وثيقة الضمان الصحي الأساسية

العربية
arabia
شركة التامين العربية التعاونيه

الرقم التعريفي للمنتج : A-AICC-2-B-08-034

وثيقة الضمان الصحي الأساسية:

الموضوع	رقم الصفحة
الفهرس	1
أهداف الوثيقة	2
القسم الأول : التعريفات	3
القسم الثاني : النفقات القابلة للإستعاضة / المنافع	10
القسم الثالث : الضوابط والاستثناءات	13
القسم الرابع : الشروط العامة	16
القسم الخامس : دليل الأدوية التأمينية	26
القسم السادس : الشبكة	29
القسم السابع : جدول المنافع الصحية 1	33
القسم الثامن : جدول 2 وثيقة الضمان الصحي الأساسية	42
القسم التاسع : ملاحق الوثيقة	50

أهداف وثيقة الضمان الصحي الأساسية:

تم صياغة وثيقة الضمان الصحي لتستهدف 7 أهداف رئيسية ترتكز على رؤية المجلس بأن نكون جهة رائدة عالمياً في الوقاية وتعزيز جودة وكفاءة الخدمات الصحية لمستفيدي الضمان الصحي.

1 - وقاية المستفيدين: الفحص المبكر والاستكشافي - اللقاحات - تغطية الأمراض الجنسية المعدية
2 - تعزيز الصحة: صحة المرآة - صحة الطفل - الأسنان - تنظيم الأسرة
3 - الحد من مضاعفات المرض: التشوهات الخلقية - تلف صمامات القلب المكتسبة
4 - تحسين القدرة والوظائف للمستفيدين: النظر إعادة التأهيل - العمليات الجراحية
5 - تسهيل وصول الفئة المستفيدة للخدمة: الرعاية المنزلية - الطب الاتصالي - دليل الأدوية التأميني
6 - تمكين المستفيدين: التنويم - زيارة العيادات الخارجية - علاج الحالات الطارئة
7 - تعزيز جودة و كفاءة الخدمة: الأجهزة الطبية - الأمراض المزمنة

شركة مساهمة سعودية رأس المال 530,000,000 ريال سعودي-ترخيص رقم ت م ن /15/ 20086 - وخاضعة لرقابة وإشراف البنك المركزي السعودي -سجل تجاري 1010243302ص. ب 286555 الرياض 11323- خدمة واصل 7110 طريق الملك عبد العزيز الفرعي-حي الورود وحدة رقم 6 الرياض 12252-4453 المملكة العربية السعودية
Saudi Joint Stock Company - Capital (SR) 530,000,000 - License No. 20086 /15/ ت م نUnder SAMA's Control & Supervision - C.R. 1010243302 P.O. Box 286555 Riyadh 11323- WASEL 7110 King Abdulaziz Road, Al Wurud Area Unit No. 6 Riyadh 12252– 4453 KSA www.aicc.com.sa-920005002

القسم الأول
التعريفات

يكون للألفاظ والعبارات الواردة في هذه الوثيقة المعاني الموضحة أمام كل منها مالم يقتضي السياق خلاف ذلك ويكون للعبارات التي لم يتم تعريفها ذات المعاني الموضحة لكل منها في النظام أو اللائحة التنفيذية:

1- المملكة: المملكة العربية السعودية.
2- المجلس: مجلس الضمان الصحي وأمانته العامة.
3- النظام: نظام الضمان الصحي التعاوني المطبق في المملكة.
4- اللائحة التنفيذية: اللائحة التنفيذية للنظام.
5- الوثيقة: وثيقة الضمان الصحي الأساسية هذه: بما في ذلك جدولها وملاحقها ومرفقاتها.
6- التأمين الصحي: التأمين الصحي الذي يقرره النظام ولائحته التنفيذية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها وتقدمه شركات التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة وفقاً لنظام مراقبة شركات التأمين.
7- مدة التأمين الصحي: المدة المبيّنة في جدول الوثيقة التي يبقى فيها التأمين الصحي ساري المفعول.
8- مدة سريان المفعول: عدد الأيام التي ستكون الوثيقة خلالها نافذة المفعول في حالة عدم سداد كامل الاشتراك المبيّن في جدول الوثيقة.
9- تاريخ البدء: التاريخ المبيّن في جدول الوثيقة والذي تبدأ عنده التغطية التأمينية.
10- تاريخ السريان: التاريخ الذي يصبح فيه الشخص مؤهل للتغطية بموجب هذه الوثيقة أو لإضافة أو حذف شخص مؤمن له في الوثيقة.
11- المنفعة: نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبيّنة في جدول الوثيقة.
12- التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة في هذه الوثيقة.
13- حدود التغطية: الحد الأقصى لمسؤولية شركة التأمين كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن له وذلك قبل تطبيق نسبة التحمل.
14- أطراف العلاقة التأمينية: شركة التأمين. وشركة الوساطة: ومقدمي الخدمة وشركة إدارة دورة الإيرادات. وشركة إدارة المطالبات, وحامل الوثيقة. والمستفيد وكل من يعتبر طرفاً في العلاقة التأمينية وفقا للائحة التنفيذية.
15- شركة التأمين: شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة من قبل البنك المركزي السعودي والمؤهلة لممارسة نشاط الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
16- حامل الوثيقة: الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
17- المستفيد أو المؤمن له: هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية التأمينية الصحية لصالحه بموجب هذه الوثيقة.
18- صاحب العمل: كل شخص طبيعي أو اعتباري يشكل عاملاً أو أكثر مقابل أجر وفقًا لنظام العمل.
19- العامل: كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته او إشرافه مقابل أجر, ولو كان بعيداً عن نظارته.
20- المعال: الزوج أو الزوجة؛ والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون والبنات غير المتزوجات غير العاملات بالإضافة إلى الأيتام المحتضنين لدى الأسر الكافلة المستفيدة من التأمين الصحي الإلزامي.
21- مقدم الخدمة: المرفق الصحي (الحكومي وغير الحكومي) المؤهل نظاماً و المرخص له بتقديم الخدمات الصحية في المملكة وفقاً للأنظمة والقواعد ذات العلاقة, والمعتمد من المجلس, وعلى سبيل المثال لا الحصر: مستشفى، مجمع طبي عام، مجمع طبي متخصص، مركز تشخيص, عيادة؛ صيدلية؛ مختبر. مركز علاج طبيعي أو مركز علاج بالإشعاع.
22- شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة: مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحددين من قبل شركة التأمين لتقديم الخدمة للمؤمن له: ويتم قيد هذه الخدمات مباشرة على حساب شركة التأمين. على أن تتضمن هذه الشبكة مستويات الخدمات الصحية التالية:

- المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية).
- المستوى الثاني (المستشفيات العامة).
- المستوى الثالث (المستشفيات التخصصية أو المرجعية).
- مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات: مراكز العلاج الطبيعيء. محلات النظارات: الطب الإتصالي، الرعاية المنزلية).

23- المستشفى: مرفق صحي معتمد من المجلس، ومقبول من حامل الوثيقة وشركة التأمين ومرخص له بالعمل كمستشفى وفقاً للأنظمة المعمول بها لتقديم الخدمات الصحية التي قد يطالب بالتعويض عن تكاليفها بموجب هذه الوثيقة.

24- الطبيب المرخِّص: مزاول مهنة الطب الحاصل على المؤهل العلمي المناسب حسب تصنيف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية: والمرخص له بمزاولة مهنة الطب من قبل وزارة الصحة.

25- الرعاية الأولية: الخدمات الصحية التي تقدم من قبل فريق طبية تحت إشراف ممارسين مؤهلين بحيث تكون هذه الخدمات شاملة. مستمرة، منسقة ومبنية على أساس الرعاية الحكيمة. وتتراوح الرعاية الأولية بين الإرشاد والوقاية إلى علاج الأمراض العضوية والنفسية لجميع الأعمار والفئات من المستفيدين بالإضافة إلى وخدمات رعاية الأمومة وصحة الطفل وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية وخدمات الرعاية العاجلة ورعاية الأمراض المزمنة والصحة السكانية وغيرها بحسب احتياج المستفيدين المسجلين لدى مقدمي خدمة الرعاية الأولية ووفقاً لأفضل الممارسات الطبية المعتمدة.

26- العلة: المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له قبل وخلال مدة التأمين الصحي، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص.

27- الحادث: الواقعة التي تحدث فجأة وغير المتوقعة في مسار الحياة العامة خلال مدة التأمين الصحي.

28- حادث سير: كل حادث ينتج عنه أضرار جسيمة، أو خفيفة أو خسائر مادية جزئية أو كلية في الممتلكات دون قصد؛ جراء ا ستخدام المركبة وهي في حالة حركة كما هو منصوص عليه في الأنظمة المختصة وذات العلاقة.

29- المركبة: كل وسيلة من وسائل النقل التي أعدت للسير على عجلات أو جنزير. وتسير أو تجر بقوة آلية أو حيوانية,. بما في ذلك أي مركبة ميكانيكية أو كهربائية سواء كانت سيارة أو حافلة, خاصة أو عامة.

30- إصابة " حادث " عمل: الحادث الذي يقع للمؤمن له بسبب العمل أو أثناءه أو بسبب تنقلاته من السكن إلى العمل والعودة منه أو نتيجة قيامه بمهمة عمل أو أثناء ذهابه لتناول طعامه أو تأدية صلاته أو الأمراض التي يثبت أن سببها العمل. كما يعد تاريخ أول تشخيص طبي للمرض في حكم تاريخ الإصابة.

31- الأخطار الشخصية: أي فعل أو ممارسة يقوم بها الشخص والمتعارف عليها كنشاط خطر ومنطوي على مخاطر التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن يسبب مضاعفات لمرض أو إصابة سابقة وتكون نتيجة لأعمال غير مرتبطة بأعمال المؤمن له أو الممارسات اليومية الاعتيادية مثل: الرياضات الخطرة (الجودو الملاكمة: الكاراتيه. المصارعة: الرياضات القتالية)، سباقات السيارات والقوارب والدرجات النارية. الطيران الشراعي، القفز المظلي وتسلق الجبال.

32- الحالة الطارئة: العلاج الطبي الطارئ الذي تقتضيه الحالة الطبية للمستفيد إثر وقوع حدث, أو عارض أو حالة صحية طارئة تستدعي التدخل الطبي السريع وذلك حسب المستويات التالية من مستويات فرز الرعاية الطبية العاجلة (1- الإنعاشء. 2- الطوارئ. 3- الحالة العاجلة التي من الممكن أن تؤدي إلى فقدان الحياة, أو فقدان عضو أو أكثر أو حدوث حالة إعاقة عارضة أو مستديمة) كما هو موضح بنظام المؤسسات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية المعتمدة من وزارة الصحة والذي يحدد كيفية فرز الحالات الطارئة.

33- المعالجة في العيادات الخارجية: زيارة المستفيد للعيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علّة.

34- جراحة أو معالجة اليوم الواحد: الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق الدخول في مركز معالجة ليوم واحد ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي. عاما بان ترميزها وتسعيرها يكون وفقا للآلية المتبعة لدى المستشفى للتنويم.

35- التنويم في المستشفى: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض مُنوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي على الأقل بما في ذلك المريض الذي يتم قبوله بهذه النية ويغادر المستشفى لأي سبب دون المبيت.

36- الرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة): مجموعة متنوعة من الخدمات التي تشمل الرعاية الطبية وغير الطبية المقدمة للأشخاص غير القادرين على أداء الأنشطة الأساسية للعيش اليومي (Activity of daily livings) للأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن أو إعاقة, أو لا يستطيعون رعاية أنفسهم لفترات طويلة. حيث تركز الرعاية طويلة الأجل على الخدمات الفردية والمنسقة التي تعزز الاستقلال. وتحسين جودة حياة المرضى وتلبية احتياجات المرضى على مدى فترة زمنية طويلة.

37- الرعاية الصحية عن بعد (الطب الإتصالي): استخدام وسائل تقنية المعلومات والاتصالات الإلكترونية لتقديم خدمات التشخيص والفحص والمعاينة الطبية للمريض وتشمل -على سبيل المثال لا الحصر-الرعاية الصحية عن بعد والصحة باستخدام الهواتف الذكية (Health Mobile) كما تعتبر من صور الطب الإتصالي (الاستشارة عن بُعد. استشارة خبير عن بعد المساعدة عن بعد رأي طبي آخر).

38- الطب البديل (التكميلي): مجموعة طبية متنوعة من أنظمة الرعاية الصحية والممارسات والمنتجات التي لا تعتبر جزءاً أو امتداداً للممارسة الطبية الحديثة. ويستعمل الطب التكميلي جنباً إلى جنب مع الطب الحديث بينما لا يكون هناك استعمال للطب البديل مع الطب الحديث في أن واحد. وعلى سبيل المثال لا الحصر العلاج بالأعشاب، الحجامة؛ والطب الصيني , التنويم المغناطيسي تقويم العظام (Osteopathy) تقويم العمود الفقري (Chiropractic)
الوخز الإبري؛ بالإضافة إلى مجموعة من الممارسات الأخرى.

39- الصحة: حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً. لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

40- الحساسية: تحسس الفرد بصفة خاصة, لأنواع معينة من الغذاء. الدواء. الطقس غبار الطلع أو أي محدثات أخرى من النباتات: الحشرات. الحيوانات: المعادن: العناصر أو المواد الأخرى, حيث يعاني الفرد ردود فعل بدنية يسببها الاتصال المباشر أو غير المباشر بتلك المواد مما يتسبّب في حالات مثل الربو سوء الهضم الحكة. حمى القشّ الأكزيما الصداع.

41- التشوُّه الخَلقي: الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي.

42- الحمل والولادة: أي حالة حمل أو ولادة. ويشمل ذلك الولادة الطبيعية والقيصرية والإجهاض.

43- الطفل الخدج (المبتسر): الطفل المولود قبل الأسبوع 37 (قبل ثلاثة أسابيع من تاريخ الولادة).

44- الحالات النفسية: اضطراب في التفكير أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها.

45- حالات الإعاقة: الإعاقة تعني الإصابة بقصور كلي أو جزئي بشكل دائم أو لفترة طويلة من العمر في إحدى القدرات الجسمية أو الحسية أو العقلية أو التواصلية أو التعليمية أو النفسية, وتتسبب في عدم إمكانية تلبية متطلبات الحياة العادية من قبل الشخص المعاق واعتماده على غيره في تلبيتها أو احتياجه لأداة خاصة تطلب تدريبًا أو تأهيلًا خاصا لاستخدامها.

46- إجراءات تحسين النظر: إجراءات لتحسين مستوى الإبصار مثل تشطيب القرنية والعدسات والنظارات الطبية والتي ليس لها أثر لمنع فقدان الإبصار.

47- إجراءات تحسين النظر الوظيفي: هي إجراءات علاج العين الضرورية لمنع فقد البصرعلى سبيل المثال عمليات الحول والغمّش "Amblyopia" للأطفال دون سن 14 سنة. الماء الأزرق والماء الأبيض والقرنية المخروطية "keratoconus, cataract, glaucoma" لجميع الاعمار.

48- العضو البشري: هو أي جزء من أجزاء جسم الإنسان (المتوفى أو الحي) أو أنسجته أو أي من مكوناته والتي يمكن الانتفاع منها بزراعتها في جسم إنسان آخر ويستثنى من ذلك الدم.

49- زراعة / نقل الأعضاء البشرية: عملية طبية يستأصل من خلالها العضو البشري-او جزء منه- من جسم المتبرّع ويزرع في جسم المتبرّع له. بأي وسيلة طبية ومعتمدة.

50- إعادة التأهيل: جزء أساسي للرعاية الصحية الشاملة وتطبيقاتها من أجل إعادة الشخص الذي يعاني من ضعف أو قصور أو خلل عارض أو مستمر إلى أفضل مستوى من الأداء في حياته.

51- طب الأسنان التصحيحي: يشمل أي من الإجراءات الطبية التالية: استشارات الأسنان, الفحوصات الطبية. الحشوات. الجسور التلبيس التيجان التنظيف إزالة الجير (Scaling)وتلميع الأسنان , علاج اللثة, زرع أو تركيب الأسنان الاصطناعية وغيرها من الإجراءات الطبية ذات العلاقة.

52- الجراحة الترميمية: هي إجراء الجراحة التجميلية الترميمية لتصحيح العيوب أو التشوهات أو الاصابات الناجمة عن حادث أو عدوى أو ورم: أو مرض.

53- الدواء أو العلاج المبتكر Innovative "Brand" Name : المستحضرات التي تحتوي على مادة فعالة جديدة ويتم طرحها تحت اسم تجاري في الأسواق من قبل الشركة المبتكرة.

54- الدواء أو العلاج الجنيس (Generic Name): الشكل الصيدلاني والتركيز وطريقة التناول والجودة والفعالية والادعاء العلاجي.

55- القسط (الاشتراك): هو المبلغ الواجب أداؤه لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين الصحي.

56- نسبة التحمل (المشاركة بالدفع): الجزء الذي يلتزم المستفيد بدفعه عند تلقي خدمات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية حسب ما هو منصوص عليه (إن وجد) في جدول الوثيقة. عدا الحالات الطارئة والتنويم.

57- أساس التنفيذ المباشر أو على حساب شركة التأمين: تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمّن لهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعينين من قِبَلُ شركة التأمين حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب شركة التأمين.

58- أساس تعويض البدل: الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها المؤمن له ويقدم عنها مطالبة: وذلك بعد تطبيق نسبة التحمل.

59- النفقات القابلة للاستعاضة: المصاريف الفعلية المُنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من هذه الوثيقة. على أن يصفها طبيب مُرخّص بسبب علّة تعرض لها المؤمن له. شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه بناءً على أفضل الممارسات الطبية المعتمدة.

60- المطالبة: طلب مقدم إلى شركة التأمين أو من يمثلها من مقدم خدمة أو المؤمن له أو من حامل الوثيقة، بغرض استعاضة قيمة نفقات الخدمات الصحية المشمولة ضمن تغطية الوثيقة, والمشفوع بالمستندات المالية والطبية المؤيدة له.

61- المستندات المؤيدة للمطالبة: جميع المستندات التي تثبت عمر المؤمن ووزنه وطوله وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وما يثبت سداد التكاليف. كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة. الفواتير الإيصالات الوصفات الطبية؛ تقرير الطبيب؛ الإحالة والتوصيات؛ بالإضافة إلى أي مستندات أخرى ذات علاقة قد تطلبها شركة التأمين.

62- الاحتيال: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل بهدف كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى أو تنطوي على غش أو خداع والذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة. وما يدخل تحت ذلك وفقاً للنظام واللائحة التنفيذية.

63- إساءة الاستخدام: قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بممارسات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين بالحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق للحصول على المنفعة وما يدخل تحت ذلك وفقاً للنظام واللائحة التنفيذية. ومن ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- المبالغة في التحاليل التشخيصية والأدوية.

64- الإهمال: تقديم إجراءات تأمينية/طبية بدون توخي مقداراً معقولاً من الحذر المتعارف عليه طبياً. والذي كان سبباً في حدوث ضرر مادي أو معنوي لأحد الأطراف التأمينية والذي لم يكن ليحصل لولا الإهمال الذي تم.

65- احتساب العمر: يحتسب العمر بحسب السنة الميلادية التي تبدأ مع بداية شهر يناير وتنتهي بنهاية شهر ديسمبر.

66- نظام حماية البيانات الشخصية: نظام حماية البيانات الشخصية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) بتاريخ 9/2/1443هـ (الموافق 16/9/2021م).

القسم الثاني

النفقات القابلة للاستعاضة/المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة تعني المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد واجهزة غير مستثناه بموجب القسم الثالث من هذه الوثيقة, على ان يتم وصفها من قبل مقدم خدمة مُرخص بسبب علة تعرض لها المؤمن له شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه. وتشمل النفقات القابلة للاستعاضة كل ما يلي:

1- مصاريف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له المتوفى إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل شريطة ألا يكون سبب الوفاة أحد الأسباب المستثناة في القسم الثالث من هذه الوثيقة.

2- المناف الصحية وتشمل كل مما يلي :

أ- جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية, وفقا لجدول الوثيقة.

ب- الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية: ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة الواردة في الملحق رقم (1) المرفق بهذه الوثيقة.

ج- جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والحمل والولادة.

د- علاج كافة الأمراض الوراثية.

هـ- حالات الإعاقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.

و- التدخلات العلاجية لمستفيدين الرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة) ماعدا ما ذكر بالاستثناءات.

ز- إجراءات تصحيح النظر الوظيفي لمنع فقد الإبصار.

ح- الأجهزة الطبية. ولوصف الجهاز الطبي بشكل نظامي من قبل طبيب مرخص في مركز معتمد لا بد من الالتزام بالآتي:

1- وجود العلة أو المرض لدى المؤمن له. ويشمل ذلك أمراض القلب الضغط, السكري أمراض الجهاز التنفسي.

2- تصرف الأجهزة الطبية الحاصلة على ترخيص من الهيئة العامة للغذاء والدواء من خلال شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين لدى شركة التأمين حسب الأسعار المعتادة والمعقولة مرة واحدة خلال مدة سريان الوثيقة, على أنه يمكن صرف الجهاز مرة أخرى بشرط انتهاء العمر الزمني للجهاز الحالي الذي يملكه -إن وجد

3- يلزم وجود مبرر طبي -خلال فترة سريان الوثيقة- يستدعي استبدال الجهاز الحالي في حال طلب المؤمن له لجهاز طبي جديد. كما يمكن لشركة التأمين طلب الجهاز القديم من أجل استبداله.

4- يتم الرجوع لأفضل الممارسات الطبية مع ربطها بمبدأ الرعاية الحكيم المبنية على القيمة عند اعتماد التغطية التأمينية والاعتماد على دراسة قيمة الأثر المعلنة من قبل مراكز تقييم التقنيات الصحية المحلية او الدولية في حال توفرها.

ط- كما تشمل أيضاً كل من المنافع المذكورة بالجدول رقم (1) الوارد لهذه الوثيقة في الجدول.

شركة مساهمة سعودية رأس المال 530,000,000 ريال سعودي-ترخيص رقم ت م ن /15/ 20086 - وخاضعة لرقابة وإشراف البنك المركزي السعودي -سجل تجاري 1010243302ص. ب 286555 الرياض 11323- خدمة واصل 7110 طريق الملك عبد العزيز الفرعي-حي الورود وحدة رقم 6 الرياض 12252-4453 المملكة العربية السعودية
Saudi Joint Stock Company - Capital (SR) 530,000,000 - License No. 20086 /15/ ت م ن Under SAMA's Control & Supervision - C.R. 1010243302 P.O. Box 286555 Riyadh 11323- WASEL 7110 King Abdulaziz Road, Al Wurud Area Unit No. 6 Riyadh 12252– 4453 KSA www.sicc.com.sa-920005002

القسم الثالث

الضوابط والاستثناءات

(أ) لا تغطي هذه الوثيقة المطالبات الناشئة مباشرةً عن الآتي:

1- مضاعفات الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً باستثناء تكاليف علاج الإصابات المهددة للحياة.
2- مضاعفات الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة الاستعمال المتعمد لبعض الأدوية أو المنشطات أو المهدّئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك باستثناء تكاليف علاج الاصابات المهددة للحياة.
3- الجراحة التجميلية غير الترميمية.
4- الفحوصات الشاملة واللقاحات أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلب علاج طبي أو لم يتم النص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية المذكورة بالوثيقةأو التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).
5- المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل.
6- الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية.
7- أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
8- جميع التكاليف المتعلقة بزرع الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية, تقويم الاسنان,أطقم الاسنان أو الاجراء التجميلي على سبيل المثال لا الحصر تبيض الاسنان باستثناء ما ذكر من منافع بالوثيقة.
9- إجراءات تصحيح النظر لأمراض العين التي لا تؤدي لفقد البصر.
10- مصاريف انتقال الشخص المؤمن له داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير الإسعاف الأرضي المرخص.
11- تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المُستعار.
12- اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها فيما عدا تلك الحالات غير الممكن علاجها بدون اجراء هذه الاختبارات, أو الحالات المتعلقة بوصف أدوية العلاج حسب الأدلة والبراهين الطبية.
13- الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو الجراحات أو المعالجة بالهرمونات بهدف حصول حمل أو علاج العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصيب بواسطة الأنابيب أو أي وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.
14- حالات التشوه الخلقي, باستثناء الحالات التي تشكل تهديد حالي أو مستقبلي على حياة المؤمن له.
15- أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن له أثناء تنويمه أو اقامته بالمستشفى عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن له, وحيثما تقتضي أفضل الممارسات الطبية المعتبرة.
16- معالجة حب الشباب.
17- حالات زراعة الأعضاء البشرية بحسب التعريف الوارد في القسم الأول من الوثيقة,
18- ويستثنى من ذلك ما تم إضافته للمنافع بخصوص زراعة الأعضاء. علما بان الاعضاء الصناعية تعامل بحسب منافع واستثناءات الوثيقة.
19- استبدال المفاصل ماعدا ما ذكر من منافع بالوثيقة او لعلاج المضاعفات الناتجة عن منفعة مغطاة مثل استبدل مفصل الركبة بسب سرطان او حادث.
20- الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة إضافة أي رياضه غير ما ذكر بقسم التعريفات ترفع للمجلس للبت فيها.
21- أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
22- الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة.
23- الأمراض التي يتم تصنيفها بواسطة منظمة الصحة العالمية أو وزارة الصحة كالأوبئة جوائح, والكوارث الطبيعية
24- النظارات الطبية لمن يتجاوز الأربعة عشر (14) عاماً.
25- المضاعفات الناتجة عن أي مرض أو إصابة سابقة مستثناة بموجب أحكام هذه الوثيقة.
26- الرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة) المقتصرة على الرعاية التمريضية والعناية الشخصية ماعدا ما ذكر من المنافع

(ب) استثناءً من أحكام القسم الثاني من هذه الوثيقة لن يتم تغطية المناف الصحية أو إعادة الجثمان إلى الموطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة عن لآتي:

1-الحرب الغزو أعمال العدوان (الأجنبي) سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن.
2-الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أي نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
3-الخصائص المُشّعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
4-مزاولة الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
5-اعمال الشغب, أو الإضراب, أو الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.
6-الحوادث أو التفاعلات الكيماوية أو البيولوجية أو البكتريولجية إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.

(ج) لا يندرج تحت مفهوم المستشفى في هذه الوثيقة كل من الفنادق أو دور المنامة أو دور الضيافة أو الاستراحات أو دور النقاهة أو المصحَّات أو أماكن رعاية الأشخاص المُتحفَّظ عليهم أو مأوى كبار السن أو المدارس/المعاهد المتخصصة بتعليم الصم والمكم والتوحد وما شابههم.

القسم الرابع

الشروط العامة

شروط الوثيقة

(1) اثبات سريان المفعول:

تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن لهم. ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف مخول رسميا من شركة التامين, كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا اثبت ذلك بموجب ملحق موقع من موظف مخول رسميا من شركة التامين.

(2) تواريخ سريان التغطية التأمينية:

(أ) بالنسبة للعاملين: يبدأ سريان التغطية التأمينية بالنسبة للعامل الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة, او من تاريخ عقد العمل بالنسبة للعاملالذي يلتحق بالعمل في وقت لاحق.

(ب) بالنسبة للمُعالين: يبدأ سريان التغطية التأمينية بالنسبة للمعالين من التاريخ الذي أصبح فيه العامل والمسؤول عن إعالتهم مؤْمنا له او في التاريخ الذي اكتسبوا فيه لأول مرة صفة معالين.

(ت) بالنسبة للأجنة والأطفال حديثي الولادة:

1- يبدأ سريان التغطية التأمينية بالنسبة للأجنة من بداية تكوينه إلى بعد الولادة بشهر, وتكون تغطيته بحسب حد الوثيقة.

2- يبدأ سريان التغطية التأمينية بالنسبة للأطفال حديثي الولادة من الولادة على وثيقة الأم وبحد أقصى 30 يوم من تاريخ الولادة حتى يتم إضافتهم على الوثيقة بأثر رجعي من تاريخ الولادة. وتكون تغطيته بحسب حد الوثيقة.

(3) انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن لهم:

(أ) **بالنسبة للعاملين:** تنتهي تلقائياً تغطية العامل التأمينية بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

1- إذا انتهت مدة الوثيقة أو في حال تم إلغائها على النحو المحدد في جدول الوثيقة.

2- عند استنفاذ الحد الأقصى للمنفعة المنصوص عليه في الوثيقة.

3- عند وفاة المؤمن له, وذلك مع عدم الاخلال بما ورد في الفقرة (1) من القسم الثاني من هذه الوثيقة وبموجب حدود المنفعة في جدول الوثيقة.

4- عند مغادرة المؤمن له المملكة نهائيا.

5- عند انتقال المؤمن له للعمل لدى صاحب عمل جديد.

(ب) **بالنسبة للمَعالين:** تنتهي تلقائياً تغطية المُعال التأمينية بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

1- فقدان المُعال لصفته التأمينية كمُعال وفقاً للتعريف الوارد في القسم الأول من الوثيقة.

2- إذا انتهت مدة الوثيقة كما هي محددة في جدول الوثيقة.

3- عند استنفاذ الحد الأقصى للمنفعة المنصوص عليه في الوثيقة.

4- عند وفاة المؤمن له, وذلك مع عدم الاخلال بما ورد في الفقرة (1) من القسم الثاني من هذه الوثيقة وبموجب حدود المنفعة في جدول الوثيقة.

5- عند مغادرة المؤمن له النهائيا من المملكة.

6- عند انتقال المؤمن له للعمل لدى صاحب عمل جديد.

(ت) يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار التنويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية التأمينية وذلك للمدة التي تتطلبها العلة شريطة ألا تتجاوز تلك المدة 365 يوم تحتسب من تاريخ ابتداء العلة التي استدعت التنويم بالمستشفى وفي حدود الحد الأقصى للتغطية الواردة في جدول الوثيقة.

(4) سداد القسط (الاشتراك):

(أ) يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك/قسط التأمين الصحي المتفق عليه مع شركة التأمين الواجب أداؤه عن كل شخص مؤمن له, وذلك من تاريخ سريان التغطية التأمينية.

(ب) في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك, مع التزام شركة التأمين بإبلاغ المجلس بذلك.

(5) الإلغاء:

يجوز لحامل الوثيقة إلغاء الوثيقة في أي وقت, بموجب إشعار رسمي يرسل لشركة التأمين قبل (30) يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب, مع الأخذ بالاعتبار ما ورد في ضوابط إنشاء وإدارة أوعية مخاطر التأمين الصحي والضوابط والتعليمات المنظمة, ويلتزم كل من حامل الوثيقة وشركة التأمين في هذه الحالة بالتالي:

(أ) تقوم شركة التأمين بإبلاغ (بموجب إشعار رسمي) المجلس وشبكة مقدمي الخدمة فور تلقيها إشعار حامل الوثيقة -صاحب العمل أو المؤمن له- بإلغاء الوثيقة.

(ب) في حالة نقل عقد التأمين, يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة, و يقوم صاحب العمل بتضمين المؤمن لهم بتغطية صحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخرمقبول من المجلس بحيث تبدأ التغطية التأمينية الجديدة من تاريخ اليوم التالى لإلغاء الوثيقة السابقة.

(ت) يجوز لصاحب العمل شطب عامل أو أكثر من الوثيقة, وذلك بعد التقديم إلى شركة التأمين ما يثبت مغادرة المؤمن له من المملكة أو انتقاله الى صاحب عمل جديد.
(ث) عند إلغاء وثيقة أو شطب/حذف المؤمن له., تلتزم شركة التأمين بالتأكد من تحديث بيانات نظام إصدار الوثائق المطور وذلك حسب الرموز الخاصة بعملية الإلغاء أو الحذف.

وفي هذه الحالة تكون شركة التأمين ملزمة خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن له لم تتجاوز مطالباته
675/9 من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي: (الجزء المعاد > الاشتراك السنوي + 365,25 يوما * عدد الأيام المتبقية).
(ج) في حالة امتناع حامل الوثيقة عن رد النفقات التي جاوزت حد المنفعة الأقصى خلال المدة المحددة في المادة رقم (11) (أساس التقييد المباشر على حساب شركة التأمين لدى شبكة مقدمي الخدمة) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة أسلوب التقييد المباشر على حساب شركة التأمين, يحق لشركة التأمين الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة (إن وجدت) واستخدامها للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدّمي الخدمة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أداؤها لشركة التأمين.
(ح) يلتزم حامل الوثيقة بسداد كافة المصاريف المستحقة لشركة التأمين خلال المدة المحددة لذلك، وفي حال انتهاء المدة المحددة قبل إتمام السداد, يحق لشركة التأمين الرفع لسمة بالإضافة للرفع لصندوق الضمان في حال احقية المستفيد للمنفعة.

البيانات

(6) السجلات والتقارير:

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع العاملين لديه ومعاليهم المؤمن لهم بموجب هذه الوثيقة, على أن يحتوي هذا السجل بالنسبة لكل شخص على الاسم الكامل والجنس والعمر والجنسية والوزن والطول والتصنيف وغير ذلك من المعلومات الأساسية التي يمكن أن يكون لها تأثير على إدارة هذا التأمين الصحي وعلى التقرير بشأن معدلات الاشتراك. ويتوجب إتاحة الفرصة لشركة التأمين - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدّمها حامل الوثيقة, وتلتزم شركة التأمين متى ما طلب منها ذلك بتزويد حامل الوثيقة بأي بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بشأن للأشخاص المؤمن لهم بما لا يتعارض مع أحكام نظام حماية البيانات الشخصية إضافة إلى الالتزام بكافة الأنظمة ذات العلاقة الأخرى.

(7) إضافة وحذف الأشخاص المؤمن لهم والاشتراكات المتعلقة بذلك:

(أ) على حامل الوثيقة أن يخطر فوراً وبصفة رسمية شركة التأمين عن كافة العاملين أو المعالين الواجب نظاماً تغطيتهم بالتأمين الصحي عند بداية سريان الوثيقة, ويحق له إضافة مؤمن له على أساس تناسبي في حال وجود ما يثبت انضمام العامل للعمل لدى صاحب العمل أو طلب حذفه حال انتقاله إلى العمل لدى صاحب عمل آخر.
(ب) بالنسبة للإضافات التي لا ينطبق عليها ما ورد في الفقرة (أ) أعلاه, فإن إضافة أعداد المستجدين من المؤمن لهم يتم من تاريخ إصدار الوثيقة وتكون تغطيته / تغطيتهم سارية من تاريخ الإضافة.

(8) المؤهلين للتأمين:

(أ) بالنسبة للعاملين: فإن أي شخص مستوف لتعريف العامل يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.
(ت) بالنسبة للمعالين: فإن أي شخص مستوف لتعريف المعال يكون مؤهلاً للتأمين وفقا لما نص عليه جدول الوثيقة.

ازدواجية التغطية التأمينية

(9) الازدواجية بالتغطية التأمينية:

إذا كان أي شخص معرّف كمعال؛ بالإضافة إلى كونه مؤهل للتأمين بصفته عاملاً, فإن تمتعه بالتأمين الصحي بصفته مُعالاً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة. وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معا إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما عاملين, فيصبح الأولاد في هذه الحالة مؤهلين فقط كمعالين من قبل الزوج, إلا في حال رغب صاحب عمل الزوجة بإضافة المعالين -الأولاد- ضمن التغطية التأمينية, على ألا يكون هناك مستفيد يتمتع بتغطيتين تأمينيتين مختلفتين خلال الفترة ذاتها إلا من خلال تغطيات إضافية أو تكميلية.

(10) عدم ازدواجية المنافع:

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة وقابلة للأداء للمؤمن له بموجب هذه الوثيقة, ويكون مغطى أيضاء بالنسبة لتلك النفقات, بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك, ففي هذه الحالة تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات, وتحل محل المؤمن له في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

الاعتبارات المالية

(11) أساس التقييد المباشر على حساب شركة التأمين لدى شبكة مقدمي الخدمة:

(أ) يرسل مقدمي الخدمة المعنين من شركة التأمين, وعلى أساس شهري دون الاخلال بالأيام والمدد المحددة بالدورة المستندية وفقا لما ورد في المادة رقم (90) من اللائحة التنفيذية، جميع النفقات الطبية المُتكبّدة بموجب هذه الوثيقة. وتقوم شركة التأمين بتقييم تلك النفقات ومعالجتها وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى على أن تقوم شركة التأمين بتوفير جميع المعلومات المتعلقة بالحد التأميني المتبقي للمنافع والوثيقة لمقدم الخدمة قبل الإشعار ببلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى.
(ب) في حالة تجاوز ذلك الحد وتكون شركة التأمين قد تحملته بالفعل, فيحق لها المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ إبلاغ حامل الوثيقة بهذه النفقات.

(ت) في حالة عدم تقيد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف لشركة التأمين خلال المدة المحددة, يحق لشركة التأمين الرفع للمجلس لإتخاذ ما يلزم.
(ث) يحق لشركة التامين الرفع لسمة في حال عدم سداد حامل الوثيقة للمصاريف المستحقة لشركة التأمين خلال المدة المحددة, بالإضافة للرفع إلى صندوق الضمان في حال أحقية المستفيد للمنفعة.

(12) الغاء مقدم خدمة من شبكة مقدمة الخدمة المعتمدة:

(أ) لا يحق لشركة التأمين بعد إصدار الوثيقة لصاحب العمل حذف أو استبدال مقدم خدمة صحية من شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة المحددة له خلال فترة سريان الوثيقة إلا في الحالات التالية:

1- إذا وقع من قبل مقدم الخدمة الصحية إخلالاً جوهريًا بتقديم الخدمة كالقيام بالإهمال أو الاحتيال.
2- عند إنهاء التعاقد من قبل مقدم الخدمة الصحية, على أن تقوم شركة التأمين بتوفير بديل عنه بنفس المستوى بالتنسيق مع حامل الوثيقة.
3- عند تعليق/إلغاء اعتماده من قبل المجلس, على أن تقوم شركة التأمين بتوفير بديل عنه بنفس المستوى والمنطقة بالتنسيق مع حامل الوثيقة.

وفي جميع الحالات, يجب مراعاة مهلة الإنذار المحددة وشروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بين شركة التأمين ومقدم الخدمة الصحية, وفي حال حذف مقدم خدمة من شبكة الحد الأدنى فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعمدة في السابق وحتى تاريخ انتهائها. وتلتزم شركات التأمين بإخطار المجلس عند استبدال مقدم خدمة من فئة تأمينية إلى أخرى.

(13) نسبة التحمل والمشاركة في الدفع:

(أ) بناء على الاتفاق بين حامل الوثيقة وشركة التأمين. يجب ألا تتجاوز نسبة التحمل المبلغ المحدد في هذه الوثيقة, ويعد شرط ملزم وإجباري قيام المؤمن له بدفع مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) المحددة بحسب العقد المبرم بين حامل الوثيقة وشركة التأمين, وتعد أي محاولة من جانب المؤمن له للإمتناع عن الدفع إخلالاً بأحكام الوثيقة شروطها ويبطل مفعولها بالنسبة له لحين سداد هذا المبلغ.
(ب) يستثنى من الفقرة (أ) حالات الطوارئ والتنويم.
(ت) يجب ألا يتجاوز مبلغ المشاركة في الدفع المحملة للمستفيد ما هو محدد بجدول الصحية الوارد في الملحق رقم (1).
(ث) تُفصل نسبة التحمل أو المشاركة في الدفع للعيادات الخارجية عن خدمة صرف الأدوية للزيارة الواحدة.
(ج) يحتسب الحد الأقصى لنسبة التحمل للأدوية بناءَ على سعر العلاج الجنيس أو العلاج المبتكر في حال عدم وجود علاج جنيس مسجل بهيئة الغذاء والدواء.
(ح) يتم دفع الفرق بين قيمة العلاج الجنيس والعلاج المبتكر كاملا من قبل المستفيد في حال وجود علاج جنيس مسجل ولا يضمّن فرق السعر بالحد الأقصى لنسبة التحمل.
(خ) يلتزم مقدم الخدمة بوصف الجهاز الطبي بالاسم العلمي وعدم تحديد علامة تجارية بعينها.
(د) سيتم إجراء استبدال تلقائي لإسم الجهاز الطبي إذا تم وصفه باسم علامة تجارية محددة استنادا إلى وثيقة المؤمن له, مع مراعاة الاستثناءات التالية:

أ- إذا تم الطلب من قبل الطبيب المعالج بعدم استبدال الاسم التجاري للجهاز الطبي, مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة:
1- الاستناد على مبرر طبي مقبول وارفاق المستندات المبررة للطلب لأخذ موافقة شركة التأمين, في حال عدم ممانعتها.
2- في حال كان المبرر الطبي غير مقبول من قبل شركة التأمين, يتم إلزام المؤمن له بدفع قيمة الفارق بين سعر الجهازين بعد إبلاغه بوجود البديل الأرخص.

ب- إذا طلب المؤمن له صرف الجهاز الطبي الموصوف له باسم تجاري محدد يتم إلزام المؤمن له بدفع قيمة الفارق بين سعر الجهازين.
(ذ) يجب إيضاح نسبة التحمل للمستفيد بشكل تفصيلي قبل تقديم الخدمة بناء على الوثيقة.
(ر) يجب تمكين المؤمن له من التعرف على تكاليف كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.
(ز) يجب تزويد المؤمن له بفاتورة الخدمات الصحية المقدمة.
(س) يحق للمؤمن له الحصول على عرض قيمة التكاليف المتوقعة ومبلغ المشاركة بالدفع قبل البدء بالعلاج.
(ش) يتم احتساب نسبة التحمل على صافي قيمة الفاتورة الطبية, ويستثنى من ذلك فرق السعر للأدوية المبتكرة.

(14) أساس تعويض البدل:

(أ) أي الحالات الطارئة يجوز للشخص المؤمن له الحصول على المعالجة الطبية الطارئة خارج شبكة مقدمي الخدمة المتفق عليها مع شركة التأمين, ويكون ذلك على أساس تعويض البدل. وفي هذه الحالة تقوم شركة التأمين وفقاً لأحكام الوثيقة وشروطها وتحديداتها واستثناءاتها بتعويض حامل الوثيقة خلال مدة لا تزيد عن (15) يوم عمل عن النفقات القابلة للاستعاضة حسب الأسعار السائدة، شريطة تزويد شركة التأمين خلال مدة لا تزيد عن (30) يوم عمل من تاريخ تكبد تلك النفقات, بالمستندات المؤيدة التي تطلبها شركة التأمين.
(ب) بحق للمستفيد ترقية فئته التأمينية لفئة تأمينية أعلى وفقاً لأحكام عقد شركة التأمين مع صاحب العمل أو العائل, وفي هذه الحالة يجب على المستفيد أن يدفع الفرق المادي بين فئته التأمينية والفئة التأمينية الأعلى في حال الموافقة.

(15) الموافقات:

بناءَ على المادة (90) من اللائحة التنفيذية, على أطراف العلاقة التأمينية, فيما يتعلق بالتزام كل طرف على حدة, العمل بما يلي:
(أ) يجب على مقدم الخدمة, إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال خمسة عشر (15) دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب.

(ب) يجب على مقدم الخدمة, عند رفع طلب الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين, التأكد من استيفاء الخدمات الصحية التي ستقدم للمؤمن له لمعايير طلب الموافقة.
(ت) يجب على مقدم الخدمة التأكد من حدود المنافع الفرعية المقدمة للمؤمن له.
(ث) يجب على مقدم الخدمة التأكد من تقديم جميع البيانات والمعلومات الأساسية التي تدعم طلب الموافقة.
(ج) تقوم شركة التأمين بالرد على الطلب المقدم من قبل مقدم الخدمة بشأن الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين (60) دقيقة من وقت طلب الموافقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب, وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسميًا.
(ح) يجب على مقدم الخدمة الرد على استفسارات شركة التأمين خلال (30) دقيقة من وقت استلام الاستفسار
(خ) يجب أن لا تتجاوز كامل اجراءات طلب الموافقة العلاجية بين شركة التأمين ومقدم الخدمةعن ستين (60) دقيقة من وقت رفع الطلب.

(16) تعويض النفقات في حادث السير:

(أ) يجب على شركة التأمين التي يتم إبلاغها بحادث السير, أن تقوم بتغطية المستفيد ومتابعة علاجه طبيًا. وتعد شركة التأمين مسؤولة عن تعويض نفقات المطالبة الطبية الناجمة عن حادث السير سواء كان المستفيد هو الصادم أو المصدوم بناء على ما ورد في تقرير الحادث الصادر من الجهة المختصة, شريطة أن تكون وسيلة التنقل مرخصة.
(ب) تحل شركة التأمين محل المستفيد (أي الشخص المصاب) في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة, إذا كانت نفقات المطالبة هذه قابلة للاستعاضة للشخص المصاب, بمعنى أنها مغطاة بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك.
(ت) يحق لشركة التأمين الرجوع على المستفيد إذا تنازل عن الطرف المتسبب بالحادث.

(17) مصاريف المضاعفات الناتجة عن علاج منفعة:

(أ) يجب على شركة التأمين تغطية أي تكاليف لعلاج المضاعفات الناتجة عن منفعة مغطاة بالوثيقة وفقًا للحد الأقصى المحدد في هذه الوثيقة, ما لم تكن تلك المضاعفات ناتجة عن إهمال أو خطأ طبي من مقدم الخدمة على أن يتم اثبات ذلك بموجب قرار صادر من قبل وزارة العدل يحدد مسؤولية أطراف العلاقة التأمينية.
(ب) يجب على شركة التأمين احتساب نسبة حدوث المضاعفات الناتجة عن علاج المنافع المغطاة وعمل مؤشر مبني على أفضل الممارسات الطبية المتعارف عليها للمتابعة وإبلاغ المجلس في حال تجاوز المؤشر من أحد مقدمي الخدمة.

(18) المصاريف الطبية المعقولة والمعتادة:

بخلاف القوائم السعرية المتفق عليها بين شركة التأمين ومقدم الخدمة للخدمات والمصاريف الطبية، تعتبر المصاريف الطبية المقبولة والمعتادة المقدمة للمستفيد لخدمات صحية طارئة أو خارج الشبكة الطبية بحسب مستوى الشبكة الطبية المحددة للمؤمن له.

(19) مصاريف إعادة جثمان المتوفى إلى موطنه الأصلي:

يجب على شركة التأمين تغطية جميع تكاليف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له المتوفى إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل وفقًا للحد الأقصى المحدد في الوثيقة.

(20) احتساب استهلاك حدود المنفعة:

تلتزم شركة التأمين باحتساب تكاليف استهلاك حدود المنفعة للمؤمن له من خلال احتساب التكلفة الإجمالية على أساس الصافي (Net) وليس الإجمالي (Gross) الفاتورة.

شروط عامة

(21) الأخبار الشخصية:

للمجلس صلاحية تحديد معيار خطورة الأنشطة المحتمل أن ينطوي على ممارستها أخطار شخصية وقياس مدى خضوعها للتغطية التأمينية.

(22) تحقق شركة التأمين من حالة المؤمن له:

(أ) يحق لشركة التأمين, ويجب أن تتاح لها الفرصة, من خلال جهة طبية معتمدة, بفحص المؤمّن له الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بحد أقصى مرتان, وذلك خلال مدة لا تزيد عن (60) يوم عمل من تاريخ تسلم المطالبة.
(ب) على حامل الوثيقة أو المؤمن له, أن يتعاون ويسمح بالقيام, على نفقة شركة التأمين, بالأعمال الضرورية التي طلبها شركة التأمين في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير, تثبت مسئوليته عنها. ولا يجوز لحامل الوثيقة أو المؤمن له أن يتنازل عن الحقوق المالية إلا بموافقة شركة التأمين الصريحة أو الضمنية.

(23) الاشعارات:

(أ) يجب أن تكون جميع الإشعارات أو المخاطبات بين أطراف العلاقة التأمينية, بصفة رسمية.
(ب) يجب على شركة التأمين إشعار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء الوثيقة كما يلي:
1- بإرسال إشعار تذكير أولي لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن 60 يوم.
2-بإرسال إشعار تذكير ثاني لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن 30 يوم.
3-بإرسال إشعار تذكير ثالث لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن 15 يوم مع إخطار المجلس بذلك.
(ت)المؤمن له (حامل الوثيقة) مَلزْم بإشعار شركة التأمين عند تغير أي من بيانات الاتصال الخاصة به والتابعين له.

(24) نموذج الإفصاح الطبي:

(أ) تلتزم شركة التأمين بنموذج الإفصاح الطبي الموحد المعتمد من قبل المجلس, ويلزم على حامل الوثيقة أن يقوم بتقديم هذا النموذج لشركة التأمين في حال طلبها على أن يتم تعبئته من قبل المستفيد نفسه

(ب) لا يتطلب تعبئة نموذج الإفصاح الطبي لوثائق تأمين المنشآت الكبيرة والعملاقة (يستثنى من ذلك المستفيدين المضافين بعد إصدار الوثيقة).

(25) التقيد بأحكام الوثيقة:

إنه لمن الشروط السابقة لتحقق أي التزام على شركة التأمين أن يكون حامل الوثيقة والأشخاص المؤمّن لهم قد نفذوا وتقيّدوا تماماً بجميع الاشتراطات والشروط والواجبات والالتزامات الواردة في هذه الوثيقة.

(26) التفسير والتأويل:

ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك أو تم النص على خلافه صراحة, فإن:

(أ) أي إشارة إلى المذكر تشمل في دلالتها المؤنث.

(ب) أي إشارة إلى هذه الوثيقة وتشمل أي تعديلات قد تطرأ عليها او على الأنظمة ذات العلاقة الأخرى

(27) الجزاءات:

أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه بموجب أحكام النظام ولائحته التنفيذية وذلك وفقاً للمادة (14) من النظام.

(28) تحديث الوثيقة:

يعمل المجلس على تحديث الوثيقة كل 3 سنوات

القسم الخامس

دليل الأدوية التأمينية Insurance
Drug formulary (IDF)

الرقم التعريفي للمنتج : A-AICC-2-B-08-034

دليل الأدوية التأمينية :

أ / يجب على مقدم الخدمة وصف العلاج بناء على الاسم العلمي للدواء واتباع قوانين هيئة الغذاء والدواء للاستثناءات.

ب / يجب على مقدم الخدمة وصف العلاج بناء على الدواعي الطبية المربوطة ب ICD-10 معتمدة تحت حزمة المنافع الاساسية .

ت / سيتم إجراء الاستبدال التلقائي للاسم المبتكر بالاسم الجنيس من قبل الصيدلي إذا تم وصفه باسم علامة تجارية محددة استنادا إلى وثيقة المؤمن له ، مع مرعاة الاستثناءات التالية :

1 - الأدوية الجنيسة غير القابلة للاستبدال أو / والإحلال استناداً للوائح هيئة الغذاء والدواء

2 - إذا طلب المؤمن له صرف الدواء باسم تجاري محدد مختلف عن الدواء المعتمد بدليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل شركة التامين بحسب وثيقته ، يتم تطبيق نسبة المشاركة كما هي محددة بوثيقته بالاضافة إلى إلزامه بدفع قيمة الفارق بين سعر الدوائين .

3 - إذا تم الطلب من قبل الطبيب المعالج بعدم استبدال الاسم التجاري للدواء المبتكر، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة :

i / الاستناد على مبرر طبي مقبول وارفاق المستندات المبررة للطلب لأخذ موافقة شركة التأمين،وفي حال الحصول موافقة شركة التأمين، يتم تطبيق نسبة المشاركة فقط بناء الى سعر الدواء الجنيس المعتمد بدليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل شركة التأمين بحسب وثيقته .

ii / إذا كان المبرر الطبي غير مقبول من قبل شركة التأمين، يتم تطبيق نسب المشاركة كما هو محدد بوثيقة المستفيد بالاضافة إلى إلزامه بدفع قيمة الفارق بين سعر الدوائين.

ث / يتم تغطية التكلفة الدوائية بحسب الاسم التجاري للدواء الجنيس الأقل تكلفة وذلك بحسب دليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل شركة التأمين المحدد بحسب الوثيقة.

ج / يجب الى شركة التأمين توفير قائمة الأدوية الجنيسة التي سيتم التعويض بها، على أن تكون القائمة مبنية على دليل الأدوية التأمينية الخاص بالمجلس للمؤمن لهم.

ح / يلتزم التقيد بدليل الأدوية التأمينية وفي حال عدم إدراج المرض يتم الرجوع للأدلة والبراهين الإكلينيكية باستثناء الأمراض المستثناة من التغطية التأمينية بالوثيقة.

خ / يحق لشركة التأمين بالتنسيق مع حامل الوثيقة التوسع في خدمات الأدوية على سبيل المثال توفير العلاج بحسب الاسم المبتكر Brand name تغطية علاج حبوب الشباب، الغاء وتقليل نسبة التحمل بحسب العقد المبرم للوثيقة .

د / يجب على مقدم الخدمة الإبلاغ عن عدم توفر الأدوية من خلال مراسلة البريد الإلكتروني التالي الخاص بهيئة الغذاء و الدواء :

Shortage.Drug@sfda.gov.sa

ذ / يحتسب الحد الاقصى لنسبة التحمل للأدوية بناء على سعر العلاج الجنيس او المبتكر في حال عدم وجود بديل جنيس مسجل بهيئة الغذاء والدواء.

Copay % 20	Medication Price(example)	Formula	Out of pocket Sharing
Generics	SAR 50	=20% x Generics price	**SAR 10**
Replaceable Brand	SAR 200	=(50% x price Replaceable Brand)	**SAR 0-100**

ر / يتم دفع الفرق بين سعر العلاج الجنيس والمبتكر كاملا من قبل المستفيد في حال وجود بديل جنيس مسجل ولا يضمن فرق السعر بالحد الاقصى لنسبة التحمل.

ز / يجب على مقدم الخدمة توفير جميع الأدوية بالأسماء التجارية بحسب دليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل شركة التأمين المتعاقد معها.

س / يجب على مقدم الخدمة توفير بديل للاسم التجاري للمؤمن له بدون تحميل المؤمن له أو شركة التأمين فرق السعر في حال كان الانقطاع للدواء غير مدرج من ضمن الأدوية المنقطعة بالسوق المحلي من قبل هيئة الغذاء والدواء.

ش / يجب على شركة التأمين بالتنسيق مع مقدمي الخدمة العمل على تحديث دليل الأدوية التأمينية وتوفير الاسم التجاري البديل في حال انقطاع، أو سحب، أو إيقاف أي من الأدوية المدرجة بالدليل من قبل الهيئة العامة للغذاء والدواء.

ص / يلتزم مقدم الخدمة باتباع أنظمة الهيئة العامة للغذاء والدواء بما يتعلق بصرف وتقسيم المستحضرات الصيدلانية

https://sfda.gov.sa/sites/default/files/2020-12/SFDA28122020aa1.pdf

ض / يلتزم مقدم الخدمة باتباع إجراءات وضوابط الهيئة العامة للغذاء والدواء بما يختص بوصف وصرف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

https://old.sfda.gov.sa/ar/drug/drug_reg/DocLib/Drug12112019a1.pdf

ط / يلتزم مقدم الخدمة بتطبيق وسائل خفض المخاطر للمستحضرات الصيدلانية المعتمدة والمعلنة من الهيئة العامة للغذاء والدواء https://www.sfda.gov.sa/ar/RMM

https://www.sfda.gov.sa/en/RMM

ظ / يجب على شركة التأمين توفير نظام إدارة المنافع الدوائية benefit Pharmacy management للربط مع مقدمي الخدمة وعمل الموافقات الفورية.

القسم السادس

الشبكة

1. شبكة الحد الأدنى : هي شبكة مقدمي الخدمة التي تغطي كافة مناطق ومدن المملكة ونطاقها الجغرافي على أن تتضمن كافة مستويات الخدمة الصحية .
2. شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة : مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة للمؤمن لهم ويتم ذلك بالقيد مباشر على حساب شركة التأمين على أن يتضمن هذه الشبكة مستويات الخدمة الصحية :
(أ) المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية)
(ب) المستوى الثاني (المستشفيات العامة)
(ت) المستوى الثالث (الرعاية الصحية التخصصية أو المرجعية)
مراكز تقديم الخدمة الصحية الأخرى المكملة (مثل : مراكز جراحة اليوم الواحد , الصيدليات , مراكز العلاج الطبيعي , محلات النظارات)
3. تلتزم شركة التأمين بتقديم شبكة الحد الأدنى حسب نظام مجلس الضمان الصحي مع الأخذ في الاعتبار عند تصميم شبكة الحد الأدنى إضافة المرافق الصحية الحكومية للمستفيدين السعوديين بحسب نظام المادة 11
4. تلتزم شركة التأمين بتقديم شبكة الحد الأدنى حسب نظام مجلس الضمان الصحي مع الأخذ فيالاعتبار عند تصميم شبكة الحد الأدنى بتوفير اعداد و انواع مقدمي رعاية صحية كافية لضمان إمكانية الوصول إلى جميع خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين دون تأخير .
5. تلتزم شركة التأمين بتوفير المراكز التخصصية التالية ضمن الشبكة : مراكز الحوادث ، مراكز وحدات العناية الحرجة للمواليد والخدج بالإضافة لمراكز الحمل عالي الخطورة
6. تنوع الشبكة الطبية : يحق لحامل وثيقة الطلب من شركة التأمين توسعة الشبكة الطبية عن شبكة الحد الأدنى التي أقرها المجلس مع مراعاة أن تكون متناسبة مع توزيع المستفيدين الجغرافي
7. نوعية الشبكة الطبية : تلتزم شركة التأمين بتوفير التخصصات ذات العلاقة والتي تخدم المستفيد بشكل أساسي في تصميم شبكة الحد الأدنى على أن يقوم المجلس مستقبلاً في تحديد التخصصات التي يجب توفرها في شبكة الحد الأدنى .
8. تلتزم شركة التأمين بتوفير خدمة الطب الإتصالي حسب تصنيف مقدمي الخدمة المعتمدين من المجلس لتقديم هذه الخدمة ضمن شبكة الحد الأدنى
9. يحق لشركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج للحالات الطارئة خارج الشبكة نقل المؤمن له بهدف استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة للمؤمن له .
10. ر / لا يحق لشركة التأمين في حال وجود طلب التحويل لمقدم خدمة أخر إلزام المؤمن له بمقدم خدمة محدد حيث يحق للمؤمن له الاختيار من ضمن شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة له.
11. تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات بشكل مباشر لمقدم الخدمة غير المتعاقد مع ان الفترة التي قضاها المؤمن لتلقي علاج الحالات الطارئة وذلك بناء على الأسعار المتفق عليها مع مقدم خدمة صحية آخر بنفس المستوى والتصنيف على شبكة المؤمن له .
12. يلتزم مقدم الخدمة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمشمولين بأي وثائق تأمين صحي سارية قبل الانتهاء أو الغاء للعقد حتى انتهاء السنة التأمينية طالما أنها ضمن شبكة مقدمي الرعاية الصحية المعتمدة للمؤمن لهم مع تحمل شركة التأمين المسؤولية بتحديث أهلية المستفيد وفقا لبدء وانتهاء الوثائق والتي يترتب عليها تقديم الخدمة والمطالبات وفقا لذلك.
13. لا يحق لشركة التأمين بعد إبدار الوثيقة لصاحب العمل حذف أو استبدال مقدم خدمة صحية من الشبكة الطبية المحددة له خلال فترة سريان الوثيقة إلا إذا لمست من مقدم الخدمة الصحية إخلالاً جوهريا بتقديم الخدمة كالقيام بالاحتيالاً وعند انتهاء التعاقد من قبل مقدم الخدمة الصحية أو تعليق / إلغاء اعتماده من قبل المجلس، الى أن يقوم بتوفير بديل عنه بنفس المستوى بالتنسيق مع حامل الوثيقة، مع مراعاة مهلة الانذار المحددة و كذلك شروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بينهما، و في حال حذف مقدم خدمة من شبكة الحد الأدنى فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعتمدة في السابق و حتى تاريخ انتهائها . وتلتزم شركات التأمين بإخطار المجلس عند استبدال مقدم خدمة من فئة تأمينية إلى أخرى.
14. تلتزم شركة التأمين بتوفير شبكة كافية من مقدمي الخدمة الصحية من حيث أعداد وأنواع مقدمي الرعاية الصحية لضمان إمكانية الوصول إلى جميع خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين دون تأخير .
15. تلتزم شركة التأمين بتزويد مجلس الضمان الصحي بتقرير سنوي عن شبكة الحد الأدنى وتشمل قائمة بمقدمي الخدمة المشمولين ، سرعة وصول المشتركين للخدمات ، التوافر الجغرافي لمقدمي الخدمات
16. للمستفيدين، عدد مقدمي الخدمة من الفئات المختلفة لكل مشترك .
17. على شركة التأمين توفير شبكة مقدمي خدمة تلبي متطلبات الوصول التالية، الى ان يتم حديدها بناء على النطاق الجغرافي والمرتبطة بالعنوان الوطني للمؤمن له والاشتراطات أدناه هي استرشادية على تحديد شبكة مقدم الخدمة وسيقوم المجلس لاحقا بوضع الاشتراطات اللازمة :

- للمناطق الحضرية، شبكة مقدمي خدمة متاحة لجميع المستفيدين المسجلين في الوثيقة تبعد ثمانية واربعون 48 كم أو تستغرق ثلاثين دقيقة للوصول كحد أقصى من مكان إقامة كل شخص أو عمله ، بحسب توافر مقدمي الخدمة المعتمدين من المجلس بالمنطقة.

- للمناطق الأخرى غير المناطق الحضرية (المناطق النائية) ، توفر شبكة مقدمي الخدمة خدمات أطباء الرعاية الأولية وخدمات المستشفيات و الصيدلة لجميع المستفيدين المسجلين في الوثيقة تبعد ثمانية واربعون 48 كم أو تستغرق ثلاثين دقيقة للوصول كحد أقصى من مكان إقامة أو عمل كل المسجلين في الوثيقة، بحسب توافر مقدمي الخدمة المعتمدين من المجلس بالمنطقة. على ان يتم توفير خدمات التخصاصات الأخرى لجميع المستفيدين المسجلين في الوثيقة تبعد ثمانون 80 كم أو تستغرق خميسن 50 دقيقة للوصول كحد أقصى من مكان إقامة أو عمل كل مؤمن له ، بحسب توافر مقدمي الخدمة المعتمدين من المجلس بالمنطقة

شركة مساهمة سعودية رأس المال 530,000,000 ريال سعودي-ترخيص رقم ت م ن /15/ 20086 - وخاضعة لرقابة وإشراف البنك المركزي السعودي -سجل تجاري 1010243302ص. ب 286555 الرياض 11323- خدمة واصل 7110 طريق الملك عبد العزيز الفرعي-حي الورود وحدة رقم 6 الرياض 12252-4453 المملكة العربية السعودية
Saudi Joint Stock Company - Capital (SR) 530,000,000 - License No. 20086 /15/ م ن ت Under SAMA's Control & Supervision - C.R. 1010243302 P.O. Box 286555 Riyadh 11323- WASEL 7110 King Abdulaziz Road, Al Wurud Area Unit No. 6 Riyadh 12252– 4453 KSA www.aicc.com.sa-9200005002