

Decision	قرار
No. 78 / 2019	رقم ٢٠١٩/ ٧٨
Issuing the Health Insurance Rules	بإصدار قواعد التأمين الصحي
Pursuant to: The Insurance Companies Law, promulgated by Royal Decree No. 12/ 79;	استناداً إلى قانون شركات التأمين الصادر بالمرسوم السلطاني رقم ٧٩/١٢،
Royal Decree No. 90/ 2004 transferring the insurance jurisdiction and regulatory competences to the Capital Market Authority;	وإلى المرسوم السلطاني رقم ٢٠٠٤/٩٠ بنقل اختصاصات التأمين من وزارة التجارة والصناعة إلى الهيئة العامة لسوق المال،
Executive Regulations of the Companies Insurance Law issued by Ministerial Decision No. 5/ 80;	وإلى اللائحة التنفيذية لقانون شركات التأمين الصادرة بالقرار الوزاري رقم ٨٠/٥،
CMA Decision No. E/31/ 2007 regarding the regulation of licensing requirements for insurance activities; and	وإلى القرار رقم خ/٢٠٠٧/٣١ بشأن تنظيم متطلبات ترخيص مزاولة أعمال التأمين،
The Unified Health Insurance Policy issued by Decision No. 34/ 2019; and	وإلى نموذج الوثيقة الموحدة للتأمين الصحي الصادرة بالقرار رقم ٢٠١٩/٣٤،
On the grounds of public expediency.	وبناءً على ما تقتضيه المصلحة العامة.
It has been decided	تقرر
First Article	المادة الأولى
The attached rules shall apply concerning health insurance regulation.	يُعمل في شأن التأمين الصحي، بأحكام القواعد المرفقة.

Second Article	المادة الثانية
Existing health insurance policies, issued prior to these rules coming into force, shall remain in force until their expiry date. Where matters are not covered in these policies, the provisions of this decision and of the unified health insurance policy shall prevail.	يستمر العمل بوثائق التأمين الصحي السارية قبل تاريخ العمل بأحكام هذا القرار لحين انتهاء مدتها، كما تسري أحكام هذا القرار ونموذج الوثيقة الموحدة للتأمين الصحي فيما لم يرد بشأنه نصٌ خاصٌ في تلك الوثائق.
Third Article	المادة الثالثة
The Executive President of the Capital Market Authority shall issue all forms, measures, decisions and instructions that are required to implement this decision.	يصدر الرئيس التنفيذي للهيئة العامة لسوق المال النماذج والقرارات والتعليمات اللازمة لتنفيذ أحكام هذا القرار.
Fourth Article	المادة الرابعة
All that contravenes or contradicts with this decision or attached rules are repealed.	يلغى كل ما يخالف هذا القرار، والقواعد المرفقة، أو يتعارض مع أحكامهما.

<b>Fifth Article</b>	<b>المادة الخامسة</b>
This decision shall be published in the Official Gazette and shall come into force on the day following its publication date.	يُنشر هذا القرار في الجريدة الرسمية، ويُعمل به من اليوم التالي لتاريخ نشره.
Issued on:	صدر في: ٣ من صفر ١٤٤١هـ
Corresponding to:	الموافق: ٢ من أكتوبر ٢٠١٩م
Abdullah Salem al Salmi	عبد الله بن سالم بن عبد الله السالم
Executive President, Capital Market Authority	الرئيس التنفيذي للهيئة العامة لسوق المال

<b>Health Insurance Rules</b>	<b>قواعد التأمين الصحي</b>
<b>First Chapter</b>	<b>الفصل الأول</b>
<b>Definitions and General Provisions</b>	<b>التعريفات والأحكام العامة</b>
<b>Article (1):</b> in the application the provisions of these rules, each of the following words and phrases shall have the meaning shown next to it, unless the context dictates otherwise:	<b>المادة (١):</b> في تطبيق أحكام هذه القواعد يكون للكلمات والعبارات الآتية المعنى المبين قرين كل منها، ما لم يقتض سياق النص معنى آخر:
(1) CMA: Capital Market Authority.	١. الهيئة: الهيئة العامة لسوق المال.
(2) Ministry (MoH): Ministry of Health.	٢. الوزارة: وزارة الصحة

(3) Executive President: Executive President of the CMA.	٣. الرئيس التنفيذي: الرئيس التنفيذي للهيئة.
(4) License: a decision issued by the CMA granting permit to practise health insurance activities (operations).	٤. الترخيص: القرار الصادر من الهيئة بالموافقة على مزاولة نشاط التأمين الصحي.
(5) Policy: Unified health insurance policy and its appendices.	٥. الوثيقة: الوثيقة الموحدة للتأمين الصحي وملاحقها.
(6) Company: an insurance company licensed by the CMA.	٦. الشركة: شركة التأمين المرخصة من قبل الهيئة.
(7) Insurer: an insurance company licensed to practice or carry out health insurance operations or activities in the Sultanate.	٧. المؤمن: شركة التأمين المرخص لها بمزاولة نشاط التأمين الصحي في السلطنة.
(8) Insured: a natural person, an employee, or dependent to whom the insurer will deliver its obligations as per the Policy.	٨. المؤمن عليه: الشخص الطبيعي أو العامل أو المعال الذي يؤدي إليه المؤمن ما التزم به بموجب أحكام الوثيقة.
(9) Insured-for: a natural or juristic person who is obligated to pay the insurance premium, and in whose name the Policy is issued in favour or to the benefit of the insured.	٩. المؤمن له: الشخص الطبيعي أو الاعتباري الذي يلتزم بدفع قسط التأمين، وتصدر الوثيقة باسمه لصالح المؤمن عليه.
(10) Third Party Administration Company (TPA): a company licensed by the CMA to practice or carry out health insurance claims management	١٠. شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي: الشركة المرخصة من قبل الهيئة لممارسة أعمال إدارة مطالبات التأمين الصحي بين مقدمي الخدمات التأمينية والخدمات الصحية.

operations between insurance providers and healthcare providers.	
(11)Insurance Coverage (IC): basic health benefits as well as optional additional privileges, that have been specifically agreed upon and in detail between the insurer and insured-for, in favour of the insured as per the Policy.	١١. التغطية التأمينية: المنافع الصحية الأساسية والمزايا الاختيارية المتاحة، والمتفق عليها تفصيلاً بين المؤمن، والمؤمن له لصالح المؤمن عليه بموجب الوثيقة.
(12)Health Insurance Premium (HIP): an amount of money which the insured-for is obligated to pay to the insurer in return for an undertaking by the insurer to bear the healthcare costs of the insured as per the Policy.	١٢. قسط التأمين: مبلغ من المال يلتزم المؤمن له بسداده مقابل التزام المؤمن بتحمل تكاليف الرعاية الصحية للمؤمن عليه بموجب الوثيقة.
(13)Employee: a natural person who directly works for the insured-for, and who appears accordingly in such a capacity in their records.	١٣. العامل: أي شخص طبيعي يزاول العمل فعلياً لدى المؤمن له، ومسجل بتلك الصفة في سجلاته.
(14)Healthcare Provider (HCP): an MoH-approved health facility that is licensed, according to applicable regulations, to provide health insurance services in the Sultanate.	١٤. مقدم الخدمة الصحية: المرفق الصحي المعتمد من وزارة الصحة، والمرخص له بتقديم خدمات التأمين الصحي في السلطنة وفقاً للأنظمة المعمول بها.

<p>(15)Healthcare Providers Network (HCPN): a group of approved healthcare providers which have been determined by the insurer to provide healthcare services to the insured.</p>	<p>١٥. شبكة مقدّمي الخدمة الصحية: مجموعة مقدّمي الخدمة الصحية المعتمدين، والمحددين من قِبَل المؤمن لتقديم خدمة الرعاية الصحية للمؤمن عليه.</p>
<p>(16) Parties to the Insurance Relationship: insurer, insured, insured-for, HCP, and TPA.</p>	<p>١٦. أطراف العلاقة التأمينية: المؤمن، والمؤمن عليه، والمؤمن له، ومقدم الخدمة الصحية، وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA).</p>
<p>(17)Committee: the committee that have competency over settling health insurance disputes.</p>	<p>١٧. اللجنة: اللجنة المختصة بفض منازعات التأمين الصحي.</p>
<p><b>Article (2):</b> The Policy determines the extent of Insurance Coverage, provided that the coverage should not be below the basic health services which the insured should enjoy.</p>	<p>المادة (٢): تحدد الوثيقة حدود التغطية التأمينية شريطة ألا تقل التغطية عن الحد الأدنى من الخدمات الصحية الأساسية التي يجب أن يتمتع بها المؤمن عليه.</p>
<p><b>Article (3):</b> It is prohibited to practise any of health insurance activities or operations without the obtaining a license to that effect from the CMA in accordance with the provisions of these rules.</p>	<p>المادة (٣): يحظر على أيّ شركة مزاولة نشاط التأمين الصحي إلا بعد الحصول على ترخيص بذلك من الهيئة وفقا لأحكام هذه القواعد.</p>
<p><b>Article (4):</b> No HCP may provide health insurance services except after satisfying the enrolment requirements at the CMA and payment of stipulated fees.</p>	<p>المادة (٤): لا يجوز لمقدم الخدمة الصحية تقديم خدمة التأمين الصحي إلا بعد استيفاء متطلبات القيد في السجل لدى الهيئة، وسداد الرسوم المقررة.</p>

<p><b>Article (5):</b> The insured-for may cancel the Policy at any time, by a written advance notice at least thirty (30) working days prior to the effective date of cancellation. In such a case, the insurer is obliged to refund to the insured-for within thirty (30) working days of the cancellation date the remaining amount of the paid premium for every insured who did not avail of the insurance coverage. The remaining amount of the premium is calculated in accordance with the formula stipulated in the Policy.</p>	<p><b>المادة (٥):</b> يجوز للمؤمن له إلغاء الوثيقة في أي وقت، بموجب إخطار كتابي يُرسل للمؤمن قبل (٣٠) ثلاثين يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء، وفي هذه الحالة يكون المؤمن ملزماً خلال (٣٠) ثلاثين يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن يعيد للمؤمن له الجزء المتبقي من قسط التأمين عن كل مؤمن عليه لم ينتفع بالتغطية التأمينية، ويتم احتساب الجزء المتبقي من قسط التأمين وفقاً للمعادلة المنصوص عليها في الوثيقة .</p>
<p><b>Article (6):</b> Except for the cases permitted in accordance with the terms and conditions issued by the Executive President in this regard, no insurer may own or operate or manage an HCP or a TPA, nor an HCP may own shares in companies licensed to practise health insurance or insurance brokers, or agents for health insurance companies, or TPAs.</p>	<p><b>المادة (٦):</b> لا يجوز للمؤمن تملك أو تشغيل أو إدارة مقدم خدمة صحية أو شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي، كما لا يجوز لمقدم الخدمة الصحية تملك حصص في شركات مرخص لها بمزاولة نشاط التأمين الصحي أو شركات سمسة التأمين، أو وكلاء شركات التأمين الممارسين للنشاط ذاته أو شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، إلا وفقاً للاشتراطات والضوابط التي يصدرها الرئيس التنفيذي في هذا الشأن.</p>

<p><b>Article (7):</b> The amount of the insurance premium must be agreed upon between the insurer and insured-for, provided that the premium is in line with market prices for health insurance in the Sultanate, and based on actuarial, technical and objective bases.</p>	<p><b>المادة (٧):</b> يجب الاتفاق بين المؤمن، والمؤمن له على تحديد قيمة قسط التأمين على أن يكون هذا القسط متوافقاً مع معدلات أسعار سوق التأمين الصحي في السلطنة، ومبنياً على أسس اكتوارية، وفنية، وموضوعية.</p>
<p><b>Article (8):</b> Insurance coverage shall expire in any of the following circumstances:</p>	<p><b>المادة (٨):</b> تنتهي التغطية التأمينية في أي من الحالات الآتية:</p>
<p>(1) Expiry of the validity period of the Policy.</p>	<p>١- انتهاء فترة سريان الوثيقة.</p>
<p>(2) Exhaustion of the maximum limit of benefits as per the Policy.</p>	<p>٢- استنفاد الحد الأقصى من المنفعة حسب الوثيقة.</p>
<p>(3) Death of the insured.</p>	<p>٣- وفاة المؤمن عليه.</p>
<p>(4) Final exit/ departure of the insured expatriate out of the Sultanate.</p>	<p>٤- مغادرة المؤمن عليه الأجنبي للسلطنة نهائياً.</p>
<p>(5) Transfer of service of the insured from one insured-for to another.</p>	<p>٥- انتقال خدمة المؤمن عليه من المؤمن له إلى مؤمن له آخر.</p>
<p><b>Article (9):</b> The insurer must retain a minimum of forty (40) percentage of the net health insurance premiums within the Sultanate.</p>	<p><b>المادة (٩):</b> يجب على المؤمن الاحتفاظ بنسبة لا تقل عن (٤٠%) أربعين بالمائة من صافي أقساط التأمين الصحي داخل السلطنة.</p>
<p><b>Article (10):</b> The CMA staff, whom have been identified by the competent authority and in accordance with the currently enforceable laws and in coordination with the</p>	<p><b>المادة (١٠):</b> يخوّل موظفو الهيئة الذين يصدر بتحديدهم قراراً من السلطة المختصة وفقاً للقوانين النافذة بالاتفاق مع الرئيس التنفيذي،</p>



Executive President, are conferred upon with magistrate powers within the scope of applying these rules and pursuant decisions and instructions, where such provisions are violated.	صفة الضبطية القضائية في نطاق تطبيق أحكام هذه القواعد والقرارات والتعليمات المنفذة لها، وذلك فيما يقع بالمخالفة لأحكامها.
<b>Article (11):</b> Claims arising from disputes among Parties to the Insurance Relationship shall not be heard after one year has elapsed from the date of expiry of the Policy. Statute of Limitation is interrupted by any of the claim measures or procedures stipulated in these rules.	<b>المادة (١١):</b> لا تسمع الدعاوى التي تنشأ عن المنازعات بين أطراف العلاقة التأمينية بعد انقضاء سنة من انتهاء مدة الوثيقة، وينقطع التقادم باتخاذ أي إجراء من إجراءات المطالبة الواردة في هذه القواعد.
<b>Article (12):</b> All parties addressed by the provisions of these rules are obligated to implement the Health Insurance Electronic Platform as per the forms and decisions issued by the CMA in this regard.	<b>المادة (١٢):</b> تلتزم الجهات المخاطبة بأحكام هذه القواعد بتطبيق نظام الربط الإلكتروني لنظام التأمين الصحي وفقاً للنماذج والقرارات التي تصدرها الهيئة في هذا الشأن.
<b>Second Chapter</b>	<b>الفصل الثاني</b>
<b>License to Practise Health Insurance</b>	<b>ترخيص مزاولة نشاط التأمين الصحي</b>
<b>Article (13):</b> Without prejudice to the provisions of Decision E/31/2007 regarding licensing requirements for insurance companies, in order for a company to be licensed to practise health insurance, it shall submit an application to the CMA using the form specifically	<b>المادة (١٣):</b> مع عدم الإخلال بالأحكام الواردة في القرار رقم خ/٢٠٠٧/٣١ بشأن تنظيم متطلبات ترخيص مزاولة أعمال التأمين المشار إليه، يشترط للحصول على الترخيص التقدم بطلب إلى الهيئة وفقاً للنموذج المعد لهذا الغرض، مرفقاً به المستندات الآتية:

prepared for this purpose, with the following attachment:	
(1) A health insurance strategy that has been approved by the Board or Directors of the Company, including the following:	١. استراتيجية معتمدة من مجلس إدارة الشركة لمزاولة نشاط التأمين الصحي، متضمنة الآتي:
a. The organisational structure of the Company, showing clearly the hierarchical level of the health insurance business unit, its competences, and modus operandi.	أ. الهيكل التنظيمي للشركة، موضحًا به المستوى التنظيمي لإدارة نشاط التأمين الصحي، وصلاحياته، وآليات عمله.
b. An actuarial study to evaluate the financial position of the Company and expected cash flow for the following three years.	ب. دراسة اكتوارية لتقييم الوضع المالي للشركة والتدفقات المالية المتوقعة للسنوات الثلاث القادمة.
c. Customer service and quality assurance policy.	ج. سياسة خدمة العملاء، وضمان الجودة.
d. Underwriting and pricing policy.	د. سياسة الاكتتاب، والتسعير.
e. Disaster and crises management policy.	هـ. سياسة التعامل مع الكوارث، والأزمات.
f. IT and data security policy.	و. سياسة تقنية المعلومات، وأمن وسرية البيانات.
g. Health insurance claims management policy.	ز. سياسة إدارة مطالبات التأمين الصحي.

h. Reinsurance arrangements for health insurance activities.	ح. ترتيبات إعادة التأمين لنشاط التأمين الصحي.
i. Health insurance risks management policy.	ط. سياسة إدارة مخاطر التأمين الصحي.
(2)An undertaking from the Company, as per the circulars issued by the CMA, showing its commitments and obligations vis-à-vis the following items:	٢. إقرار من الشركة بالتزامها بالبنود الآتية وفقاً للتعالميم التي تصدرها الهيئة:
a. Appointment of a manager specialised in health insurance.	أ- تعيين مدير مختص بأعمال التأمين الصحي.
b. Appointment a technical and administrative cadre.	ب- تعيين كادر فني، وإداري.
c. Availability of an electronic system.	ج. توافر نظام إلكتروني.
(3)A copy of the agreements signed with the HCPs.	٣. نسخة من الاتفاقيات المبرمة مع مقدمي الخدمة الصحية.
(4)A copy of the agreements signed with TPAs, if applicable.	٤. نسخة من الاتفاقيات المبرمة مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA)-إن وُجدت-.
(5)Receipt of the paid application fees.	٥. إيصال سداد رسم دراسة طلب الترخيص.

(6)Any other documents requested by the CMA.	٦. أيّ مستندات أخرى تطلبها الهيئة.
<p><b>Article (14):</b> The CMA will examine the license application within sixty (60) days from the date of submission. In case the application does not satisfy any of the required documents, the applicant shall be notified accordingly in order to submit the required documents during thirty (30) days from the date of notification.</p>	<p><b>المادة (١٤):</b> تتولى الهيئة دراسة طلب الترخيص خلال (٦٠) ستين يوما من تاريخ تقديمه، وفي حالة عدم استيفاء الطلب لأيّ من المستندات المطلوبة يتمّ إخطار مقدم الطلب بذلك لاستيفائها خلال (٣٠) ثلاثين يومًا من تاريخ الإخطار.</p>
<p>In case the required documents have not been submitted within the above specified period, the application will be deemed cancelled. The Company may not submit another application unless ninety (90) days elapse from the date of cancelling the previous application.</p>	<p>وفي حالة عدم الاستيفاء خلال المدة المشار إليها يعد الطلب ملغى. ولا يجوز للشركة التقدم بطلب آخر إلا بعد مضيّ (٩٠) تسعون يومًا من تاريخ إلغاء الطلب السابق.</p>
<p><b>Article (15):</b> The Executive President issues a decision granting permit/ license within sixty (60) days from the date of satisfying all required documents. Should the above period expire without issuing the aforementioned license, it shall be deemed a decision of rejection.</p>	<p><b>المادة (١٥):</b> يصدر الرئيس التنفيذي قرارًا بالترخيص خلال (٦٠) ستين يومًا من تاريخ استيفاء المستندات المطلوبة، ويعتبر مضيّ المدة المشار إليها دون إصدار الترخيص قرارًا بالرفض.</p>

<p><b>Article (16):</b> The CMA may, in the framework of regulating health insurance, stop issuing new licenses for the periods it deems appropriate, provided such decisions are justified.</p>	<p><b>المادة (١٦):</b> يجوز للهيئة في إطار تنظيم قطاع التأمين الصحي التوقف عن إصدار تراخيص جديدة للفترات التي تراها مناسبة، على أن يكون قرارها في هذا الخصوص مسبباً.</p>
<p><b>Article (17):</b> The CMA shall establish a register to enrol companies licensed for health insurance. The register shall include the enrolment number, name of company, licensing number, period, and place.</p>	<p><b>المادة (١٧):</b> تُنشئ الهيئة سجلاً خاصاً لقيد الشركات المرخصة لمزاولة نشاط التأمين الصحي، ويشتمل السجل على رقم القيد، واسم الشركة، ورقم الترخيص، ومدته، ومكانه.</p>
<p><b>Article (18):</b> The license is valid for two (2) years renewable for similar periods, based on an application submitted by the Company at least thirty (30) days prior to the expiry date of the license, as per the for prepared for this purpose.</p>	<p><b>المادة (١٨):</b> تكون مدة الترخيص (٢) سنتين، قابلة للتجديد لمدة أو لمدد أخرى مماثلة، بناءً على طلب يقدم من الشركة قبل (٣٠) ثلاثين يوماً على الأقل من تاريخ انتهاء الترخيص، وذلك وفقاً للنموذج المعد لهذا الغرض.</p>
<p><b>Third Chapter</b></p>	<p><b>الفصل الثالث</b></p>
<p><b>Commitments and Obligations of Parties to the Insurance Relationship</b></p>	<p><b>التزامات أطراف العلاقة التأمينية</b></p>
<p><b>Article (19):</b> The insurer is obligated to the following:</p>	<p><b>المادة (١٩):</b> يلتزم المؤمن بالآتي:</p>
<p>(1) Contracting with the HCPs that are enrolled in the CMA records.</p>	<p>١. التعاقد مع مقدم الخدمة الصحية المقيد في سجلات الهيئة.</p>
<p>(2) Enabling the insured to avail of his/ her rights, as specified in the Policy, through all available means,</p>	<p>٢. تمكين المؤمن عليه من الحصول على حقوقه المحددة في الوثيقة بكافة الوسائل المتاحة، والمحافظة على سرية بياناته وحمايتها.</p>

and protecting the confidentiality of and safeguarding his/ her data.	
(3)Paying refundable expenses according to the provisions of the Policy within a period that does not exceed fifteen (15) days from the date of satisfying all required documents supporting the refund claim.	٣. سداد النفقات القابلة للاستعاضة وفقاً لأحكام الوثيقة خلال مدة لا تزيد على (١٥) خمسة عشر يوم من تاريخ استكمال المستندات المؤيدة للمطالبة.
(4)Notifying the insured or insured-for of all instructions and guidelines pertaining to health insurance, and providing them with all issued forms, documents, publications, and leaflets concerning health insurance.	٤. إخطار المؤمن عليه أو المؤمن له بالتعليمات والإرشادات المتعلقة بالتأمين الصحي وتزويده بالنماذج والوثائق والمنشورات والكتيبات التي تصدر في شأن التأمين الصحي.
(5)Notifying the CMA, in any of the following cases:	٥. إبلاغ الهيئة – عند تحقق أي من الحالتين الآتيتين:
a. Violations committed by any of the other Parties to the Insurance Relationship, cases of conflict of interests, or presence of any direct or indirect interests with HCPs.	أ- التجاوزات التي ترتكب من قبل أطراف العلاقة التأمينية الأخرى، أو في حالة وجود أي تضارب في المصالح، أو أي مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع مقدم الخدمة الصحية.
b. Changes or amendments that occur on any of the documents based on which the license is issued, within seven (7) days of the that	ب- التغيير أو التعديل الذي يطرأ على أي من المستندات التي صدر بموجبها الترخيص، وذلك خلال (٧) سبعة أيام من تاريخ حدوثه، وتزويد الهيئة بأي معلومات أو بيانات أو

occurrence. Also, supplying the CMA with any information or data or statistics that it requests or considers necessary to be informed of, including databases, registers, and signed health insurance contracts.	إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها، بما فيها قواعد البيانات والسجلات وعقود التأمين الصحي التي تكون قد أبرمتها.
(6) Retaining the financial records of health insurance for ten (10) years, and providing statistics and reports pertaining to insurance coverage for the insured upon request from the CMA.	٦. الاحتفاظ بالسجلات المالية الخاصة بالتأمين الصحي لمدة (١٠) عشر سنوات، وتوفير الإحصائيات والتقارير المتعلقة بالتغطية التأمينية المقدمة للمؤمن عليه عند طلبها من الهيئة.
(7) Payment of medical expenses to HCPs within forty-five (45) days from the date of submitting the claim, unless another agreement exists between the two parties.	٧. سداد قيمة المصاريف الطبية لمقدم الخدمة الصحية خلال (٤٥) خمسة وأربعين يومًا من تاريخ تسلم المطالبة، ما لم يوجد اتفاق آخر بين الطرفين.
(8) Contracting with the TPA, except for the insurer that has a separate system for managing such claims.	٨. التعاقد مع شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي (TPA)، ويستثنى من ذلك المؤمن الذي لديه نظام مستقل لإدارة تلك المطالبات.
<b>Article (20):</b> The insured-for is obligated to the following:	<b>المادة (٢٠):</b> يلتزم المؤمن له بالآتي:
(1) Settling payable premiums to the insurer within the specified period.	١. سداد الأقساط التأمينية المستحقة للمؤمن خلال المواعيد المتفق عليها معه.

<p>(2)Notifying the insurer of any changes they wish to perform on the Policy whether by addition or deletion according to the provisions and procedures stipulated in the Policy.</p>	<p>٢. إخطار المؤمن كتابة بأي تغييرات يرغب في إجرائها على الوثيقة سواء بالإضافة، أو الحذف وفقاً للأحكام والإجراءات المنصوص عليها في الوثيقة.</p>
<p>(3)Notifying the insurer in writing in case the residence visa of an expatriate employee has been cancelled and his/ her departure of the Sultanate, in order to recalculate the refunded premiums in accordance with the provisions of the Policy.</p>	<p>٣. إخطار المؤمن كتابة في حالة إلغاء إقامة المؤمن عليه الأجنبي، ومغادرته السلطنة لإعادة احتساب قسط التأمين المسترجع وفقاً لأحكام الوثيقة.</p>
<p><b>Article (21):</b> The insured is obligated to the following:</p>	<p><b>المادة (٢١):</b> يلتزم المؤمن عليه بالآتي:</p>
<p>(1)Adhering to receiving treatment services at the HCPN, except for the following cases:</p>	<p>١. التقيد بتلقي الخدمات العلاجية لدى شبكة مقدمي الخدمة الصحية، ويستثنى من ذلك الحالات الآتية:</p>
<p>a. Emergency cases, which require urgent attention or treatment, whether such cases occurred suddenly, or as a complication, resulting in a medical condition which requires an urgent medical intervention, and where no</p>	<p>أ- الحالات الطارئة التي تتطلب سرعة تلقي العلاج سواء حدثت بشكل مفاجئ، أو نتيجة تفاقم حالة تنتج عنها حالة مرضية تتطلب تدخلاً طبياً عاجلاً، مع تعذر وجود مقدم الخدمة الصحية في المنطقة الموجود بها المؤمن عليه.</p>



healthcare provider is available in the area wherein the insured-for is present.	
b. Non-availability of treatment at the HCPN, provided that the treatment is within the IC.	ب-عدم توفر العلاج لدى شبكة مقدمي الخدمة الصحية، شريطة أن يكون العلاج ضمن حدود التغطية التأمينية.
c. Non-availability of HCPN in the area wherein the insured-for is present.	ج-عدم وجود شبكة مقدمي الخدمة الصحية في المنطقة التي يوجد بها المؤمن عليه.
(2)Notifying the insured-for immediately upon the loss or damage of his/ her own health insurance card, as well as, not abusing the card in any means or manner, including, for example, allowing others to use it.	٢. إبلاغ المؤمن له على الفور في حال فقدان أو تلف بطاقة التأمين الصحي الخاصة به، وعدم إساءة استخدامها بأي شكل من الأشكال، بما في ذلك السماح للغير باستخدامها.
(3)Notifying the insured-for and insurer of any abuse, exploitation, manipulation, neglect or negligence by the healthcare provider.	٣. إبلاغ المؤمن له أو المؤمن عن أي استغلال أو تلاعب أو إهمال أو تقصير من قبل مقدم الخدمة الصحية.
(4)Refraining from committing any act that would unlawfully obtain health benefits or material gains.	٤. الامتناع عن ارتكاب أي تصرف من شأنه الحصول على منافع صحية أو مكاسب مادية بطريقة غير مشروعة.

<p>(5) Re-conducting medical examination, at the request of the insurer, and enabling the insurer to see all the data and documents related to the insurance claim, provided that the insurer shall bear the costs of re-medical examination.</p>	<p>٥. إعادة الكشف الطبي بناءً على طلب المؤمن، وتمكين المؤمن من الاطلاع على كافة البيانات والمستندات المتعلقة بالمطالبة التأمينية، على أن يتحمل المؤمن تكاليف إعادة الكشف الطبي.</p>
<p>(6) Providing the insurer with the supporting documents for the claim within a period not exceeding (120) one hundred and twenty working days from incurring such expenses in case of treatment outside the HCPN.</p>	<p>٦. تزويد المؤمن بالمستندات المؤيدة للمطالبة خلال مدة لا تزيد على (١٢٠) مائة وعشرين يوم عمل من تكبد تلك النفقات في حالة العلاج خارج شبكة مقدمي الخدمة الصحية.</p>
<p><b>Article (22): The healthcare provider is obligated to the following:</b></p>	<p><b>المادة (٢٢): يلتزم مقدم الخدمة الصحية بالآتي:</b></p>
<p>(1) Providing treatment and medical examinations to the insured in accordance with the provisions of the policy, without neglecting or manipulating medical records, or the financial statements related to the health benefits provided to the insured.</p>	<p>١. تقديم العلاج والفحوصات الطبية للمؤمن عليه طبقاً لأحكام الوثيقة، وعدم الإهمال أو التلاعب بالسجلات الطبية، أو بالكشوفات المالية المتعلقة بالمنافع الصحية المقدمة للمؤمن عليه.</p>

<p>(2)Not to load the insurer with the cost of consultation or treatment provided by a consultant, unless it was preceded by a referral letter from the licensed physician.</p>	<p>٢. عدم تحميل المؤمن تكاليف الاستشارة أو العلاج الذي يقدم بواسطة الاستشاري دون أن يسبق ذلك قرار بالإحالة من الطبيب المرخص.</p>
<p>(3)Verifying the identity of the insured before providing treatment services. Its right to claim would be lost, in case it was shown that it provided treatment to a non-insured.</p>	<p>٣. التحقق من هوية المؤمن عليه قبل تقديم الخدمة العلاجية، ويسقط حقه في المطالبة التأمينية في حال ثبت أنه تم تقديم خدمة علاجية لغير المؤمن عليه.</p>
<p>(4)Submitting financial claims vis-à-vis health insurance to the insurer in accordance with the agreed mechanism, and informing the CMA of any changes or amendments that occur upon any of the requirements for enrolment in the register within (7) seven working days from the date of occurrence.</p>	<p>٤. تقديم مطالباته المالية المتعلقة بالتأمين الصحي إلى المؤمن وفق الآلية المتفق عليها، وأن يبلغ الهيئة بأيّ تغيير أو تعديل يطرأ على أيّ من متطلبات قيده في السجل خلال (٧) سبعة أيام عمل من تاريخ حدوثه.</p>
<p>(5) Commitment to the principles of legitimate and honest competition, and not to take any action that would circumvent the health insurance system or obtain material gains illegally, and inform the CMA in the event of any conflict of interest or any</p>	<p>٥. الالتزام بمبادئ المنافسة المشروعة، وعدم القيام بأيّ تصرف من شأنه التحايل على منظومة التأمين الصحي أو الحصول على مكاسب مادية بطرق غير مشروعة، وإبلاغ الهيئة في حال وجود أيّ تضارب في المصالح أو أيّ مصالح مباشرة أو غير مباشرة مع أطراف العلاقة التأمينية.</p>

direct or indirect interests with the Parties to the Insurance Relationship.	
(6) Providing the CMA with all required information, data and documents related to health benefits rendered to the insured whenever requested, and providing the CMA with any information, data or statistics it requests or deems necessary to have access to.	٦. تزويد الهيئة بالمعلومات والبيانات والوثائق المطلوبة ذات العلاقة بالمنافع الصحية التي قُدمت من قبله للمؤمن عليه متى ما طلبت ذلك، وتزويد الهيئة بأي معلومات أو بيانات أو إحصائيات تطلبها أو ترى ضرورة الاطلاع عليها.
(7) Complying with the provisions and deadlines set forth in the Policy with respect to the relationship with the insurer, and providing the latter with information about the insured, whenever is required.	٧. الالتزام بالأحكام والمواعيد المقررة في الوثيقة فيما يتعلق بالعلاقة مع المؤمن، وتزويده بالمعلومات الخاصة بالمؤمن عليه في الحالات التي تتطلب ذلك.
<b>Fourth Chapter</b>	<b>الفصل الرابع</b>
<b>The Committee for the Settlement of Health Insurance Disputes</b> <b>Health Insurance Disputes Settlement Committee</b>	<b>لجنة فض منازعات التأمين الصحي</b>
<b>Article (23):</b> A committee shall be formed by a decision of the Executive President to settle disputes arising from practicing health insurance activities. The decision of its	<b>المادة (٢٣):</b> تشكّل بقرار من الرئيس التنفيذي لجنة تختص بفض المنازعات التي تنشأ عن مزاوله نشاط التأمين الصحي، ويحدد القرار الصادر بتشكيلها رئيس اللجنة ونائبه وأمين سرها وأعضائها.

formation shall determine its chair, his/ her deputy, its secretary and members.	
<b>Article (24):</b> The Committee shall have the following competencies:	<b>المادة (٢٤):</b> تختص اللجنة بالآتي:
(1) Consider disputes arising between or among Parties to the Insurance Relationship.	١. النظر في المنازعات الناشئة بين أي من أطراف العلاقة التأمينية.
(2) Decide on claims that have been rejected, returned, or deducted by the insurance company.	٢. البت في المطالبات التي تكون قد رفضت، أو أرجعت، أو تم خصم فيها من قبل شركة التأمين.
(3) Any other matters which the Executive President deems necessary to bring before the Committee	٣. أي مسائل أخرى يرى الرئيس التنفيذي عرضها على اللجنة.
<b>Article (25):</b> The Secretary of the Committee shall prepare a statement of the disputes to be submitted to the Committee, together with a detailed memorandum for each dispute, provided that he shall distribute a copy thereof to the Chair of the Committee and its members at least three (3) days before the meeting, unless its meeting is at the request of the Executive President to consider an urgent matter.	<b>المادة (٢٥):</b> يُعد أمين سر اللجنة بياناً بالمنازعات المطلوب عرضها على اللجنة، مرفقاً به مذكرة تفصيلية لكل منازعة، على أن يقوم بتوزيع نسخة منها على كل من رئيس اللجنة، وأعضائها قبل الاجتماع ب (٣) ثلاثة أيام على الأقل، ما لم يكن اجتماعها للنظر في أمر عاجل، بناءً على طلب من الرئيس التنفيذي.
<b>Article (26):</b> The Committee shall meet at the invitation of its Chair or his/ her deputy. The Committee meeting	<b>المادة (٢٦):</b> تجتمع اللجنة بناءً على دعوة من رئيسها أو نائبه، ويكون انعقاد اللجنة صحيحاً بحضور أغلبية أعضائها، على أن يكون

<p>shall be considered duly convened in the presence of the majority of its members, provided that the Chair or his/her deputy is present. The deliberations shall be held in camera. The Committee shall issue its decisions by a majority vote of the members present. If the votes are equal, the Chair of the meeting will have a casting vote.</p>	<p>من بينهم رئيس اللجنة أو نائبه، وتكون مداولاتها سرية، وتصدر اللجنة قراراتها بأغلبية أصوات الأعضاء الحاضرين، فإذا تساوت الأصوات رجح الجانب الذي منه رئيس الاجتماع.</p>
<p>Neither the Chair of the Committee nor any of its may attend its deliberations or cast their votes if the subject matter presented before the Committee is related to him/ her personally, or his/ her spouse, or any of his/ her relatives up to and including the fourth degree.</p>	<p>ولا يجوز لرئيس اللجنة، وأي من أعضائها حضور مداولاتها والتصويت إذا كان الموضوع المعروض عليها خاصاً به شخصياً، أو بزوجه، أو أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة.</p>
<p><b>Article (27):</b> The Committee minutes of meetings shall be recorded by the Committee secretary. The minutes must include names of members present, absent and apologised members, the matters brought before the Committee, respective deliberations thereon and the decisions taken therein. The minutes shall be signed by the Chair, the members present and the secretary.</p>	<p><b>المادة (٢٧):</b> يدون أمين سر اللجنة محاضر اجتماعاتها، ويجب أن تتضمن هذه المحاضر بياناً بأسماء الأعضاء الحاضرين، والأعضاء الذين تخلفوا عن الحضور، والموضوعات التي عُرِضت على اللجنة، وما دار بشأنها من مداولات، وما اتُخذ فيها من قرارات، ويتم التوقيع على المحاضر من قبل رئيس الاجتماع، وأعضائها الحاضرين، وأمين سرها.</p>
<p><b>Article (28):</b> The Committee shall issue its decisions within (30) thirty days from the date of presenting the matters put before it. The Committee secretary shall notify the concerned parties of the Committee's</p>	<p><b>المادة (٢٨):</b> تصدر اللجنة قراراتها خلال (٣٠) ثلاثين يوماً من تاريخ عرض الموضوعات عليها، وعلى أمين سر اللجنة إخطار</p>

decision in writing within seven (7) working days at most from the date of issue of the decision.	ذوي الشأن بقرار اللجنة كتابة خلال (٧) سبعة أيام عمل على الأكثر من تاريخ صدور القرار.
<b>Article (29):</b> Concerned or interested parties have the right to appeal against the decision of the Committee to the Executive President within (60) sixty days from the date of notification, or the date when the appellant became categorically or undoubtedly aware of the decision. The appeal must be decided within (30) thirty days from the date of its submission. The expiry of the said period shall be considered as a rejection of the appeal.	<b>المادة (٢٩):</b> يحق لذوي الشأن التظلم من قرار اللجنة إلى الرئيس التنفيذي خلال (٦٠) ستين يومًا من تاريخ إخطاره، أو علمه به علمًا يقينًا، ويجب البت فيه خلال (٣٠) ثلاثين يومًا من تاريخ تقديمه، ويعتبر مضي المدة المشار إليها دون رد بمثابة رفض للتظلم.
<b>Fifth Chapter</b>	<b>الفصل الخامس</b>
<b>Administrative Sanctions</b>	<b>الجزاءات الإدارية</b>
<b>Article (30):</b> Without prejudice to the penal penalties prescribed under the above referenced Law of Insurance Companies, the CMA may take one or more of the following actions in case of violation of the provisions of these rules:	<b>المادة (٣٠):</b> مع عدم الإخلال بالعقوبات الجزائية المقررة بموجب قانون شركات التأمين المشار إليه، يجوز للهيئة اتخاذ إجراء أو أكثر من الإجراءات الآتية في حالة مخالفة أحكام هذه القواعد:
a. Warning.	أ. الإنذار.
b. Imposing an administrative fine of not less than (1000) a thousand Omani Rials and not more than (5000) five thousand Omani Rials.	ب. فرض غرامة إدارية لا تقل عن (١٠٠٠) ألف ريال عُمان، ولا تزيد على (٥٠٠٠) خمسة آلاف ريال عُمان.

c. Temporarily suspending the license for a period not exceeding six (6) months.			ج. وقف الترخيص مؤقتاً لمدة لا تزيد على (٦) ستة أشهر.		
d. License revocation.			د. إلغاء الترخيص.		
e. Cancellation of healthcare service provider enrolment.			هـ. شطب قيد مقدم الخدمة الصحية.		
<b>Sixth Chapter</b>			<b>الفصل السادس</b>		
<b>Fees</b>			<b>الرسوم</b>		
<b>Article (31):</b> The Commission shall collect the following fees:			<b>المادة (٣١):</b> تستوفي الهيئة الرسوم الآتية:		
S.	Service Fee	Amount in OMR	مقدار الرسم بالريال العُماني	نوع الرسم	م
1.	Consideration of the license application	(1500) One thousand and five hundred	(١٥٠٠) ألف وخمسمائة	دراسة طلب الترخيص	١
2	Health Insurance Activity enrolment	(2000) Two thousand	(٢٠٠٠) ألفان	قيد نشاط التأمين الصحي	٢
3	Health Insurance Activities Re-enrolment	(2000) Two thousand	(٢٠٠٠) ألفان	تجديد قيد نشاط التأمين الصحي	٣
4	Data amendments	(20) Twenty	(٢٠) عشرون	تعديل البيانات	٤
5	Request for access to documents and records.	(20) Twenty	(٢٠) عشرون	طلب الاطلاع على الأوراق والسجلات	٥
6	Request for copies, reproductions, or printouts	(20) Twenty	(٢٠) عشرون	طلب صور أو مستخرجات	٦
7	Healthcare provider enrolment	(200) Two hundred	(٢٠٠) مائتان	قيد مقدم خدمة صحية	٧
8	Healthcare provider enrolment renewal.	(200) Two hundred	(٢٠٠) مائتان	تجديد قيد مقدم خدمة صحية	٨



<p><b>Article (32):</b> In case of delay in enrolment renewal according to the specified periods and timeframes, the Executive Presidents shall impose an administrative fine of (5%) five percent of the due amount for each week of delay.</p>	<p>المادة (٣٢): يقوم الرئيس التنفيذي- في حالة التأخر في تجديد القيد وفق المواعيد الزمنية المحددة- بفرض غرامة إدارية بواقع (٥%) خمسة بالمائة من مقدار الرسم المستحق عن كلّ أسبوع تأخير.</p>
--	--