

تعليمات التأمين الصحي والضمان الاجتماعي
صادرة بمقتضى البند (ج) من المادة (٤) لنظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي

الفصل الأول

تمهيد

المادة (١) :

تسمى هذه التعليمات (تعليمات التأمين الصحي والضمان الاجتماعي لعام 2014)
ويعمل بها اعتباراً من تاريخ ٢٠١٤/١٠/١١

المادة (٢) :

أ (استناداً لنظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي لأطباء الأسنان لعام ١٩٨٣
وتعديلاته الصادر بمقتضى المادتين (٦ و ٤٧) من قانون نقابة أطباء الأسنان رقم (١٧) لسنة
١٩٧٢ ، تستخدم نفس التعابير المعتمدة في هذا النظام وبالإضافة إليها يكون للكلمات والعبارات
التالية الواردة في هذه التعليمات المعاني المخصصة لها أدناه :-

اللجنة : لجنة التأمين الصحي وهي اللجنة التي تشكل بناء على المادة (٥) من النظام .
الشهر : ثلاثون يوماً .

المستفيد : الطبيب المشترك في الصندوق أو أفراد أسرته المشتركين من خلاله في الصندوق.
ب) يعتبر الاشتراك في صندوق التأمين الصحي والضمان الاجتماعي إلزامياً لكل طبيب
أسنان أردني مسجل في النقابة.

المادة (٣) :

استناداً الى نص المادة (١١) من النظام تتكون موارد الصندوق مما يلي:-

- أ- بدل الانتساب للصندوق ومقداره خمسون ديناراً يدفعه كل طبيب عند انتسابه للنقابة.
- ب- بدل انتساب للصندوق ومقداره أربعون ديناراً يدفعه الطبيب عن كل منتفع ولمرة واحدة فقط.
- ج- بدل الاشتراك الشهري في الصندوق ومقداره ستة دنائير عن كل من الطبيب والمنتفع.
- د- مبلغ يقرره المجلس لا يزيد عن عشرة دنائير يتم تحصيله من الطبيب عن وفاة أي طبيب أو ثبوت إصابته بعجز كلي بناء على تقرير من اللجنة الطبية.
- هـ- ريع استثمار أموال الصندوق .
- و- الهبات والإعانات والوصايا وأي واردات أخرى يوافق المجلس على قبولها.
- ز- المبالغ التي تقرر الهيئه العامة نقلها من صندوق النقابة الى الصندوق.

المادة (٤) :

لغايات تنفيذ أحكام النظام بشكل عام والمادة العاشرة منه بشكل خاص ، يترتب على كل طبيب أن يقوم بتزويد النقابة **بعنوانه** عند اشتراكه ويعتبر هذا العنوان أو أي عنوان آخر يقوم بإبلاغ النقابة عنه خطيا موطنا للمشارك وإرسال أي إشعار أو إنذار بالبريد المسجل عليه يعتبر **تبليغا قانونيا** له خلال أسبوعين من تاريخ تسجيله لدى دائرة البريد، ويعتبر هذا العنوان أيضا عنوانا للمشاركين المنتفعين من أسرة الطبيب.

الفصل الثاني

واجبات وصلاحيات لجنة التأمين الصحي

مادة (٥) :

تنفيذا لأحكام المادة الخامسة من النظام يتم تشكيل لجنة التأمين الصحي من رئيس وأربعة أعضاء وعلى هذه اللجنة :

أ- أن تعقد اجتماعاتها دوريا مرة واحدة على الأقل كل أسبوعين ولرئيسها أو النقيب دعوتها للاجتماع كلما دعت الحاجة إلى ذلك ويكون اجتماعها قانونيا بحضور أكثرية أعضائها .

ب- تقوم بواجباتها وصلاحياتها التي تتمثل بـ :

١- التنسيب للمجلس فيما تراه من ملاحظات عن ممارسات قد تضر بالصندوق واقتراح تعليمات لضبطها.

٢- إعداد أية دراسات أو تقديم أية اقتراحات من شأنها دعم موارد الصندوق وتحسين استثمار أمواله وتعديل تعليماته .

٣- دراسة طلبات اشتراك المنتفعين ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس .

٤- دراسة طلبات وقف اشتراك المنتفعين ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس .

٥- دراسة طلبات إعادة الاشتراك للمنتفعين ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس .

٦- دراسة مطالبات المستفيدين (المقدمة من المشتركين أو الشبكة الطبية) ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس وهذا يتضمن ما يلي:

أ- تدقيق نموذج المطالبة .

ب- التأكد من اكتمال وثائق المطالبة .

ج- التأكد من توفر موافقة المجلس المسبقة الخاصة بتحويل المستفيد للعلاج خارج الأردن وكذلك التأكد من توفر موافقة المجلس لاعتماد الحالات المزمنة.

ح- دراسة كل حالة مرضية على حدة .

- خ- يكون تنسيب اللجنة بالنسبة للمطالبات خاضعا لقرار المجلس وإذا ارتأى المجلس غير ذلك تعاد المطالبة الى اللجنة لاعادة دراستها ورفع التنسيب للمجلس لاخذ القرار النهائي بها .
- ٧- تحتفظ اللجنة بنسخة من قرارات المجلس الخاصة باعتماد الحالات المزمنة.
- ٨- دراسة طلبات إعادة التسجيل للزملاء المشطوبين فيما يتعلق بالتأمين الصحي والتنسيب للمجلس بشأنها.
- ٩- أية أمور أخرى تكلف بها من قبل المجلس وفق أحكام النظام .

الفصل الثالث

واجبات الموظفين لتطبيق أحكام نظام التأمين الصحي والتعليمات الصادرة بموجب

مادة (٦) :

تنفيذا لأحكام المادة ٤ ج من النظام يتم تعيين موظفي الصندوق وعليهم القيام بالمهام والأعمال المناطة بهم تاليا لغايات إدارة الصندوق :

أ- حفظ الأوراق والمستندات والسجلات على النحو التالي :

١- يقوم الموظف المختص بفتح ملف خاص بالتأمين الصحي باسم كل طبيب ورقم انتسابه للصندوق ويحفظ به ما يلي :-

أ- طلب اشتراك الطبيب في الصندوق متضمنا تاريخ تسجيل الطبيب في النقابة .

ب- طلبات اشتراك المنتفعين بالتأمين الصحي وصورة عن دفتر العائلة كاملا .

ت- جميع المطالبات النقدية التي قدمت للصندوق من قبل المشترك أو منتفعيه .

ث- طلبات وقف اشتراك المنتفعين .

ج- قرار المجلس المتعلق بالحالات المزمنة الخاصة بالطبيب .

ح- نسخة من قرارات المجلس المتعلقة بالاشتراك والوقف بالنسبة للمنتفعين .

خ- نسخة من سند القبض للرسوم في ملف الزميل .

٢- يقوم الموظف المختص بفتح ملف محاسبي خاص لكل مشترك ومنتفعيه في الكمبيوتر

يبين تاريخ الاشتراك وقيمة الاشتراكات المسددة وتاريخ تسديدها (يوم/شهر/عام)

ويبين حالة المشترك أو المنتفع.

٣- يقوم الموظف المختص بتنظيم الأمور المحاسبية الخاصة بإيرادات ومصروفات

الصندوق حسب الأصول المحاسبية المتبعة في النقابة على أن تحفظ جميع الوثائق

والمستندات الثبوتية للقيود الحسابية .

٤- حفظ مطالبات الشبكة الطبية بأرشيف خاص يسهل العودة الى أي مطالبة عند اللزوم .

ب- استلام المعاملات :

يقوم الموظف المختص باستلام ما يلي :-

١- المعاملة الادارية بعد أن يتم دفع الرسوم المستحقة على الطبيب تجاه صندوق التأمين الصحي حتى تاريخ تقديم الطلب .

٢- كامل الأوراق الثبوتية اللازمة لاشتراك المنتفعين ورفعها إلى اللجنة لتدقيقها .

٣- كامل الوثائق الخاصة بمطالبات المعالجة داخل الأردن أو الوثائق الخاصة بمطالبات المعالجة خارج الأردن للمقيمين خارج الأردن ورفعها إلى اللجنة لدراستها .

٤- كامل الوثائق الخاصة بمطالبات المعالجة خارج الأردن للحالات المحولة للعلاج خارج الأردن ورفعها إلى اللجنة إذا كان هناك موافقة مسبقة من المجلس أو رفعها إلى المجلس ان لم يكن هناك موافقة مسبقة لاتخاذ قرار بشأنها واعادتها إلى اللجنة.

٥- النموذج الخاص بالمطالبات بعد تعبئته وتوقيعه من الطبيب ورفاقه بوثائق المطالبة كاملة إلى اللجنة .

٦- النموذج الخاص بالمطالبات المقدم من الشبكة الطبية المعتمدة.

٧- على الموظف تعبئة نموذج استلام المطالبة على نسختين تسلم إحداها إلى الطبيب أو إلى الشبكة الطبية.

ت- استلام إيرادات الصندوق المنصوص عليها في النظام حسب الأصول المحاسبية وفي حالة استلام الاشتراكات يراعى عدم قبول أي مبلغ يقل عن القسط الشهري المطلوب من الطبيب (اشتراكه + اشتراك المنتفعين) .

ث- تسليم الزملاء بطاقات ونماذج المعالجة الخاصة بهم و بمنتهيهم.

ج- تسليم الزملاء لاستحقاقاتهم من الصندوق : يقوم الموظف المختص بتسليم الزملاء أو الشبكة الطبية استحقاقاتهم بدل المطالبات التي تم إقرارها من المجلس وصرفها من الصندوق بموجب إيصالات رسمية خاصة بالتأمين الصحي والضمان الاجتماعي .

ح- يقوم الموظف بإعداد مذكرة للمجلس لتوجيه إنذار للطبيب لتسديد التزاماته المالية المتخلف عن دفعها تجاه الصندوق مدة تزيد عن ستة أشهر ، ويرسل بالبريد للطبيب بعد توقيعه حسب الأصول .

الفصل الرابع

المشركون

المادة (٧) :

يمنع وقف اشتراك الطبيب من صندوق التأمين الصحي والضمان الاجتماعي .

الفصل الخامس

المنتفعون

مادة (٨) :

أ (إذا رغب الطبيب أو الطبيب المتقاعد باشتراك أفراد أسرته ممن يحق لهم الانتفاع من الصندوق حسب المادة (١٢) من النظام فعليه مراعاة ما يلي : -

١- تقديم طلب خطي لاشتراك المنتفعين جميعا مع دفع رسوم الانتساب عنهم للصندوق في حينه (عند تقديم الطلب) ، وتعتبر المبالغ المدفوعة غير مستردة في حال موافقة المجلس على قبول انتفاعهم.

٢- تزويد الصندوق بالبيانات والوثائق الثبوتية اللازمة عنهم (دفتر العائلة كاملا + عقد الزواج + اثبات شخصيه للزوج أو الزوجة) ليصار إلى اعتمادها من قبل اللجنة ثم إقرارها من قبل المجلس وتسجيلهم وفق الأصول في قيود وسجلات الصندوق .

٣- على الطبيب / الطبية إشراك الزوجة / الزوج خلال شهر من تاريخ عقد الزواج لتبدأ استفادتها من تاريخ تقديم الطلب، وإذا تأخر عن ذلك فتبدأ استفادتها بعد ستة أشهر من تاريخ تقديم الطلب.

٤- على الطبيب المشترك لزوجته أو الطبية المشتركة لزوجها أن يسجل / تسجل الأبناء تباعا كل من تاريخ ولادته وذلك خلال شهر من تاريخ الولادة لتبدأ استفادته من الصندوق من تاريخ ولادته، وإذا تأخر / تأخرت أكثر من شهر عن تسجيل أي من الأبناء فتبدأ استفادته بعد ستة أشهر من تاريخ تقديم الطلب ، وبالتالي لا تعتبر أي حالة مرضية بما فيها الأمراض الولادية أو الخداج مشمولة في التغطية.

٥- الطبيب الذي لم يسبق له أن أشرك زوجته وأبناءه استنادا للمواد أعلاه عليه إشراك جميع أفراد العائلة حسب ورودهم في دفتر العائلة عند تقديم الطلب ، ويعتمد تاريخ تقديم الطلب تاريخا لبداية اشتراكهم في الصندوق ، على أن تبدأ الاستفادة من الصندوق بعد ستة أشهر من تاريخ تقديم الطلب.

٦- كل من أشرك منتفعين في الصندوق عليه تزويد الصندوق بصورة عن دفتر العائلة في بداية كل سنة تأمينية للمحافظة على استمرار الاستفادة من الصندوق.

٧- دفع بدل اشتراكاتهم وأية التزامات مترتبة عليهم إلى الصندوق كل في حينه بعد موافقة المجلس على قبول انتفاعهم .

مادة (٩) :

إذا رغب الطبيب بوقف اشتراك المنتفعين فعليه مراعاة ما يلي: -

- ١- تقديم طلب خطي بذلك لمجلس النقابة .
- ٢- وقف اشتراك المنتفعين جميعا ، حيث لا يجوز وقف أحد المنتفعين دون غيرهم الا بموجب أحكام النظام.
- ٣- لا يعاد أي مبلغ دفعه الطبيب بدل انتساب أو اشتراك عن المنتفعين ، ويتم وقف انتفاعهم من تاريخ تقديم الطلب.
- ٤- في حال تغيرت حالة المنتفع وفقد حقه في الانتفاع حسب النظام، فعلى الطبيب تقديم طلب خطي بذلك لمجلس النقابة لوقف الانتفاع، ولا يعاد أي مبلغ دفعه الطبيب بدل انتساب أو اشتراك عن المنتفعين قبل تاريخ تقديم الطلب.

٥- ماليا :

- ✓ إذا كان أحد أو جميع المنتفعين قد استفادوا من الصندوق مبلغا من المال فعلى المشترك دفع الفرق بين المبلغ الذي دفع لهم إذا كان أكثر من الرسوم المدفوعة عنه للصندوق كاشتراكات شهرية ولا تحتسب رسوم الانتساب من المبلغ المدفوع . وتسجل ذمة مالية على المشترك لحين تسديدها.
- ✓ على المشترك الذي استفاد أي من منتفعيه إحضار دفتر العائلة الأصلي للتأكد من انه قد أشرك جميع أفراد الأسرة كل في حينه حسب ما ذكر سابقا وفي حال ثبوت عكس ذلك فعليه إعادة جميع المبالغ التي استفادها دون عمل مقاصة بين المبالغ المدفوعة والمبالغ المستفادة .
- ٦- لا يعاد تسجيل المنتفعين إلا بعد تسديد رسوم انتساب جديدة عن كل منتفع وتطبق عليهم أحكام المادة ٨ اعلاه.
- ٧- المعيل الوحيد هو الطبيب أو الطبيبة الذي لا يوجد له أخ أو أخوة يزيد عمرهم عن ١٨ سنة .
- ٨- اللواتي لا مورد لهن هن اللواتي لا عمل لهن ولا ملكية لأرض زراعية ولا عقار مؤجر ولا رواتب تقاعدية أو أي مصدر دخل آخر .
- ٩- إذا أوقف اشتراك أحد المنتفعين بموجب أحكام النظام فلا يطالب بإعادة أي مبلغ كان قد استفاده من الصندوق ، ولا يلزم الطبيب بسحب باقي المنتفعين.

مادة (١٠) :

- أ- المنتفع الموقوف انتفاعه بموجب قرارات مجلس سابقة لا تنطبق عليه هذه التعليمات.
- ب- يتوقف اشتراك المنتفعين تلقائيا اعتبارا من تاريخ شطب الطبيب ولا يعاد اشتراكهم الا بتقديم طلب خطي وحسب التعليمات.

الفصل السادس

التغطيات و صرف المطالبات

المادة (١١) التغطيات:

المعالجة داخل المستشفى:

هي الخدمات المقدمة للمستفيد داخل المستشفى عندما يكون الدخول للمستشفى للضرورة الطبية (الحالات المرضية التي تستدعي ذلك ولا يمكن معالجته بشكل فعال كمريض خارجي) وتشمل الفحص الطبي السريري ، الإجراءات التشخيصية والخدمات العلاجية والإجراءات الجراحية والإقامة والأدوية المصروفة داخل المستشفى .

بالإضافة إلى خدمات المستشفى التي تشمل المستلزمات الطبية، الأدوية، الفحوصات المخبرية، الصور الشعاعية ، غرفة العمليات، وأية أجهزة طبية أو غازات أو غيرها من متطلبات العلاج أثناء الإقامة في المستشفى.

منافع الحمل والولادة : تشتمل حالات الولادة لطبيبة الأسنان المشتركة ولزوجة طبيب الأسنان المنتفعة من التأمين ولا تشمل حدود التغطية مراجعات ومتابعات الحمل .

الحالات الطارئة : مراجعة قسم الطوارئ في المستشفيات تخصم من رصيد داخل المستشفى ويمكن مراجعة قسم الطوارئ بموجب بطاقة المعالجة لداخل المستشفى أو بطاقة المعالجة خارج المستشفى.

سقف التغطيات للمعالجة داخل المستشفى :

٤٠٠٠	دينار	إجمالي السقف السنوي لكل من المشترك والمنتفع.
٤٠	دينار	الحد الأعلى بدل الإقامة في المستشفى لكل يوم.
٢٥٠	دينار	سقف الولادة الطبيعية.
٤٠٠	دينار	سقف الولادة القيصرية.
٤٠٠	دينار	سقف عملية ولادة لحمل غير طبيعي (مثل حمل بالمواسير)
١٥٠	دينار	سقف الإجهاض القانوني.
٥٠٠	دينار	سقف الخداج للمولود، على أن يتم اشراكه في الصندوق

خلال شهر ويعكس ذلك فان ما يصرف على المولود يسجل ذمة على المشترك.

نسبة التحمل للمعالجة داخل المستشفى :

١٠%	نسبة التحمل في حال استخدام بطاقة التأمين والمستشفى المعتمد.
٢٠%	نسبة التحمل في حال عدم استخدام بطاقة التأمين والمستشفى غير المعتمد.

المعالجة خارج المستشفى:

حيث يتم على أساس إرجاع النفقات المتكبدة من قبل المشترك أو استكمال دفع النفقات للجهات الطبية المعتمدة وبما لا يتعارض مع هذه التعليمات . وتشمل خدمة العلاج خارج المستشفى الخدمات التالية:-

١. الإجراءات الطبية المقدمة للمستفيد من قبل الطبيب بما فيه الكشفية أو أية إجراءات أخرى داخل العيادة.
٢. الدواء الموصوف من قبل الطبيب والمصرف من قبل الصيدليات، مع إعطاء الأولوية للأدوية الأردنية.
٣. الفحوصات المخبرية المطلوبة من الطبيب.
٤. الصور الشعاعية المطلوبة من قبل الطبيب.
٥. فحص الثدي (mamogram) للمستفيدة التي تجاوزت الخامسة والأربعين من العمر ولمرة واحدة.
٦. قياس كثافة العظام وعلاج هشاشة العظام للمستفيدة التي تجاوزت الخامسة والأربعين من العمر.
٧. جلسات العلاج الطبيعي اللازمة في حالات الجلطات الدماغية وكسور العظام والعمليات الجراحية التي يطلب بعدها علاج طبيعى وبحد أقصى خمس جلسات.
٨. تصرف المطالبات ما قبل اثبت مرض السرطان أو الحالة المزمنة كالمعتاد وبعد الثبوت يتم تطبيق التعليمات الخاصة بها.

سقف التغطيات للمعالجة خارج المستشفى :

٣٥٠ دينار إجمالي السقف السنوي لكل من المشترك والمنفع.

نسبة التحمل للمعالجة خارج المستشفى :

٢٠% نسبة التحمل.

مادة (١٢) صرف المطالبات :

١ (الوثائق المطلوبة ((الأوراق)) من المشترك :

أ (في حال المعالجة بدون استخدام بطاقة التأمين ونموذج المعالجة :

يقدم المستفيد الطلب على أن يتضمن الأوراق والوثائق الأصلية اللازمة لكل مطالبة

على حدة (المطالبة تعني حالة مرضية واحدة) وهذه الوثائق هي :

١- تقرير طبي بالحالة المرضية من الطبيب المعالج .

٢- فاتورة الطبيب المدفوعة أو وسند قبض من الطبيب .

٣- وصفة الطبيب وفاتورة الصيدلية .

٤- طلب الطبيب المعالج للفحوصات المخبرية وفاتورة مدفوعة أو (سند قبض) المختبر

٥- طلب الطبيب المعالج للصور الشعاعية وفاتورة مدفوعة أو (سند قبض)

٦- فاتورة الإقامة في المستشفى وسند القبض .

٧- فاتورة تفصيلية لفاتورة المستشفى .

ب (في حال المعالجة باستخدام بطاقة التأمين ونموذج المعالجة :

لا توجد وثائق مطلوبة من المشترك

٢ (الوثائق المطلوبة ((الأوراق)) من الجهة الطبية المعتمدة في حال المعالجة من خلال الشبكة الطبية :

١- الطبيب المعالج يقدم نموذج المعالجة .

٢- المختبرات الطبية تقدم نموذج المعالجة.

٣- عيادات ومراكز الأشعة تقدم نموذج المعالجة.

٤- الصيدليات تقدم نموذج المعالجة.

المادة (١٣) : تقديم المطالبات :

أ- المشترك أو الجهة الطبية المعتمدة تقدم الفواتير و الوثائق والاوراق الاصولية في أي مركز أو فرع للنقابة خلال شهر من تاريخ انتهاء الحالة المرضية أو تاريخ الخروج من المستشفى .

ب- في حالة وجود تأمين صحي آخر تقبل الصور لغايات حفظ الحق ، على أن يتم احضار ما تم استلامه من التأمين الصحي الآخر ويتم الحساب له على الشكل التالي :

قيمة الفاتورة الفعلية ناقص البنود غير الاستشفائية ناقص مجموع ما أخذه من التأمين الاخر على أن لا يزيد عما يستحق حسب النظام والتعليمات المعمول بها في الصندوق ، وذلك خلال شهر من تاريخ استلامه لمستحقته من التأمين الصحي الآخر ، وإلا يعتبر فاقدا لحقه في المطالبة كاملة .

المادة (١٤) : المبالغ المدفوعة :

أ (لدى بحث أي من مطالبات المعالجة خارج المستشفى المقدمة من المشتركين أو الجهات الطبية المعتمدة يراعى ما يلي : -

اعتماد لائحة أجور الحد الأدنى المقررة والمعتمدة من وزارة الصحة والنقابات الطبية مخصصا منه مبلغ :

✓ ٢٠% وهو نسبة التحمل المعتمدة للعلاج خارج المستشفى

✓ ٢٠% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للأطباء

✓ ٢٠% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للمختبرات

✓ ٢٠% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة لمراكز الأشعة

✓ ٦% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للأدوية.

في حال تبين أنه تم إجراء المعالجة باستخدام النموذج المعتمد لحالة مرضية مستثناة ، فان المطالبة تصرف للجهة الطبية وتسجل ذمة على الزميل.

ب (لدى بحث أي من مطالبات المعالجة داخل المستشفى المقدمة من المشتركين دون استخدام بطاقة التأمين يراعى ما يلي:

بعد حذف البنود غير الاستشفائية يتم اعتماد لائحة أجور الحد الأدنى المقررة والمعتمدة من وزارة الصحة والنقابات الطبية مخصصا منه مبلغ :

- ✓ ٢٠% وهو نسبة التحمل المعتمدة للعلاج داخل المستشفى
- ✓ ٢٠% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للأطباء
- ✓ ٢٠% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للمختبرات
- ✓ ٢٠% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة لمراكز الأشعة
- ✓ ٦% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للأدوية.

ج (عند دخول المستفيد الى المستشفى باستخدام بطاقة التأمين الصحي تكون التغطية بنسبة ٩٠% و يدفع الزميل فقط ١٠% من قيمة فاتورة المستشفى كنسبة تحمل .

د (عند تجاوز المستفيد لسقف المعالجة المحدد له داخل أو خارج المستشفى لأي سبب كان فان الزيادة تسجل ذمة على المشترك.

مادة (١٥) : المتقاعدون والمتقاعدون الممارسون :

يحق للمتقاعد والمتقاعد الممارس ومنتفعيهم المشتركين أصلا في الصندوق الإستمرار في الإشتراك في التأمين الصحي بعد تقاعده على أن يسدد اشتراكاته السنوية للصندوق.

مادة (١٦) : الحالات المزمنة (للمشارك والمنفع):

أ- تحول الحالة المرضية إلى اللجنة الطبية لاعتمادها كحالة مزمنة بناء على طلب المشترك

أو المجلس إذا تكرر العلاج لنفس الحالة .

ب- بعد إقرار الحالة من اللجنة الطبية تعامل بواقع صرف ما نسبته (٥٠%) من قيمة

الأدوية على ألا يزيد الحد الأقصى لما يصرف للطبيب عن (٢٥) خمسة وعشرون دينار

شهريا للطبيب وذلك ضمن السقف السنوي المسموح به للمعالجة خارج المستشفى.

ج- يتم صرف أدوية الحالات المزمنة بموجب نماذج خاصة يصدرها قسم التأمين الصحي في

نقابة أطباء الأسنان.

المادة (١٧) : المستثنى من التغطية :

من المفهوم والمتفق عليه أنه لا يدفع أي تعويض عن عجز أو معالجة أو خدمة ناتجة عن:-

١- أي إصابة أو مرض ينجم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة كليا أو جزئيا عن:-

- أ- الانتحار أو محاولة الانتحار، إيذاء النفس التعمدي.
- ب- العمليات العسكرية أو الاشتراك في فتنة أو مشاجرة أو أعمال الشغب.
- ت- اشتراك المؤمن عليه بسباق السيارات، أو أي من السباقات الأخرى والرياضات الخطرة .
- ث- التفاعلات الذرية أو التلوث الإشعاعي، التلوث الكيماوي أو الكوارث الطبيعية والوبائية، والنشاطات الكيماوية والبيولوجية .
- ج- تكاليف المعالجات القضائية .
- ٢- الجراحة والمعالجة التجميلية غير الوظيفية إلا إذا كانت ناجمة عن حادث مشمول بالتغطيات ، زراعة الشعر، حب الشباب، الكلف والتلون الجلدي.
- ٣- الفحوصات العامة، دون وجود حاجة مرضية لذلك إلا إذا كانت مصاحبة لمرض أو عرض آخر ، النقاها، العناية بالمنتجات وغيرها من أماكن الراحة، الحجر الصحي (الأمراض الوبائية التي تستدعي العزل والتي تكفلها الدولة)، التطعيم والختان، أية معالجة و/أو إجراء من خلال الطب الاتصالي (Telemedicine)
- ٤- الأمراض الوراثية والخلقية.
- ٥- كلفة تركيب وثمان الآلات المساعدة على السمع، العدسات اللاصقة للعيون ، النظارات، الفحص من أجل اصلاح النظر (عمليات الليزك وما شابهها) ، المستحضرات غير المسجلة كدواء لدى وزارة الصحة الاردنية، والاذنية والمكملات الغذائية ، والاجهزة الطبية المساعدة وكافة أنواع الفيتامينات وفحوصاتها باستثناء فيتامين B12 و فيتامين D اذا ثبت بالفحص المخبري وجود نقص فيهما.
- ٦- طب وجراحة الاسنان واللثة.
- ٧- تشخيص ومعالجة الامراض الجنسية، حالات العقم والاضراب وموانع الحمل وفحوص اكتشاف الحمل ومتابعاته.
- ٨- نفقات علاج نقص المناعة المكتسبة (الإيدز AIDS) كذلك التهاب الكبد الوبائي B&C
- ٩- الخلل العقلي أو النفسي الدائم ، إدمان المخدرات وحالات علاج الإدمان الكحولي وكذلك اساءة استعمال العقاقير بقصد وكل ما ينشأ عنها.
- ١٠- الاصابه التي يتقاضى المشترك تعويضا عنها طبقا لقانون اصابات العمل أو العناية الطبية التي تكفلها الدولة كالسرطان وغسيل الكلى أوأحدى الهيئات أو أية جهة أخرى وكذلك الحالات القضائية وحوادث السير المدفوعه من قبل اي جهة أخرى غير الطبيب.
- ١١- تركيب الأطراف والأعضاء الصناعية وزراعة الأعضاء والاجهزة الطبية المساعدة .
- ١٢- فحص CT64 للشرايين الإكليلية وال PT SCAN

المادة (١٨) :

أ- المطالبة غير القابلة للصرف :

- ١- مطالبة المتخلف عن التسديد عند تقديم المطالبة للحالة المرضية التي بدأت وهو متخلف عن التسديد أكثر من ستة أشهر لصندوق التأمين الصحي .
- ٢- المطالبة غير المكتملة الوثائق المطلوبة ولم تكتمل خلال شهر من تاريخ تبليغ الزميل بذلك
- ٣- المطالبة التي تقدم للنقابة بعد مرور شهر على انتهاء العلاج أو الخروج من المستشفى .
- ٤- المطالبة التي تتم خارج الأردن لمقيم داخل الأردن ولم يوافق عليها المجلس مسبقا تعرض على المجلس لأخذ القرار المناسب .
- ٥- المطالبات التي تخص الطبيب أو المنتفع الذي استنفذ كامل المبلغ المسموح بدفعه خلال السنة التأمينية الواحدة .
- ٦- مطالبات الطبيب أو المنتفع للحالات المرضية التي بدأت بتاريخ أو بعد تاريخ شطب اسم الطبيب من سجل النقابة أو توقف اشتراكه لأي سبب أو إنذاره .
- ٧- أي مطالبة بها تغيير أو اضافات بقصد الاستفادة تعتبر لاغية .
- ٨- يفقد الزميل حقه في المطالبة اذا كان مطلوب من الزميل تصويب امورا اداريه ولم يصوبها خلال شهر من تاريخ تبليغه بها

ب- الاعتراض :

يحق للزميل الاعتراض على قرار المجلس في مدة أقصاها شهر من تاريخ استلامه القرار وإلا فقد حقه في الاعتراض .

المادة (١٩) :

- ١- يتم إصدار بطاقات تأمين صحي (خارج المستشفى) للمسددين لالتزاماتهم المالية للصندوق صالحه لمدة ستة أشهر لاحقه لتاريخ آخر تسديد على أن لا يتجاوز تاريخ صلاحية البطاقة ١٢/٣١ من كل عام.
 - ٢- يتم إصدار بطاقات تأمين صحي دائمة (داخل المستشفى) للمسددين لالتزاماتهم المالية للصندوق صالحه لمدة ستة أشهر لاحقه لتاريخ آخر تسديد .
 - ٣- يستوفى من كل مشترك او منتفع مبلغ وقدره (٦) ستة دنانير سنويا كمصاريف إدارية وتشمل :
- ✓ إصدار (٣) نماذج معالجة وله الحق بالحصول على نماذج إضافية مجانا عند الحاجة وذلك خلال السنة التأمينية مع مراعاة سقوف المعالجة.
- ✓ إصدار بطاقات التأمين الأولى ، ويستوفى مبلغ أربعة دنانير عن كل إصدار لبطاقة لاحقة يتم إصدارها في نفس السنة التأمينية.

- ٤- تبدأ السنة التأمينية في ١/١ من كل عام وتنتهي في ١٢/٣١ من كل عام . وإذا امتدت فترة العلاج على سنتين تأمينيتين متتاليتين يتم احتساب قيمة المعالجة على أساس تجزئتها لتخصم من رصيد السنتين.
- ٥- يتم مراجعة الجهات الطبية المعتمدة (الشبكة الطبية) بموجب البطاقة والنموذج الخاص بالمستفيد ، وان تقديمهم للطبيب المعالج يعتبر ضروريا للمباشرة بتقديم الخدمة.

الفصل السابع

المعالجة خارج الأردن

المادة (٢٠) :

- أ- الطبيب أو المنتفع المقيم داخل الأردن يمكن معالجته خارج الأردن بالشروط التالية:-
- ١- عدم توفر إمكانية المعالجة التخصصية داخل الأردن .
- ٢- وجود تقرير طبي وتنسيب من اللجنة الطبية المختصة المعينة من قبل مجلس النقابة.
- ٣- موافقة المجلس على ذلك قبل السفر بناء على تنسيب اللجنة الطبية .
- ب - تكون أولوية العلاج في الدول العربية لدى توفر الإمكانيات فيها .
- ت - يدفع مقدما لغايات السفر والعلاج المبلغ الذي يحدده المجلس على ضوء تقدير التكاليف ، مع مراعاة أن لا يزيد ذلك المبلغ عما تبقى من رصيد الحد الأعلى المسموح بدفعه للمستفيد في نفس الحالة والسنة التي حدثت فيها الحالة المرضية ولا يستفيد من رصيد السنة التأمينية التالية إذا امتدت فترة العلاج على سنتين تأمينيتين ، وعلى أن تتم محاسبة الطبيب أو المنتفع بعد انتهاء العلاج وتقديم الفواتير الأصولية والأصلية .
- ث - تستثنى مما سبق المعالجة التي تتم خارج الأردن كحالة طارئة أثناء وجود الطبيب أو المنتفع في الخارج شريطة موافقة المجلس على قبول المطالبة بعد عودته على أسس صرف فواتير العلاج والإقامة داخل الاردن أيهما أقل .
- د - تعامل فواتير العلاج للمقيمين في الخارج على أنها تمت داخل الأردن وبناء على أسس صرف فواتير العلاج والإقامة داخل الأردن أيهما أقل .
- ذ - يحق للمستفيد المقيم خارج الأردن تقديم مطالبات على أن تعامل كأنها تمت في الأردن.

الفصل الثامن

اللجنة الطبية

المادة (٢١) :

تتولى اللجنة الطبية المهام التالية بناء على طلب المجلس :

أ- اقرار الحالات المزمته

ب- التنسيب لعلاج المستفيد في الخارج في حالة عدم توفر المعالجة التخصصية داخل المملكة .

ج - تحديد نسبة العجز ونوعيته .

د- الفحص السريري للحالات التي يرى المجلس ضرورة لذلك وأية فحوص تتطلبها الحالة .

المادة (٢٢): للمجلس أن يعيد هذه التعليمات كل ستة أشهر حسب وضع الصندوق.