



استمارة التحقق من استيفاء المؤسسات الصحية الخاصة
لضوابط تقديم خدمات التأمين الصحي بحسب القرار الوزاري رقم 2023/294

اسم المؤسسة الصحية:

رقم الترخيص:

تاريخ تقديم الطلب:

م	الضوابط	نعم	لا	ملاحظات
1-	ترخيص المؤسسة الصحية ساري المفعول			
2-	نظام لإدارة المعلومات الصحية وفقاً لمتطلبات وزارة الصحة متوفر			
3-	كافة معايير الجودة المحددة من الوزارة مطبقة			
4-	معايير التصنيف والترميز الطبي وتوافقية البيانات المعتمدة من وزارة الصحة مطبقة			
5-	الأ تكون قد فرضت على المؤسسة أي عقوبات جزائية أو إدارية، ما لم يتم تصحيح المخالفات			
6-	كافة البيانات المتعلقة بالمؤسسة والعاملين فيها متوفرة			
7-	الأدلة الاسترشادية الإكلينيكية الصادرة من وزارة الصحة مطبقة			
8-	المؤسسة الصحية قدمت ما يثبت استيفاءها بنسب التعمين حسب المهنة بناء على تصنيف المهن في منشآت القطاع الخاص الصادر من وزارة العمل			
9-	جميع مزاوي المهن الطبية والطبية المساعدة والصيدلانية حصلوا على الامتيازات السريرية بحسب التخصص العلمي الممنوح من قبل المديرية المختصة			

ملاحظات الموظف المختص والتوقيع: مستوفية غير مستوفية

ملاحظات المدير العام والتوقيع: موافق غير موافق

ملاحظات اللجنة والتوقيع: معتمدة غير معتمدة