلقيه الخدمة
- إلزام المستفيد بالتوقيع على تعهد بالسداد في حال رفضت شركة التأمين تغطية المطالبة، وهذا مخالف للمادة رقم (9) بالبند رقم (13) التي تحظر هذه الممارسة

Unified contract:

- Refraining from receiving beneficiaries by some part-time doctors which is a violation of Paragraph (4.9) of Chapter Three: Technical Obligations."
- Requesting a financial transfer or receiving any cash amounts from the beneficiary to the personal account of the treating physician. This is a violation of Paragraph No (4.10) of Chapter Three: Technical Obligations that prevent doctors from requesting financial transfers to their personal accounts.

Accordingly, the General Secretariat of the Council of Health Insurance emphasizes the need for all accredited health service providers to adhere to what was mentioned above in order to preserve the rights of beneficiaries and ensure the quality of the provided services. The General Secretariat will undertake periodic follow-up to ensure compliance and take legal measures in case of non-compliance with this.

العقد الموحد:

- الامتناع عن استقبال المستفيدين من قبل بعض الأطباء العاملين بدوام جزئي، مما يعد مخالفة للفقرة رقم (4.9) من الفصل الثالث: الالتزامات الفنية ”
 - طلب تحويل مالي او استلام أي مبالغ نقدية من المستفيد للحساب الشخصي للطبيب المعالج وهذا مخالف للفقرة رقم (4.10) من الفصل الثالث: الالتزامات الفنية التي تمنع الأطباء من طلب تحويلات مالية إلى حساباتهم الشخصية.
- عليه تؤكد الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي على ضرورة التزام جميع مقدمي الخدمات الصحية المعتمدين بما ذكر أعلاه وذلك حفاظاً على حقوق المستفيدين وضمان جودة الخدمات المقدمة ، وستقوم الأمانة العامة بالمتابعة الدورية لضمان الالتزام واتخاذ الإجراءات النظامية في حالة عدم التقيد بذلك.