

نموذج الانضمام لبرنامج صندوق الضمان

بيانات عامة

اسم مقدم الخدمة:	رقم الاعتماد:	
اسم الشخص المؤمن:	رقم التواصل:	
البريد الإلكتروني:	المنطقة:	
العنوان الوطني		
رقم المبنى:	اسم الشارع:	اسم الحي:
المدينة:	الرمز البريدي:	الرقم الإضافي:

المشاركة في الشبكة الطبية المفضلة

إشارة الى قيام الأمانة العامة للمجلس بإطلاق برنامج صندوق الضمان الصحي التعاوني لهدف تغطية الحالات الطبية لمن تجاوزوا حد الأعلى للوثيقة الموحدة للمؤمن لهم، على هذا فإن المجلس يسعى الى انشاء شبكة طبية مفضلة (PPN) من مقدمي الخدمة الصحية خاصة للصندوق، لذ أمل إفادتنا برغبتكم في الانضمام:

موافق غير موافق

نسبة الخصم الاضافية المقدمة للصندوق:

الالتزام

أقر بالالتزام بأنظمة ولوائح المجلس وأن يتم استخدام المتطلبات الخاصة للصندوق مثل الالتزام بمتطلبات المنصة الوطنية لخدمات تبادل المعلومات الصحية (نفيس)، وأن ترفع المطالبات الصحية للصندوق من خلال هذه المنصة، وكذلك الالتزام بمتطلبات الحد الأدنى من البيانات (MDS) والقائمة السعرية للمجلس وكذلك استخدام نظام الفوترة السعودي (SBS).

الإقرار

الاسم: _____ التاريخ: _____
المنصب: _____ التوقيع: _____