ضمان
مجلس الضمان الصحي
Council of Health Insurance

هيئة التأمين
Insurance Authority

العقد الموحد بين شركة التأمين ومقدم الخدمة الصحية في القطاع الخاص

The Unified Contract between Insurance Company and Health Service Provider in Private Sector

Table of Contents		جدول المحتويات
Section	رقم الصفحة Page No.	الجزء
Chapter 1: Introduction	3	الفصل الأول: مقدمة
Preamble	3	تمهيد
Definitions	4	التعريفات
Chapter 2: Obligations	7	الفصل الثاني: الالتزامات
Parties' Obligations	7	التزامات الطرفين
Chapter 3: Technical Obligations	11	الفصل الثالث: الالتزامات الفنية
Technical Obligations of First Party	9	الالتزامات الفنية للطرف الأول
Technical Obligations of Second Party	10	الالتزامات الفنية للطرف الثاني
Chapter 4: Financial Obligations	17	الفصل الرابع: الالتزامات المالية
Claims Management Companies Settlement Mechanism	17	الالتزامات المالية بين الطرفين آلية التسوية
Chapter 5: Claims Management Companies	19	الفصل الخامس: شركات إدارة المطالبات
The Role of Company of Health Insurance Claims' Management	19	التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي
Chapter 6: Revenue Cycle Management	20	الفصل السادس: إدارة دورة الإيرادات
The Role of Revenue Cycle Management Company (RCM)	20	التزامات شركة إدارة دورة الإيرادات
Chapter 7: Prices of Services	21	الفصل السابع: أسعار الخدمات
Chapter 8: The Insured	21	الفصل الثامن: المؤمن لهم
Chapter 9: Confidentiality of Data	22	الفصل التاسع: سرية البيانات
Privacy and Confidentiality	22	خصوصية البيانات وسرية المعلومات
Contract Term	24	مدة العقد
Contract Termination	24	إنهاء العقد
Intellectual Property	25	الملكية الفكرية
Chapter 10: Settlement of Disputes	26	الفصل العاشر: تسوية النزاعات
Chapter 11: Final Provisions	26	الفصل الحادي عشر: أحكام ختامية
Notification	26	الإشعارات
General Provisions	27	أحكام عامة

On --- , --/--/2000G in --- City - Kingdom of Saudi Arabia	إنه في يوم ..... الموافق: 2000/00/00م، في مدينة .....، المملكة العربية السعودية
It is agreed by and between:	تم الاتفاق بين كل من:
First Party:	**الطرف الأول:**
Name of insurance company	أسم شركة التأمين: .....
Herein Represented by.....Pursuant to Authorization Letter No. ..... Dated:	ويمثلها: ..... بموجب [▯▯▯] رقم الترخيص: ..... وتاريخ: .....
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:	ومقرها: ..... المملكة العربية السعودية العنوان الوطني: صندوق بريد.....رمز..... رقم الوحدة:..... اسم الشارع:..... الحي: ..... المدينة: .....
Tel.....E-mail: ..... C. R. No. ..... Licensed N u m b e r issued from the Insurance Authority: ..... Fax: ..... Herein referred to as the **First Party** or **Insurance Company**	هاتف: ..... البريد الإلكتروني: ..... سجل تجاري رقم:..... رقم الترخيص الصادر من هيئة التأمين : ..... 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[ ] 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 Health Insurance: ..... Fax.....Herein referred to as the **Second Party** or **Service Provider**. They are collectively referred as "**Parties**" or "**Both Parties**".	ومقره: .....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) : ..... فاكس: ..... ويشار له في هذا العقد بالطرف الثاني أو مقدم الخدمة. ويشار لكلا الطرفين مجتمعين بـ(**الطرفان) أو ال(طرفين).**

الفصل الأول مقدمة

تمهيد

حيث أن هيئة التأمين هي الجهة المعنية بتطبيق الأحكام النظامية ذات الصلة بقطاع التأمين الواردة في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية ، وفقًا لقرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 1445/01/28هـ، القاضي بالبند "ثانياً" بأن تمارس هيئة التأمين جميع الاختصاصات والمسؤوليات المتعلقة بقطاع التأمين، الواردة في نظام الضمان الصحي التعاوني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م / 10) وتاريخ 01/ 05 / 1420هـ، ونظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م / 32) وتاريخ 02 / 06 / 1424هـ، وأخذًا بالاعتبار المسؤوليات والاختصاصات النظامية المُناطة بهيئة التأمين والواردة في تنظيمها الصادر بموجب قرار مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 1445/01/28هـ، ودون إخلال بما ورد في اللوائح والتعاميم والسياسات الصادرة عن هيئة التأمين، فقد تم إبرام هذا العقد بما تضمنه من البنود والشروط والحقوق والالتزامات التي تنظم العلاقة التعاقدية بين شركات التأمين ومقدمي الخدمة الصحية في القطاع الخاص، والتي يتم بموجبها سداد المطالبات لمقدم الخدمة الصحية من قبل شركة التأمين مقابل تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى المشمولين بوثائقها من المؤمن لهم (المستفيدين)، وذلك وفقاً للبنود والشروط المبينة في هذا العقد وملاحقه.

وفي حال تعارض أي حكم من أحكام هذا العقد مع أي حكم نظامي أو تنظيمي صادر عن هيئة التأمين أو مجلس الضمان الصحي، يُقدّم الحكم النظامي، ويُلغى ما يخالفه من أحكام هذا العقد في حدود ذلك التعارض دون المساس بباقي حكامه.

Chapter 1: Introduction

Preamble

With reference to the powers granted to the Insurance Authority pursuant to Cabinet Resolution No. (85) dated 28/01/1445 AH, establishing the Insurance Authority in the Kingdom of Saudi Arabia with the aim of regulating and supervising the insurance sector, enhancing its effectiveness, and protecting the rights of policyholders, the Insurance Authority, according to its regulations, is the concerned entity with applying Cooperative Health Insurance Law, and entrusted with numerous roles, responsibilities, and tasks with the relevant parties, and works to consolidate the principles and pillars of the insurance contractual relationship, and due to the importance of providing a regulatory environment that governs the contractual relationship between the parties, 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 Insurance Authority, 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.

In the event of any conflict between any provision of this Agreement and any statutory or regulatory provision issued by the Insurance Authority or the Council of Health Insurance, the statutory or regulatory provision shall prevail, and any provision of this Agreement that contradicts shall be deemed null and void to the extent of such conflict, without prejudice to the remaining provisions of the Agreement.

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 يقتض السياق خلاف ذلك:
1.1 Contract: This document and all appendices forming an integral part thereof.	1.1 **العقد:** هذه الوثيقة وكافة ملحقاتها التي تشكل جزءا لا يتجزأ منها.
1.2 Kingdom: Kingdom of Saudi Arabia	1.2 **المملكة:** المملكة العربية السعودية.
1.3 Authority: Insurance Authority	1.3 **الهيئة:** هيئة التأمين
1.4 Council: Council of Cooperative Health Insurance and its Secretariat.	1.4 **المجلس:** مجلس الضمان الصحي وأمانته العامة
1.5 Insurance Company: Cooperative Insurance Company licensed to operate in the Kingdom and it offers a health insurance product.	1.5 **شركة التأمين:** شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وتقدم منتج التأمين الصحي.
1.6 Health Insurance Claims Management Company (Third Party Administrator): Company concerned with settling the insurance claims, licensed to operate in the Kingdom.	1.6 **شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي(TPA):** شركة تسوية المطالبات التأمينية والمرخص لها بالعمل في المملكة.
1.7 Company of Revenue Cycle Management (RCM): Companies specialized in invoicing, medical coding, preparing and issuing insurance claims on behalf of service provider, permitted to work in the Kingdom.	1.7 **شركة إدارة دورة الإيرادات(RCM):** الشركات المتخصصة بالفوترة والترميز الطبي وإعداد وإصدار المطالبات التأمينية نيابةً عن مقدم الخدمة والمصرح لها بالعمل في المملكة.
1.8 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 of Health Insurance, for instance: hospital, general medical complex, specialized medical complex, diagnostic center, clinic, pharmacy, laboratory, physiotherapy center or radiotherapy center and optician shops.	1.8 **مقدم الخدمة:** المرفق الصحي المؤهل نظاماً أو المرخص له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفق للأنظمة ذات العلاقة والمعتمدة من مجلس الضمان ، وعلى سبيل المثال: مستشفى، مجمع طبي عام، مجمع طبي متخصص، مركز تشخيص، عيادة، صيدلية، مختبر، مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع، ومحلات النظارات.
1.9 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.	1.9 **أهلية العلاج:** أحقية المؤمن له (المستفيد) لتلقي العلاج لدى مقدم الخدمة المتعاقد مع شركة التأمين، حيث تقدم له خدمات الرعاية الصحية.

1.10The insured (beneficiary): is the natural person or natural persons for whose benefit health insurance coverage is determined pursuant to the document.	**1.10المؤمن له (المستفيد):** هو الشخص الطبيعي أو الأشخاص الطبيعيين الذي تقررت التغطية التأمينية الصحية لصالحه بموجب الوثيقة.
1.11Insurance 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 of the value of health services' expenses covered under the policy, enclosed with the supporting medical documents.	**1.11المطالبة / المطالبات المالية:** طلب مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو من يمثله أو من المؤمن له (المستفيد)أو من حامل الوثيقة، بغرض استعاضة قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة، والمشفوع بالمستندات الطبية المؤيدة له.
1.12Denial Codes: Standard messages are used by insurance companies to state why insurance claims are denied, and to provide relevant information to the service provider or insured (beneficiary).	**1.12رموز أسباب الرفض:** رسائل قياسية تُستخدم من قبل شركات التأمين لبيان سبب رفض المطالبات التأمينية، وتوفير المعلومات ذات الصلة لمقدم الخدمة أو المؤمن له (المستفيد).
1.13Deduction Ratio: co-payment, the part that the insured (beneficiary) is obligated to pay when receiving health care services in outpatient clinics as stipulated (if any) in the document schedule (if any), except for excluded cases, such as emergency cases and hospitalization**.**	**1.13نسبة التحمل (المشاركة في الدفع):** الجزء الذي يلتزم المؤمن له (المستفيد) بدفعه عند تلقي خدمات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه في جدول الوثيقة (إن وجد) ، ما عدا الحالات المستثناة، كالحالات الطارئة والتنويم.
1.14 Insurance Coverage: Health benefits available to beneficiary, as outlined in the policy.	**1.14التغطية التأمينية:** المنافع الصحية المتاحة المؤمن له (المستفيد) والمحددة بالوثيقة.
1.15 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).	**1.15المنفعة:** نفقات توفير خدمات الرعاية الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة، بما في ذلك تلك الموجودة في حزمة المزايا الأساسية والمزايا الاختيارية (بحسب الحال) .
1.16 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.	**1.16أساس التقييد المباشر أو على حساب شركة التأمين:** تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم (المستفيدين) لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعَّينين من قِّبَل شركة التأمين حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب شركة التأمين.
1.17 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	**1.17الحالة الطارئة:** العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمؤمن له (المستفيد) إثر وقوع حدث، أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع حسب المستويات التالية (1- الإنعاش. 2- الطوارئ. 3- العاجلة) من مستويات الرعاية الطبية

levels (1. Resuscitation. 2.Emergency. 3. Urgent.) of the levels of urgent medical cars, as outlined in private Health institutions Law and its Executive Regulations, approved by the Ministry of Health< set to screen emergencies.	العاجلة كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد فرز الحالات الطارئة.
1.18Inpatient 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.	**1.18التنويم:** تسجيل الشخص المؤمن له (المستفيد)كمريض مُنوَّم لدى مقدم الخدمة حتى صباح اليوم التالي على الأقل بناء على تحويل من الطبيب المختص.
1.19Healthcare Services: Healthcare services provided by the service provider including but not limited to: all inpatients at hospitals, outpatients and medications.	**1.19خدمات الرعاية الصحية:** خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل مقدم الخدمة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، جميع المرضى الداخليين في المستشفيات ومرض ى العيادات الخارجية والأدوية.
1.20Medical File: Information recorded about the beneficiary, medical history, medical reports, examination results, tests, prescriptions, referrals and visits.	**1.20الملف الطبي:** معلومات مدونة عن المؤمن له (المستفيد) وتاريخه المرضي والتقارير الطبية ونتائج الفحوصات ونتائج أو تقارير الاختبارات ووصفات الأدوية والإحالات التي تم التوجيه بها وزيارات المراجعة.
1.21Application 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.	**1.21طلب 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 الملاحق رقم (1) و(2) و(3) من العقد.
1.22Policy: Basic health insurance documents 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.	**1.22 الوثيقة:** وثائق التأمين الصحي الاساسية والتي تتضمن التحديدات والمنافع والاستثناءات والشروط العامة وتصدرها شركة التأمين بموجب طلب تأمين يقدم من صاحب العمل (حامل الوثيقة) أو المؤمن له (المستفيد).
1.23Policy holder: person or legal person in whose name the document “policy” was issued.	**1.23 حامل الوثيقة:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
1.24Misuse: A party in the insurance relationship conducting practices leading to unauthorized access to benefits or advantages, without the intention to deceive or deliberately lie and distort facts; for the purpose of gaining a benefit, and what it underlies according to the law and its regulations.	**1.24 إساءة الاستخدام:** قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها دون أن يتوفر لديه قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة، وما يدخل ضمن ذلك بحسب الأنظمة واللوائح ذات العلاقة.
1.25Fraud: Any of the parties to the insurance relationship acting or refraining from acting as intended to gain an unfair or	**1.25 الاحتيال:** قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة

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.	لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى، أو تنطوي على غش أو خداع والذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة، وما يدخل ضمن ذلك بحسب الأنظمة واللوائح ذات العلاقة.
1.26 NPHIES: The electronic exchange platform approved by the Insurance Authority.	**1.26 نفيس:** منصة تبادل التعاملات الإلكترونية التابعة لهيئة التأمين.

Chapter 2: Obligations	الفصل الثاني: الالتزامات
2.PARTIES' OBLIGATIONS	**2. التزامات الطرفين**
2.1 The Parties must adhere to all laws, regulations, decisions and instructions issued by the Insurance Authority and Council of Health Insurance or any relevant governmental authority.	2.1 يجب على الطرفين التقيد بكافة الأنظمة واللوائح والقرارات والتعليمات الصادرة عن هيئة التأمين ومجلس الضمان الصحي أو عن غيرها من الجهات الحكومية ذات العلاقة.
2.2 The Parties must pay VAT imposed on medical claims, as approved by GAZT, and in compliance with relevant laws and decisions.	2.2 يجب على الطرفين الالتزام بسداد ضريبة القيمة المضافة على المطالبات المالية وذلك حسب ما تقره هيئة الزكاة والضريبة والجمارك، والقرارات والأنظمة ذات العلاقة.
2.3 The Parties shall not grant financial incentives associated with directing beneficiaries to other service providers or any department within the service providers the size of work or profit sharing, including but not limited to: Commissions on the requesting laboratory examinations, radiology or medications, or commissions on denied claims.	2.3 يجب على الطرفين الالتزام بعدم منح حوافز مادية مرتبطة بإحالة المؤمن له (المستفيد) إلى مؤسسات أو منشآت صحية أخرى أو اقسام داخل مقدم الخدمة الصحية ويتضمن ذلك على سبيل المثال لا الحصر: العمولات الخاصة بطلب الفحوص المخبرية أو الأشعة والأدوية والعمولات عن المطالبات المرفوضة.
2.4The parties must - with regards combating to Fraud and Misuse – fulfill the following obligations:	2.4 يجب على الطرفين - فيما يتعلق بمكافحة الاحتيال 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 والتعاملات فيما بينهم حقيقية 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 شبهة 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 شبهة 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 to request evidence supporting and proving suspected fraud or misuse, including the audit of medical records and invoices.	2- إذا اعترض الطرف الآخر على الإجراء المتخذ، فيحق له المطالبة بتزويده بما يؤيد ويثبت وجود شبهة الاحتيال أو إساءة الاستخدام ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر تدقيق السجلات الطبية وسجلات الفوترة.
3. If 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 Insurance Authority of the referral. And compliance with the regulations issued by the competent authorities.	3-إذا ثبت للطرف المتضرر وجود احتيال و/أو اساءة استخدام يلتزم بإحالة الواقعة إلى الجهة المختصة للتحقيق فيها واتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة، مع التزام شركة التأمين ومقدم الخدمة الصحية بإشعار هيئة التأمين ومجلس الضمان الصحي كلٌ فيما يخصه بالإحالة، ومراعاة الأنظمة الصادرة من الجهات المختصة في هذا الشأن.
4. The affected party shall notify the Insurance Authority or Council of Health Insurance of the investigation conclusions and/or verdict (if any); so that the Insurance Authority can take the regulatory actions in accordance with the Cooperative Health Insurance Law, and the law of Cooperative Insurance Companies and its Implementing Regulation its executive regulations, instructions and decisions issued by the Insurance Authority. If the incident is proven by the competent authority, the affected party has the right to terminate the contract and seek compensation from the other party for the damages incurred, in accordance with the relevant regulations and bylaws.	4- يلتزم الطرف المتضرر بإبلاغ هيئة التأمين او مجلس الضمان الصحي بما تنتهي إليه نتائج التحقيق أو في حال صدور حكم من المحكمة المختصة، حتى يتسنى للهيئة اتخاذ الإجراءات النظامية وفقاً لما تقضي به أحكام نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية ونظام مراقبة شركات التأمين التعاوني ولائحته التنفيذية والتعليمات و القرارات الصادرة عن الهيئة، وفي حال ثبوت الواقعة من الجهة المختصة يحق للطرف المتضرر فسخ العقد والرجوع على الطرف الآخر بالتعويض عما لحقه من ضرر ، وفقاً للأنظمة واللوائح ذات العلاقة.
(c) Both parties shall use the standards of medical coding and classification as approved by the competent authority, regarding prior approvals on submission and re- submission of claims, and providing final settlement claims and denial reasons codes.	ج. يلتزم الطرفان باستخدام معايير الترميز الطبي والتصنيف المعتمدة من الجهة المختصة، وذلك في عمليات الموافقات المسبقة في تقديم وإعادة تقديم المطالبات، وتقديم مطالبات التسويات النهائية، ورموز أسباب الرفض.
(d) Both Parties shall abide by the main controls of National Cybersecurity Authority and the laws, regulations, and instructions issued from the Insurance Authority and any relevant laws and regulations to saving or transferring information.	د. يلتزم الطرفان بالضوابط الأساسية للهيئة الوطنية للأمن السيبراني والأنظمة واللوائح والتعليمات الصادرة من هيئة التأمين، والأنظمة واللوائح الأخرى الصادرة من الجهات المختصة بحفظ المعلومات أو خلال نقلها بين الطرفين.

2.5 The Parties shall contract and settle no less than the mandatory percentage determined by the Council of Health Insurance, the Insurance Authority, or the competent regulatory authorities, of the value of eligible cases, using the announced payment models, including but not limited to Diagnosis-Related Groups (DRGs) for eligible inpatient cases and Bundled Payments for eligible cases or care pathways, in accordance with the scope determined by the competent regulatory authorities for each model of care.	2.5 يلتزم الطرفان بأن يتعاقدا ويُسوّيا ما لا يقل عن النسبة الإلزامية المحددة من قِبَل مجلس الضمان الصحي وهيئة التأمين أو الجهات التنظيمية المختصة من قيمة الحالات المؤهلة، وذلك باستخدام نماذج الدفع المعلن عنها، ومنها على سبيل المثال لا الحصر الحزم التشخيصية المجموعات التشخيصية DRG لحالات التنويم المؤهلة، وحِزَم المدفوعات المجمّعة (Bundled Payments) للحالات أو المسارات العلاجية المؤهلة؛ وذلك وفق النطاق الذي تحدده الجهات التنظيمية لكل نموذج رعاية.
Chapter 3: Technical Obligations	**الفصل الثالث: الالتزامات الفنية**
3.TECHNICAL OBLIGATIONS OF FIRST PARTY:	**3 الالتزامات الفنية على الطرف الأول**
3.1 The Insurance Company shall register the policy simultaneously and automatically via Insurance Authority'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 وآلي من خلال الأنظمة الإلكترونية المعتمدة لدى هيئة التأمين بحيث يستطيع مقدم الخدمة الحصول على كافة المعلومات عن الوثيقة، بما في ذلك أي تعديلات تطرأ عليها وكذلك معرفة أحقية المؤمن له (المستفيد) قبل تقديم الخدمة. كما تلتزم شركة التأمين بما ورد في نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني فيما يتعلق بإمساك 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 استبدال مقدم الخدمة بعد إصدار الوثيقة وتعميده، إلا إذا ظهر 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.	3.3 في حال قيام شركة التأمين بتغيير الفئة التأمينية لمقدم الخدمة فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعمدة له في السابق وحتى تاريخ انتهائها.
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, for non-emergency cases. In case of disapproval, the reasons shall be clarified in writing. If the service provider does not receive any response within (60)	3.4 تلتزم شركة التأمين بالرد على طلب مقدم الخدمة بالموافقة لتقديم العلاج للمستفيدين خلال (60) دقيقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب وذلك للحالات غير الطارئة، 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

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.	أساس الموافقة وفق منافع الوثيقة، ولا يجوز إجراء أي تعديل أو إلغاء للخدمات الموافق 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 فعلًا.
3.5 The Insurance Company shall provide a team that Approvals Department shall operate 24/7.	3.5 تلتزم شركة التأمين بأن توفر فريق لإدارة الموافقات لديها على مدار (24) ساعة وخلال (7) أيام في الأسبوع
3.6 Excluding the contractual discounts and offers bound to the general volume of business, referrals and or network allocation, with considering the level of healthcare services provided for beneficiaries the Insurance Company may not get commissions or fees from service providers, for the referral of cases.	3.6 باستثناء الخصومات والعروض التعاقدية المرتبطة بالحجم العام للأعمال والإحالات و / أو تخصيص الشبكة، ومع مراعاة مستوى خدمات الرعاية الصحية 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.	3.7 يلتزم الأطباء في شركة التأمين بعدم تحويل أي حالات مرضية لتلقي العلاج من قِّبل مقدم الخدمة الذي يعمل لديه الطبيب أو يتبع له.
3.8 The Insurance Company shall have no right, if there is referral request to another service provider, in obligating the insured with a definite service provider, whereas the insured shall have the right in selecting from among a network of approved service providers.	3.8 لا يحق لشركة التأمين في حال وجود طلب التحويل لمقدم خدمة آخر إلزام المؤمن له بمقدم خدمة محدد حيث يحق للمؤمن له الاختيار من ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.
4.TECHNICALOBLIGATIONSOF SECOND PARTY:	**4. الالتزامات الفنية على الطرف الثاني**
4.1 The Healthcare Provider shall be accredited by the Council of Health Insurance (CHI) and the Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions (CBAHI), and shall obtain all accreditations required by the Council of Health Insurance (CHI).	4.1 يشترط في مقدم الخدمة أن يكون معتمداً من مجلس الضمان الصحي والمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) وأن يحصل على كافة الاعتمادات المحددة من المجلس.
4.2 The service provider shall verify the insured's identity (eligibility for treatment) and the validity of insurance policy before providing necessary medical services, as per policy benefits and the eligibility for treatment coverage on the basis	4.2 يلتزم مقدم الخدمة بالتحقق من هوية المؤمن له (أهلية العلاج) وسريان وثيقة التأمين قبل تقديم الخدمات الطبية اللازمة وفق منافع الوثيقة واستحقاقه للتغطية العلاجية على أساس التقييد المباشر قبل

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.	تقديم الخدمة، وفي حالة قيام مقدم الخدمة بعلاج شخص من غير عملاء شركة التأمين فإنه يتحمل تكاليف هذا العلاج.
4.3 The service provider shall provide the insured the rates and deductions agreed upon with the Insurance Company against the medical services, to be rendered upon request.	4.3 يلتزم مقدم الخدمة بتزويد المؤمن لهم(المستفيد) بمعلومات الأسعار والخصومات المتفق عليها مع شركة التأمين للخدمات الطبية المقدمة لهم عند طلبها.
4.4 Adhere to all medical protocols, standards and forms issued from the competent authorities, and including but not limited to the following:	4.4 التقيد بكافة النماذج والمعايير والبروتوكولات الطبية الصادرة من الجهات المختصة، ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر الآتي:
(a) Refer to the definition of health when there are any issues or ambiguity in the interpretation of the health services covered under the document.	أ. يُراعى مفهوم الصحة باعتبارها اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز. عند وجود أي إشكال أو لبس في تفسير الخدمات الصحية المشمولة بالتغطية
(b) Apply the from the competent authorities 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 الجهات المختصة حسب الاقتضاء 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:
1. The form of treatment approval request for healthcare services (Annex No. 1).	1. نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات الرعاية الصحية) ملحق رقم (1).
2. The form of treatment approval request for dentistry services (Annex No. 2).	2. نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات الاسنان ملحق رقم (2).
3. The form of treatment approval request for optics services (Annex No. 3).	3. نموذج طلب الموافقة العلاجية لخدمات البصريات ملحق رقم (3).
(d) Subject to any higher value provided for in the insurance policy, obtain a prior approval, in case the cost of treatment services provision for once probably exceeds SAR 500 for treatment at outpatient clinics or any prescriptions and/or medications in excess of the previously defined limit.	د. مع مراعاة أي قيمة أعلى ينص عليها في وثيقة التأمين، يتم الحصول على موافقة مسبقة إذا كانت تكلفة تقديم الخدمات العلاجية للمرة الواحدة يحتمل 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,	هـ يجب أن تتضمن طلبات الموافقة معلومات طبية واضحة بما في ذلك التاريخ المرضي والنتائج المخبرية والتشخيص وخطة العلاج المفصلة

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.	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 تزويد 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).	و. إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال 15 دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب، مع مراعاة معايير طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج الملحقة باللائحة (ملحق رقم 2.)
(g) Responding to Insurance Company's inquiries or remarks - if any - on approval request within 30 minutes at maximum, as of receipt time.	ز. الرد على استفسارات أو ملاحظات شركة التأمين-إن وجدت- حول طلب الموافقة خلال 30 دقيقة كحد أقصى من وقت الاستلام.
(h) If no response to the approval request is received within (60) minutes as of receipt thereof, the service provider shall treat the case as approved, after documenting evidence showing that the Insurance Company has already received the approval request within the defined term.	ح. في حال عدم استلام الرد على طلب الموافقة خلال (60) دقيقة من إرسالها، يلتزم مقدم الخدمة بالتعامل مع الحالة على أساس الموافقة، وذلك بعد التأكد من 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 (المستفيد) (إن وجد) ثم صافي التكلفة (Net) المطلوب دفعه من شركة التأمين.
4.5 the service provider shall be approved to receive emergency cases, as per the determined level of urgent medical care, without obliging the insured to pay any costs of treatment services, but they shall be directly charged on the account of Insurance Company, according to the following procedures:	4.5 يجب على مقدم الخدمة استقبال مرضى الحالات الطارئة حسب ما تم تحديده من مستويات الرعاية الطبية العاجلة دون إلزام المؤمن لهم (المستفيد)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 ودون 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 ابلاغ شركة التأمين خلال مدة أقصاها 24 ساعة من وقت استقبال الحالة.
(c) In the event that the healthcare provider delays notifying the Insurance Company of the emergency case within the defined period, without a reasonable excuse, its right to indemnity shall lapse. The healthcare provider shall remain responsible for the treatment costs arising from the case up to the date the Insurance Company is notified of the emergency.	ج في حال تأخر مقدم الخدمة في رفع الحالة لشركة التأمين خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين إسقاط حقه بالتعويض ويتحمل مقدم الخدمة التكاليف العلاجية حتى تاريخ الابلاغ بالحالة الطارئة.
(d) In case of disapproving the continuation of treatment, the Insurance Company shall have the right in transferring the insured (beneficiary), after the health condition thereof becomes stabilized, to a service provider within the approved network of service providers of the insured.	د. يحق لشركة التأمين، في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج نقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين للمؤمن له.
4.6 If the service provider is contracted with the Insurance Company: The Insurance Company shall pay the claims of service provider, pursuant to the price list and the mechanism agreed upon in the Contract executed between parties	4.6 في حال وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين: تلتزم شركة التأمين بسداد مطالبات مقدم الخدمة حسب قائمة الأسعار والآلية المتفق عليها في هذا العقد المبرم بين الطرفين.
4.7 If the service provider is not contracted with the Insurance Company: The Insurance Company shall pay the claims directly to the non-contracted service provider for the period passed by the insured for receiving treatment for emergency cases, depending on prices approved by the Ministry of Health.	4.7 في حال عدم وجود تعاقد لمقدم الخدمة مع شركة التأمين: تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات بشكل مباشر لمقدم الخدمة غير المتعاقد معه عن الفترة التي قضاها المؤمن له لتلقي علاج الحالات الطارئة وذلك بناءً على الأسعار المعتمدة لدى وزارة الصحة.
4.8 In case of receiving patients of emergencies, whose insurance status cannot be verified: Healthcare services standards approved by MoH shall be abided by, If the patient is found insured, the above-mentioned procedures shall be applied, then justifications for delaying claim shall be referred.	4.8 في حال استقبال مريض حالات طارئة لا يمكن التحقق 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	4.9 يلتزم مقدم الخدمة باستقبال المؤمن له(المستفيد) 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.

limits of benefits covered under the insurance policy, as per the agreed prices, without any discrimination between physicians.	
4.10 The service provider's physician shall have no right in requesting money transfer or receiving any sums of money from the insured, to the personal account thereof.	4.10 لا يجوز للطبيب المعالج لدى مقدم الخدمة طلب تحويل مالي أو استلام أي مبالغ نقدية من المؤمن له(المستفيد) لحسابه الشخصي.
4.11 Service provider's all physicians shall provide the treatment services to the insured, within the service provider's working hours.	4.11 يلتزم كافة أطباء مقدم الخدمة بتقديم الخدمات العلاجية للمؤمن لهم(المستفيد) خلال فترة ساعات العمل لمقدم الخدمة.
4.12 The service provider shall guaranty that its health facility's approvals department shall continue working throughout the working hours, without interruption,	4.12 يلتزم مقدم الخدمة بضمان استمرار عمل إدارة الموافقات لديه طوال فترة ساعات العمل ودون انقطاع
4.13 The service provider shall provide medical review for free to the insured patient within at least fourteen days for the same case diagnosed in the first examination. In line with the executive regulation of Private Health Institutions Law.	4.13 يلتزم مقدم الخدمة بتقديم المراجعة الطبية بشكل مجاني للمريض المؤمن له خلال أربعة عشر يوماً بحد أقصى لذات الحالة التي تم تشخيصها من الكشف الأولي، بما يتوافق مع نظام المؤسسات الصحية الخاصة و اللائحة التنفيذية
4.14 The service provider shall also dispense medications registered and priced by Saudi Food and Drug Authority, in accordance with Council's identified proceedings including (medication guide for health insurance) pursuant to the maximum limit set forth in Chapter (3), Item (4), Paragraph (b).	4.14 يلتزم مقدم الخدمة بصرف الأدوية والعقاقير المسجلة والمسعرة من الهيئة العامة للغذاء والدواء و وفقاً للإجراءات المحددة لـ(دليل الأدوية للتأمين الصحي) وفقاً للحد الأعلى المذكور في الفصل الثالث البند (4.4) فقرة (ب).
4.15 The service provider shall ensure that all medications are as per the prescription of physician and for the treatment of covered case.	4.15 يلتزم مقدم الخدمة بأن تكون جميع الأدوية حسب الوصفة الطبية للطبيب المعالج ولعلاج الحالة 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.	4.16 يلتزم مقدم الخدمة بأن تكون الفترة القصوى لوصفة الأدوية 14 يوماً باستثناء الحالات المزمنة أو للعلاج اللازم للحالات الحادة.
4.17 The service provider shall consider the following upon rendering the healthcare services:	4.17 يلتزم مقدم الخدمة عند تقديم خدمات الرعاية الصحية بمراعاة الآتي:
(a) In the event the beneficiary is referred from a general practitioner to a specialist or consultant for receiving the healthcare services, along with the need to continue treatment for the same case of referral, there is no need to get referral again from the general practitioner.	أ. في حال تحويل المؤمن له (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

(b) The beneficiary shall bear the difference of examination costs, if directly seeing the specialist or consultant as outlined in the policy, without referring to the general practitioner - of the service provider - for evaluating the case.	ب. يتحمل ا المؤمن له (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 of Health Insurance and CBAHI.	4.18 يلتزم مقدم الخدمة الرئيسي في حال التعامل مع مقدم خدمة آخر بأن يكون الأخير معتمد من كل من مجلس الضمان الصحي والمركز 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 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.	4.19 يُقر مقدم الخدمة بمسؤوليته عن القرار الطبي النهائي بشأن خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المؤمن له (المستفيد) 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 حدود فعالية التكلفة الموضحة وبناء عليه لا يجوز أن يؤثر هذا التحقق بأي طريقة على قرار مقدم الخدمة في تقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة إلى المؤمن له (المستفيد).
4.20 The service provider shall provide physicians operating in Insurance Companies with all requested information and documents at their disposal, for reviewing. Moreover, the physicians may access hospital rooms, medical supervision offices and medical files of beneficiaries or patients treated or being treated, whenever necessary for completing review tasks entrusted thereto, in coordination with the concerned body.	4.20 يلتزم مقدم الخدمة بتزويد الأطباء العاملين في شركات التأمين بجميع المعلومات المطلوبة، وأن يضعوا تحت تصرفهم كافة المستندات اللازمة 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 مهمات المراجعة المسندة إليهم بالتنسيق مع الجهة المعنية.
4.21 Taking into account the instructions issued from the Ministry of Health, the service provider shall maintain all records of Saudi citizens, for unlimited term, and for ten years as to expatriates, as of the date of last entry. The medical records may not be damaged, except after the lapse of aforesaid terms.	4.21 مع مراعاة التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة، يلتزم مقدم الخدمة بأن يحتفظ بكافة السجلات لمدة غير محددة للمواطنين السعوديين ولمدة عشر سنوات للوافدين إلى المملكة وذلك من تاريخ آخر إدخال على هذه السجلات ويحظر إتلاف السجلات الطبية نهائيا إلا بعد انقضاء المدد المذكورة أعلاه.
4.22 The service provider shall submit all claims to the Insurance Company, according to the instructions of (NPHIES), or any subsequent instructions issued by the Insurance Authority in this regard pursuant to the terms identified.	4.22 يلتزم مقدم الخدمة بتقديم كافة المطالبات إلى شركة التأمين وفقاً لتعليمات منصة "نفيس" أو أي تعليمات لاحقة تصدر من هيئة التأمين في هذا الشأن، ووفقاً للمدد المحددة.

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 communication means with Council of Health Insurance and the Insurance Authority details in apparent place that is visible to all beneficiaries.	4.23 يلتزم مقدم الخدمة بوضع قائمة ببيانات شركة التأمين وشركات التأمين الأخرى التي يتعامل معها بالتسلسل الابجدي لأسماء الشركات باللغة العربية وبدون اي دلالة او تفضيل او تمييز بين شركة وأخرى وكذلك لوحة استرشاديه عن وسائل التواصل مع المجلس الضمان الصحي وهيئة التأمين في مكان بارز وظاهر للعيان أمام المؤمن لهم (المستفيدين).
4.24 The service provider shall have no right in receiving commissions on the referral of insured to another service provider.	4.24 لا يجوز لمقدم الخدمة الحصول على عمولات مقابل تحويل المؤمن له لمقدم خدمة آخر.
4.25 The Service Provider shall measure and monitor the approved healthcare quality and safety indicators and health outcome indicators issued by the relevant regulatory authorities, as appropriate to the type of Service Provider and the relevant service or health condition.	4.25 يلتزم مقدم الخدمة بقياس ومتابعة مؤشرات جودة وسلامة الرعاية الصحية ومؤشرات النتائج الصحية المعتمدة من الجهات التنظيمية ذات العلاقة، وبما يتناسب مع نوع مقدم الخدمة والخدمة أو الحالة الصحية.
4.26 The Service Provider shall contract with qualified companies to carry out clinical documentation improvement and medical coding audit activities, in accordance with the standards and requirements approved by the relevant regulatory authorities.	4.26 يلتزم مقدم الخدمة بالتعاقد مع شركات مؤهلة لتنفيذ أعمال تحسين التوثيق السريري وتدقيق الترميز الطبي، وفقاً للمعايير والمتطلبات المعتمدة من الجهات التنظيمية ذات العلاقة.
4.27 The Service Provider shall upload data to the NPHIES platform in accordance with the minimum data set approved by the competent authority, provided that such data is accurate, complete, and compliant with the approved data quality requirements.	4.27 يلتزم مقدم الخدمة برفع البيانات على منصة نفيس وفقاً للحد الأدنى لمجموعة البيانات المعتمدة من الجهة المختصة، على أن تكون البيانات دقيقة ومكتملة ومستوفية لمتطلبات الجودة المعتمدة.
4.28 The healthcare provider shall ensure the accuracy of claims data and its consistency with the services actually provided, in accordance with the approved Minimum Data Requirements. The insurance company may recover amounts paid in respect of claims if it is determined that the approved Minimum Data Requirements have not been accurately reported, following notification to the healthcare provider and providing it with an opportunity to respond, without prejudice to any statutory	4.28 يلتزم مقدم الخدمة بصحة بيانات المطالبات ومطابقتها للخدمات المقدمة فعليًا، وفق متطلبات بيانات الحد الأدنى المعتمدة، ويجوز لشركة التأمين استرداد مبالغ التعويض عن المطالبات المدفوعة في حال تبين عدم صحة بيانات الحد الأدنى المعتمدة، وذلك بعد إشعار مقدم الخدمة وتمكينه من إعادة رفع المطالبة خلال فترة زمنية تحددها شركة التأمين، ودون إخلال بالمسؤولية النظامية أو الحق في المطالبة بالتعويض وفقًا للأنظمة ذات العلاقة.

liability or the right to claim compensation in accordance with the applicable laws and regulations.	
4.29 The Service Provider shall not require the insured (beneficiary) to sign an undertaking to pay the value of the claim in the event that the claim is not accepted by the Insurance Company.	4.29 يحظر على مقدم الخدمة توقيع المؤمن له على تعهد بسداد قيمة المطالبة في حال عدم قبولها من شركة التأمين.
Chapter 4: Financial Obligations	**الفصل الرابع: الالتزامات المالية**
5. FINANCIAL LIABILITIES BETWEEN PARTIES (SETTLEMENT MECHANISM):	**5. الالتزامات المالية بين الطرفين (آلية التسوية)**
5.1 The service provider shall submit claims directly or through RCM Company to the Insurance Company directly or to claims management company if there is contract, within no more than (30) days as of claims' maturity date, in accordance with Annex No. (4).	5.1 يلتزم مقدم الخدمة برفع المطالبات بشكل مباشر أو من خلال شركة إدارة دورة الإيرادات إلى شركة التأمين مباشرة أو إلى شركة إدارة المطالبات في حال وجود تعاقد 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).	5.2 في حال تأخر مقدم الخدمة في تقديم المطالبة حسب الفقرة (1) من هذه المادة دون عذر معقول، يحق لشركة التأمين رفض المطالبات بعد مرور (30) يوم من تاريخ استحقاق المطالبات حسب الملحق. (5)
5.3 The Insurance Company shall settle and pay service providers' completed and acceptable claims within at maximum (30) days as of receipt of claims, then shall forward settlement form to the service provider. If claims are rejected, the Insurance Company sends a statement of the rejected claims and the reasons for their rejection.	5.3 تلتزم شركة التأمين بتسوية وسداد مطالبات مقدمي الخدمة المكتملة والمقبولة 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).	5.4 في حال كان رد شركة التأمين بالرفض، يلتزم مقدم الخدمة بمراجعة المرفوضات وتزويد شركة التأمين بالمستندات المؤيدة للمطالبة بحد أقصى خلال (15) يوم من تاريخ استلام المرفوضات حسب الملحق. (4)
5.5 If the service provider delays in submitting the supporting documents for the denied claim without a valid excuse, as per Paragraph (4) above, the Insurance Company shall have the	5.5 في حالة تأخر مقدم الخدمة في تقديم المستندات المؤيدة للمطالبة المرفوضة دون عذر مبرر حسب الفقرة (5.4) أعلاه،

right to deny the claims after the lapse of (15) days from their maturity date. .	يحق لشركة التأمين رفض المطالبات بعد مرور (15) يوم من تاريخ استحقاقها.
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 sending the settlement form to service provider, stating the claims that remain denied, as per Annex No. (5).	5.6 تلتزم شركة التأمين بمراجعة المستندات المرسلة من مقدم الخدمة بخصوص إعادة التقديم للمطالبات المرفوضة وتلتزم بالسداد وعمل المخالصة النهائية بحد أقصى (15) يوم من تاريخ استلام المطالبات التي يوجد عليها ملاحظات مع ضرورة إرسال نموذج التسوية لمقدم الخدمة مبيناً المطالبات التي لا زالت مرفوضة حسب الملحق. (5)
5.7 In case of delaying in paying the completed and acceptable claims, the service provider shall have the right in informing the Council of Health Insurance of non-payment of any dues.	5.7 في حال التأخر 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.	5.8 في حالة سداد أي مبالغ مالية زائدة أو مبالغ مالية مكررة أو مبالغ مالية أخرى تزيد عن تلك التي يستحقها مقدم الخدمة عن الخدمات المشمولة المقدمة إلى المؤمن له يجوز لشركة التأمين استرداد المبالغ المطلوبة عن طريق المقاصة 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 وموافقته قبل إعادة المبلغ مشروطً بتوفير تفاصيل كاملة للمدفوعات والفترة.
5.9 Settlement form signed by both parties' authorized persons as per Annex No. (5) or via NPHIES, a copy of which is sent via e-mail, shall be deemed approved for settling claims, and shall be deemed also pretense against each party.	5.9 يعتبر نموذج التسوية الموقع من قبل المخولين لدى الطرفين حسب الملحق (5) أو من خلال نفيس والمرسل نسخه منه بالبريد الإلكتروني معتمد لتسوية المطالبات، وحجة على الطرفين.
5.10 If either party fails to agree on a final settlement, or if no settlement is reached or the settlement fails, the aggrieved party shall submit a request for reconciliation to the relevant competent authorities, within a maximum period of 30 working days from the date on which the service provider receives the claims that remain denied by the Insurance Company.	5.10 في حال عدم اتفاق أحد الطرفين على التسوية النهائية أو عدم حصول أية تسوية أو تعثرها فيقوم الطرف المتضرر بالتقدم بطلب الصلح لدى الجهات المختصة المعنية وذلك بحد أقصى 30 يوم عمل من تاريخ استلام مقدم الخدمة المطالبات التي لازالت مرفوضة من شركة التأمين.
5.11 All claims shall be submitted to the Insurance Company by service provider, by filling payment notice form on part of	5.11 يجب تقديم جميع المطالبات إلى شركة التأمين من قبل مقدم الخدمة بتعبئة نموذج إشعار السداد من قبل شركة

Insurance Company in accordance with Annex No. (5) using the bank account number shown in the annex. In case of changing the account number/IBAN, the service provider shall sign letter for requesting the change by the contact person, on the condition that all payments shall be made in Saudi Riyal (SAR).	التأمين حسب الملحق (5) وعلى رقم الحساب البنكي الموضح في الملحق وفي حالة تغيير رقم الحساب / الحسابات البنكية (IBAN) فإن على مقدم الخدمة توقيع خطاب طلب تغييره من قبل ضابط الاتصال، وعلى أن تكون جميع الدفعات بالريال السعودي.
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 Insurance Authority 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 المرخصة من هيئة التأمين للعمل كوكيل إداري فقط بالنيابة 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 تغيير 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 إثباتا 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 لبنود 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)**
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 the 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:	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 الايرادات، 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:
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 وترميز المطالبات الطبية وتقديمها لشركات التأمين عن طريق تحميلها من خلال منصة "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 كليا "أو جزئيا" بعد إعادة التقديم، حسب المدد النظامية. .
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 site.	7.9 يحق لشركات إدارة دورة الإيرادات إدارة الأقسام التالية لدى مواقع مقدم مي الخدمة: الموافقات المسبقة، والمحاسبة، وتسجيل المرضى، بالإضافة إلى الخدمات الأخرى التي يتم تقديمها من مواقع شركة إدارة دورة الايرادات
Chapter 7: Prices of Services	**الفصل السابع: أسعار الخدمات**
8. SERVICE PRICES	**8. أسعار الخدمات**
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 Insurance Authority, Health Insurance Council, Ministry of Health and relevant authorities, and according to Appendix No. (6).	8.1 اتفق الطرفان على قائمة الأسعار والخصومات المعتمدة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل مقدم الخدمة مع الالتزام بالترميز الطبي ووفقاً للنموذج والأدلة الإكلينيكية المعتمدة من الجهات المختصة، وبحسب الملحق رقم.(6)
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. Taking into account the law of private health institutions as well as the pricing rules contained in the executive regulations of the Insurance Company control Law.	8.2 مع مراعاة ما تضمنته الفقرة (1) من هذه المادة، يجب على كل من الطرفين إخطار الطرف الآخر كتابياً برغبته في مراجعة أسعار أي خدمات أو إدراج خدمات حديثة وذلك قبل (45) يوم عمل من انتهاء مدة العقد وفي هذه الحالة يقوم الطرفان بالتفاوض على الأسعار بشرط أن تكون مبررة فنياً وترتكز على أسس موضوعية، مع مراعاة نظام المؤسسات الصحية الخاصة وكذلك قواعد التسعير الواردة في اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين.
8.3 In accordance with the instructions of the Food and Drug Authority, updates of the price list shall be permitted for drugs.	8.3 يجوز إجراء تحديثات لقائمة الأسعار بالنسبة للأدوية بما يتوافق مع تعليمات الهيئة العامة للغذاء والدواء.
8.4 The two parties are obligated to bill claims according to the minimum data approved by the Health Insurance Council (MDS) in accordance with Appendix No. (4)	8.4 يلتزم الطرفان بأن تتم الفوترة للمطالبات حسب بيانات الحد الأدنى المقرة من مجلس الضمان الصحي (MDS) حسب الملحق رقم (4)
Chapter 8: The Insured	**الفصل الثامن: المؤمن لهم**

9.BENEFICIARIES' RIGHTS	9. حقوق المؤمن لهم
The two parties acknowledge that they are fully aware of the rights of the insured (beneficiary) and are fully committed to complying with them in accordance with the applicable laws and regulations, including:	يقر الطرفان بمعرفتهم الكاملة بحقوق المؤمن لهم (المستفيد) والتزامهم التام بها وفقاً لأنظمة المرعية، 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 (المستفيد) على حقوق متساوية فيما يخص خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب وفقا لجدول وثيقة التأمين وبما لا يتعارض مع النصوص والأنظمة المعمول بها والسارية بحق الأطراف.
9.2 In the event that a beneficiary is hospitalized and there is no room equivalent to their entitlement under the policy benefits schedule, the service provider shall provide a higher level of accommodation if it is available at the same cost. The beneficiary may waive the requirements of this clause if an acceptable alternative is provided thereto, provided that they expressly agree on the same by signing a waiver.	9.2 يلتزم مقدم الخدمة في حالة 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.	9.3 يلتزم مقدم الخدمة بتزويد المؤمن له(المستفيد) بتكاليف كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.
9.4 The service provider shall charge the deduction amount (deductible percentage) on the beneficiary from the net cost after deducing the deductible amounts agreed upon with the Insurance Company, the (Net) not the (Gross).	9.4 يلتزم مقدم الخدمة باحتساب مبلغ الاقتطاع (نسبة التحمل) على المؤمن له من صافي 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.	9.5 يلتزم مقدم الخدمة بإيضاح الخطة العلاجية للمؤمن له ومدى تغطيتها من ضمن الوثيقة، وفي حال وجود أي مبالغ إضافية يتكبدها 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	10.1 يجب على الطرفين مراعاة سرية المعلومات التي تتعلق بهذا العقد أو بالطرف الآخر أو أعماله أو عملياته أو عملائه، ما لم تكن هذه المعلومات قد تم الإفصاح عنها للجمهور عن طريق أي

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 SADIA, Insurance Authority and other government authorities in this regard.	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 للمستشارين المهنين للطرف المعني، مع مراعاة أحكام الأنظمة واللوائح الصادرة عن كل من الهيئة السعودية للبيانات والذكاء الاصطناعي وهيئة التأمين والجهات الحكومية الأخرى في هذا الشأن.
10.2 The two parties undertake to maintain and use the information or data received from the other party only as per the purpose intended for the service, and not to misuse this data or information in a manner that is inconsistent with the privacy duties and the data owners' rights.	10.2 يتعهد الطرفان باستخدام المعلومات أو البيانات الواردة إليه من الطرف الآخر وفقاً للغرض المخصص للخدمة فقط والمحافظة عليها، وعدم إساءة استخدام هذه البيانات أو المعلومات على نحو يتنافى مع واجبات الخصوصية وحقوق أصحاب تلك البيانات.
10.3 The validity of obligations relating to privacy and confidentiality shall extend even after the contract termination or expiration.	10.3 يمتد سريان الالتزامات المتعلقة بالخصوصية والسرية حتى بعد إنهاء العقد أو انتهاء سريانه.
10.4Confidentiality 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 confidential data and both parties have agreed on the following: -	يقر الطرفان بأن المعلومات المتوفرة او 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 والفنيين والمرمزين والإداريين وغيرهم من منسوبي الطرفين أو المتعاقد معهم بشكل مباشر أو غير مباشر من شركات إدارة دورة ايرادات أو شركات إدارة المطالبات والغير.
(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 (المستفيد) 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 الادارية لأي طرف خارج المملكة.
(d)Confidentiality provisions shall not apply to the following information:	د. لا تسري أحكام السرية على المعلومات الآتية:
(i)Information that is deemed to be public information.	(i) المعلومات المعتبرة في حكم المعلومات المتاحة للعموم.

(ii) Information requested from the Insurance Authority, the Health Insurance Council, and the entities to which the jurisdiction has concluded a system.	(ii) المعلومات التي يتم طلبها من هيئة التأمين ومجلس الضمان الصحي 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 وتؤرَّخ جميع التعاملات لهذا العقد وفقاً للتقويم الميلادي.
12.CONTRACT TERMINATION.	**12. إنهاء 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 Insurance Authority and Council of Health Insurance 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 الإنهاء، يحق لأي من الطرفين إنهاء هذا العقد وإشعار هيئة التأمين والمجلس بعد توجيه إشعار كتابي للطرف الآخر بتصحيح الأوضاع، وانقضاء مهلة قدرها ستون (60) يوما 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.
(b) If the other party violates an essential condition thereof or refrains from implementing any of its essential obligations agreed upon herein.	ب. إذا أخل الطرف الآخر بأي شرط جوهري من شروط العقد، أو امتنع عن تنفيذ أي من التزاماته الجوهرية المتفق عليها في العقد.
12.2 The contract termination or cancellation shall not affect the rights and obligations of either party towards the other, provided that payment conditions and mechanisms set forth herein apply thereto. The Insurance Company's liability for paying any claims made after the specified date for contract expiration or cancellation, except for the following cases:	2.2 لا يؤثر انتهاء 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 مسئولية شركة التأمين المتعلقة بسداد أي مطالبات تتم بعد التاريخ المحدد لانتهاء العقد أو إلغائه فيما عدا الحالات التالية:

a) Any hospitalization cases pre-approved before expiration or cancellation and the patient is still under treatment.	أ. أي حالات تنويم تمت الموافقة المسبقة عليها قبل الانتهاء أو الإلغاء وما زال المريض تحت العلاج.
b) Any service provider's outstanding claims have not been submitted to the Insurance Company.	ب. أي مطالبات قائمة لمقدم الخدمة لم يتم إرسالها لشركة التأمين.
c) Any outstanding claims with the Insurance Company that have not yet been settled.	ج. أي مطالبات قائمة لدى شركة التأمين ولم تتم تسويتها بعد.
d)Any pre-approved claims.	د. أي مطالبات قد تمت الموافقة عليها مسبقا.
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.	ه. أي وثائق تأمين صحي سارية قبل الانتهاء أو الإلغاء للعقد يلتزم مقدم الخدمة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمشمولين بها حتى انتهاء السنة التأمينية طالما أنها ضمن شبكة مقدمي الرعاية الصحية المعتمدة للمؤمن لهم.
12.3 With taking into account the continuation of the pre-approved health care services, either party shall have the right to terminate this contract immediately by the virtue of a written notice if the other party:	12.3 مع مراعاة استمرار خدمات الرعاية الصحية الموافق عليها مسبقاً، يحق لأي من الطرفين إنهاء هذا العقد، فورا وبموجب إشعار كتابي إذا:
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.	أ. أفلس الطرف الآخر أو طلب إشهار إفلاسه، أو ثبت إعساره، أو صدر أمر بوضعه تحت الحراسة، أو كان شركة وجرى حلها أو تصفيتها.
b) Has its qualification or accreditation from the Insurance Authority and Council of Health Insurance cancelled or fails to renew during the validity of this contract according to what is decided by the Insurance Authority.	ب. تم إلغاء الترخيص أو الاعتماد من هيئة التأمين أو مجلس الضمان الصحي -حيثما ينطبق-أو أخفق في التجديد أثناء سريان مفعول هذا العقد.
13.INTELLECTUAL PROPERTY	**13. الملكية الفكرية**
13.1 All intellectual property rights relating to the Contractor's work created prior to the date of this Contract or independently of this Contract ("Existing Work") shall remain the property of the Contractor. The Contractor shall also retain all intellectual property rights not connected with this Contract, such as those developed by the Contractor independently of this Contract and for the purpose of accomplishing the work required under this Contract.	13.1 تبقى حقوق الملكية الفكرية المتعلقة بأعمال المتعاقد التي أنشأها قبل تاريخ هذا العقد أو باستقلال عن هذا العقد ("الأعمال القائمة") ملكاً للمتعاقد، كما يحتفظ المتعاقد بجميع حقوق الملكية الفكرية غير المتصلة بهذا العقد كتلك التي يطورها المتعاقد باستقلال عن هذا العقد وبهدف إنجاز الأعمال المطلوبة في هذا العقد.

13.2 Both parties undertake to respect intellectual property rights and ensure full compliance with intellectual property laws and regulations, in accordance with the laws and regulations in force in the Kingdom, and to refrain from using any trademark or any other element unless prior written consent is obtained.	13.2 يتعهد الطرفان باحترام حقوق الملكية الفكرية وضمان التطبيق الكامل لأنظمة الملكية الفكرية، بما يتفق مع القوانين والأنظمة المعمول بها في المملكة، والامتناع عن استخدام أي علامة تجارية 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 لالتزاماته بموجب هذا العقد.
Chapter 10: Settlement of Disputes	**الفصل العاشر: تسوية النزاعات**
14.APPLICABLELAWSAND SETTLEMENT OF DISPUTES	**14. الأنظمة المطبقة وحل النزاعات**
14.1Applicable Law:	**14.1 النظام المطبق:**
This contract shall be subject to and construed in accordance with the applicable laws in the Kingdom.	يخضع هذا العقد ويفسر وفقاً لأنظمة المملكة.
14.2Settlement 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 relevant authorities, in order to resolve the disputes by settlement.	أ. اتفق الطرفان على إحالة كافة النزاعات الناشئة عن تفسير أو تنفيذ أو إنهاء هذا العقد لدى الجهات المختصة المعنية من أجل إنهائها بالتسوية أو الصلح أو أي حل ودي آخر.
(b) If a settlement is not reached between the two parties, either party has the right to turn to the competent judicial authority.	ب. في حال عدم حصول التسوية بين الطرفين، يحق لأي من الطرفين حينها التوجه للجهة القضائية المختصة.
Chapter 11: Final Provisions	**الفصل الحادي عشر: أحكام ختامية**
15.NOTIFICATION	**15 الإشعارات**
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.	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 اسبوع من إنهاء خدمات الاشخاص المخولين وتوفير ضابط اتصال آخر.

15.2 All notifications hereunder or associated herewith shall be written in Arabic or English, and the two parties shall submit all notifications via NPHIES in addition to the official email of the Insurance Company or service provider specified herein or to the official addresses of parties.	15.2 يجب أن تكون جميع الإشعارات الصادرة بموجب هذا العقد أو المرتبطة به خطية باللغة العربية أو الإنجليزية ويلتزم الطرفان بتقديم كافة الإشعارات من خلال منصة "نفيس" إضافةً إلى البريد الإلكتروني الرسمي الخاص بشركة التأمين أو مقدم الخدمة المحدد في هذا العقد أو إلى العناوين الرسمية للطرفين.
15.3 The dispatch date printed on the readings receipt submitted by the recipient shall be adopted in notifications, provided that if the dispatch date is a Friday, Saturday, or an official holiday in the Kingdom of Saudi Arabia, the reading receipt is to be considered effective on the following working day.	15.3 يعتمد في الإشعارات تاريخ الإرسال الظاهر في إيصال القراءات المقدم من المستلم شريطة أنه إذا كان تاريخ الإرسال يوم جمعة أو يوم سبت أو يوم عطلة رسمية في المملكة العربية السعودية، فإن إيصال القراءة يعتبر نافذاً في يوم العمل التالي.
16.GENERAL PROVISIONS	**16 أحكام عامة**
16.1 **Contract Amendment:** The two parties agree that this contract includes the minimum requirements to be met and agreed upon in the contractual relationship between the two parties, any such change, amendment or improvement hereto may not be made and (if any) it shall not be recognized. In the case of any additions made according to a written document signed by an authorized representative of each party shall be added to the contract as an appendix, provided that none of these additions contradict the terms or conditions contained herein in any form whatsoever, and they shall also be effective as soon as they are signed by parties. unless the two parties agree to specify a different period for the validity of these additions.	16.1 **تعديل العقد:** 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 مكتوبة وموقعة من قبل ممثل معتمد عن كل طرف تضاف إلى العقد كمُلحق، شريطة ألا تكون أي من تلك الإضافات تتعارض مع ما تضمنه هذا العقد من شروط أو أحكام بأي شكل كان، وتكون تلك الإضافات أيضاً سارية النفاذ فور توقيع الطرفين عليها مالم يتفق الطرفان على تحديد مدة مغايرة لسريان نفاذ تلك الإضافات.
16.2 The Parties may, pursuant to a supplementary agreement, agree to implement value-based contractual arrangements or payment models for a specific health condition, service, or procedure, in accordance with the approved controls and requirements. The supplementary agreement shall specify the scope of application, quality indicators, health outcomes, beneficiary experience, performance measurement mechanism, the roles and responsibilities of the Parties, and the related financial arrangements, provided that the implementation of	16.2 مع عدم الإخلال بأحكام العقد الموحد، يجوز للطرفين، بموجب عقد إلحاقي، الاتفاق على تطبيق ترتيبات تعاقدية أو نماذج دفع قائمة على القيمة لحالة صحية أو خدمة أو إجراء محدد، وفقًا للضوابط والمتطلبات المعتمدة. ويحدد العقد الإلحاقي نطاق التطبيق، ومؤشرات الجودة والمخرجات الصحية وتجربة المستفيد وآلية قياس الأداء، وأدوار ومسؤوليات الطرفين، والترتيبات المالية ذات الصلة، على ألا يؤثر تطبيق هذه الترتيبات على القرار الطبي لمقدم الخدمة أو جودة الرعاية أو حقوق المستفيد.

such arrangements shall not affect the Service Provider's medical decision, the quality of care, or the rights of the beneficiary.	
16.3 **Assignment or Transfer:** With the exception of any delegation of a part of the two parties' tasks to a revenue cycle management company or a claims management company, neither party may assign or transfer this contract or any rights or obligations hereunder without obtaining prior written consent from the other party.	16.3 **التنازل أو التحويل:** باستثناء أي تفويض لجزء من مهام الطرفين لشركة إدارة دورة الإيرادات أو شركة إدارة المطالبات، لا يجوز لأي من الطرفين التنازل، أو تحويل هذا العقد أو أي حقوق أو التزامات بموجبها دون الحصول على الموافقة الخطية المسبقة من الطرف الآخر.
16.4 Merger or Change of Ownership: The merger of the Service Provider, or any transfer of its ownership or control, shall not be deemed an assignment or transfer of this Contract, provided that such merger or transfer is carried out in accordance with the Companies Law and the relevant laws and regulations. The Contract shall remain in force, and the rights and obligations thereunder shall transfer, as applicable, to the merging company or the company resulting from the merger, subject to the relevant statutory and regulatory requirements. The Service Provider shall notify the other Party of any such change.	16.4 **الإندماج أو إنتقال الملكية** :لا يُعد اندماج مقدم الخدمة أو انتقال ملكيته أو السيطرة عليه، متى تم وفقًا لأحكام نظام الشركات والأنظمة ذات العلاقة، تنازلًا أو تحويلًا للعقد، ويستمر العقد وتنتقل الحقوق والالتزامات إلى الشركة الدامجة أو الشركة الناشئة عن الاندماج، بحسب الأحوال، مع مراعاة المتطلبات النظامية والتنظيمية ذات الصلة، على أن يلتزم مقدم الخدمة بإشعار الطرف الآخر بأي تغيير من ذلك.
16.5 Both parties shall not have the right to agree on the exclusivity of the contract and therefore there shall be nothing to prevent the Insurance Company from contracting with other service providers, as well as nothing shall prevent the service provider from contracting with other Insurance Companies.	16.5 لا يحق للطرفين الاتفاق على حصرية التعاقد وبالتالي فإنه لا يوجد ما يمنع من قيام شركة التأمين بالتعاقد مع مقدمي خدمة آخرين وكذلك ما يمنع من قيام مقدم الخدمة بالتعاقد مع شركات تأمين أخرى.
16.6 **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. This is in accordance with the regulations issued by the competent authority.	16.6 **استخدام العلامة التجارية:** أثناء مدة هذا العقد، يخول مقدم الخدمة شركة التأمين إدراج اسمه كجزء من شبكة مقدمي الخدمة التابعة لشركة التأمين أمام مستفيديها، ولا يجوز لأي من الطرفين استخدام اسم أو العلامة التجارية الخاصة بالآخر بدون موافقة خطية مسبقة، ويلتزم مقدم الخدمة بعرض لافتة أو ملصق في مكان واضح لشركات التأمين المتعاقد معها. وذلك بمراعاة الأنظمة الصادرة من الجهة المختصة.
16.7 Both parties are obligated that their work procedures and policies do not conflict with what is stated herein.	16.7 يلتزم الطرفان بألا تتعارض اجراءات وسياسات العمل لديهما مع ما ورد في هذا العقد.

16.8The Gregorian calendar shall be used for all transactions between the two parties.	16.8 يتم استخدام التقويم الميلادي في كل المعاملات بين الطرفين.
16.9 In the event that there is a conflict between the Arabic text and the English text, then the Arabic text shall prevail.	16.9 في حالة وجود تعارض بين النص العربي والنص الإنجليزي، فإنه يعتد بالنص العربي.
This Contract is made of two original counterparts, one per each party. Both parties are committed to documenting the contract via the E-government program.	حرر هذا العقد من نسختين أصليتين وتسلم كل طرف نسخة منه ويلتزم الطرفان بالقيام بتوثيقه من خلال برنامج التعاملات الإلكترونية.

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