

طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج

معايير الخدمة

إستناداً على المادة (٩٥) من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني الصادرة بالقرار الوزاري رقم ٢٣/٤٦٠/ض وتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٧ هـ ؛ والتي نصها :
" يجب على شركة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج خلال ستين دقيقة ، وفي حالة عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب كتابياً ، ويضع المجلس معايير الخدمة في هذا الشأن " .

معايير الخدمة :

(١) الحالات التي يحتاج لها طلب موافقة :

- أ) المعالجة في العيادات الخارجية إذا كانت تكلفة العلاج للمرة الواحدة يحتمل أن تزيد عن خمسمائة ريال .
- ب) حالات التنويم ، معالجة اليوم الواحد ، العمليات الجراحية ... للحالات غير الطارئة .
- ج) التنويم للحالات الطارئة ... خلال ٢٤ ساعة من الدخول .
- د) جلسات العلاج الطبيعي بعد الجلسة الأولى .

(٢) في الحالات الطارئة ؛ يتم البدء في معالجة المريض مباشرة دون أدنى تأخير وبعد ذلك يتم البدء في إجراءات طلب الموافقة .

(٣) يجب على مقدم خدمات الرعاية الصحية أن يلتزم دائماً بمراعاة متطلبات فعالية التكلفة وفقاً لأحكام المادة (٧٥) من اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني وأن يهيء مايقدمه من علاج ووصفات طبية بما يتفق مع ذلك .

- ٤) يجب استخدام نموذج طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج المعتمد من مجلس الضمان الصحي التعاوني من قبل مقدمي خدمات الرعاية الصحية عند طلب الموافقة .
- ٥) يجب على مقدمي خدمات الرعاية الصحية كتابة كافة المعلومات الطبية اللازمة على نموذج طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج المعتمد وبوضوح .
- ٦) يجب على شركة التأمين الرد على طلب الموافقة على تحمل تكاليف العلاج في مدة أقصاها ستين دقيقة من إستقبال الطلب ؛ حسب ماهو موضح على طلب الموافقة المرسل من قبل مقدم خدمة الرعاية الصحية.
- ٧) يجب توضيح تاريخ ووقت طلب الموافقة من قبل مقدم الخدمة على الطلب وتاريخ ووقت الرد من قبل شركة التأمين على نفس الطلب .
- ٨) بعد إستلام شركة التأمين طلب الموافقة المرسل من مقدم الخدمة يجب أن يتم الرد مباشرة بتأكيد الإستلام وأنه قيد الإجراء .
- ٩) في حالة عدم إستلام مقدم الخدمة الرد على طلب الموافقة في مدة أقصاها ستين دقيقة من إرساله ؛ مع التأكد من إستلام الطلب من قبل شركة التأمين أثناء هذه الستون دقيقة ؛ يتم التعامل من قبل طالب الخدمة مع الطلب على أساس الموافقة .
- ١٠) في حالة عدم موافقة شركة التأمين على طلب الموافقة فيجب توضيح ذلك كتابياً مع بيان الأسباب خلال الستين دقيقة من إستلام الطلب.
- ١١) في حال الإختلاف يتم الرجوع الى إستشارى سعودي حيادي غير متفرغ من العاملين في القطاع العام في مجال التخصص محل الخلاف تتحمل تكلفته شركة التأمين.
- ١٢) يجب على كافة شركات التأمين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية إنشاء سجلاً يدون به كل طلبات الموافقات ومآلت اليه ؛ وتقديمه لمجلس الضمان الصحي التعاوني عند الطلب .