وثيقة الضمان الصحي الأساسية

المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني (أسيج) ش.م.س
رأس المال المدفوع 291 مليون ريال سعودي – س.ت 1010417178 ع.غ.ت 95957
المركز الرئيسي الرياض ص.ب 40523 الرياض 11511 المملكة العربية السعودية
ت: 2626 485 11 966+ ف: 0555 489 11 966+
جـدة س.ت 4030171999 ت: 3222 663 12 966+ ف: 7421 661 12 966+
الخبـر س.ت 2051043671 ت: 3637 893 13 966+ ف: 8440 893 13 966+
خميس مشيط س.ت 5855035150 ت: 5521 221 17 966+ ف: 7465 223 17 966+
الرقم التعريفي للمنتج في البنك المركزي السعودي A-ACIG-2-C-13-037

Allied Cooperative Insurance Group (ACIG) S.J.S.C
Paid Capital 291 Million Saudi Riyals – C.R. 1010417178 R.C.C. 95957
H.O. Riyadh P.O. Box 40523. Riyadh 11511 Kingdom of Saudi Arabia
Tel.: +966 11 485 2626 Fax: +966 11 489 0555
Jeddah C.R. 4030171999 Tel.: +966 12 663 3222 Fax: +966 12 661 7421
Al Khobar C.R. 2051043671 Tel.: +966 13 893 3637 Fax: +966 13 893 8440
Khamis Mushayt C.R. 5855035150 Tel.: +966 17 221 5521 Fax: +966 17 223 7465
Saudi Central Bank Product ID # A-ACIG-2-C-13-037

أهداف وثيقة الضمان الصحي الأساسية

تم صياغة وثيقة الضمان الصحي لتستهدف 7 أهداف رئيسية ترتكز على رؤية المجلس بأن تكون 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 المرأة – 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 الإتصالي – دليل الأدوية التأميني

6

تمكين المستفيدين

التنويم – زيارة العيادات الخارجية – علاج الحالات الطارئة

7

تعزيز جودة وكفاءة الخدمة

الأجهزة الطبية – الأمراض المزمنة

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 المبينة 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 المبين في جدول الوثيقة.
9. **تاريخ الابتداء:** التاريخ المبين 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
12. ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
13. **التغطية التأمينية:** المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد والمحددة في هذه الوثيقة.
14. **حدود التغطية:** الحد الأقصى لمسؤولية شركة التأمين كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن له وذلك قبل تطبيق نسبة التحمل.
15. **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.
16. **شركة التأمين:** شركة التأمين التعاوني المرخص لها بالعمل في المملكة من قبل البنك المركزي السعودي والمؤهلة لممارسة نشاط الضمان الصحي التعاوني من قبل المجلس.
17. **حامل الوثيقة:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
18. **المستفيد أو المؤمن له:** هو الشخص الطبيعي (أو الأشخاص الطبيعيين) الذي تقررت التغطية التأمينية الصحية لصالحه بموجب هذه الوثيقة.
19. **صاحب العمل:** كل شخص طبيعي أو اعتباري يشغل عاملاً أو أكثر مقابل أجر وفقا لنظام العمل.
20. **العامل:** كل شخص طبيعي يعمل لمصلحة صاحب عمل وتحت إدارته او إشرافه مقابل أجر، ولو كان بعيداً عن نظارته.
21. **المعال:** الزوج أو الزوجة، والأولاد الذكور حتى سن الخامسة والعشرون، والبنات غير المتزوجات بالإضافة إلى الأيتام المحتضنين لدى الأسر الكافلة المستفيدة من التأمين الصحي الإلزامي.
22. **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.
23. **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 الطبيعي، محلات النظارات، الطب الإتصالي، الرعاية المنزلية).
24. **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.

25. **الطبيب المرخص:** مزاول مهنة الطب الحاصل على المؤهل العلمي المناسب حسب تصنيف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، والمرخص له بمزاولة مهنة الطب من قبل وزارة الصحة.
26. **الرعاية الأولية:** الخدمات الصحية التي تقدم من قبل فرق طبية تحت إشـــراف ممارسيـن 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.
27. **العلة:** المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له قبل وخلال مدة التأمين الصحي، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص.
28. **الحادث:** الواقعة التي تحدث فجأة وغير المتوقعة في مسـار الحياة العامة خلال مدة التأمين الصحي.
29. **حادث سير:** كل حادث ينتج عنه أضرار جسيمة أو خفيفة أو خسائر مادية جزئية أو كلية في الممتلكات دون قصد؛ جراء استخدام المركبة وهي في حالة حركة، كما هو منصوص عليه في الأنظمة المختصة وذات العلاقة.
30. **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.
31. **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.
32. **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 سـابقة 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.
33. **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-الإنعاش، 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.
34. **المعالجة في العيادات الخارجية:** زيارة المستفيد للعيادات الخارجية بغرض التشخيص أو المعالجة الطبية من علة.
35. **جراحة أو معالجة اليوم الواحد:** الجراحة أو المعالجة التي تتطلب بالضرورة الإعداد المسبق للدخول في مركز معالجة ليوم واحد، ولكنها لا تتطلب التنويم حتى اليوم التالي. علما بان ترميزها وتسعيرها يكون وفقا للآلية المتبعة لدى المستشفى للتنويم.
36. **التنويم في المستشفى:** تسجيل الشخص المؤمن له كمريض منوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي على الأقل بما في ذلك المريض الذي يتم قبوله بهذه النية ويغادر المستشفى لأي سبب دون المبيت.
37. **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.
38. **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 بعد، استشارة خبير عن بعد، المساعدة عن بعد، رأي طبي آخر).
39. **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 آن 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.
40. **الصحة:** حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.
41. **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 يتسبب في حالات مثل الربو، سوء الهضم، الحكة، حمى القش، الأكزيما، الصداع.
42. **التشوه الخلقي:** الخلل الوظيفي أو الكيميائي أو البنائي الذي يكون موجوداً عادة قبل الولادة سواء بالوراثة أو نتيجة للعوامل البيئية حسب العرف الطبي.
43. **الحمل والولادة:** أي حالة حمل أو ولادة، ويشمل ذلك الولادة الطبيعية والقيصرية والإجهاض.
44. **الطفل الخديج (المبتسر):** الطفل المولود قبل الأسبوع 37 (قبل ثلاثة أسابيع من تاريخ الولادة).
45. **الحالات النفسية:** اضطراب في التفكير أو المزاج أو الإدراك أو الذاكرة أو القدرات العقلية بعضها أو كلها.

46. **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 تتطلب تدريبا أو تأهيلا خاصا لاستخدامها.
47. **إجراءات تصحيح النظر:** إجراءات لتحسين مستوى الإبصار مثل تشطيب القرنية والعدسات والنظارات الطبية والتي ليس لها أثر لمنع فقدان الإبصار.
48. **إجراءات تصحيح النظر الوظيفي:** هي إجراءات علاج العين الضرورية لمنع فقد البصر على سبيل المثال عمليات الحول والغمش "Amblyopia"للأطفال دون سن 14 سنة، الماء الأزرق والماء الأبيض والقرنية المخروطية"keratoconus, cataract, glaucoma" لجميع الاعمار.
49. **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.
50. **زراعة/نقل الأعضاء البشرية:** عملية طبية يستأصل من خلالها العضو البشري-او جزء منه -من جسم المتبرع ويزرع في جسم المتبرع له، بأي وسيلة طبية ومعتمدة.
51. **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.
52. **علاج الأسنان الاساسي:** تشمل أي من الإجراءات الطبية التالية: 1. العناية الوقائية(استشارات و فحوصات الأسنان التنظيف، إزالة الجير (Scaling)و تلميع الأسنان)، 2. الإجراءات العلاجية (الحشوات، علاج اللثة، خلع الاسنان).
53. **الجراحة الترميمية:** هي إجراء الجراحة التجميلية الترميمية لتصحيح العيوب أو التشوهات أو الاصابات الناجمة عن حادث، أو عدوى، أو ورم، أو مرض.
54. **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.
55. **الدواء أو العلاج الجنيس (Generic Name):** مستحضر مكافئ للمستحضر المبتكر في الشكل الصيدلاني والتركيز وطريقة التناول والجودة والفعالية والادعاء العلاجي.
56. **القسط (الاشتراك):** هو المبلغ الواجب أداؤه لشركة التأمين من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين الصحي.
57. **نسبة التحمل (المشاركة في الدفع):** 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.
58. **أساس التقييد المباشر أو على حساب شركة التأمين:** تسهيلات عدم الدفع الموفرة للأشخاص المؤمن لهم لدى مقدم أو مقدمي الخدمة المعينين من قبل شركة التأمين حيث يتم وفقاً لذلك قيد جميع تلك المصاريف مباشرة على حساب شركة التأمين.
59. **أساس تعويض البدل:** الأسلوب المتبع لتعويض حامل الوثيقة عن النفقات القابلة للاستعاضة التي يتحملها المؤمن له ويقدم عنها مطالبة، وذلك بعد تطبيق نسبة التحمل.
60. **النفقات القابلة للاستعاضة:** المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من هذه الوثيقة، على أن يصفها طبيب مرخص بسبب علة تعرض لها المؤمن له، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه بناءً على أفضل الممارسات الطبية المعتمدة.
61. **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.
62. **المستندات المؤيدة للمطالبة:** جميع المستندات التي تثبت عمر المؤمن ووزنه وطوله له 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.
63. **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.
64. **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.
65. **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.
66. **احتساب العمر:** يحتسب العمر بحسب السنة الميلادية التي تبدأ مع بداية شهر يناير وتنتهي بنهاية شهر ديسمبر.
67. **نظام حماية البيانات الشخصية:** نظام حماية البيانات الشخصية الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) بتاريخ 1443/2/9هـ (الموافق 2021/9/16م).

القسم الثاني

النفقات القابلة للاستعاضة / المنافع

لأغراض هذه الوثيقة فإن النفقات القابلة للاستعاضة تعني المصاريف الفعلية المنفقة مقابل خدمات ومواد وأجهزة غير مستثناة بموجب القسم الثالث من هذه الوثيقة، على أن يتم وصفها من قبل مقدم خدمة مرخص 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 المتوفي إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل، شريطة ألا يكون سبب الوفاة أحد الأسباب المستثناة في القسم الثالث من هذه الوثيقة.
2. المنافع 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.

ه) حالات الإعاقة وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.

و) التدخلات العلاجية المحافظة على الحياة والتدخلات التي قد تغير النتائج الطبية (Life sustaining and interventions altering medical outcomes) 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 لابد 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 الحكيمة 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.

القسم الثالث

الضوابط والإستثنائات

أ) لا تغطي هذه الوثيقة المطالبات الناشئة مباشرة عن الآتي:

1. مضاعفات الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً باستثناء تكاليف علاج الاصابات للحالات الطارئة.
2. مضاعفات الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة الاستعمال المتعمد لبعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك باستثناء تكاليف علاج الاصابات للحالات الطارئة.
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 بالوثيقة أو 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، التيجان، الجسور 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 المستعار.
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 إقامته 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، ويستثنى من ذلك ما تم إضافته للمنافع بخصوص زراعة الأعضاء. علما بان الاعضاء الصناعية تعامل بحسب منافع واستثناءات الوثيقة.
18. استبدال المفاصل ماعدا ما ذكر من منافع بالوثيقة او لعلاج المضاعفات الناتجة عن منفعة مغطاة مثل استبدل مفصل الركبة بسب سرطان او حادث.
19. الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة أضافة أي ريا ضه غير ماذكر بقسم التعريفات ترفع للمجلس للبت فيها.
20. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
21. الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة.
22. الأمراض التي يتم تصنيفها بواسطة وزارة الصحة كالأوبئة، الجوائح، والكوارث الطبيعية ويصدر بها قرار من المجلس الضمان الصحي
23. النظارات الطبية لمن يتجاوز الأربعة عشر (14) عاماً.
24. المضاعفات الناتجة عن أي مرض أو إصابة سابقة مستثناة بموجب أحكام هذه الوثيقة.
25. الرعاية المديدة (رعاية طويلة المدة) المقتصرة على الرعاية التمريضية والعناية الشخصية ماعدا ما ذكر من المنافع.
26. التنويم لعلاج التأهيل لتعاطي الكحول أو المخدرات.

ب) استثناء من أحكام القسم الثاني من هذه الوثيقة، لن يتم تغطية المنافع 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. أعمال الشَغَب، 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 المصحات، أو أماكن رعاية الأشخاص المتحفظ عليهم، أو مأوى كبار السن، أو المدارس/المعاهد المتخصصة بتعليم الصم والبكم والتوحد، وما شابههم.**

القسم الرابع
الشروط العامة

شروط الوثيقة

(1) إثبات 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 رسمياً من شركة التأمين كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أثبت ذلك بموجب ملحق موقع من موظف مخول رسمياً من شركة التأمين.

(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، أو من تاريخ عقد العمل بالنسبة للعامل الذي يلتحق بالعمل في وقت لاحق .

ب) بالنسبة للمعالين: يبدأ سريان التغطية التأمينية بالنسبة للمعالين من التاريخ الذي أصبح فيه العامل والمسؤول عن إعالتهم مؤمنا له أو 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 نهائياً.
5. عند انتقال المؤمن له للعمل لدى صاحب عمل جديد.

ب) **بالنسبة للمعالين:** تنتهي تلقائياً تغطية المعال التأمينية بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

1. فقدان المعال لصفته التأمينية كمعال 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 يوماً 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، أو يقوم صاحب العمل بتضمين المؤمن لهم بتغطية صحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من المجلس بحيث تبدأ التغطية التأمينية الجديدة من تاريخ اليوم التالي 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 75% من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي: (الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ÷ 365,25 يوماً × 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 لمقدمي 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 قدمها 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 فورا 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) المؤهلون للتأمين:

أ) **بالنسبة للعاملين:** فإن أي شخص مستوف لتعريف العامل يكون مؤهلا للتأمين وفقا لما نص عليه جدول الوثيقة.
ب) **بالنسبة للمعالين:** فإن أي شخص مستوف لتعريف المعال يكون مؤهلا للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

ازدواجية التغطية التأمينية

(9) الازدواجية بالتغطية التأمينية:

إذا كان أي شخص معرف كمعال؛ بالإضافة إلى كونه مؤهل للتأمين بصفته عاملاً، فإن تمتعه بالتأمين الصحي بصفته معالاً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة، وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما عاملين، فيصبح الأولاد في هذه الحالة مؤهلين فقط كمُعالين 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 أيضا، 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 المعينين 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 المتكبدة 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 لاتخاذ 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) إلغاء مقدم خدمة من شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة:

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 إخلالا جوهريا 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 إخلالا بأحكام الوثيقة وشروطها 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 منافع الصحية الوارد في الملحق رقم (1).

ث) تفصل نسبة التحمل أو المشاركة في الدفع للعيادات الخارجية عن خدمة صرف الأدوية للزيارة الواحدة.

ج) يحتسب الحد الأقصى لنسبة التحمل للأدوية بناء 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 كاملاً من قبل المستفيد في حال وجود علاج جنيس مسجل، ولا يضمن 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:
   i. الاستناد على مبرر طبي مقبول وارفاق المستندات المبررة للطلب لأخذ موافقة شركة التأمين، في حال عدم ممانعتها.
   ii. 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) في 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) يحق للمستفيد ترقية فئته التأمينية لفئة تأمينية أعلى وفقا 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:

بناء 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 رسميا.
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 الخدمة عن 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 طبيا. 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 وفقا 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 وفقا 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.

شـروط عامـة

(21) الأخطار 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 المؤمن 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 تطلبها 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 يتنازلعن الحقوق المالية إلا بموافقة شركة التأمين الصريحة أو الضمنية.

(23) الإشعارات:

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) ملزم 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 المؤمن لهم قد نفذوا وتقيدوا 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 أو 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)

دليل الادوية 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 الأساسية.

ت) سيتم إجراء الاستبدال التلقائي للاسم المبتكر بالا سم الجنيس من قبل الصيدلي إذا تم وصفه با سم علامة تجارية محددة استنادا إلى وثيقة المؤمن له، مع مراعاة الاستثناءات التالية:

1. الأدوية الجنيسة غير القابلة للاستبدال أو/والإحلال استنادا للوائح هيئة الغذاء والدواء. https://www.sfda.gov.sa/sites/default/files/2021-08/SFDADDD.pdf
2. إذا طلب المؤمن له صرف الدواء باسم جنيس محدد ، يتم تطبيق نسبة المشاركة كما هي محددة بوثيقته (50% من سعر الدواء).
3. إذا تم الطلب من قبل الطبيب المعالج بعدم استبدال اسم الدواء المبتكر بالاسم الجنيس، 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 على سعر الدواء الجنيس.
   ii. إذا كان المبرر الطبي غير مقبول من قبل شركة التأمين، يتم تطبيق نسب المشاركة 0-50% من سعر الدواء.

ث) يتم تغطية التكلفة الدوائية بحسب الاسم العلمي وذلك بحسب دليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل مجلس الضمان الصحي المحدد وبحسب الوثيقة.

ج) دليل المجلس للأدوية التأمينية المعتمد على الاسم العلمي مُلزم على مزودي الخدمة وشركات التأمين، وتحديد أسماء المنتجات يتم بالاتفاق بين شركات التأمين ومزودي الخدمة.

ح) في حال عدم إدراج المرض ضمن دليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل مجلس الضمان الصحي 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 الالكتروني التالي الخاص بهيئة الغذاء والدواء: Shortage.Drug@sfda.gov.sa

ذ) يحتسب الحد الأقصى لنسبة التحمل للأدوية بناء على سعر العلاج الجنيس (او المبتكر في حال عدم وجود بديل جنيس) المتفق عليه بين بالاتفاق بين شركات التأمين ومزودي الخدمة والمسجل بهيئة الغذاء والدواء.

ر) يجب على مقدم الخدمة توفير بديل للاسم التجاري ضمن الفئة السعرية المماثلة 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.

ز) يجب على مقدم الخدمة توفير بديل للاسم الجنيس ضمن الفئة السعرية المماثلة للمؤمن له في حال كان الانقطاع للدواء غير مدرج من ضمن الأدوية المنقطعة بالسوق المحلي من قبل هيئة الغذاء والدواء.

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

ش) 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

ص) 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

ض) يلتزم مقدم الخدمة بتطبيق وسائل خفض المخاطر للمستحضرات الصيدلانية المعتمدة و المعلنة من الهيئة العامة للغذاء والدواء https://sfda.gov.sa/en/RMM. https://www.sfda.gov.sa/ar/RMM

ط) يجب على شركة التأمين توفير نظام إدارة المنافع الدوائية (Pharmacy benefit management) للربط مع مقدمي الخدمة وعمل إدارة الوصفات الفورية. وفي حال عدم توفر برنامج نظام إدارة المنافع الدوائية يتم الرجوع للدليل الأدوية التأمينية المعتمد من قبل المجلس كمرجع لمقدمي الخدمة.

ظ) نسبة المشاركة بالدفع للأدوية:

1. الدواء الجنيس والأدوية اللاوصفية وعلاج مبتكر- مع حال عدم توفر البديل الجنيس: نسبة التحمل 20%، الحد الأقصى للمشاركة بالدفع: 30 ريال سعودي.

2. علاج مبتكر –في حال توفر بديل جنيس: نسبة التحمل 0-50% من سعر العلاج المبتكر، الحد الأقصى للمشاركة: يتم تحديده بالاتفاق ما بين صاحب العمل وشركة التأمين.

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

القسم السادس

الشبكة

أ) **شبكة الحد الأدنى:** هي شبكة مقدمي الخدمة التي تغطي كافة مناطق ومدن المملكة ونطاقها الجغرافي على أن تتضمن كافة مستويات الخدمة الصحية.

ب) **شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة:** مجموعة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدين من المجلس والمحددين من قبل شركة التأمين الصحي لتقديم الخدمة للمؤمن له ويتم ذلك بالقيد مباشرة على حساب شركة التأمين على أن يتضمن هذه الشبكة مستويات الخدمات الصحية التالية:

1. المستوى الأول (الرعاية الصحية الأولية).
2. المستوى الثاني (المستشفيات العامة).
3. المستوى الثالث (الرعاية الصحية التخصصية أو المرجعية).
4. مراكز تقديم الخدمات الصحية الأخرى المكملة (مثل: مراكز جراحة اليوم الواحد، الصيدليات، مراكز العلاج الطبيعي، محلات النظارات).

ت) 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.

ث) تلتزم شركة التأمين بتقديم شبكة الحد الأدنى حسب نظام مجلس الضمان الصحي مع الأخذ في الاعتبار عند تصميم شبكة الحد الأدنى بتوفير أعداد وأنواع مقدمي رعاية صحية كافية لضمان إمكانية الوصول إلى جميع خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين دون تأخير.

ج) تلتزم شركة التأمين بتوفير المراكز التخصصية التالية ضمن الشبكة: مراكز الحوادث، مراكز القلب والجلطات، مراكز متطورة لعلاج الأورام، المراكز المطورة لعلاج جراحة الأعصاب والصدر، مراكز وحدات العناية الحرجة للمواليد والخدج بالإضافة لمراكز الحمل عالي الخطورة.

ح) تنوع الشبكة الطبية: يحق لحامل الوثيقة الطلب من شركة التأمين توسعة الشبكة الطبية عن شبكة الحد الأدنى التي أقرها المجلس مع مراعاة أن تكون متناسبة مع توزيع المستفيدين الجغرافي.

خ) 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.

د) تلتزم شركة التأمين بتوفير خدمة الطب الإتصالي حسب تصنيف مقدمي الخدمة المعتمدين من المجلس لتقديم هذه الخدمة ضمن شبكة الحد الأدنى.

ذ) يحق لشركة التأمين في حال عدم الموافقة على مواصلة العلاج للحالات الطارئة خارج الشبكة نقل المؤمن له بعد استقرار حالته الصحية إلى مقدم خدمة داخل شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة للمؤمن له.

ر) 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.

ز) تلتزم شركة التأمين بسداد المطالبات بشكل مباشر لمقدم الخدمة غير المتعاقد معه عن الفترة التي قضاها المؤمن له لتلقي علاج الحالات الطارئة وذلك بناء على الأسعار المتفق عليها مع مقدم خدمة صحية آخر بنفس المستوى والتصنيف على شبكة المؤمن له.

س) يلتزم مقدم الخدمة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمشمولين بأي وثائق تأمين صحي سارية قبل الانتهاء أو الإلغاء 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.

ش) لا يحق لشركة التأمين بعد إصدار 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 بالاحتيال أو عند إنهاء التعاقد من قبل مقدم الخدمة الصحية أو تعليق إلغاء اعتماده من قبل المجلس، على أن يقوم بتوفير بديل عنه بنفس المستوى بالتنسيق مع حامل الوثيقة، مع مراعاة مهلة الإنذار 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.

ص) تلتزم شركة التامين 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.

ض) تلتزم شركة التامين بتزويد مجلس الضمان الصحي بتقرير سنوي عن شبكة الحد الأدنى وتشمل قائمة بمقدمي الخدمة المشمولين، سرعة وصول المشتركين للخدمات، التوافر الجغرافي لمقدمي الخدمات للمستفيدين، عدد مقدمي الخدمة من الفئات المختلفة لكل مشترك.

ط) على شركة التأمين توفير شبكة مقدمي خدمة تلبي متطلبات الوصول التالية، على ان يتم تحديدها بناء على النطاق الجغرافي والمرتبطة بالعنوان الوطني للمؤمن له والاشتراطات أدناه هي استرشادية على تحديد شبكة مقدم الخدمة وسيقوم المجلس لاحقا بوضع الاشتراطات اللازمة:

1. 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.
2. للمناطق الأخرى غير المناطق الحضرية (المناطق النائية)، توفر شبكة مقدمي الخدمة خدمات أطباء الرعاية الأولية وخدمات المستشفيات والصيدلة 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 التخصصات الأخرى لجميع المستفيدين المسجلين في الوثيقة تبعد ثمانون(80)كم أو تستغرق خمسين (50) دقيقة للوصول كحد أقصى من مكان إقامة أو عمل كل مؤمن له، بحسب توافر مقدمي الخدمة المعتمدين من المجلس بالمنطقة.

القسم السابع

جدول رقم (1): جدول المنافع الصحية

الهدف من المنفعة	المنفعة	الملاحق أو الأدلة السريرية
تمكين المستفيد (التنويم)	التغطية التأمينية لتكاليف جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد والحمل والولادة.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
وقاية المستفيدين (الفحص المبكر والاستكشافي)	التغطية التأمينية للفحوصات الدورية المدرجة أدناه وفق التعليمات الصادرة عن المركز الوطني للوقاية من الأمراض ومكافحتها والمدرجة بالدليل الوطني للفحوصات الدورية وتشمل التالي: 1. ماموغرام "أشعة الثدي" للكشف عن سرطان الثدي. 2. مسحة عنق الرحم للكشف عن سرطان عنق الرحم. 3. الكشف عن سرطان القولون (الاختبار الكيميائي للبراز (Fecal immunochemical test) أو منظار القولون بحسب الحاجة الطبية وأفضل الممارسات الطبية. 4. الاستشارات السلوكية أو الغذائية أو كلاهما، بما يخص النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية للبالغين الذين يعانون من عوامل المخاطر القلبية الوعائية ولديهم ارتفاع في كتلة الجسم بأكثر من 30 BMI أو من لديهم عاملين فأكثر من عوامل الخطورة لأمراض القلب. 5. فحص داء السكري عن طريق فحص السكر للصائم أو فحص معدل السكر التراكمي. 6. فحص الدهون الشامل . 7. فحص كثافة العظام DEXA للكشف عن هشاشة العظام.	الدليل الوطني للفحوصات الصحية الدورية الصادر من هيئة الصحة العامة National Guideline for Periodic Health Examination

وقاية المستفيدين (اللقاحات)	التغطية التأمينية للإجراءات الوقائية مثل التطعيمات بما في ذلك التطعيمات الموسمية، ورعاية الأمومة والطفولة وذلك وفق التعليمات الصادرة عن وزارة الصحة وهيئة الصحة العامة والمحددة في الوثيقة في الملحق رقم (1) المرفق بهذه الوثيقة.	الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة وهيئة الصحة العامة جدول التطعيمات الوطني (أطفال) الصادر عن وزارة الصحة
وقاية المستفيدين (اللقاحات للكبار)	التغطية التأمينية تشمل اللقاحات الطبية للبالغين وذلك وفق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة وتشمل لقاح التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي اللاخلوى (Tdap) ، لقاح المكورات الرئوية 13 (PCV13)، لقاح المكورات الرئوية 23 (PPSV23)، لقاح الإنفلونزا.	جدول التطعيمات الوطني للكبار
تعزيز صحة ووقاية المستفيدين (الأمراض الجنسية المعدية)	التغطية التأمينية لعلاج الأمراض الجنسية المعدية أيا كانت طريقة حصول العدوى و تشمل لتغطية: Nongonococcal urethritis Trichomoniasis, HIV, Syphilis, Human papillomavirus (genital warts), Neisseria gonorrhoeae, Genital herpes, Chancroid	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تعزيز صحة (صحة المرأة والطفل)	التغطية التأمينية تشمل متابعة الحمل والولادة واتباع المسارات الطبية عالية المخاطر ومنخفضة المخاطر ، حسب الأدلة الإكلينيكية المعتمدة واستنادا على معايير الأهلية المعتمدة على أفضل البراهين والأدلة الإكلينيكية الدولية للحمل عالى المخاطر وبما يتوافق مع اشتراطات الوثيقة.	الجواز الصحى للأم (للحمل منخفض المخاطر)
تعزيز صحة المرأة (تنظيم الأسرة)	التغطية التأمينية لموانع الحمل المؤقتة التي تشمل البديل الهرموني وأجهزة اللولب الرحمي حسب الدليل المعتمد.	الدليل الإرشادي لموانع الحمل Contraception Clinical Practice Guidelines
تعزيز صحة (صحة المرأة)	التغطية التأمينية لتكاليف الرعاية الصحية الشاملة لحالات انقطاع الطمث ومرحلة ما قبل انقطاع الطمث، و تشمل العلاج الهرموني البديل.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تعزيز صحة (صحة المواليد)	التغطية التأمينية لبرنامج الفحص المبكر للإعاقة السمعية وبرنامج تشوهات القلب الخلقية الحرجة لجميع المواليد.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تعزيز صحة (صحة المواليد)	التغطية التأمينية لتكاليف البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة ويشمل الفحوصات المبينة في الملحق رقم (3) المرفق بهذه الوثيقة.	جدول البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة
تعزيز صحة (صحة الطفل)	التغطية التأمينية لتكاليف برنامج التحصينات لفيروس الالتهاب التنفسي المخلوي (RSV) للأطفال وفق جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة.	جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادرة من وزارة الصحة
تعزيز صحة (صحة الطفل)	التغطية التأمينية لتكاليف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيا حتى عمر 24 شهر وذلك وفق الضوابط المنظمة لتغطية منفعة حليب الأطفال الواردة في الملحق رقم (5) وحسب أفضل الممارسات الطبية.	الضوابط المنظمة لتغطية منفعة حليب الأطفال الواردة في الملحق رقم (5) وحسب الدليل المعتمد لتخيص حالات حساسية الحليب ومشاكل الامتصاص
تعزيز صحة (صحة الطفل)	تكاليف حالات الختان (للذكور)	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تحسين الصحة النفسية	التغطية التأمينية لتكاليف الكشف وتشخيص وعلاج الحالات النفسية للأمراض التالية: الاكتئاب، اضطراب ثنائي القطب،	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها

	القلق، التوتر، تعاطي الكحول أو المخدرات، (لايشمل التنويم للتأهيل)، إدارة الغضب، التعامل مع الحزن أو الخسارة، انفصام الشخصية، اضطراب مابعد الصدمة واضطرابات الأكل.	
تحسين الصحة النفسية	التغطية التأمينية لتكاليف الكشف وتشخيص وعلاج حالات التوحد وذلك وفق الخدمات المقدمة لمرضى التوحد الواردة في الملحق رقم (4) وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.	الخدمات المقدمة لمرضى التوحد
تحسين الصحة النفسية	التغطية التأمينية لتكاليف علاج حالات الزهايمر.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تمكين المستفيدين والحد من مضاعفات المرض (أخرى)	التغطية التأمينية لتكاليف علاج التشوهات الخلقية التي قد تشكل تهديد حالي أو مستقبلي على الحياة.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
الحد من مضاعفات المرض (أخرى)	التغطية التأمينية لتكاليف علاج حالات التلف في صمامات القلب وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تعزيز صحة ووقاية (الأسنان)	تشمل جميع الخدمات العلاجية الاساسية والوقائية للأسنان، وعلاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تحسين القدرة والوظائف البدنية للمستفيدين (إعادة التأهيل)	التغطية التأمينية لحالات الإعاقة.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تحسين القدرة والوظائف للمستفيدين (النظر)	التغطية التأمينية للنظارات الطبية للمستفيدين حتى سن الرابعة عشرة فقط.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تحسين القدرة والوظائف للمستفيدين (النظر)	التغطية التأمينية لتدخلات تصحيح النظر الوظيفي.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
الحد من مضاعفات الأمراض المزمنة- تحسين جودة الحياة (العمليات الجراحية)	التغطية التأمينية لإجراءات وعمليات جراحية أخرى بالإضافة إلى جراحة كميم المعدة، في حال تجاوز كتلة الجسم 40 أو كتلة الجسم 35 مع وجود مضاعفات وذلك استنادا على معايير الأهلية المعتمدة على أفضل البراهين والأدلة الإكلينيكية الدولية والدليل السعودي الارشادي لجراحة السمنة والايض - حسب حزمة الخدمات المعتمدة تكاليف تغطية عملية جراحة معالجة السمنة المفرطة عن طريق إحدى الجراحات المعتمدة وجراحة السمنة: (Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LABG), Laparoscopic Sleeve Gastrostomy, Roux- En -Y Gastric Bypass, Mini Gastric Bypass/One anastomosis Gastric Bypass, Biliopancreatic Diversion (BPD) - Duodenal Switch, Single anastomosis duedonoileal bypass (SADI) Biliopancreatic Diversion (BPD) Scopinaro)	الحزمة المعتمدة من المجلس الدليل السعودي الارشادي لجراحة السمنة و الايض
تحسين الصحة (العمليات الجراحية)	التغطية التأمينية لتكاليف إجراء عملية جنى الأعضاء من المتبرع وفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
الحد من مضاعفات الغسيل الكلوى (العمليات الجراحية)	التغطية التأمينية لزراعة الكلى بحسب حزمة الخدمات المعتمدة من المجلس ووفق حدود المنفعة المحددة في جدول الوثيقة.	الحزمة المعتمدة من المجلس
تحسين جودة وكفاءة الخدمة (الأمراض المزمنة)	التغطية التأمينية لغسيل الكلى بحسب حزمة الغسيل الكلوي المعتمدة من المجلس.	الحزمة المعتمدة من المجلس
تسهيل وصول الفئة المستفيدة للخدمة (الرعاية المنزلية)	تقديم الرعاية المنزلية للمرضى المنومين لتمكينهم من استكمال علاجهم بالمنزل حسب أفضل الممارسات الطبية: • رعاية الجروح بعد الجراحة بالإضافة إلى الحالة الطبية المستدعية. • تزويد بالأدوية الوريدية بعد الجراحة وفي الحالات الطبية المستدعية. • رعاية القسطرة البولية.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها

تسهيل وصول الفئة المستفيدة للخدمة (الرعاية الصحية عن بعد – الطب الإتصالي)	التغطية التأمينية لخدمات الرعاية الصحية عن بعد (خدمة الطب الإتصالي) المقدمة من مركز مرخص من قبل وزارة الصحة وبحسب القواعد والأنظمة المعتمدة من قبل المجلس.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تعزيز جودة وكفاءة الخدمة (الأجهزة الطبية)	التغطية التأمينية لتكاليف السماعات الطبية.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تمكين المستفيد وتسهيل الوصول للخدمات (الأجهزة الطبية)	يتم التغطية للأجهزة الطبية بناء على ما تنصه الأدلة والبراهين الإكلينيكية المعتمدة ومفهوم الرعاية الصحية المبنية على القيمة. على سبيل المثال لا الحصر اجهزه قياس السكر، مضخة الإنسولين وجهاز قياس ضغط الدم بحسب الأدلة المعتمدة.	سياسة مضخة الأنسولين. مركز تقييم التقنيات الصحية
تمكين المستفيد وتسهيل الوصول للخدمات (الأدوية)	اعتماد المشاركة بالدفع لجميع خدمات الأدوية وتكون بصورة منفصلة عن الزيارات الطبية للعيادات الخارجية وتطبق بحسب دليل الأدوية التأمينية مع اعتماد صرف الأدوية الجنيسة بديل للأدوية المبتكرة بحس جدول الوثيقة. يتم التطبيق الالزامي لنسبة التحمل للأدوية بدءً من أكتوبر 2022 ويلتزم كل من مقدم الخدمة وشركة التأمين بفصل مطالبات الأدوية عن مطالبات الزيارة بدء من عام 2023 بشكل الزامي كامل، بحسب التاريخ المحدد من قبل المجلس لاحقاً بناء على تقييم الجاهزية. ويمكن بدء تطبيق فصل المطالبة قبل هذا التاريخ في حال تحديث أنظمتهم بعد الاتفاق بين الطرفين.	دليل الأدوية التأمينية
تسهيل الوصول للخدمة وتعزيز جودة الخدمات (العيادات الخارجية)	بدء تطبيق الآلية المدرجة أدناه مع مقدمي الخدمة وشركات التأمين لنسبة المشاركة بالدفع للعيادات الخارجية عام 2023 بشكل الزامي كامل، بحسب التاريخ المحدد من قبل المجلس لاحقاً بناء على تقييم الجاهزية. ويمكن لمقدمي الخدمة وشركات التأمين بدء التطبيق بصورة أبكر متى ما تم تحديث أنظمتهم بعد الاتفاق بين الطرفين. نسبة المشاركة بالدفع بحسب نوع الرعاية المقدمة: 1. زيارة عيادات الرعاية الأولية (طب أسرة، طب عام، اطفال عام، باطنة عام، طب التوليد والنساء العام، GP, General Pediatrics, General Family Medicine Internal Medicine, General OB/ GYN) سواء كانت في مستشفى او مركز صحي" 0-5% بحد اقصى 25 ريال سعودي. • الخدمات المقدمة من ضمن الرعاية الأولية تشمل الخدمات الوقائية والعلاج للأمراض العضوية أو النفسية لجميع الأعمار والفئات وخدمات رعاية الأمومة الغير حرجة وصحة الطفل. • من الممكن أن تقدم خدمة الرعاية الأولية إما حضورياً أو عن طريق الطب الإتصالي بحسب ما تقتضيه حاجة المستفيد مع توفير تقرير عن الحالة يشمل جميع التحاليل مرفق عند التحويل. 2. زيارة العيادات التخصصية بعد الحصول على تحويل من قبل عيادات الرعاية الأولية أو الطوارئ: 0-10 % بحد اقصى 75 ريال سعودي. 3. زيارة العيادات التخصصية بدون الحصول على تحويل من قبل عيادات الرعاية الأولية: 0-50% بحد اقصى 500 ريال سعودي مع الأخذ بالاعتبار التالي: • زيارات المتابعة للعيادات التخصصية للحالات التي تستدعي علاج تخصصي بحسب الاحتياج الطبي والممارسات الطبية المعتمدة يتم معاملتها كزيارة محولة ويطبق عليها نسبة المشاركة 10 % بحد اقصى 75 ريال سعودي.	حسب معايير الممارسات الطبية الدارجة والمتعارف عليها
تعزيز صحة/ الرعاية الشاملة لمرضى داء السكري	خطة رعاية صحية شخصية يتم إنشاؤها بناء على الملف الصحي للمريض لتقديم خدمات رعاية صحية شاملة وفقاً لأفضل الممارسات الطبية المعتمدة من قبل فريق طبي مكون	تقدم هذه الخدمات عن طريق عيادات تخصصية تعنى بتوفير الرعاية الشاملة لمرضى داء

(البرنامج المتكامل لمتابعة مرضى داء السكري)	من عدة تخصصات صحية، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر-أخصائي التغذية، وأخصائي القدم، والأخصائي الاجتماعي، ومدرب صحي، ومثقف صحي كما تشمل كذلك زيارات لمختصي العيون والكلى والأقدام والقلب والطب النفسي والجراحة في حال الحاجة، بما يضمن حصول مرضى داء السكري على الرعاية الطبية الأكثر تقدماً وتثقيف المرضى والوقاية المناسبة من المضاعفات ومعالجتها.	السكري في حال عدم توفر خدمات الرعاية الأولية المتكاملة

القسم التاسع

ملاحق الوثيقة

يحتوي هذا القسم على مجموعة ملاحق تعد جزءا لا يتجزأ من هذه الوثيقة، وتحتوي على التعليمات والإجراءات ذات العلاقة بتطبيق هذه الوثيقة، وتشمل هذه الملاحق المستندات المشار إليها في مواد هذه الوثيقة على النحو التالي:

1. ملحق الوثيقة رقم (1) الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة
2. ملحق الوثيقة رقم (2) جدول التطعيمات الأساسية الصادر عن وزارة الصحة
3. ملحق الوثيقة رقم (3) جدول البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.
4. ملحق الوثيقة رقم (4) الخدمات المقدمة لمرضى التوحد
5. ملحق الوثيقة رقم (5) ضوابط الاحتياج لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيا حتى عمر 24 شهر
6. ملحق الوثيقة رقم (6) جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة
7. ملحق الوثيقة رقم (7) الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة الصحية
8. ملحق الوثيقة رقم (8) نموذج الإفصاح الطبي
9. ملحق الوثيقة رقم (9) الأدلة الاكلينيكية وحزم المنافع

ملحق الوثيقة رقم (1) الإجراءات الوقائية المعتمدة من وزارة الصحة

1. التطعيمات الأساسية للأطفال والتي تشمل لقاحات الدرن والالتهاب الكبدي (ب) عند الولادة، اللقاح الخماسي (الثلاثي البكتيري، الالتهاب الكبدي (ب)، المستدمية النزلية) واللقاح الرباعي (الثلاثي البكتيري، والمستدمية النزلية) ولقاح شلل الأطفال واللقاح الثلاثي الفيروسي ولقاح الثلاثي البكتيري وتعطى وفق جدول التطعيمات المرفق بالإضافة إلى أي لقاحات أخرى يتم إدخالها مستقبلا وفقا لنتائج التحاليل الوبائية للأمراض.
2. حملات التطعيم الوطنية الشاملة أو المحددة (شلل الأطفال والحصبة، الحمى الشوكية أو أي تطعيمات أخرى تقررها الوزارة.
3. الترصد التغذوي ومتابعة نمو الأطفال حتى عمر خمس سنوات.
4. علاج بعض حالات الأمراض المعدية والمتوطنة ضمن الإجراءات الوقائية المتخذة.
5. متابعة الأم الحامل والتطعيم ضد الكزاز للحوامل والنساء في سن الإنجاب.
6. تأمين الولادات في الأماكن البعيدة أو التي لا توجد بها مستشفيات.

ملحق الوثيقة رقم (2) جدول التطعيمات الأساسية الصادرة عن وزارة الصحة

وزارة الصحة
Ministry of Health

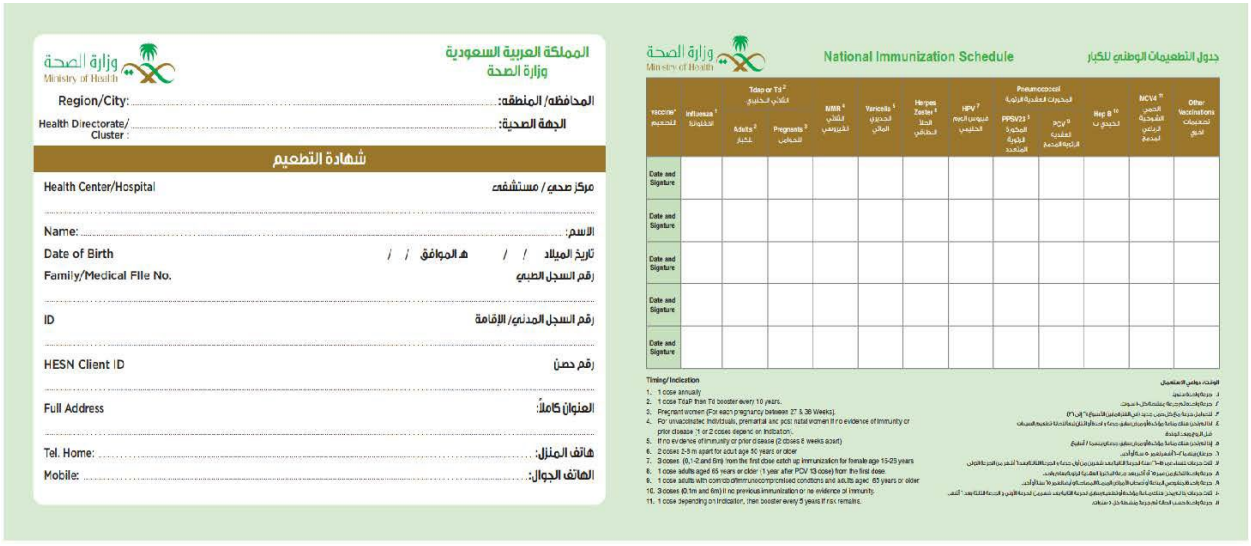
National Immunization Schedule

جدول التطعيمات الوطني

عند الولادة Birth	عمر شهرين 2 months	عمر 4 شهور 4 months	عمر 6 شهور 6 months	عمر 9 شهور 9 months	عمر 12 شهر 12 months	عمر 18 شهر 18 months	عمر 24 شهر 24 months	عمر 4-6 سنوات 4-6 years	عمر 11 سنة 11 years	عمر 12 سنة 12 years	عمر 18 سنة 18 years
• HepB التهاب ب	• HepB التهاب ب	• HepB التهاب ب	• BCG السل • HepB التهاب ب						• Tdap التيتانوس الخفيف		
	• RV فيروس الروتا	• RV فيروس الروتا	• RV فيروس الروتا								
	• DTaP الثلاثي الخلوي	• DTaP الثلاثي الخلوي	• DTaP الثلاثي الخلوي			• DTaP الثلاثي الخلوي		• DTaP الثلاثي الخلوي			
	• Hib المستدمية النزلية	• Hib المستدمية النزلية	• Hib المستدمية النزلية			• Hib المستدمية النزلية					
	• PCV العقدية الرئوية المجمع	• PCV العقدية الرئوية المجمع	• PCV العقدية الرئوية المجمع		• PCV العقدية الرئوية المجمع						
	• IPV شلل أطفال معطل	• IPV شلل أطفال معطل	• IPV شلل أطفال معطل								
	• OPV شلل الأطفال الفموي		• OPV شلل الأطفال الفموي		• OPV شلل الأطفال الفموي	• OPV شلل الأطفال الفموي		• OPV شلل الأطفال الفموي			
				• Measles الحصبة المثبتة							
				• MCV4 الحمى الشوكية الرباعي المجمع	• MCV4 الحمى الشوكية الرباعي المجمع						• MCV4 الحمى الشوكية الرباعي المجمع
						• HepA التهاب أ الكبدي	• HepA التهاب أ الكبدي				
						• Varicella الحديري المائي		• Varicella الحديري المائي			
									• HPV فيروس الورم الحليمي البشري • فيروس الورم الحليمي البشري HPV		
					• MMR الثلاثي الفيروسي	• MMR الثلاثي الفيروسي		• MMR الثلاثي الفيروسي			
			Influenza								
• *For female only											• للإناث فقط
DATE											
SIGNATURE											

Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا	Influenza vaccine تطعيم الإنفلونزا
DATE											
SIGNATURE											

لاحظة: تم ادراج المرفق كمرجع سريع على أن يتم الرجوع لآخر تحديث صادر عن وزارة الصحة



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
وزارة الصحة
Ministry of Health
المحافظة/ المنطقة: Region/City:
الجهة الصحية: Health Directorate/ Cluster :
شهادة التطعيم
مركز صحي / مستشفى Health Center/Hospital
الاسم: Name:
تاريخ الميلاد / / هـ الموافق / / Date of Birth
رقم السجل الطبي Family/Medical File No.
رقم السجل المدني/ الإقامة ID
رقم حصن HESN Client ID
العنوان كاملاً: Full Address
هاتف المنزل: Tel. Home:
الهاتف الجوال: Mobile:

وزارة الصحة
Ministry of Health
National Immunization Schedule
جدول التطعيمات الوطني للكبار

Vaccine/ التطعيم	Influenza 1 الأنفلونزا	Tdap or Td 2 لقاح الخناق		MMR 4 الحصبة الألمانية والنكاف	Varicella 5 الجدري المائي	Herpes Zoster 6 الحزام الناطق	HPV 7 فيروس الورم الحليمي	Pneumococcal لقاحات المكورات الرئوية		Hep B 10 التهاب الكبد ب	MCV4 11 التهاب السحايا النيسري المجموعة	Other Vaccinations/ تطعيمات أخرى
		Adults 3 بالغين	Pregnants 3 الحوامل					PPSV23 5 المكورة الرئوية المتعددة	PCV 9 المكورة الرئوية المقترنة			
Date and Signature												
Date and Signature												
Date and Signature												
Date and Signature												
Date and Signature												

Timing/ Indication
1. 1 dose annually
2. 1 dose Tdap then Td booster every 10 years.
3. Pregnant women (For each pregnancy between 27 & 36 Weeks).
4. For unvaccinated individuals, premarital sec. post natal women if no evidence of immunity or prior disease (1 or 2 doses depend on indication).
5. If no evidence of immunity or prior disease (2 doses 6 weeks apart)
6. 2 doses 2-3 m apart for adult age 50 years or older
7. 3 doses (0,1-2 and 6m) from the first dose catch up immunization for female age 15-25 years
8. 1 dose adults aged 65 years or older (1 year after PCV 13 dose) from the first dose.
9. 1 dose adults with comorbid immunocompromised conditions and adults aged 65 years or older
10. 3 doses (0,1m and 6m) if no previous immunization or no evidence of immunity.
11. 1 dose depending on indication, then booster every 5 years if risk remains.

الجدول الوطني للتطعيمات
1. جرعة واحدة سنويا
2. جرعة واحدة لقاح تيتانوس مع خناق كل 10 سنوات
3. للحوامل جرعة واحدة في كل حمل (بين الأسبوع 27 و 36)
4. للبالغين غير المحصنين سابقا ضد الحصبة الألمانية والنكاف والنساء بعد الولادة إذا لم يكن هناك دليل على المناعة أو الإصابة السابقة بالمرض، جرعتان بفاصل شهر واحد
5. للبالغين غير المحصنين سابقا ضد الجدري المائي أو لمن ليس لديه دليل على المناعة أو الإصابة السابقة بالمرض، جرعتان بفاصل 6 أسابيع
6. للبالغين فوق سن 50 سنة، جرعتان بفاصل 2-3 شهور
7. للإناث بين سن 15-25 سنة، 3 جرعات (0، 1-2، و 6 شهور) من الجرعة الأولى كتطعيم تعويضي
8. للبالغين فوق سن 65 سنة، جرعة واحدة بعد سنة من الجرعة الأولى من لقاح المكورات الرئوية المقترنة
9. للبالغين المصابين بأمراض مزمنة تضعف المناعة وللبالغين فوق سن 65 سنة، جرعة واحدة
10. للبالغين غير المحصنين سابقا ضد التهاب الكبد ب، 3 جرعات (0، 1 شهر، و 6 شهور) إذا لم يكن هناك دليل على المناعة أو الإصابة السابقة بالمرض
11. جرعة واحدة حسب الحالة، تجديد كل 5 سنوات

ملاحظة: تم ادراج المرفق كمرجع سريع على أن يتم الرجوع لآخر تحديث صادر عن وزارة الصحة

ملحق الوثيقة رقم (3) جدول فحوصات البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.

الأمراض السبعة عشر المطلوب الكشف عليها ببرنامج الفحص المبكر لحديثي الولادة

م	المرض
1	قصور الغدة الدرقية(Congenital Hypothyroidism- CH)
2	فرط استنساخ خلايا الغدة الكظرية (CAH- Hyperplasia Adrenal Congenital)
3	بيلة الفينايلكيتون(Phenylketonuria - PKU)
4	داء القيقبي البول(Maple Syrup Urine Disease - MSUD)
5	حموضة البربيونك(Propionic Acidemia - PPA)
6	حموضة ميثايلمالونيك الدم(Methylmalonic Acidemia - MMA)
7	نقص إنزيم (Carboxylase CoA-Methylcrotonyl-3 Deficiency-3MCC) ميثايل كو إي كاربوكسيليز الثالثي
8	نقص إنزيم بيوتينيديز(Deficiency Biotinidase)
9	حموضة جلوتارك النوع الأول(Glutaric Acidemia type-1-GA)
10	حموضة آيزو فالرك(Isovaleric Acidemia - VA)
11	نقص إنزيم (HMG) كو أي اليز(HMG-Co Lyase Deficiency - HMG)
12	مرض نقص إنزيم بيتا كيتوثايوليز(BKD-Deficiency Ketothiolase-Beta)
13	حموضة أرجنينوسكسنك(Arginosuccinase Acidemia- ASA)
14	سترولينيميا(Citrullinemia)
15	نقص إنزيم إم كاد(Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency)
16	نقص إنزيم إم كاد(Very long-chain AcylCoA dehydrogenase deficiency - VLCAD)
17	سكر اللبن في الدم(GALT - Galactosemaia)

ملحق الوثيقة رقم (4) الخدمات المقدمة لمرضى التوحد

- تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- الإجراءات التشخيصية الطبية (رنين مغناطيسي، تحاليل جينات وأمراض استقلابية)
- التقييم النفسي واختبارات القياس النفسي (الذكاء IQ، مقياس التوحد كارز CARS وغارز GARS ايدوسADOS ، مقاييس الكيف البيتي VINLAND).
- التأهيل الطبي (علاج تخاطب، وعلاج وظيفي، وعلاج تعديل سلوك).
- برنامج التدخل المبكر (للأطفال أقل من 6 سنوات بحد أدنى 3 ساعات باليوم ثلاث مرات أسبوعيا لمدة سنتين).
- الاستشارات الطبية والنفسية.

ملحق الوثيقة رقم (5) ضوابط الاحتياج لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيا حتى عمر 24 شهر

استنادا على قرار مجلس الوزراء رقم (333) وتاريخ 1437/8/9هـ المتضمن قيام المجلس الصحي السعودي بالتنسيق مع مجلس الضمان الصحي التعاوني لإعداد ضوابط منظمة لصرف حليب الأطفال للرضع المحتاجين إليه طبيا إلى عمر (24) شهر المشمولين بالتأمين.

عليه فقد تم إعداد الضوابط المنظمة وبالتنسيق مع المجلس الصحي لتغطية تكاليف حليب الأطفال المؤمن لهم المحتاجين إليه طبيا إلى عمر (24) شهرا طالما أنها وصفت من خلال الطبيب المعالج على أن تغطي الحالات التالية:

1. أمراض التمثيل الغذائي.
2. أمراض البرنامج الوطني للفحص المبكر لحديثي الولادة للحد من الإعاقة.
3. حساسية الحليب أو السكر.
4. وجود مشاكل في الامتصاص.
5. الطفل الخديج أو ناقص النمو أو ناقص الوزن الشديد للعمر الحملي بحيث يحتاج سعرات حرارية أو معززات نمو إضافية لحليب الأم.
6. الأمراض الاستقلابية.

ملحق الوثيقة رقم (6) جدول تحصينات الفيروس التنفسي المخلوي المعتمدة الصادر عن وزارة الصحة

الأطفال الذين يحتاجون مصل الفيروس التنفسي المخلوى Babies Eligible for RSV Prophylaxis	العمر عند منتصف شهر أكتوبر Age at Middle of October	الجرعة المطلوبة Dose Needed
الطفل المولود أقل من (29) أسبوع حملي Baby born < 29 weeks gestational age	أقل من سنة <1 Years of age	جرعة المصل المضاد لمرض الفيروس التنفسي المخلوى تغطى كل 28 يوما لمدة 5 أشهر من منتصف شهر أكتوبر إلى منتصف شهر مارس Prophylaxis Dose of RSV Starting Every 28 days for 5 Months starting from middle of October until middle of march
الطفل الخديج الذي يعاني من مرض الرئة المزمن Preterm infants with BPD	أقل من سنة <1 Years of age	
الطفل الذي يعاني من اعتلال الرئتين أو الجهاز العصبى ولا يستطيع التخلص من البلغم أو يعاني نقص المناعة الشديد Children with pulmonary abnormality or Neuromuscular disease that impairs the ability to clear secretions from the upper airways and infants who are Severely immunocompromised	أقل من سنتين <2 Years of age	
الطفل الذي يعاني من أمراض القلب الخلقية	أقل من سنة <1 Years of age	

Infants with certain hemodynamically significant heart diseases		

الجرعات المطلوبة Doses	التاريخ Date	الاسم والتوقيع Name & Signature	ختم Stamp	تاريخ الزيارة التالية Next visit date
الجرعة الأولى First Dose				
الجرعة الثانية Second Dose				
الجرعة الثالثة Third Dose				
الجرعة الرابعة Fourth Dose				

الحد الأدنى لشبكة مقدمي الخدمة الصحية*

أولاً: منطقة الرياض

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	الرياض	١٢	٩٣
٢	الدرعية	٠	١
٣	الخرج	٠	٥
٤	الدوادمي	٠	١
٥	المجمعة	٠	١
٦	الغاط	٠	١
٧	الافلاج	٠	١
٨	وادي الدواسر	٠	١
٩	العيينة	٠	١
١٠	الزلفي	٠	١
١١	شقراء	٠	١
١٢	عفيف	٠	١

ثانياً: منطقة المدينة المنورة

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	المدينة المنورة	٣	٩
٢	بدر	٠	١
٣	مهد الذهب	٠	١
٤	رابغ	١	١
٥	ينبع البحر	١	١
٦	ينبع الصناعية	١	٠

خامساً: منطقة الحدود الشمالية

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	عرعر	١	١
٢	رفحاء	٠	١
٣	طريف	٠	١

سادساً: منطقة الجوف

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	القريات	٠	١
٢	سكاكا	١	٣

سابعاً: منطقة تبوك

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	تبوك	١	٥
٢	ضبا	٠	١
٣	أملج	٠	١

ثامناً: منطقة عسير

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	أبها	٢	٥
٢	خميس مشيط	٣	٦
٣	بيشة	٠	٣
٤	محايل عسير	١	١
٥	سراة عبيدة	٠	١

التاسع: منطقة نجران

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	نجران	٢	٦

العاشر: منطقة القصيم

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	بريدة	٢	٦
٢	عنيزة	١	١
٣	الرس	٠	١

الحادي عشر: منطقة مكة المكرمة

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	مكة المكرمة	٢	١٠
٢	جدة	١٠	٣٧
٣	الطائف	٢	٥
٤	القنفذة	١	١
٥	الليث	٠	١
٦	رابغ	٠	١
٧	الكامل	٠	١
٨	الحريه	٠	١
٩	ثول	٠	١

السادس: منطقة الشرقية

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	الدمام	٢	١٢
٢	الخبر	٣	٥
٣	الأحساء	٢	٦
٤	الهفوف	١	٣
٥	حفر الباطن	٢	٢
٦	الجبيل	٠	٣
٧	الجبيل الصناعية	١	١
٨	القطيف	١	٣
٩	الخفجي	١	١
١٠	رأس تنورة	٠	١
١١	بقيق	٠	١
١٢	العيرية	٠	١
١٣	ظهران	٠	١
١٤	سيهات	٠	١
١٥	صفوى	٠	١

الثامن: منطقة حائل

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	حائل	٢	٥
٢	بقعاء	٠	١

الحادي عشر: منطقة الباحة

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	الباحة	٠	١
٢	بلجرشي	١	٠

الثالث عشر: منطقة جازان

عدد مقدمي الخدمة

م	المدينة	مقدمي الخدمة الصحية: مستشفى	مقدمي الخدمة الصحية: رعاية أولية
١	جازان	١	٣
٢	صبيا	١	١
٣	بيش	٠	١
٤	أحد المسارحة	٠	١
٥	أبو عريش	٠	١

ملحق الوثيقة رقم (8) نموذج الإفصاح الطبي

نموذج الإفصاح الطبي Unified medical Declaration Form

ACIG

ضمان
مجلس الضمان الصحي
Council of Health Insurance

Dear Insured: **Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.**	**عزيزي المؤمن له:** **نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.**

Addition ☐ (2) إضافة	New ☐ جديد	Type	نوع الطلب (1)
PolicyNo./ CR	رقم الوثيقة/ السجل التجاري:	Entity name:	اسم المنشأة:
Mobile No.	رقم الجوال:	Employee name:	أسم الموظف:
ID Number			رقم الهوية
Gender :	الجنس: Nationality: الجنسية:	Marital status Married ☐ متزوج Single ☐ أعزب	الحالة الاجتماعية:

	Please declare any of below medical conditions for your and your family by marking ✓ under the word (Yes): "Below Undeclared medical case may not be covered"	لا No	نعم YES	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات الطبية التالية لك او لدى أفراد أسرتك أدناه بوضع إشارة في المربع تحت كلمة (نعم): "إن عدم التغطية التأمينية للحالات أدناه في حال عدم الإفصاح عنها"	
1	Any hospital admission* during the last 12 months. "Admission: registering as an admitted patient at the hospital until the following morning"	☐	☐	هل تم التقويم بالمستشفى* خلال آخر 12 شهر؟ "التقويم: تسجيل الشخص المؤمن له كمريض مُنوّم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي"	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to**: Autism, listed Benign Tumor (Breast tumors. fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, thyroid goiter and parathyroid glands, liver tumors, colon tumors), Malignant tumors, listed Cardiac diseases (coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation, myocardial infraction, heart clots). Chronic Hepatitis C, Gallstones, Sever Kidney failure (stage 5 Requiring dialysis, clearance of less than 15 ml/ minute*), Urinary tract stones, hernias, Autoimmune diseases (lupus, rheumatoid arthritis, , psoriasis, Crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis, celiac disease)	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي , أورام الرحم الليفي , تضخم البروستات الحميد, اورام أو تضخم الغدة الدرقية والجار الدرقية, أورام الكبد, أورام القولون) ،أمراض القلب التالية (امراض شرايين وصمامات القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، وجلطات القلب)، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن ج (C)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد(المرحلة الخامسة من أمراض الكلى التي تستدعي غسيل الكلوي , الترشيح الكلوي أقل من 15مل / دقيقه*) ، حصوات المسالك البولية، الثقق، أمراض المناعة الذاتية (الذبة الحمراء, والتهاب المفاصل الروماتيزمية, الصدفية, مرض كرونز, التهاب القولون التقرحي, التصلب اللويحي, حساسية الفمح)	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases **limited to**: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease,G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات , مرض غوشر، مرض النكس الفولي (G6PD) النقص الكيسي للرئة, مرض تكدس الحديد (هيموكروماتوسيز), مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to**: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases.	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية **فقط**: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse (moderate or severe), Scoliosis (moderate or severe)**, or Ligament tears, osteoarthritis (moderate or severe)	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط/لا زالت تتضرر في المتوسط أو المتقدم(الديسك)، انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم** (سكوليوسس)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة.	5
6	**Pregnant Females only**: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	☐ ☐ ☐ .... / .. / ..		**للأنثى الحامل فقط:** حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	6

Employee and dependent's details that need to be added
(In case of a Yes answer, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم (3)
(في حالة الإجابة بنعم الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف /أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن "كجم" Weight "KG"	الطول "سم" Height "Cm"	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (insurance company name) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (insurance company name) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار والتفويض:

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (اسم شركة التأمين) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويده بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أحقية (اسم شركة التأمين) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود مايستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ .../.../...

(1) Upon renewal of the policy, the company shall not request a declaration form for any insured who has been in the past 11 months.

(2) The company is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.

(3) If you need to add more dependent, a new form is filled.

(4) The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.

(5) Insurance company has the right to reject coverage of

* As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative(KDOQI) Clinical Practice Guideline classification

** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degree

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية لنفس شركة التأمين مالم تكن الأم على وثيقة تأمين اخرى

(3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له تجنباً لتحمله المسؤولية القانونية

(5) يحق لشركة التأمين رفض حالات عدم الإفصاح للحلة المتعلقة بالبنود المذكورة بالنموذج

* وفقاً لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى و مبادرة الجودة (KDOQI)

** جلف كوب نزاوية أكثر من 10 درجات أو سكوليومتر أكثر من 5 درجات

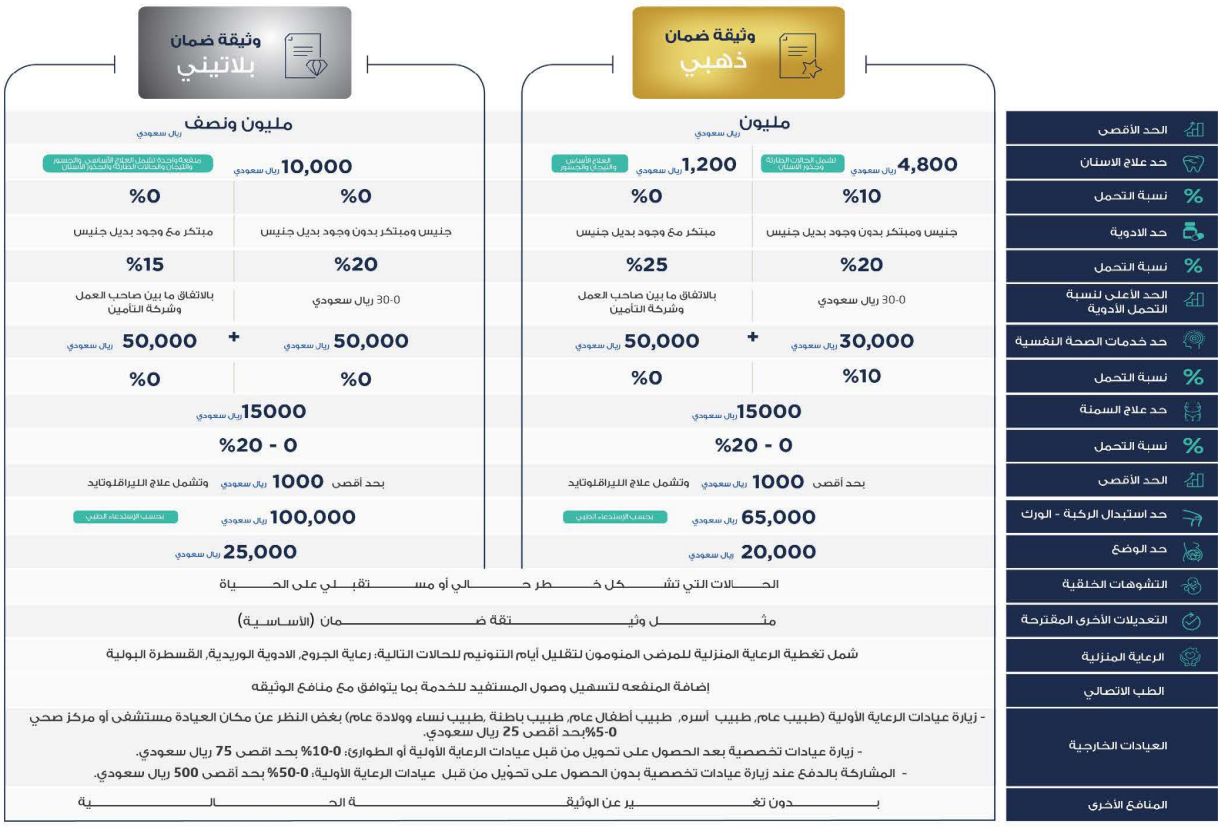
يتم تحديث جميع الأدلة والبراهين الإكلينيكية المعتمدة بشكل دوري من الأمانة العامة للمجلس، ويمكن الوصول لها عن طريق موقع المجلس.

1. الجواز الصحي للطفل
2. الجواز الصحي للأم
3. الدليل الوطني للفحوصات الصحية الدورية National Guideline for Periodic Health Examination
4. الدليل الإرشادي لموانع الحمل Contraception Clinical Practice Guidelines
5. الدليل السعودي الارشادي لجراحة السمنة و الإيض.
6. الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة.
7. الحزمة المعتمدة لغسيل الكلى.
8. الحزمة المعتمدة لزراعة الكلى (للمتبرع والمتبرع له).
9. الحزمة المعتمدة لاستبدال مفصل الركبة.
10. الحزمة المعتمدة لاستبدال مفصل الورك
11. سياسة مضخة الإنسولين

القسم العاشر

المنافع الإسترشادية

حزم المنافع المستوى الذهبي والبلاتيني هي منافع استرشادية غير الزامية مقترحة من الممكن لأصحاب العمل اضافتها أو اضافة منافع أخرى اضافية بالأتفاق مع شركات التامين



* في حال تخطي حد ال 500,000 ريال سعودي سيتم تغطية الفئات المستفيدة من قبل برنامج تغطية مستفيدي الضمان الصحي (صندوق ضمان) للمنشئات الصغيرة والمتوسطة.

الحزمة المعتمدة لجراحة السمنة

Bariatric Surgery Bundle/Guidelines

The Clinical practice Guidelines for people who are going for Bariatric Surgery

Bariatric surgery remains the most efficacious weight loss intervention in individuals with obesity. Bariatric surgery should be considered as part of a comprehensive treatment delivered by a multidisciplinary team including GPs, physicians, surgeons, dietitians and psychologists. The potential benefits of surgery need to be assessed for each individual by suitably trained and experienced practitioners and balanced against the individual risk profile. Components of successful bariatric surgery care include an informed patient, tailored operation; committed multi-disciplinary team care and long-term follow up. All individuals considered for bariatric surgery need a careful risk to benefit assessment and optimization of health prior to surgery. Not all individuals in whom surgery is a potential treatment option will be suitable for surgery, especially if they have multiple and advanced complications.

Baseline assessment:

BMI	Class
<18.5	Underweight
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Pre-obesity
30-34.9	Obesity class I
35-39.9	Obesity class II
≥40	Obesity class III
>50	Severe Obesity

Measuring Waist Circumference:

- ✓ Use a measuring tape that is checked monthly for stretching (replace if stretched).

- ○ Ask the person to remove heavy outer garments, loosen any belt and empty pockets.
- ○ Ask the person to stand with their feet close together (about 12–15 cm) with their weight equally distributed and to breathe normally.
- ○ Holding the measuring tape firmly, wrap it horizontally at a level midway between the lower rib margin and iliac crest (approximately in line with the umbilicus). The tape should be loose enough to allow the measure to place one finger

Initial process for Identification for suitability for Bariatric Surgery:

Primary care physician or any other healthcare provider will initially identify patients. Candidates interested in weight loss surgery who fulfil the initial criteria will be referred to the bariatric information session.

Bioelectric Impedance analysis: method of measuring body fat directly. It shows linear relationship between body fat and all-cause mortality.

Inclusion criteria for bariatric surgery:

Age: No age-based criteria is used as current longitudinal studies evaluating efficacy and safety endpoints do not apply specific age limits for the timing of surgery.

1. Clinically severe obesity (BMI > 40 kg/m2). It is the most effective treatment for morbid obesity, it leads to durable weight loss and improvement of co-morbidities
2. Metabolic Surgery should be considered as an option to treat T2D in patients with class I obesity (BMI 30.0–34.9 kg/m2) and inadequately controlled hyperglycemia despite optimal medical treatment by either oral or injectable medications (including insulin).
3. In adults with BMI > 35 kg/m2 and severe co-morbidities Comorbidities associated with BMI 35-39.9 are:
    - T2D
    - Hypertension
    - Hyperlipidemia
    - Obstructive sleep apnea (OSA)
    - Obesity-hypoventilation syndrome (OHS)
    - Pickwickian syndrome (a combination of OSA and OHS)
    - Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) or nonalcoholic steatohepatitis (NASH)
    - Gastroesophageal reflux disease (GERD)
    - Venous stasis disease
    - Severe urinary incontinence
    - Debilitating arthritis

Surgical Candidate:

The trigger point at which bariatric surgeons decide to surgery is BMI value, this point is 40kg /m2, and this is lower if a comorbid condition is identified and these are

1. Morbid obesity with BMI35kg/m2
2. History of repeated conservative treatment failures
3. No history of significant psychiatric disorders.

Factors that will result in automatic refusal of weight loss surgery include:

- Active Alcohol or drug abuse.
- Lack of comprehension to risk, benefits and expected outcomes and lack of commitment to nutritional supplementation and long- term follow up required with surgery.
- Concurrent pregnancy or who expect to be pregnant within 12-18 months, surgery should be deferred.
- Medically correctable cause of Obesity
- Palliative cancer
- Contraindications to general anesthesia
- Correctable coagulopathy
- Uncontrolled Psychiatric illnesses
- Lack of comprehensive risk benefit ratio
- Severe heart failure or unstable coronary artery disease
- End-stage lung disease
- Active cancer diagnosis or treatment
- Cirrhosis with portal hypertension
- Severe impaired intellectual capacity
- Crohn's disease may be a relative contraindication to RYGB, BPD and SAGBP.
- Giant Ventral hernias
- Severe renal impairment and renal failure unless planned for renal transplant
- Chronic pancreatitis
- Severe intra-abdominal adhesions from previous open abdominal surgery.

Assessment of patients for weight management program:

Pre procedure evaluation of Bariatric surgery patients

Pre procedure evaluation must include a comprehensive medical history, psychosocial history, physical examination, and appropriate laboratory testing to assess surgical risk The following checklist will help in determine the risk before surgery

History: should look at the identification of Risk factors for obesity and identifying the complications of obesity.

1. Screen for co-morbidities:
   a) Screen for diabetes according to standard of the American Diabetes Association
   b) Screen for hypertension according to Saudi hypertension guidelines
   c) Screen for hyperlipidemia according to US Preventive Task Force
   d) Evaluate for obstructive sleep apnea with a low threshold to refer patients to sleep medicine Specialist for evaluation
   e) Include in the history screening questions for the following and pursue as indicated:
   (i) Gastroesophageal reflux disease (GERD)

(ii) Cardiovascular disease: coronary, carotid, peripheral
(iii) Pulmonary disease, including asthma
(iv) Arthritis in weight-bearing joints
(v) Liver disease
(vi) Other physical limitations interfering with daily activity

2. Screen for emotional, cognitive, and motivational patient factors. The center or practitioner providing bariatric surgery must be accountable for a formal psychological evaluation of patients under consideration for bariatric surgery and an integrated, multidisciplinary pre and postoperative care program.
   a) Consider patient's motivation to engage in weight loss program with a validated tool
   b) Screen for depression using a validated tool like PHQ9
   c) Screen for dementia using a validated tool GPCOG score
3. Screen for additional exclusion criteria
   a) Female patients: screening for pregnancy, or intent to become pregnant within a year of surgery
   b) Active life-limiting illness that would preclude benefit from weight loss
   c) Screen for other factors as determined by the multidisciplinary care team

Physical examination:

- Vitals Signs: Blood pressure/pulse/ temperature.
- Weight and BMI documentation
- Waist circumference
- Neck circumference
- Look out for secondary causes of Obesity (E.g. Cushing's disease
- Polycystic Ovary syndrome
- Heart failure
- Stigmata of Chronic liver Disease, Abdominal Striae
- Umbilical incisional hernias
- Musculoskeletal Disease – osteoarthritis, Gout
- Skin Diseases
- Nutritional Diseases- Pallor of conjunctiva, atrophic glossitis, neuropathy
- Lower Limbs- lymphedema, Lipedema, venous insufficiency

Routine Investigations:

Pre-Bariatric surgery panel:

All patients must undergo an appropriate nutritional evaluation, including

- CBC,
- Renal functions,
- Electrolytes,
- Lipid panel,
- Fasting blood sugar, Hba1c,
- Coagulation profile, INR, ABO type,
- Thyroid functions &TSH.
- Iron panel,
- Calcium,
- Albumin,
- PTH and Vitamin D
- Vitamin B1 may be considered in-patient undergoing RYGB, BPD, or OAGB

Suspecting Sleep Apnea-

- Measurement of neck circumference (>17 inches in men, >16 inches in women)
  - Polysomnography for oxygen desaturation, apnea and hypo-apneic events
  - ENT examination for upper airway obstruction.
- **Suspected Cushing's syndrome (**moon face, thin skin that bruise easily, severe fatigue, striae**)**
  - Elevated late night salivary cortisol level (>7 nmol/l diagnostic, 3-7 nmol/l equivocal)
  - Repeatedly elevated measurements of cortisol secretion (late night salivary
  - Cortisol or urine free cortisol, upper normal 110-138 nmol/l)
- **Suspected Polycystic Ovarian Syndrome**:
  - total testosterone, free and weakly testosterone, DHEAS,
  - Prolactin, TSH and early morning 17-hydroxyprogesteron
- **Cardiopulmonary evaluation** with (ECG, echocardiography, chest X-ray if cardiac disease or pulmonary disease suspected or high risk of cardiovascular disease. Patients with established cardiac disease, Hypertension, smoker and old age need cardiac assessment for the risk of general anesthesia
- **GI Evaluation**:
  - GERD needs assessment with H. pylori screening in areas of high prevalence;
  - Gallbladder Evaluation and upper endoscopy, if clinically indicated
- **Nutrient screening**
  - Iron studies, B12, and folic acid (RBC folate, homocysteine, methyl malonic acid optional), and 25-vitamin D (vitamins A and E optional); consider more extensive testing in patients undergoing malabsorptive procedures based on symptoms and risks.

Medical Management and Coordination

1. Nutrition
2. Physical Activity
3. Behavior Therapy
4. Pharmacotherapy
5. Bariatric surgery

Begin comprehensive program of non-surgical care lifestyle modification according to ACC/AHA/TOS guideline or and other evidence-based guidelines

1. Patient must meet emotional, cognitive, and motivational standards as judged
   I. Pre-Surgical Clinical Psychology evaluation: Assess for individual psychological support/counseling. To assess the patient psychological readiness to bariatric surgery.
   II. Formal psychosocial-behavioral evaluation performed by a qualified behavioral health professional (i.e., licensed in a recognized behavioral health discipline, such as psychology, social work, psychiatry, or psychiatric nursing, and with specialized knowledge and training relevant to obesity, eating disorders, and/or bariatric procedures) to assess environmental, familial, and behavioral factors and risk for suicide should be required for all patients before a bariatric procedure.
   III. Known Established Psychiatric Disease: Any patient with a known or suspected psychiatric illness, or substance abuse or dependence, should undergo a formal mental health evaluation before the procedure

2. Program includes the multidisciplinary care team as specified earlier in this document that includes the Obesity clinic team, surgical team, psychiatrist, Dietician and nutritionist and rehabilitation medicine.
3. Program content should include:
   a) Patient education on the benefit of weight loss
   b) Instruction to maintain a healthy eating pattern that promotes metabolic health
   c) Instruction and support in maintaining appropriate physical activity (at 180 minutes/week to promote health).
   d) Behavioral therapy and management of behavioral disorders as needed
   e) Management of Co-morbidities identified in the assessment as per the standard guidelines e.g.: diabetes with a target A1C between 7-9% depending on risk/benefit.

- Pre-procedure glycemic control must be optimized using a diabetes comprehensive care plan, including healthy dietary patterns, medical nutrition therapy, physical activity, and, as needed, pharmacotherapy.

- More liberal pre-procedure A1C targets of 7% to 8% (53 to 64 mmol/mol), are recommended in patients with advanced microvascular or macro vascular complications, extensive comorbid conditions, or long-standing diabetes in which the general goal has been difficult to attain despite intensive efforts.

- Intra-/perioperative intravenous (IV) insulin is recommended for glycemic control in immediate postoperative patients with type 2 diabetes (T2D)
- The use of all insulin secretagogues (sulfonylureas and meglitinides), sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors, and thiazolidinedione's should be discontinued and insulin doses adjusted (due to low calorie intake) to minimize the risk for hypoglycemia.

- Close monitoring of patient's anti diabetic medication is recommended. Decreasing doses and stopping medication to avoid hypoglycemia is important.
- Patient with T1DM can undergo bariatric surgery safely. We recommend co-management with endocrinology for these patients.
- Close monitoring of patient's anti diabetic medication is recommended. Decreasing doses and stopping medication to avoid hypoglycemia is important.
- In patients on thyroid hormone replacement or supplementation, thyroid-stimulating hormone (TSH) levels must be monitored after bariatric procedures and medication dosing adjusted, as dose reductions are more likely with weight loss.

Management of Obesity – nonsurgical approaches

The goal of weight management is to improve health and to reduce the risk of obesity related co- morbidities

Devise Lifestyle modification program

1. The focus of lifestyle modification goals should be on improving health rather than reducing weight
2. Lifestyle modification should target –healthy eating patterns and physical activity and assisting in behavioral change.
3. Optimal dietary plan for achieving healthy body weight should be developed with a qualified and experienced health professional team together with the individual and family
4. When discussing management of obesity with the patient and family, health professionals are encouraged to create a nonjudgmental atmosphere and to address barriers to weight management

Dietary Interventions:

The focus for dietary interventions should be healthier eating patterns without emphasis on caloric restriction in order to avoid metabolic adaptation and weight regain.

Target energy deficit of 500-100kilocalorie per day (3,500kcal/week).

Provide advice on dietary modification appropriate to the patient condition (type, quantity or frequency) to achieve appropriate and target weight loss.

Choose healthier foods like whole grains, cereals, fruits, vegetables and salads and reduce unhealthy choices like sugary drinks, animal fats.

Specific diets should not be prescribed to patients. Education on healthier eating pattern and better choices should be paramount. The focus of dietary interventions should be substantively weight losses rather than short-term temporary losses short-term energy restriction diets or prescriptions

Low-energy diets including caloric restricted diet can be used in certain circumstances with rapid improvement losses desired (e.g. mature women undergoing IVF treatments, weight loss prior to medical interventions)

Physical Activity in adults:

1. Encourage individuals with pre-obesity and obese living with obesity to be physically active and to avoid sedentary behavior.
2. Aerobic physical activity (30–60 minutes of moderate to vigorous intensity most days of the week) can be considered for adults who want to:
    1. Achieve small amounts of body weight and fat loss. Achieve reductions in abdominal visceral fat and ectopic fat such as liver and heart fat even in the absence of weight loss; physical activity should target increasing cardiorespiratory fitness and mobility rather than weight loss
    2. Physical activity is paramount for weight maintenance after weight loss
    3. Physical activity is paramount in the maintenance of fat-free mass during weight loss;
3. For adults living with pre-obesity or obesity, resistance training may promote weight maintenance or modest increases in muscles mass or fat free mass and mobility.
    a. Individuals can perform multiple small sessions of at least 10 minutes duration during the day to accumulate the required physical activity volume.

    b Clinically assess the individual physical fitness to perform the required physical exercise.
    c. Build up the pace of physical activity gradually over time. The volume of physical exercise should be sustainable and tailored to the individual condition.
    d Sedentary individuals should start with 10-20 min of physical activity every other day during the first 2 weeks.
    e Vigorous intensity activity should be introduced gradually after an initial 4–12-week period of moderate intensity activity.

Anti-obesity Pharmacotherapy Treatment

Anti-obesity pharmacotherapy may be prescribed in a manner consistent with their labeled indication. Medication options is liraglutide in addition to comprehensive lifestyle modification program.
Anti-obesity pharmacotherapy may be considered as an adjunct to lifestyle interventions in individuals with BMI >30 kg/ m2 with or without comorbidities.

Patients should be assessed for medication success with weight loss of ≥ 5% of total body weight after 12 weeks of initiation of anti-obesity pharmacotherapy or 12 weeks after reaching maximal dose of pharmacotherapy when using medication that require gradual titration of doses. In the case of medication failure, the heterogeneity of the disease of obesity should be considered and another anti-obesity pharmacotheraputic agent should be used.

Liraglutide Pharmacotherapy should be considered for treatment of weight regain after metabolic surgery (Type 2 surgical failure) or suboptimal weight loss after metabolic surgery (Type 1 surgical failure) defined as weight loss of < 50% of excess body weight (EBW) if no anatomical causes of failure can be identified.

Assess patient response to intervention and patient safety

1. Director must document adherence to program requirements including:
    a. All elements of program activities
    b. Compliance with non-surgical activities – improved or stable medical markers (e.g.,
2. Weight, hypertension control, glycemic control)
    a. If the patient has failed the program for comprehensive non-surgical treatment, the Director must document this finding in the medical record

Fitness for surgery: appropriateness

1. Pre-procedure glycemic control must be optimized using a diabetes comprehensive care plan, including healthy dietary patterns, medical nutrition therapy, physical activity, and, as needed, pharmacotherapy.
2. More liberal pre-procedure A1C targets of 7% to 8% (53 to 64 mmol/mol), are recommended in patients with advanced microvascular or macrovascular complications, extensive comorbid conditions, or long-standing diabetes in which the general goal has been difficult to attain despite intensive efforts.
3. Adequate nutritional status to facilitate healing including review of need for vitamin supplements pre- and post-surgery
4. GI evaluation for Liver functions which helps in wound healing
5. pre-operative plan for management of opioid dependency if patient has taken opioids for more than three months
6. Avoidance of nicotine for at least four weeks pre-operatively
7. Screen for alcohol overuse, with management plan if screen is positive
8. Screen for depression with management plan if positive
9. Screen for dementia and address patient's ability to comply with therapeutic regimen

Document optimal preparation for surgery:

Perform pre-operative history, physical, and screening lab tests based on review of systems:

1. Evaluate for pulmonary fitness
2. Obtain basic lab profile (please see above on required pre-operative labs).
3. Culture nasal passages to identify staphylococcal carrier state and treat accordingly
4. Screen for predictors of delirium
5. Obtain relevant consultations:
    a. Evaluate for good dental hygiene in high-risk patients
    b. Refer to anesthesia for pre-operative assessment including identification and Management of conditions such as sleep apnea and pulmonary hypertension
6. Request other consultations, as necessary
7. Review post-operative care plan, including long-term weight maintenance and nutritional plan.

Bariatric Surgery Procedures

The following are endorsed by SASMBS 2019 guidelines

1. Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LABG)
2. Laparoscopic Sleeve Gastrostomy
3. Roux- En -Y Gastric Bypass
4. Mini Gastric Bypass/One anastomosis Gastric bypass.
5. Biliopancreatic Diversion (BPD) – Duodenal Switch
6. Single anastomosis duedonoileal bypass (SADI)
7. Biliopancreatic Diversion (BPD) Scopinaro.

Revisional Bariatric Procedures

1. Removal of Gastric Banding
2. Conversion of Gastric Banding to R-Y Gastric Bypass, Sleeve, BPD, BPB-DS
3. Conversion of Vertical Banded Gastroplasty (VBG) to R-Y Bypass/sleeve/MGBP/BPD
4. Revision of gastric bypass or sleeve Gastrectomy to other procedures

Treatment	General	Potential acute complications	Potential chronic complications
Sleeve Gastrectomy	Hospital stay 1-2 days Recovery 1-2 weeks Contraindications Poor surgical candidates Severe psychiatric disorder Intolerance to general anesthesia Pregnancy Drug or alcohol addiction Untreated or severe esophagitis Barretts esophagus Severe gastroparesis Achalasia Previous gastrectomy Sometimes used as staged approach to gastric by-pass	Postoperative complications are rare Hemorrhage Anastomotic staple line leak Deep vein thrombosis Pulmonary emboli Dehydration Death	Disease relapse (Type 2 surgical failure also referred to as Weight regain(Marginal ulcer Dumping syndrome with reactive hypoglycemia Luminal stenosis Luminal twist and stricture (stomal narrowing) Fistula formation Iron deficiencies Protein malnutrition Other nutritional and mineral deficiencies (e.g. deficiencies of vitamins A, C, D, E, B and K, folate, zinc, magnesium, thiamine, etc.) Anemia (often related to mineral and nutrition deficiencies) Neuropathies (resulting from nutritional
Gastric bypass	Hospital stay 1-2 days Recovery 2 weeks Contraindications Poor surgical candidates Sever psychiatric disorder Intolerance to general anesthesia Pregnancy Drug or alcohol addiction Untreated esophagitis Unwillingness or an inability for appropriate long-term follow-up	Gastrointestinal obstruction Hemorrhage Anastomotic leaks Deep vein thrombosis Pulmonary emboli Dehydration Death	Disease relapse (Type 2 surgical failure also referred to as weight regain(Marginal ulcer Dumping syndrome with reactive hypoglycemia Small bowel obstruction caused by internal hernias or adhesions Anastomotic stenosis (stomal narrowing) Calcium decency Secondary hyperparathyroidism Iron decency Protein malnutrition Other nutritional and mineral deficiencies (e.g. deficiencies of vitamins A, C,D,E,B and K, folate, zinc, magnesium, thiamine, etc.) Anemia (often related to mineral and nutrition deficiencies) Metabolic acidosis Bacterial overgrowth Kidney stones Neuropathies (resulting from nutritional deficiencies)

POST-OPERATIVE CARE AND RETURN TO FUNCTION

Standard process for post-operative care

1. Rapid recovery and mobilization of patients following surgery:

    a. Provide accelerated physical therapy and mobilization if regional pain control is acceptable

    b. Provide a patient-oriented visual cue to record progress on functional milestones required for discharge

    c. Instruct patients in home exercise, use of walking aids, and precautions

    d. Instruct "career" or family members to assist with home exercise regimen

    e. If obstructive sleep apnea has been previously documented, encourage compliance with appropriate treatment

2. Ensure availability of physicians or appropriate medical consultants to assist with complex or

Unstable medical problems in the post-operative period.

3. Consider use of goal-directed hemodynamic interventions in moderate to high-risk patients.

All patients undergoing metabolic surgery have to be on nutritional supplementation after surgery indefinitely. These should be in a chewable form and should include a minimum of:

- 2 adult multivitamins plus minerals (each containing iron, folic acid, and thiamine)
- Calcium (1200-1500 mg elemental calcium). Calcium carbonate can be given safely for patients undergoing sleeve gastrectomy. For patients undergoing RYGB or OAGB Calcium citrate is recommended)
- Vitamin D (3000 IU) with target 25-OH vitamin D >30 ng/ml
- Iron 18-60 mg daily
- Vitamin B12
- Folic acid (if not part of the multivitamin preparation) and in women who are in childbearing age
- Micronutrient deficiency assessment should be done at 3 months, 6 months 12 months after bariatric procedures and then annually thereafter. Deficiencies should be treated when detected.
    - Vitamin B12
    - Vitamin D
    - PTH
    - Iron
    - Ferritin
    - Folate
    - Calcium

- HbA1c in patients who have diabetes or a history of diabetes.
- Annual screening for copper, zinc, and vitamin B1 deficiency should be considered in patients undergoing RYGB, BPD, or OAGB.

Post-operative checklist

	Gastric bands	Sleeve gastrectomy	Roux-en Y gastric bypass	Biliopancreatic diversion with duodenal stich
Visits -initial Interval stable Once stable	1 month 1-2 months 6months	1 month 3 months 6 months	1 month 3 months 6 months	1 month 3 months 6 months
Blood tests Liver function tests	Yes	Yes	Yes	Yes
CBC	Yes	Yes	Yes	Yes
Ferritin	Yes	Yes	Yes	Yes
Calcium Vitamin	No	Yes	Yes	Yes
Parathyroid hormone	Yes	Yes	Yes	Yes
Vitamin A initially and q6-12 months	No	No	Yes	Yes
Vitamin B12 Annually then q3-6 months if on supplementation	Yes	Yes	Yes	Yes
Zinc, copper	Possibly (1)	Yes (1)	Yes (1)	Yes (1)
Selenium	No (2)	No (2)	No (2)	No (2)
Lipid evaluation based on risk and therapy every 6-12 months	Yes	Yes	Yes	Yes
Bone density at 2 years	Yes	Yes	Yes	Yes

(1) Measure when concerns for example, if screening for iron deficiency anemia is negative, hair loss, pica, neutropenia.
(2)) Measure when concerns for example, cardiomyopathy, chronic diarrhea

Post-op Visits and Follow-up

Post bariatric surgery patients will follow-up with their Obesity Care team (surgeon, Obesity clinic) during the following intervals:

- 1week post-surgery
- 3 weeks post-surgery
- 3 months after post-surgery
- 6 months after surgery
- 1 year after the surgery
- Annual visits

Following comorbidities and general consideration should be dealt during the post bariatric surgery care irrespective of the procedure and during each visit this should be addressed

1. Avoid nonsteroidal anti-inflammatory drugs.
2. Adjust postoperative medications and medication reconciliation.
3. Consider gout and gallstone prophylaxis in appropriate patients.
4. Need for antihypertensive therapy with each visit.
5. Need for antidiabetic therapy with each visit.
6. Monitor progress with weight loss and evidence of complications each visit.
7. Monitor adherence with physical activity recommendations
8. Bariatric surgery patients require lifelong annual monitoring blood tests, including micronutrients. Encourage patients to attend for their annual blood tests.
9. Be aware of potential nutritional deficiencies that may occur and their signs and symptoms. In particular, patients are at risk from anemia and vitamin D deficiency, as well as protein malnutrition and other vitamin and micronutrient deficiencies. If a patient is deficient in one nutrient, then screen for other deficiencies too.
10. Symptoms of continuous vomiting, dysphagia, intestinal obstruction (gastric bypass) or severe abdominal pain
11. Require emergency admission under the local surgical team.

Bariatric surgery and pregnancy:

1. Discuss contraception – ideally pregnancy should be avoided for at least 12-18 months post-surgery.
2. If a patient should plan or wish to become pregnant after bariatric surgery, alter their nutritional supplements to one suitable during pregnancy. Inform the obstetric team of the patient's history of bariatric surgery.

HEALTHY EATING LONG TERM AFTER WEIGHT LOSS SURGERY

Healthy diet and lifestyle is key to long-term weight loss success.
The following should be followed up in the long-term for sustained weight loss

1. Eat 3 meals per day.

   Missing meals can lead to you over eating later in the day. It can also increase the chances of snacking, grazing and making unhealthy food choices. Try to spread meals out evenly across the day to avoid the feeling of hunger or cravings. Missing meals can also lead to low levels of vitamins, minerals and proteins in your body. This can impact on how well your body functions and cause ill health. Use a side plate to help keep portion sizes small.

2. Make sure all meals are balanced

   Include fruits or vegetables, proteins and starchy carbohydrates with each meal.

   Protein rich foods include: meat, fish, eggs, beans, pulses and lentils, dairy and meat alternatives. These foods keep you full for a long time, help keep muscles strong and are important for growth and healing.

   Starchy carbohydrates include: bread, rice, pasta, potatoes and cereals. Choose whole grain/ brown options as able as these contain fiber which is important for bowel health and will keep you fuller for longer.

   Fruits and vegetables can be fresh, tinned or frozen. You should include a wide range of different fruits and Vegetables in your diet as these contain vitamins and minerals. They are also a good source of fiber to help you feel fuller for longer.

3. Make sure you drink plenty of fluid

   Aim for 2-3 liters of water a day. You can add no added sugar squash. Teas and coffees are also included but try to drink plenty of fluids that do not contain caffeine. Avoid fizzy drinks.

4. Stop drinking 30 minutes before a meal and start drinking 1 hour after.

5. Avoid Alcohol

Standardized hospital Discharge process to be followed:

1. Arrange follow up with care team as per the protocol.
2. Evaluate social and resource barriers: evaluate and complete an assessment of the patient's home-going needs and potential barriers to care including support requirements. If a patient falls in the high or moderate readmission risk category and is eligible for home health, provide the patient with a list of home health agencies to choose from and complete a referral.
3. Reconcile medications
4. Provide patient and family/caregiver education with plan of care:
   a. Signs or symptoms that warrant follow up with provider
   b. Guidelines for emergency care and alternatives to emergency care
   c. Contact information for bariatric surgeon and primary care provider

5. Ensure post-discharge phone call to patient by care team to check progress, with timing of call agreed with care team and primary care

6. Send post-discharge summary to primary care provider within two days of discharge

References:

1 -Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, Kushner RF, Lindquist R, Pessah-Pollack R, Seger J, Urman RD, Adams S, Cleek JB, Correa R, Figaro MK, Flanders K, Grams J, Hurley DL, Kothari S, Seger MV, Still CD. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures - 2019 update: cosponsored by american association of clinical endocrinologists/american college of endocrinology, the obesity society, american society for metabolic & bariatric surgery, obesity medicine association, and american society of anesthesiologists - executive summary. Endocr Pract. 2019 Dec;25(12):1346-1359. doi: 10.4158/GL-2019-0406. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31682518.

2- Wharton S, Kuk JL, Luszczynski M, Kamran E, Christensen RAG. Liraglutide 3.0 mg for the management of insufficient weight loss or excessive weight regain post-bariatric surgery. Clin Obes. 2019 Aug;9(4):e12323. doi: 10.1111/cob.12323. Epub 2019 Jun 10. Erratum in: Clin Obes. 2019 Dec;9(6):e12338. PMID: 31183988; PMCID: PMC6771702.

3- Wharton S, Kamran E, Muqeem M, Khan A, Christensen RAG. The effectiveness and safety of pharmaceuticals to manage excess weight post-bariatric surgery: a systematic literature review. J Drug Assess. 2019 Oct 17;8(1):184-191. doi: 10.1080/21556660.2019.1678478. PMID: 33110683; PMCID: PMC7567517.

4- Nor Hanipah Z, Nasr EC, Bucak E, Schauer PR, Aminian A, Brethauer SA, Cetin D. Efficacy of adjuvant weight loss medication after bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2018 Jan;14(1):93-98. doi: 10.1016/j.soard.2017.10.002. Epub 2017 Oct 9. PMID: 29287757.

5- Stanford FC, Alfaris N, Gomez G, Ricks ET, Shukla AP, Corey KE, Pratt JS, Pomp A, Rubino F, Aronne LJ. The utility of weight loss medications after bariatric surgery for weight regain or inadequate weight loss: A multi-center study. Surg Obes Relat Dis. 2017 Mar;13(3):491-500. doi: 10.1016/j.soard.2016.10.018. Epub 2016 Oct 27. PMID: 27986587; PMCID: PMC6114136.

6- Prevention and management of obesity: Saudi guideline updateAl-Shehri Fahad S, Moqbel Mohammed M, Al-Khaldi Yahia M, Al-Shahrani Abdullah M, Abu-Melha Waleed S, Alqahtani Aayed R, Sabbahi Adnan A, Alkaud Alhasan M, Alfalah Haitham, Alqumaizi Khalid I, Saeedi Mohammad Y, Alharbi Mohammed Y, Elmourad Mourad, Mustafa Mustafa Salih, Alobaid Omar A, AlRajhi Saleh M, Alomary Shaker A, Al Eid Ahmed Jafar, Hussain Syed Arif, Alsa Yassin Hassan, Ibrahim Mohamed E, Alamri Fahad A, Almalki Muteb Z, Almoreished Talal FYear : 2016 | Volume: 4 | Issue Number: 1 | Page: 25- 40

7- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of obesity: A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. Available from url: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf.

8- The Scottish Government. Preventing Overweight and Obesity in Scotland: A Route Map towards Healthy Weight. Edinburgh: The Scottish Government, 2010.Available from http://www.dumgal.gov.uk/CHttpHandler.ashx?id=10075&p=0

9- David C.W. Lau, James D. Douketis, Katherine M. Morrison, Irene M. Hramiak, Arya M. Sharma, Ehud Ur, for members of the Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ April 10, 2007 vol. 176 no. 8 doi: 10.1503/cmaj.061409

10- Australian Government: Department of Health and Aging. Clinical Practice Guidelines for the Management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia http://www.healthyactive.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/obesityguidelines-guidelines-adults.htm. Canberra; 2003. Available from url: https://www.healthyactive.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/obesityguidelines-index.htm

الحزمة المعتمدة لغسيل الكلى

Dialysis Care Bundles for Chronic Kidney Disease

Introduction:

Dialysis care bundle is designed to be a structured method of improving care processes and outcomes in all End Stage Renal Disease patients with health insurance. It contains comprehensive renal dialysis care components and set of evidence-based practices. We have also included Home Hemodialysis management to ensure all option of renal replacement therapies are available for patients. The designed bundles is not meant to cover renal replacement therapy for Acute Kidney Injury.

The following bundles are described below:

1. In center Hemodialysis
2. Home Hemodialysis
3. Peritoneal Dialysis

The In center hemodialysis, session will bundle all of the following:

1. Dialysis unit meet all MOH requirements including manpower, structural requirements and Ultra-Pure water quality. The manpower will include:
    a. Nursing 1:3 patients
    b. Doctors:
        - One consultant: 120 patients
        - One Specialist: 80 patients
        - One Resident: 120 patients
        - One Dietician, Social worker and Pharmacist: 150 patients

2. The Bundle will include all of the following:

    a. Vascular access for all patients with AV fistula is the priority unless it is clinical not feasible. All procedure related to the maintenance of vascular access and it related complications including catheter infection and malfunctions.
    b Meals during the treatment
    · Dialysis session 3 times per week for >= 4 hours, 3 times per week using high flux dialyzer
    d Visit by dietician, pharmacist and social worker at least 4 times per year.
    e Medications:
        i. Intradialytic: Heparin, EPO and IV iron
        ii. Calcium, One alpha, oral and IV Vit D, Vitamin D analogue, Renvela and Cinacalcet
        iii. Multivitamin, Folic acid
        iv. Blood pressure medications
        v. Antibiotics related to catheter related infections.

f. Laboratory test:

Test	Admission	Monthly	3 months	6 months	Q 12 months
Creatinine	x	x			
Pre BUN	x	x			
Post BUN	x	x			
CBC	x	x			
Ferritin	x	x			
Tsat.	x	x			
Calcium	x	x			
Phosphorus	x	x			
Albumin	x	x			
iPTH	x		x	x	
Sodium	x	x			
Potassium	x	x			
Bicarbonate	x	x			
AST	x		x	x	
ALT	x	x			
Alkaline Pho.	x	x			
INR (For those on warfarin or going to procedure)	x	x			
HCV Ab	x			x	
HBsAg	x			x	
HBsAb	x			x	
IgM anti HBc	x				
HBcAb	x			x	
HIV combo	x				X
Fasting Blood Glucose	x			x	
25 OH Vit D	x			x	
Vit B12	x				X
Folic acid	x				X
MRSA screening	x			x	
Lipid profile	x			x	
Uric acid	x			x	
Blood group	x				
MRSA screening for patient with catheter	x				X

3. KPI: The below therapeutic target will be achieved in >70% of patients:
    a. Fistula > 70% of patients.
    b. KT/V >= 1.4
    c. Duration of dialysis treatment >= 4 hours
    d. Calcium 8.4 – 10.0 mg/dl
    e. Phosphorus 2.5-5.5 mg/dl
    f. Ca x Pho Index <55
    g. IPTH 150-600 pg/ml
    h. Hemoglobin 10-12 g/dl
    i. Serum Ferritin 200 – 800 ng/ml
    j. Transferrin Saturation 20-50%
    k. Intradialytic weight gain =<4%
    l. Seroconversion 0%
    m. Serum Albumin >= 3.5 gm/dl
    n. Patient satisfaction > 80% in the annual report
    o. Pre-dialysis Blood pressure: SBP/DBP =< 160/100 mm H

Home Hemodialysis Program Bundle

Indications:

The services will be limited patients with mobility issue defined as bed bound or wheelchair bound.

The dialysis session bundle will include the following:

1. All dialysis will be delivered by qualified dialysis nurses.
2. Patients can communicate with his physician through phone/video at any time during dialysis session.
3. Nurses has a full back up system for nursing or medical issues by the head nurse and nephrologist.
4. All patients' data will be connected to EMR system
5. Nephrology consultant/Specialist will be available for any emergency issue related to dialysis to visit the patient physically during the dialysis session.
6. Technical support for dialysis machine, water and IT system.
7. Blood samples will be collected during the dialysis session.
8. Dialysis session 3 times per week for 4 hours or more, 3 times per week using standard dialysis or Bag system utilizing 30-40 L per day for at least 4-6 days per week. For either system the providers will be accountable to provide all hardware related to the treatment which include dialysis machine, portable RO, chiller.
9. Provision of all dialysis and no dialysis supplies related to conducting to Home Hemodialysis session at Home such but no limited to disinfectant, gauze, syringes, dressings, bandages etc.
10. A minimum standard of ancillaries will be provided to include bag scales, bag warmer, bathroom scales, Blood Pressure (BP) machine, cleaning solutions, dressings, paper towels, dressing packs and glucometer.
11. Home visits by a consultant nephrologist and Dietician once per month and in case of emergencies related to dialysis treatment. In addition to a weekly visit by specialist.
12. Dialysis access management including insertion/Creation and maintenance. Similarly, handling all complications related to catheter/Graft/Fistula including infection and thrombosis.
13. Monthly water testing to ensure pure water quality based on AAMI criteria.
14. Dialysis unit back up agreement in case the dialysis could not be delivered at home. The reimbursement will be equivalent to in center dialysis.
15. Medications:
    a. Intradialytic: Heparin, EPO and IV iron
    b. Calcium, One alpha, oral or IV Vit D and Vitamin D analogue, Renvela and Cinacalcet

c. Multivitamin, Folic acid
d Blood pressure medications
. Antibiotics related to catheter related infections.

16. Laboratory testing as the following:

Test	Admission	Monthly	3 months	6 months	Q 12 months
Creatinine	x	x			
Pre BUN	x	x			
Post BUN	x	x			
CBC	x	x			
Ferritin	x	x			
Tsat.	x	x			
Calcium	x	x			
Phosphorus	x	x			
Albumin	x	x			
iPTH	x		x		
Sodium	x	x			
Potassium	x	x			
Bicarbonate	x	x			
AST	x		x		
ALT	x	x			
Alkaline Pho.	x	x			
INR (For those on warfarin or going to procedure)	x	x			
HCV Ab	x			x	
HBsAg	x			x	
HBsAb	x			x	
IgM anti HBc	x				
HBcAb	x			x	
HIV combo	x				X
Fasting Blood Glucose	x			x	
25 OH Vit D	x			x	
Vit B12	x				X
Folic acid	x				X
MRSA screening	x			x	
Lipid profile	x			x	
Uric acid	x			x	
Blood group	x				

The patient KPI will be as the following:

a. Vascular access as a Fistula unless it is not clinically feasible.
b. KT/V >= 1.4 for standard dialysis or Std Kt/V >2.0
c. Duration of dialysis treatment >= 4 hours
d. Calcium 8.42 – 10.0 mg/dl
e. Phosphorus 2.5-5.5 mg/dl
f. IPTH 150-600 pg/ml
g. Hemoglobin 10-12 g/dl
h. Serum Ferritin 200 – 800 ng/ml
i. Transferrin Saturation 20-50%
j. Intradialytic weight gain =<4%
k. Seroconversion 0%
l. Serum Albumin >= 3.5 gm/dl
m. Patient satisfaction annual report of 80%
n. Pre-dialysis Blood pressure: SBP/DBP =< 160/100 mm Hg

Peritoneal Dialysis Bundle

1. Peritoneal Dialysis unit meet all MOH requirements.
2. Patient home visit before commencing peritoneal dialysis to ensure acceptable home set up to start PD therapy.
3. Availability of One PD nurse for every 25 patients and One Consultant for 120 patients.
4. Provision of all dialysis and no dialysis supplies related to conducting to peritoneal dialysis session at Home
    a. A minimum standard of ancillaries will be provided to include bag scales, bag warmer, bathroom scales, Blood Pressure (BP) machine, cleaning solutions, dressings, paper towels, dressing packs.
    b. Full range of standard dialysis fluids in all bag sizes, strengths including icodextrin to be delivered to the patient home.
5. Clinic visits minimum 4 times per year that include assessment by PD Nurse, Consultant Nephrologist, Dietician and Pharmacist.
6. Peritoneal dialysis catheter insertion and maintenance. Similarly, handling all complications related to PD catheter including peritonitis.
7. Peritoneal Equilibration Test (PET) to be done at 4-6 week of PD Initiation and then annually: The test may need to be done more frequent to adjust the PD prescription or three months after peritonitis.
8. Post PD peritonitis: once after every PD peritonitis.
9. Dialysis session 7 times per week using manual or cycler based on the patient preference.
10. Medications:
    a. Calcium, One alpha, Vit D and Vitamin D analogue, Renvela and Cinacalcet
    b IV or Oral Iron and ESA.
    · Multivitamin, Folic acid, laxative.
    c. All antibiotics for catheter or exit site related infections.
    d Blood pressure medications

11. Laboratory test:

Test	Admission	Q 3 months	12 months
Creatinine	x	x	
Pre BUN	x	x	
Post BUN	x	x	
CBC	x	x	
Ferritin	x	x	
Tsat.	x	x	
Calcium	x	x	
Phosphorus	x	x	
Albumin	x	x	
iPTH	x	x	
Sodium	x	x	
Potassium	x	x	
Bicarbonate	x	x	
AST	x	x	
ALT	x	x	
Alkaline Pho.	x	x	
HCV Ab	x		X
HBsAg	x		X
HBsAb	x		X
IgM anti HBc	x		X
HBcAb	x		X
HIV combo	x		
Fasting Blood Glucose	x	X	
HbA1C For diabetic patients only	x	x	
TSH	x		X
25 OH Vit D	x		X
Vit B12	x		X
Folic acid	x		X
MRSA screening	x		X
Lipid profile	x		X
Uric acid	x		X
Blood group	x		

12. Therapeutic Target Table for PD Patients to be checked every 3 months or more if needed to handle the patient's clinical condition.

No.	Therapeutic Parameter	Therapeutic Target	Achievable Percentage Among Patients
1	Creatinine Clearance (Ccr) / Week	50 L/week /1.73 m^2	Minimum Ccr target is given as 60 L/wk in high and high-average transporters and 50 L/wk in low- average and low peritoneal transporters
2	A combined urinary and peritoneal Kt/Vurea per week	≥ 1.7	In all patients on chronic PD (CAPD and APD) once residual renal GFR is <4mis/min
3	APD patients (on cycler) Minimum Ccr	45 L/wk / 1.73 m^2	- Minimum Ccr in all patients - Minimum kt/v in all patients
4	Net ultrafiltration in anuric patients	0.75 L/day	In all anuric patients
5	Peritonitis rate / per patient-year	<1 episode / 24 months in adults	In all anuric patients A primary cure rate of ≥80%
6	PD Exit site infection (ESI) rates	< 0.67 episodes/ patient/ year	
7	Calcium	8.4-10 mg/dl	≥70%
8	Phosphorus	2.5.5.5 mg/dl	≥70%
9	iPTH	150-600 pg/ml	≥70%
10	Hb	10-12 gm/dl	≥70%
11	Serum Ferritin	100- 700 ng/ml	≥70%
12	Transferrin Saturation	20-50%	≥70%
13	Serum Albumin	>=3.5 gm/dl	≥70%
15	Mean Arterial Pressure	≤105 mmHg	≥70%
18	Patient satisfaction/Quality of life	Treatment/Services	≥80%

References:

1. Standards guidelines for establishing, equipping and operating renal dialysis centers.
2. Saudi clinical guidelines for peritoneal dialysis.
3. https://ispd.org/
4. https://kdigo.org/guidelines/
5. https://www.kidney.org/professionals/guidelines/hemodialysis2015

Living Donor Nephrectomy

Perioperative Care of Living Donors

Day #	Details
Day -1	- Admission - Type and screening - CBC - Coagulation profile - Renal profile - Urinalysis - CXR - ECG
Day 0	- Living donor nephrectomy (laparoscopic most of the time) - Surgical Prophylaxis
Day 1	- Blood work: ▪ CBC ▪ Renal profile ▪ IVF ▪ Encourage PO intake ▪ Ambulation as tolerated - Medications: ▪ Analgesics
Day 2	▪ Blood work: ▪ CBC ▪ Renal profile ▪ LFT OD ▪ Ambulation as tolerated - Medications: ▪ Analgesics
Day 3	▪ Blood work: ▪ CBC ▪ Renal profile - Medications: ▪ Analgesics - Discharge Home

Post-Transplant Living Donor follow up:

Domain	Details
Outpatient clinic visits by surgeon	Frequency: - Once, 3 – 4 weeks post discharge
Outpatient clinic visits by nephrologist or any practitioner	Frequency: - Once, after 1 month - Once, after 6 months - Once, annually
Laboratory	Every visit: - CBC - Renal/ electrolytes panel - Fasting Glucose - Urinalysis

Kidney Transplantation

Perioperative Care of Transplant Recipient

Day #	Details
Day -1	Admission - Type and screening - CBC - Coagulation profile - Renal profile - CXR - ECG - Home medication - HD as indicated
Day 0	Kidney transplant surgery (recipient) Induction Therapy: - Anti-thymocyte globulin (ATG) target 4-6 mg/kg or Basiliximab - MethylPrednisolone 500 mg IV Maintenance Therapy - Tacrolimus (Prograf 0.05 mg/kg BID OR Advagarf 0.1 mg/kg OD) - Mycophenolate moftile 1 gm po bid Blood work: - CBC Q 8h - Renal profile Q 8h - Nursing Ratio 1:1 - IVF 1:1 Ratio

Day 1	Induction Therapy: - ATG (2nd dose) - MethylPrednisolone 100 mg IV Maintenance Therapy - Tacrolimus (Prograf 0.05 mg/kg BID OR Advagarf 0.1 mg/kg OD) - Mycophenolate Moftile 1 gm po bid Renal transplant Doppler US Blood work: - CBC Q 8h - Renal profile Q 8h - Nursing Ratio 1:1 - IVF 1:1 Ratio - Urine output check every 1 h - Encourage PO intake
Day 2	Induction Therapy: - ATG (3rd dose) - MethylPrednisolone 80 mg IV Maintenance Therapy - Tacrolimus (adjust to trough level) - Mycophenolate Moftile 1 gm po bid Prophylaxis: - Valgancyclovir 450 mg od - Bactrim 1 SS daily - Nystatin mouth was 100000 IU/ml QID Blood work: - CBC Q 12h - Renal profile Q 12h - LFT OD - Nursing Ratio 1:2 - IVF flat rate - Urine output check every 2 h - Encourage PO intake
Day 3	Induction Therapy: - ATG (4th dose) - MethylPrednisolone 60 mg IV Maintenance Therapy - Tacrolimus (adjust to trough level) - Mycophenolate Moftile 1 gm po bid Prophylaxis: - Valgancyclovir 450 mg od - Bactrim 1 SS daily - Nystatin mouth was 100000 IU/ml QID

	Blood work: - CBC OD - Renal profile OD - LFT OD - Nursing Ratio 1:3 - Decrease or stope IVF - Urine output check every 2 h - Ambulation as tolerated - Start medication teaching
Day 4	Induction Therapy: - Basiliximab (if used as induction therapy) - MethylPrednisolone 40 mg IV Maintenance Therapy - Tacrolimus (adjust to trough level) - Mycophenolate Moftile 1 gm po bid Prophylaxis: - Valgancyclovir 450 mg od - Bactrim 1 SS daily - Nystatin mouth was 100000 IU/ml QID Blood work: - CBC OD - Renal profile OD - LFT OD - Nursing Ratio: Normal ratio - Stope IVF - Discontinue Foley Catheter - Ambulation as tolerated - Medication teaching
Day 5	Maintenance Therapy - Prednisolone 20 mg daily - Tacrolimus (adjust to trough level) - Mycophenolate Moftile 1 gm po bid Prophylaxis: - Valgancyclovir 450 mg od - Bactrim 1 SS daily - Nystatin mouth was 100000 IU/ml QID Blood work: - CBC OD - Renal profile OD - LFT OD - Medication teaching Discharge Home

Post-Transplant recipient follow up:

Domain	Details
Outpatient clinic visits by surgeon	<u>Frequency:</u> - Once, 3 – 4 weeks post discharge
Outpatient clinic visits by nephrologist	<u>Frequency:</u> - Twice weekly for the 1st month - Once weekly for the 2nd month - Every 2 weeks for the 3rd month - Monthly for the 4th to 6th month - Every 2 months for the 7th to 12th month - Every 3 to 6 months after the first year
Laboratory	<u>Every visit:</u> - CBC - Renal/ electrolytes panel - Calcium, magnesium, phosphorous, albumin - Fasting Glucose - Liver profile - Urinalysis - Drug level (Tacrolimus, Cyclosporin, others)
	<u>Others with frequency:</u> - Lipid profile – 3 months - Hb A1c – 3 months for the 1st year then annual for non-diabetics - PTH – 1st visit then month 3, 9, 12 and then yearly - Vit D – 1st visit then month 3, 9, 12 and then yearly - Albumin to creatinine ratio – 1st visit then month 1, 3, 9, 12 and then yearly - BK virus screening (PCR) – at month 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12 and then yearly - Cytomegalovirus screening (CMV) PCR at month 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12 and then yearly - HBV and HCV screening – yearly
Others	- Osteoporosis screening (DEXA scan) – every 2 years - Malignancy screening – as per guidelines for general population - Vaccination – as per guidelines for general population

Medications used:

Family	Examples
Immunosuppression medications	<u>Induction:</u> - Anti-thymocyte globulin - Basiliximab - MethylPrednisolone <u>Maintenance</u> - Prednisolone - Calcineurin inhibitors: Tacrolimus or Cyclosporine - Antimetabolites: Mycophenolate Mofetil or Mycophenolate sodium, Azathioprine - mTOR inhibitors: Sirolimus or Evirolimus
Prophylactic medications*	- Nystatin mouth wash – for 1 month - Valgancyclovir – for 3 months - Trimethoprim/Sulfamethoxazole SS for 6 months - Isonazide + Vit B6 for 9 months, for patient with Latent TB - Entacavir for patient with Hepatitis B virus
Acute rejection*^	- Anti-thymocyte globulin - MethylPrednisolone - Intravenous immunoglobulin (IVIG) - Rituximab - Plasmapheresis
Desensitization protocol*&	- Intravenous immunoglobulin (IVIG) - Plasmapheresis - Rituximab

* These medications are to be used as per the guidelines

^ Acute rejection needs to be confirmed by a percutaneous kidney graft biopsy and managed with one or combination of these medications as per the guidelines

& In the presence of immunological barriers (ABO incompatibility or donor specific antibodies) transplant center may start Desensitization protocol using these interventions as per the guidelines

الحزمة المعتمدة لاستبدال مفصل الركبة

Knee Replacement surgery Bundle

Preoperative investigation:

1. Radiographs for surgical planning:
   a) AP, Weight Bearing
   b) Lateral, in 30 degrees of Flexion
   c) Skyline view
   d) Full Length Hip to Ankle (if analog 51" Cassette)
   e) CXR
2. Blood tests: CBC, Kidney profile, PT/ INR, Hgb A1C , Lipid Profile, fasting blood sugar (optional). LFT, (Optional & Surrogate for Hepatitis marker)
3. ECG

Anesthesia clearance:

1. Medical clearance if demanded by anesthesia:
   a. Internal medicine, cardiology, nephrology etc.

Admission:

- Preadmission – (the day before surgery) or same day admission

Pre op medications:

1. AB Prophylaxis: Upon Induction no more than 60 minutes from incision, Duration, 24 hours from anesthesia end time, IV.
2. Tranexamic Acid use is optional to minimize risk of bleeding and blood transfusion (dose and route based on institution protocol)
3. Blood transfusion as deemed necessary (at any stage , can be pre op , intra op or post op)

Post op medications:

1. Oral, IM and IV pain meds
2. Regional anesthesia modalities such as Adductor canal block
3. Post op antibiotics for 24 hrs.
4. Post op anti-coagulations:
    a. ACCP guidelines recommend the use of: LMWH, low-dose UFH, VKA, fondaparinux, apixaban, dabigatran, rivaroxaban (all Grade 1B) or IPCD (Grade 1C) for at least 10 to 14 days and up to 35 days

Postoperative inpatient rehabilitation:

1. A physiotherapist should offer rehabilitation, commencing on the same day of surgery if feasible and should not be delayed more than the first day postoperatively to patients with primary elective knee replacement. Inpatient rehabilitation settings should be focused on activity-based interventions **(Henderson et al 2018).** Rehabilitation should include*:
    a. Patient education on preventing any potential postoperative complications/side effects and managing activities of daily living
    b. Mobility training with proper selection of assistive devices
    . strengthening and range of motion exercises
    c. Early and safe mobilization
    d Physiotherapist should give education on self-directed and home exercise before the patient leaves the hospital

2. Occupational therapist will offer rehabilitation as needed starting from the second postoperatively , the services will include:
    a. Training and recommending new techniques for self-care including bathing, toileting, dressing, carrying out daily activities in the safest and most energy conserving way possible.
    b. Prescribing the proper self-care tools equipment to prevent complications and falls at home.

Expected LOS: 3-6 days

Discharge Criteria:

1. BUN, Creatinine, lytes, should be NORMAL
2. HGB not Less than 8 g/dl
3. Stable vital signs
4. Able to go up & down 3 steps (physiotherapy clearance)
5. Patient can ambulate for 50m using walker

Recommended outpatient clinic follow-up:

1. 2 weeks post-surgery
2. 6 weeks post-surgery
3. 12 weeks post-surgery
4. 1-year post-surgery

Postoperative outpatient rehabilitation

For patients with primary elective knee replacement:

1. Patient will be offer supervised outpatient rehabilitation for physical therapy and occupational therapy to patients who:*
    a. have difficulties managing activities of daily living **or**
    b have ongoing functional impairment/limitations leading to specific rehabilitation needs **or**
    c. Find that self-directed rehabilitation is not meeting their rehabilitation goals.
2. Home exercise program or outpatient exercise program may include one or combination of the following: knee ROM exercises, strengthening exercise for lower extremities muscles (open and closed chain exercises), stretching exercises, functional exercise, gait training, balance training exercises, upper extremity exercises, endurance training (little evidence on short-term improvement in physical function - **Artz et al 2015**)

*** NICE (Oct 2019): Guideline - Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder**

Postoperative rehabilitation may be divided into phases (**Maxey & Magnusson: Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient. 3rd ed, 2013. St. Louis: Elsevier**)

1. Patient education to control postoperative swelling (cryotherapy , elevation and circulatory ankle exercises) and positioning to prevent knee flexion contracture
2. Breathing exercises
3. Inspect wound for drainage, erythema, and excessive pain
4. Active-assisted and/or AROM knee/hip extension and flexion.
5. CPM setup (in case patient is unable to perform active ROM) and patient instruction beginning with 0°-40° and progressing 5°-10° as tolerated 5-10 hrs./day
6. Isometrics—quadriceps, hamstrings, and gluteal sets: 10 repetitions three times
7. Transfer and bed mobility training.
8. Gait training with weight bearing as tolerated or as indicated (using proper walking aid) in knee immobilizer until adequate quadriceps control is restored.
9. After second day, progress with all exercises (repetitions, resistance and knee ROM) , gait training (distance/type of aid us

Phase II (Outpatient care 6-14 days)

1. Continuation and progression of interventions from phase I
2. Transfer training (car, sit-stand with varying seat heights)
3. Progressive gait training using appropriate assistive device
4. Aggressive knee extension and flexion exercises
5. A/AROM—flexion (seated, on step, on bicycle)
6. AROM—SLR, heel raises, leg curls, step-ups, step-downs, one-fourth squats
7. Joint mobilization
8. Soft tissue and myofascial release (respecting incision)
9. Careful ongoing monitoring of edema

Phase III (Outpatient care 3-12 weeks)

1. Initiate aquatic therapy if available with concurrent land-based treatment
2. Continuation of ROM stretches and soft tissue procedures.
3. Progression of (repetitions and/or intensity of resistance) with previous exercises
4. Squats, leg press, and bridging and other functional exercises as needed.
5. Bicycling, walking, or swimming for cardiovascular conditioning 20 minutes three to five times a week (as indicated per general health issues)
6. Hip strengthening/stretching exercises.
7. Return to pre-morbid level of daily activities

Essential Implants and equipment's:

- SFDA approved Primary total knee replacement components including (femur and a tibial implants with a tibial insert)
- Walker

الحزمة المعتمدة لاستبدال مفصل الورك

Hip Replacement Surgery Bundle

Preoperative investigation:

1. Radiographs for surgical planning:
   a) AP, Weight Bearing pelvic x-ray
   b) AP and Lateral x-ray of the affected hip
2. CXR
3. Blood tests: CBC, Kidney profile, PT/ INR, Hgb A1C , Lipid Profile, fasting blood sugar (optional). LFT, (Optional & Surrogate for Hepatitis marker), cross and match of 2 units of PRBCs
4. ECG

Anesthesia clearance:

- Medical clearance if demanded by anesthesia: Internal medicine, cardiology, nephrology etc.

Admission:

- Preadmission – (the day before surgery) or same day admission

Pre op medications:

1. AB Prophylaxis: Upon Induction no more than 60 minutes from incision, Duration, 24 hours from anesthesia end time, IV.
2. Tranexamic Acid use is optional to minimize risk of bleeding and blood transfusion (dose and route based on institution protocol)
3. Blood transfusion as deemed necessary (at any stage , can be pre op , intra op or post op)

Post op medications:

1. Oral, IM and IV pain meds
2. Regional anesthesia modalities
3. Post op antibiotics for 24 hrs.
4. 2 units of PRBCs
5. Post op anti-coagulations: ACCP guidelines recommend the use of: LMWH, low-dose UFH, VKA, fondaparinux, apixaban, dabigatran, rivaroxaban (all Grade 1B) or IPCD (Grade 1C) for at least 10 to 14 days and up to 35 days

Postoperative inpatient rehabilitation:

Phase I: In-Patient Post-operative Phase (Day 1 – 6):

A physiotherapist should offer rehabilitation, commencing on the same day of surgery if feasible and should not be delayed more than the first day postoperatively.

Goals:

1. Knowledge & adherence to THR precautions.
2. Safe independent transfer in and out of bed, chair & toilet seat.
3. Ambulate independently using walking aid on level/stairs.
4. Control edema.
5. Independent with basic activities of daily living
6. Independent in-home exercise program

Physical Therapy treatment strategies

1. Cryotherapy to manage pain and control swelling
2. Strengthening exercises
3. Gait training with the use of assistive devices
4. Avoid reciprocal steps on the stairs
5. Range of motion exercise

Occupational Therapy treatment strategies

- Training and recommending new techniques for self-care including bathing, toileting, dressing, carrying out daily activities in the safest and most energy conserving way possible.
- Prescribing the proper self-care tools equipment to prevent complications and falls at home.

Precautions:

- Weight bearing per physician order
- No hip flexion beyond 90 degrees
- Avoid leg crossing
- Avoid hip abduction and internal rotation in supine and side lying positions (a pillow can be placed, or wedge can be placed to maintain correct position)
- Avoid lying on the operated side
- Avoid pillows under knee to avoid contracture
- No prone lying
- No bridging
- Avoid sitting on low, soft surfaces and to use a raised toilet seat for 6 weeks – 3 months

Expected LOS: 3-6 days

Discharge Criteria:

1. BUN, Creatinine, lytes, should be NORMAL
2. HGB not Less than 8 g/dl
3. Stable vital signs
4. Able to go up & down 3 steps and walk for 50 m with a n assistive device (Walker)
5. Patient and caregiver demonstrate understanding of all post-operative precautions and home exercise program

Recommended outpatient clinic follow-up:

1. 2 weeks post-surgery
2. 6 weeks post-surgery
3. 12 weeks post-surgery
4. 1-year post-surgery

Postoperative outpatient rehabilitation

Phase II: Out-patient Phase [Early flex/strengthening] (Day 7 to week 8)

Goals:

- Manage Pain & swelling
- Achieve independent gait with or without assistive device
- Achieve functional Hip range of motion within the precautions/dislocation parameters
- To be independent in activities of daily living

Treatment

- Progress hip strength
- Closed chain strengthening exercises
- Progress forward step-up (10-20cm)
- Static and dynamic balance and proprioceptive activities as appropriate
- Gait training
- Stationary bike
- Cryotherapy
- Pool therapy

Precautions

- Avoid heat therapy
- Avoid prolonged sitting
- Avoid pain during exercise and activities
- Avoid reciprocal stairs training until functional hip range of motion is achieved

Criteria for Advancement

- Controlled Pain & swelling
- Hip hypertext 0-150
- Safe gait with an assistive device
- Ascend 20 cm step
- Achieve independence in self-care and activities of daily living
- Absence to minimal Trendelenburg and/or antalgic gait pattern.
- Adequate hip abductor 3+/5

Outcome measures

- Determine baseline in Range of motion and Muscle strength
- Time up and go
- 6 minute walk test

Phase III: Advanced strengthening & return to function: (Week 9-14)

Goals:

- Progress full functional ROM within hip precautions
- Improve gait and stair use without assistive device
- complete resolution of edema
- Advance strengthening including functional closed chain exercises and balance/proprioceptive activities
- Perform lower extremity self-care and activities of daily living

Treatment:

- Progression exercises and addition of resistance bands/weights
- Introduce Weight machines as patient tolerate (leg press, leg extension, hamstring curl within precautions)
- Closed chain strengthening exercises
- Static and dynamic balance and proprioceptive activities as appropriate
- Aquatic exercises as needed if incision completely healed
- Stationary bike
- Gait training (using treadmill as appropriate)

Precautions

- Gradual progression to excessive/demanding activities within pain limits

Discharge Criteria:

- Reciprocal stairs climbing
- Independence in gait
- Return to sport or advanced activities of daily activities

Essential Implants and equipment's:

- SFDA approved Primary total hip replacement components including (femoral stem and head, an acetabular cup and liner)
- Walker

سياسة مضخة الإنسولين

مركز تقييم التقنيات الصحية

INSULIN PUMP POLICY

Policy outcomes:

The following policy of continuous sub-cutaneous insulin infusion (CSII) therapy are:

1. Improved glycemic control (reduced hemoglobin A1c "HbA1c");
2. Reduced rate of hypoglycemia; and
3. Reduced rate of diabetic ketoacidosis.

1. Purpose:

1.1 Aims and objectives

An insulin pump therapy needs to:

- Be effective and efficient.
- Be responsive to the needs of patients with type 1 diabetes mellitus (T1DM), their parents and caregivers.
- Provide treatment and care based on best practice, as defined in policy eligibility criteria for T1DM.
- Deliver the required capacity by providing insulin pump therapy for appropriate patients who meet the criteria in this policy.
- Be integrated with other elements of care and services for patients with T1DM.
- Define agreed criteria for referral, and follow local protocols and care pathways for patients with T1DM.
- Be patient-centered and provide equitable access, ensuring that patients are treated with dignity and respect, are fully informed about their care and are able to make decisions about their care in partnership with healthcare professionals.
- Audit the provision of insulin pumps.
- Monitor the number of patients on insulin pump therapy.

2. Policy Scope

2.1 Policy Description:

This policy provides a high-quality insulin pump therapy. CHI defines the key components of a high-quality insulin pump therapy as:

- Identifying patients suitable for insulin pump therapy; and
- Ensuring appropriate composition of the healthcare professional team.

2.1.1 Identifying patients suitable for insulin pump therapy:

Consultant endocrinologist or consultant diabetologist will prescribe insulin pump therapy in line with the criteria based on this policy.

Insulin pump therapy (CSII) is recommended as a treatment option for **adults and children 12 years and older with T1DM** provided that:

1. Documented attempts of treatment with multiple daily injections (MDIs) of insulin (≥ three injections daily) for at least six months before initiation of the insulin pump; and
2. Follow-up with physician with documented frequent blood glucose monitoring frequency during the last two months before initiation of the insulin pump; and
3. Documented multiple adjustments to insulin administration and self-monitoring regimens; and
4. Frequent self-adjustment of insulin dose; and
5. Completed a satisfactory diabetes education training program including self care processes and follow up; and
6. HbA1c levels have remained high (8.5% (69 mmol/mol)) or above on two consecutive readings that include a test taken in the past three months (patients was on MDI therapy including, if appropriate, the use of long-acting insulin analogues).

in addition to meeting one or more of the following criteria:

- ✓ Patients experiencing disabling hypoglycaemia (repeated and unpredictable occurrence of hypoglycaemia is associated with a significant impact on patient quality of life); or
- ✓ Documented history of recurring hypoglycaemia or diabetic ketoacidosis (DKA) resulting in patient hospitalization; or

- ✓ Documented wide fluctuations in blood glucose before mealtime; or
- ✓ Documented dawn phenomenon (frequent early morning blood glucose increases) with fasting blood glucose frequently >200 mg/dL; or
- ✓ Documented history of severe glycaemic excursions.

Insulin pump therapy is recommended as a treatment option for **children younger than 12 years with T1DM** provided that:

1. MDI therapy is considered impractical or inappropriate; and
2. Children on insulin pumps would be expected to undergo a trial of MDI therapy.

2.1.2 Ensuring appropriate composition of the healthcare professional team:

Insulin pump therapy can be requested and initiated only by consultant endocrinologist or consultant diabetologist who manages multiple patients using insulin pumps and works closely with a highly trained specialist team, which should normally comprise nurses, diabetic educators, and dietitians who are knowledgeable in the use of insulin pumps.