

تعليمات صندوق التأمين الصحي والضمان الاجتماعي

2025

صادرة بمقتضى المادة (4) والمادة (15) من نظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي

الفصل الأول

تمهيد

المادة (1)

تسمى هذه التعليمات (تعليمات التأمين الصحي والضمان الاجتماعي
المعدلة لسنة 2024) ويعمل بها اعتبارا من تاريخ 2024/01/01

المادة (2)

أ-استنادا لنظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي لأطباء الأسنان رقم
(26) لسنة 1983 وتعديلاته الصادر بمقتضى المادتين (6 و 47) من
قانون نقابة أطباء الأسنان رقم (17) لسنة 1972 وتعديلاته، 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 بناءا على المادة (5)
من النظام.

الشهر : ثلاثون يوما.

السنة التأمينية : مدتها 12 شهرا و تبدأ في 1-1 من كل سنة وتنتهي في 12-31 من نفس السنة .

الطبيب : كل طبيب أردني مسجل في السجل بالنقابة .

المشترك : هو طبيب الاسنان نفسه المشترك بالصندوق .

المنتفع : أي من افراد أسرة الطبيب الذين يحق لهم الانتفاع من الصندوق.

المستفيد : هو المشترك أو المنتفع الذي بدأت استفادته من التغطية التأمينية للصندوق ولم يفقد حقة لاحقا في التأمين ويستثنى من خرج حكما أو بطلب منه سندا لاحكام النظام .

المعالجة : هي الإجراءات الطبية المتبعة وفقا لاحكام النظام وهذه التعليمات داخل المملكة .

ب- يعتبر الاشتراك في صندوق التأمين الصحي والضمان الاجتماعي إلزاميا لكل طبيب أسنان أردني مسجل في النقابة الا أنه يحق للطبيب المقيم خارج المملكة أو المشترك في صندوق تأمين صحي آخر بحكم عمله في المؤسسات الرسمية أو شبه الرسمية أو وكالة الغوث وقف اشتراكه في صندوق التأمين الصحي والضمان الاجتماعي بطلب شخصي منه أو وكيله القانوني أو بتفويض مصادق على توقيعه من البنك المعتمد له.

المادة (3)

أ :

استنادا الى نص المادة (11) من النظام تتكون موارد الصندوق مما يلي:-

1- بدل الانتساب للصندوق ومقداره خمسون دينارا يدفعها الطبيب عند تسجيله في النقابة وعن كل منتفع ولمرة واحدة فقط

2- بدل الاشتراك الشهري في الصندوق ومقداره عشرة دنانير عن كل من المشترك ومثله عن كل منتفع تستحق في بداية كل شهر ويعتبر جزء الشهر شهرا كاملا لغايات استحقاق الاشتراك.

3- مبلغ يقرره المجلس لا يزيد عن عشرة دنانير يتم تحصيله من الأطباء عن وفاة أي مشترك أو ثبوت اصابته بعجز كلي بناءا على تقرير من اللجنة الطبية

4- ريع استثمار أموال الصندوق

5- الهبات والإعانات والوصايا وأي واردات أخرى يوافق المجلس على قبولها.

6- ا- لمبالغ التي تقرر الهيئه العامة نقلها من صندوق النقابه الى الصندوق.

ب :

1- على الطبيب ان يدفع للصندوق الالتزامات المالية المترتبة عليه جميعها بموجب احكام نظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي في الموعد المحدد لها واذا تخلف الطبيب عن دفع الالتزامات المترتبة عليه للصندوق بعد

مرور ستة أشهر من تاريخ الاستحقاق يفقد حقة بالاستفادة من الصندوق دون أن يعفيه ذلك من دفع الالتزامات المترتبة عليه للصندوق وتجميد عضويته.

2- يعاد اشتراك الطبيب المجمدة عضويته اذا زالت اسباب تجميد العضوية بقرار من المجلس وعليه تسديد الالتزامات المالية والذمم المترتبة عليه وعلى اي من منتفعيه حتى تاريخ التجميد ويستفيد من الصندوق فوراً وكأنه لم ينقطع ويستثنى من ذلك الحالات المرضيه التي بدأت قبل إعادة التسجيل وأثناء فترة التجميد

3- تتوقف استفادة المنتفعين تلقائيا من الصندوق اذا تأخر المشترك عن سداد المستحقات المالية عنهم لمدة تزيد عن ستة أشهر من تاريخ الاستحقاق , وتتوقف الاستفادة تلقائيا للمنتفع بتوقف استفادة الطبيب

4- اذا اعاد الطبيب تسجيل اي من منتفعيه المسجلين سابقا بعد اعادة عضويته المجمدة فان على المنتفع ان ينتظر ستة اشهر قبل الاستفادة من الصندوق .

ج - وإذا كان تاريخ الزواج قبل تاريخ الإنتساب للنقابة فيدفع للتأمين الصحي من تاريخ الإنتساب في النقابة للزوجة وكافة المنتفعين .

المادة (4)

لغايات تنفيذ أحكام النظام بشكل عام والمادة العاشرة منه بشكل خاص ،
يترتب على كل مشترك أن يقوم بما يلي:

1- تعبأة طلب الاشتراك الذي يتضمن رقم الهاتف والبريد الإلكتروني وعنوانه

2- بطاقة التعريف النقابية التي تحمل اسمه ورقمه النقابي وتاريخ الانتساب أو بطاقة الاحوال المدنية

3- صورة عن دفتر العائلة كاملا ساري المفعول أو قيد أسري متضمنا اسماء المنتفعين جميعهم اذا كان لديه منتفعين من الصندوق.

4- عقد الزواج في حال كانت الطيبة متزوجة من غير أردني بالاضافة الى وثيقة تثبت عدد أفراد الاسرة من بلد الزوج مصادق عليها حسب الاصول

5- أي وثيقة يطلبها موظف التأمين الصحي لدى النقابة تخص الحالة الصحية او الاجتماعية للمنتفعين.

6- ويعتبر العنوان الوارد في الطلب أو أي عنوان آخر يقوم بإبلاغ النقابة عنه خطيا موطنا مختارا لتبليغ المشترك أو منتفعيه ويعتبر التبليغ على هذا العنوان قانونيا لهم.

الفصل الثاني

واجبات وصلاحيات لجنة التأمين الصحي

المادة (5)

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 أونائبه في حال غيابه دعوتها للاجتماع كلما دعت الحاجة إلى ذلك ويكون اجتماعها قانونيا بحضور أكثرية أعضائها وتمارس الصلاحيات التالية :

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

2- إعداد أية دراسات أو تقديم أية اقتراحات من شأنها دعم موارد الصندوق وتحسين استثمار أمواله والتنسيب للمجلس بتعديل تعليماته .

3- دراسة طلبات اشتراك الطبيب ومنتفعيه ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس .

4- دراسة طلبات وقف اشتراك الطبيب ومنتفعيه ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس.

5- دراسة طلبات إعادة الاشتراك للطبيب ومنتفعيه ورفع التوصيات بشأنها إلى المجلس .

6- دراسة المطالبات النقدية داخل المستشفى للمشارك او منتفعية ان وجدوا والمقدمة من المشارك شخصيا او من يفوضه من منتفعية ودراستها والمصادقة عليها ورفع التوصيات بشأنها الى المجلس بعد تدقيقها وفق الأصول المعتمدة للتدقيق

ب - تقوم اللجنة بتدقيق المعاملات النقدية وفق الضوابط التالية:

1- تدقيق نموذج المطالبة متضمن شمولها بالتغطية وتاريخها وتسديدات المشارك ومنتفعية

2- التأكد من اكتمال وثائق المطالبة .

3- التأكد من توفر موافقة المجلس لاعتماد الحالات المزممة.

4- دراسة كل حالة مرضية على حدا .

5- يكون تنسيب اللجنة بالنسبة للمطالبات خاضعا لقرار المجلس واذا ارتأى المجلس غير ذلك تعاد المطالبة الى اللجنة لاعادة دراستها ورفع التنسيب للمجلس لاختذ القرار النهائي بها.

6- تحتفظ اللجنة بنسخة من قرارات المجلس الخاصة باعتماد الحالات المزممة .

7- ربط الإستفادة من صندوق التأمين الصحي بتسديد المشارك وجميع منتفعية فلا يجوز ان يسدد عن نفسه فقط ولا يسدد عن منتفعية والعكس صحيح بمعنى ان مفهوم التسديد يشمل كل المنتفعين مع المشارك المسجلين لديه في دفتر العائلة

8- اية امور اخرى تكلف بها اللجنة من المجلس وفق احكام النظام .

9- نشر تعليمات التأمين الصحي المتعلقة ب المشترك ومنتفعيه والية العلاج وشروطه والشبكة مقدمة الخدمة على المواقع الإلكترونية الرسمية للنقابة .

الفصل الثالث

واجبات الموظفين لتطبيق أحكام نظام التأمين الصحي والتعليمات الصادرة بموجب

المادة (6)

تنفيذا لأحكام المادة 4 / د من النظام يتم تعيين موظفي الصندوق وعليهم القيام بالمهام والأعمال المناطة بهم تاليا لغايات إدارة الصندوق:

اولا : حفظ الأوراق والمستندات والسجلات على النحو التالي :

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

• طلب اشتراك الطبيب في الصندوق متضمنا تاريخ تسجيل الطبيب في النقابة .

• طلبات اشتراك المنتفعين بالتأمين الصحي وصورة عن دفتر العائلة كاملا ومرة في بداية كل سنة و جميع الوثائق الأخرى المطلوبة المتعلقة في الوالدين والمطلقات والارامل والبنات العازبات لإثبات

الحالة المدنية والوظيفية . أو تعهد خطي خاص بالبنات العازبات بأنهن ما زلن عازبات ومستنده الى نص المادة (18) من نظام التأمين الصحي .

- جميع المطالبات النقدية التي قدمت للصندوق من قبل المشترك ومنفعيه وجميع المطالبات التي يقدمها قسم التأمين الصحي في النقابة مرفقة بالنماذج والفواتير وكافة ملحقات الحالة العلاجية للعلاج داخل او خارج المستشفى وموافقة المجلس على صرفها .
- طلبات وقف اشتراك الطبيب ومنفعيه .
- قرار المجلس المتعلق بالحالات المزمنة الخاصة بالطبيب ومنفعيه
- نسخة من قرارات المجلس المتعلقة بالاشتراك والوقف بالنسبة للطبيب ومنفعيه.
- نسخة من سند القبض للرسوم في ملف الطبيب.

2- ارسال القيم المخصوصة للمطالبات النقدية من سقف المشترك أو منتفعية والمقررة من المجلس الى شركة الادارة مباشرة ليتم خصم قيمة المطالبة التي احتسبها المجلس من سقف المشترك أو المنتفع

3- اصدار كشف بداية كل شهر يحتوي على اسماء المنتفعين الذين تستحق استفادتهم من الصندوق في هذا الشهر وتقديمه للجنة التأمين الصحي .

4- ارسال قائمة منقحة ومجددة كل 48 ساعة باسماء المشتركين والمنتفعين المشمولين في التأمين والمسددين لالتزاماتهم المالية في حينه لشركة الادارة

5- ارسال القيم المالية التي اقترتها لجنة التأمين الصحي ووافق عليها المجلس للمطالبات النقدية التي تمت داخل المستشفى للمشارك او منتفعيه

فورا الى شركة الإدارة ليتم خصمها مباشرة من سقف العلاج المسموح للمشارك او منتفعيه حتى لا يتم تجاوز السقف المحدد بازدواجية المعالجة على نظام البطاقة والنظام النقدي.

6- حفظ مطالبات شركة الإدارة الطبية للتأمين بأرشيف خاص يسهل العودة الى أي مطالبة عند اللزوم ويتم اتلافها كل خمس سنوات

7- 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.

8- يقوم محاسب الصندوق المختص بتنظيم الأمور المحاسبية الخاصة بإيرادات ومصروفات الصندوق حسب الأصول المحاسبية المتبعة في النقابة على أن تحفظ جميع الوثائق والمستندات الثبوتية للقيود الحسابية .

9- يقوم محاسب الصندوق بتنظيم الأمور المحاسبية للصندوق بتقديم تقرير شهري مفصل عن الأوضاع المالية للصندوق يسلمه لعضو المجلس امين صندوق التأمين الصحي والضمان الإجتماعي.

ثانيا : استلام المعاملات:

يقوم الموظف المختص باستلام ما يلي:

- 1- المعاملات الإدارية او المالية من الطبيب او منتفعيه وذلك بعد التأكد من عدم وجود اسم المشترك في سجل المجددة عضويتهم توافقا مع المادة 20ج من القانون وبعد التأكد من عدم وجود التزامات مالية مترتبة عليه لصندوق التأمين الصحي حتى تاريخ المعامله حسب النظام
- 2- كامل الأوراق الثبوتية اللازمة لاشتراك المنتفعين ورفعها إلى اللجنة لتدقيقها .
- 3- عدم عرض أي مطالبة أساسا على المجلس اذا لم تتوفر جميع الوثائق المتعلقة بها كاملة وحتى احضارها
- 4- كامل الوثائق الخاصة بمطالبات المعالجة النقدية داخل الأردن ضمن النموذج الخاص بالمطالبات النقدية بعد تعبئته وتوقيعه من المشترك ورفاقه بوثائق المطالبة كاملة إلى اللجنة.
- 5- على الموظف تعبئة نموذج استلام المطالبة على نسختين تسلّم إحداها إلى المشترك أو الى الشبكة الطبية.
- 6- 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) .

7- تسليم المشتركين بطاقات المعالجة الموحدة الخاصة بهم وبمنتفعيهم للعلاج داخل وخارج المستشفى.

ثالثاً : تسليم المشتركين لاستحقاقاتهم من الصندوق :

1- يقوم الموظف بإعداد مذكرة للمجلس تضم أسماء المشتركين ومنتفعيهم المتخلفين عن تسديد التزامات المالية تجاه صندوق التأمين الصحي مدة تزيد عن ستة أشهر تمهيدا لوقف اشتراك منتفعيهم

2- يقوم الموظف بتدقيق أسماء المشتركين بحيث لا يقبل إستفادة المشترك بالتأمين الصحي او أي من المنتفعين التابعين للمشارك اذا كان عليه أي التزامات او ذمم تجاه صندوق التأمين الصحي لأكثر من ستة أشهر

الفصل الرابع

المشركون

المادة (7)

أ . يعتبر إشتراك الطبيب في صندوق التأمين الصحي والضمان الإجتماعي الزامياً الا في الحالات التالية :

1- الإقامة خارج الاردن

2- وجود تأمين صحي اخر للطبيب بحكم عمله في المؤسسات الرسمية أو شبه الرسمية أو وكالة الغوث .

ب. اجراءات وقف الاشتراك في الصندوق :

1- أن يقدم الطبيب طلباً خطياً للنقابة موقعا منه أو من وكيله أو المفوض عنه بموجب كتاب مصادق على توقيعه من البنك المعتمد له لوقف الاشتراك موضحا فيه بأنه سوف يفقد ضمانه الاجتماعي في حال وقف اشتراكه في صندوق التأمين الصحي كما ان عليه تقديم الوثائق الثبوتية المطلوبة التي تدعم سبب وقف اشتراكه كل حسب حالته

2- يوقف اشتراك الطبيب في الصندوق بقرار من المجلس اعتبارا من تاريخ تقديم الطلب.

3- يصبح اشتراك الطبيب الزاميا في الصندوق من تاريخ عودته من خارج المملكة أو توقف تأمينه الصحي الآخر . وعليه ان يثبت الغاء الإقامة في الخارج او الغاء التأمين الصحي الاخر الذي استند اليه في طلبه وقف تأمينه النقابي سابقا ويدفع الاشتراكات من تاريخ عودته أو توقف التأمين الآخر بالاضافة الى رسوم تسجيل جديدة . وبامكانه اشراك المنتفعين من اسرته على ان يدفع لاشراكهم رسوما جديدة وتكون فترة الاستفادة للمنتفعين بعد ستة اشهر من تاريخ تسجيلهم.

4- اذا رغب الطبيب باعادة اشتراكه وهو ما زال مشتركا في تأمين صحي آخر او مقيما خارج المملكة فيكون ملزما بتسديد الاشتراكات الشهرية من تاريخ توقفة بأثر رجعي كأنه لم يتوقف , وينطبق ذلك على منتفعيه ان

وجدوا وتكون استفادتهم جميعاً بعد مرور ستة أشهر من تاريخ تسجيلهم في الصندوق

5- المشترك الذي يطلب وقف اشتراكه من صندوق التأمين الصحي يفقد كامل حقوقه من الضمان الاجتماعي في حالتي الوفاة أو العجز أثناء وقف اشتراكه.

الفصل الخامس

المنتفعون

المادة (8)

1- الإشتراك في صندوق التأمين الصحي للمنتفعين يعتبر إشتراك شهري ضمن التزام سنوي فلا يجوز للطبيب وقف اشتراك منتفعية قبل مرور ثلاث سنوات تأمينية كاملة إلا لمن يخرجهم النظام حكماً من الصندوق.

2- يتوقف اشتراك المنتفعين حكماً فور توقف اشتراك الطبيب.

3- إذا استفاد أي من منتفعي الطبيب من الصندوق خلال فترة الانتفاع التي تسبق طلب إيقاف انتفاعه منه فعليه دفع الفرق بين المبلغ الذي استفاده عن كل مدة الانتفاع ومبلغ الاشتراكات المدفوعة لصندوق خلالها إذا كانت الاشتراكات أقل من المبلغ الذي استفاده .

المادة (9)

يعتبر المذكورين تاليا أسرة الطبيب الذين يحق لهم الانتفاع من الصندوق:

- 1- الزوج او زوجات الطبيب
- 2- - البنات العازبات حتى بلوغ الخامسة والعشرين ويشترط لاستمرارهم بالانتفاع بعد بلوغ الخامسة والعشرين من العمر ان لا يكن منتفعات من تأمين صحي آخر .
- 3- البنات الارامل والمطلقات شريطة الا تكون منهن منتفعة من تأمين صحي آخر .
- 4- الاولاد الغير متزوجين حتى بلوغهم سن الخامسة والعشرين .
- 5- الوالدان شريطة ان يكون الطبيب هو المعيل الوحيد لهما وغير منتفعين من تأمين صحي آخر
- 6- الوالدان في حال عدم وجود تأمين صحي لهم ضمن الشروط التالية :
 - أ – أن يتم اشراك الوالدين معا .
 - ب- أن يكون جميع المنتفعين قد بدأت استفادتهم من التغطية التأمينية للصندوق .
 - ج – تبدأ استفادة الوالدين بعد مرور ستة أشهر من تاريخ اشراكهم في الصندوق .
- 7- الطبيب المتقاعد او المتقاعد الممارس لايجوز له اشراك منتفعين جدد في الصندوق

المادة (10)

إذا رغب الطبيب باشتراك افراد أسرته في الصندوق استنادا للمادة (12) من النظام فعليه مراعاة ما يلي :

1- تقديم طلب خطي لاشراك المنتفعين الذين يرغب المشترك في اشراكهم في التأمين على ان يثبت صلة القرابة معهم من خلال دفتر العائلة وهم المشمولين في نظام التأمين الصحي الجديد والمذكورين انفا مع دفع رسوم الانتساب عنهم للصندوق في حينه (عند تقديم الطلب) ، وتعتبر المبالغ المدفوعة غير مستردة في حال موافقة المجلس على قبول انتفاعهم.

2- تزويد الصندوق بالبيانات والوثائق الثبوتية اللازمة عنهم (دفتر العائلة كاملا + عقد الزواج + اثبات شخصيه للزوج أو الزوجة + شهادة احوال مدنية وشهادة تفيد عدم وجود تأمين اخر بالنسبة للمنتفعين الواردين في الفقرة (ج) من المادة (12) وذلك من وزارة الصحة والخدمات الطبية والضمان الاجتماعي لغايات الاستدلال على وجود عمل لهم والتأكد من وجود تأمين صحي لهم من مكان عملهم ليصار إلى اعتمادها من قبل اللجنة ثم إقرارها من قبل المجلس وتسجيلهم وفق الأصول في قيود وسجلات الصندوق .

3- على الطبيب / الطبية إشراك الزوجة / الزوج خلال شهر من تاريخ عقد الزواج لتبدأ استفادته / استفادتها من تاريخ تقديم الطلب، وإذا تأخر عن ذلك فتبدأ استفادتها / استفادته بعد ستة أشهر من تاريخ تقديم الطلب ويتوجب عليه دفع الاشتراكات بأثر رجعي من تاريخ عقد الزواج .

4- على الطبيب المشترك لزوجته أو الطبية المشتركة لزوجها أن يسجل / تسجل الأبناء تباعا كل من تاريخ ولادته لتبدأ استفادته من الصندوق من

تاريخ ولادته و استلام البطاقات فورالتسجيل شريطة أن يكون جميع المسجلين في الصندوق قد تحققت استفادتهم من الصندوق ، وإذا تأخر / تأخرت أكثر من شهر عن تسجيل أي من الأبناء فتبدأ استفادتهم بعد ستة أشهر من تاريخ تقديم الطلب ، وبالتالي لا تعتبر أي حالة مرضية بما فيها الأمراض الولادية أو الخداج مشمولة في التغطية ويترتب عليه دفع الاشتراكات بأثر رجعي من تاريخ الولادة .

5- يشترط لاستفادة الابناء الذين تم اشراكهم في الصندوق خلال شهر من تاريخ الولادة تحقق استفادة المنتفعين السابقين من التغطية التأمينية للصندوق ولا تغطي أي حالة مرضية للابناء أو الخداج في هذه الحالة اذا كان أحد المنتفعين المشتركين سابقا لم تتحقق استفادته من الصندوق

6-الطبيب الذي لم يسبق له أن أشرك زوجته او أولاده ثم أراد اشراكهم لاحقا -فعليه اشراك جميع افراد العائلة الذين تنطبق عليهم الشروط حسب ورودهم في دفتر العائلة حين تقديم الطلب ويعتمد تاريخ تقديم الطلب تاريخا لبداية اشراكهم في الصندوق ، على أن تبدأ الاستفادة من الصندوق بعد ستة أشهر من تاريخ تقديم الطلب وأن يدفع الاشتراكات عنهم بأثر رجعي من تاريخ عقد الزواج أو من تاريخ الولادة .

7- كل من أشرك منتفعين في الصندوق عليه تزويد الصندوق بصورة عن دفتر العائلة في بداية كل سنة تأمينية (تفقد حال) للمحافظة على استمرار الاستفادة من الصندوق وهذا ينطبق على المنتفعين من خارج دفتر العائلة كالوالدين والارامل والمطلقات بحيث يجب أن يحضروا في بداية كل سنة تأمينية وثيقة تثبت الحالة الإجتماعية او الحالة المدنية.

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

المادة (11)

يتوقف اشتراك المنتفع حكما ويسوى وضعه المالي في الصندوق وذلك في أي من الحالات التالية :

- 1- عند الانفصال الشرعي بين الأزواج .
- 2- عند بلوغ الأولاد الذكور غير المتزوجين سن الخامس والعشرين او عند زواجهم قبل هذا السن .
3. البنات العازبات المنتفعات من تأمين صحي آخر بعد بلوغ سن الخامسة والعشرين وهو ما ينطبق على الطبيب المشترك بما يخص التأمين الصحي فقط بانه تأمين صحي وزاره الصحة او الخدمات الطبيه او وكالة الغوث او الجامعات الحكوميه والزامي بحكم عمله والنقابات المهنيه الاردنيه التي تلزم منتسبيها بالتأمين الصحي.
- 4- البنات الارامل والمطلقات في حال استفادتهم من تأمين صحي آخر وهو ما ينطبق على الطبيب المشترك بما يخص التأمين الصحي فقط بانه تأمين صحي وزاره الصحة او الخدمات الطبيه او وكالة الغوث او الجامعات الحكوميه والزامي بحكم عمله والنقابات المهنيه الاردنيه التي تلزم منتسبيها بالتأمين الصحي.

5- الوالد او الوالدة في حال بلوغ سن الستين عاما من العمر أو عند انتفاعهم من تأمين صحي آخر أو وجود معيل آخر غير الطبيب والمعيل الوحيد هو الابن الوحيد او الابنه الوحيدة للعائلة بموجب كتاب من دائرة الاحوال المدنية بان ليس له اخوة .

6- تتوقف استفادة المنتفعين من التأمين تلقائيا اذا تأخر المشترك عن سداد الالتزامات المالية عليهم فترة تزيد على ستة أشهر

7- يحرم الطبيب او المنتفع من الاستفادة من الصندوق لمدة لا تزيد عن سنة واحدة اذا ثبت للمجلس انه قام باعمال أدت الى الاضرار بالصندوق وللمجلس في هذه الحالة ان يسترد أي مبالغ كانت قد دفعت للطبيب او المنتفع دون وجه حق .

8- اذا خرج أحد المنتفعين حكما من الصندوق بموجب احكام هذه التعليمات والنظام الصادر عنه من قبل النقابة فلا يطالب بإعادة اي مبلغ كان قد إستفادها من الصندوق ولا يلزم الطبيب بوقف اشتراك باقي المنتفعين.

المادة (12)

إذا رغب المشترك المستمر بالانتفاع بوقف اشتراك المنتفعين فعليه مراعاة ما يلي :-

- 1- تقديم طلب خطي بذلك لمجلس النقابة.
- 2- دفع الاشتراكات المترتبة عليهم حتى تاريخ تقديم الطلب ودفع أي التزامات تتحقق عليهم بموجب احكام هذا النظام .

3- لا يعاد أي مبلغ دفعه الطبيب بدل انتساب أو اشتراك عن المنتفعين ، ويتم وقف انتفاعهم من تاريخ تقديم الطلب ويعاد له الاشتراكات المدفوعة مقدما بعد تاريخ تقديم الطلب ان وجدت.

المادة (13)

أ- على الطبيب المشترك لأي من المنتفعين اعلام المجلس في حال تغيرت الحالة الاجتماعية للمنتفع او الوضع القانوني لمدة لا تزيد عن 3 أشهر وعليه عدم استخدام التأمين الصحي لهذا المنتفع من تاريخ التغيير وخلاف ذلك يعتبر مخالف ومسي للتأمين الصحي حسب مادة 18 من النظام

ب- في حال تغيرت حالة المنتفع الاجتماعية (زواج او طلاق) فعلى الطبيب تقديم طلب بذلك الى مجلس النقابة لوقف الإنتفاع قبل تاريخ تغيير الحالة الاجتماعية ولا يعاد رسم الإنتساب الذي دفعه الطبيب عن هذا المنتفع .

المادة (14)

يتوقف اشتراك الطبيب وجميع منتفعيه تلقائياً من تاريخ تجديد عضوية الطبيب وفي حال سداد الطبيب التزاماته تجاه صناديق النقابة بما فيها الإلتزامات المالية تجاه صندوق التأمين الصحي عن المدة المنقضية بما

فيها فترة تجميد العضوية حسب قانون النقابة ونظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي وفيما يتعلق بالمنتفعين على النحو التالي :-

أ- في حال رغب الطبيب وقف اشتراك المنتفعين فهو غير ملزم بالتسديد عن المنتفعين بأثر رجعي من تاريخ التجميد مع مراعاة ما ورد في المادة (10/د/3) من نظام التأمين الصحي والضمان الاجتماعي .

ب- 1 في حال رغب الطبيب بإعادة اشتراك المنتفعين بالصندوق لاحقاً فهو ملزم بالدفع عنهم بأثر رجعي من تاريخ التجميد على أن تمر (6) أشهر قبل حصولهم على المنفعة من الصندوق من تاريخ اشتراكهم الجديد في الصندوق .

ت- في حال رغب الطبيب في إستمرارية اشتراك المنتفعين في الصندوق فهو ملزم بالدفع لهم من تاريخ التجميد .

الفصل السادس

التغطيات و صرف المطالبات والتعويضات

المادة (15) التغطيات :

اولا : المعالجة داخل المستشفى :

1- 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 الخدمات 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 أدوات أو غيرها من متطلبات العلاج أثناء الإقامة في المستشفى.

2- منافع الحمل والولادة أ-: تشمل حالات الولادة للمشاركات او للمنتفعات من الصندوق

ب- تشمل التغطية مراجعات ومتابعات الحمل بسقف 250 مائتين وخمسون دينار تعتبر ضمن سقف المعالجات خارج المستشفى على ان تشمل الفيتامينات للحمل .

ثانيا : المعالجة خارج المستشفى :

تتم على أساس تحمل نفقات العلاج ودفع النفقات للجهات الطبية المعتمدة حسب التعليمات وسقوف الخصومات المتبعة ، وانه يتوجب على المشترك مراجعة الجهات الطبية المعتمدة فقط من مختبرات وصيدليات ومراكز الأشعة ، وتشمل خدمة العلاج خارج المستشفى الخدمات التالية :-

1- الدواء الموصوف من قبل الطبيب المعالج ضمن وصفة أصولية والمصرف من قبل الصيدليات المعتمدة مع إعطاء الأولوية للأدوية الأردنية.

2- الفحوصات المخبرية في المختبرات المعتمدة المطلوبة من الطبيب المعالج ضمن وصفة أصولية.

3- الصور الشعاعية في مراكز الأشعة المعتمدة المطلوبة من قبل الطبيب المعالج ضمن وصفة أصولية

4- فحص الثدي (mamogram) للمستفيدة التي تجاوزت الخامسة والأربعين من العمر ولمرة واحدة كل خمس سنوات .

5- قياس كثافة العظام وعلاج هشاشة العظام للمستفيد الذي تجاوز الخامسة والأربعين من العمر (رجالاً ونساءً)

6- جلسات العلاج الطبيعي بطلب من الطبيب المعالج ضمن وصفة أصولية وبحد أقصى خمس جلسات معتمدة في لائحة الأجور الطبية لنقابة الأطباء.

7 – عمليات التنظير للجهاز الهضمي العلوي والسفلي

8- الحالات الطارئة وهي الحالة المرضية التي تستدعي التداخل الطبي ولا يمكن تأجيلها كونها تهدد حياة الانسان أو أي عضو من أعضاء الجسم .

9-تصرف المطالبات داخل وخارج المستشفى ما قبل ثبوت مرض السرطان

10-تصرف الحالات المزمنة عند ثبوتها حسب التعليمات الخاصة بها .

المادة (16) صرف المطالبات والتعويضات:

أولا : سقف التغطيات للمعالجة داخل المستشفى:

6500 دينار إجمالي السقف السنوي لكل من المشترك والمنتفع ويستثنى من ذلك عمليات القلب المفتوح حصرا لتصبح التغطية 9000 دينار لمره واحدة في حياته ولعملية واحدة على أن يخصم من المبلغ ما استهلكه من السقف السنوي البالغ 6500 دينار في تلك السنة .

60 دينار الحد الأعلى بدل الإقامة في المستشفى لكل يوم .

400 دينار سقف الولادة الطبيعية .

650 دينار سقف الولادة القيصرية .

650 دينار سقف عملية ولادة لحمل غير طبيعي (مثل حمل بالمواسير)

250 دينار سقف الإجهاض القانوني .

800 دينار سقف الخداج للمولود، شريطة أن يكون المشترك وجميع المنتفعين مستفيدين من الصندوق عند حدوث الحالة وعلى أن يتم اشراك المولود في الصندوق خلال شهر من تاريخ الولادة.

ثانيا : نسبة التحمل للمعالجة داخل المستشفى :

10 % نسبة التحمل في حال استخدام بطاقة التأمين الموحدة والمستشفى المعتمد.

20 % نسبة التحمل في حال عدم استخدام بطاقة التأمين والمستشفى غير المعتمد وذلك للمعالجات النقدية

ثالثا : سقف التغطيات للمعالجة خارج المستشفى :

600 دينار إجمالي السقف السنوي لكل من المشترك والمنتفع.

رابعا : نسبة التحمل للمعالجة خارج المستشفى:

- 1- تكون نسبة التحمل خارج المستشفى التي يدفعها المستفيد 15 % من قيمة المعالجة بدلا من 20% وذلك اعتبارا من تاريخ 2025/08/01
- 2- عدم صرف المطالبات النقدية خارج المستشفى باستثناء الطوارئ.
- 3- تحدد عدد الزيارات السنوية التي يغطيها الصندوق بعشر زيارات في العام فقط للطبيب أو للمنتفع اعتبارا من تاريخ 2026/01/01 .

مادة (17) صرف المطالبات :

- 1- الوثائق المطلوبة ((الأوراق)) من المشترك :

أ (في حال المعالجة بدون استخدام بطاقة التأمين الموحدة داخل المستشفى :

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

(المطالبة تعني حالة مرضية واحدة) وهذه الوثائق هي :

- 1- تقرير طبي بالحالة المرضية من الطبيب المعالج .
- 2- فاتورة الطبيب المدفوعة أو وسند قبض من الطبيب .
- 3- وصفة الطبيب وفاتورة الصيدلية.
- 4- طلب الطبيب المعالج للفحوصات المخبرية وفاتورة مدفوعة أو (سند قبض) المختبر
- 5- طلب الطبيب المعالج للصور الشعاعية وفاتورة مدفوعة أو (سند قبض) .
- 6- فاتورة الإقامة في المستشفى وسند القبض .
- 7- فاتورة تفصيلية لفاتورة المستشفى.

ب (في حال المعالجة باستخدام بطاقة التأمين الموحدة

لا توجد وثائق مطلوبة من المشترك

المادة (18) تقديم المطالبات:

يقدم المشترك في الصندوق الفواتير و الوثائق والاوراق الاصولية الاصلية ولا تقبل الصور عنها في أي مركز أو فرع للنقابة خلال 60 يوم من تاريخ

انتهاء الحالة المرضية أو تاريخ الخروج من المستشفى اذا تمت المعالجة خارج نظام البطاقة الموحدة .

أما الجهة الطبية المعتمدة فتقدم الفواتير و الوثائق والاوراق الاصولية الاصلية ولا تقبل الصور عنها الى قسم التأمين الصحي في النقابة خلال شهر من تاريخ انتهاء الحالة المرضية أو تاريخ الخروج من المستشفى.

المادة (19) المبالغ المدفوعة :

1- لدى بحث أي من مطالبات نقدية عند المعالجة داخل المستشفى المقدمة من المشترك او منتفعيه دون استخدام بطاقة التأمين يراعى ما يلي عند تدقيق المعاملة إداريا من لجنة التأمين الصحي:

حذف البنود غير الاستشفائية ويتم اعتماد لائحة أجور الحد الأدنى المقررة والمعتمدة من وزارة الصحة والنقابات الطبية مخصوما منه مبلغ:

* 20% وهو نسبة التحمل المعتمدة للعلاج داخل المستشفى

* 20% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للأطباء

* 20% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة للمختبرات

* 20% وهو الخصم القانوني المسموح به بالنسبة لمراكز الأشعة

* 6% أو أكثر وهو الخصم المتفق عليه بين الصيدليات وشركة الإدارة .

ونعتمد كافة الخصومات هنا لعدم وجود خصم شركة ادارة النفقات الطبية في المعاملات النقدية

2- عند دخول المشترك أو أي من منتفعيه الى المستشفى باستخدام بطاقة التأمين الصحي تكون التغطية بنسبة 90% و يدفع المشترك فقط 10% من قيمة فاتورة المستشفى كنسبة تحمل ويدفع قيمة البنود غير العلاجية.

3- لا يجوز تجاوز المشترك أو أي من منتفعيه لسقف المعالجة المحدد له داخل أو خارج المستشفى لأي سبب كان وإذا حدث ذلك فإن الزيادة تسجل ذمة على المشترك دون أي يتحمل صندوق التأمين الصحي تبعات هذا التجاوز الا لحين دفعها من المشترك

المادة (20) المتقاعدون والمتقاعدون الممارسون :

يحق للمتقاعد والمتقاعد الممارس ومنتفعيهم الإستمرار في الإشتراك في التأمين الصحي داخل المملكة على أن يسدد اشتراكاته الشهرية في وقتها للصندوق وأ لا يكون مطالباً بأي إستحقاقات أو ذمم نقابية لصناديق النقابة الأخرى.

إذا اوقف المتقاعد او المتقاعد الممارس اشتراكه اختياريا بالصندوق بموافقة المجلس فلا يحق له العودة الى الاشتراك مرة اخرى .

المادة (21) الحالات المزمنة (للطبيب والمنتفع) :

- 1- تحول الحالة المرضية إلى اللجنة الطبية لاعتمادها كحالة مزمنة بناء على طلب المشترك أو لجنة التأمين الصحي إذا تكرر العلاج لنفس الحالة.
- 2- بعد إقرار الحالة من اللجنة الطبية تعامل كأي وصفة طبية من ناحية السقف ويصرف الصندوق ما نسبة تحمل 50% من الحالات المزمنة من قيمة الادوية على ان لا يتجاوز القيمة الاجمالية للفاتورة السنوية 300 دينار وذلك ضمن السقف السنوي المسموح به خارج المستشفى.

المادة (22) المستثنى من المعالجة التأمينية :

- 1- أي اصابة أو مرض ينجم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة كليا أو جزئيا عن:-
 - أ- الإصابات الناتجة عن العمليات العسكرية
 - ب - الإصابات الناتجة عن المشاركة في سباقات السيارات، أو أي من السباقات الاخرى والرياضات الخطرة.
 - ج - الإصابات الناتجة عن التفاعلات الذرية أو التلوث الاشعاعي، التلوث الكيماوي أو الكوارث الطبيعية والوبائية، والنشاطات الكيماوية والبيولوجية.
 - د- تكاليف المعالجات القضائية.

2- الجراحة والمعالجة التجميلية غير الوظيفية إلا إذا كانت ناجمة عن حادث مشمول بالتغطيات ، زراعة الشعر، حب الشباب، الكلف والتلون الجلدي.

3- الفحوصات العامة، دون وجود حاجة مرضية لذلك الا اذا كانت مصاحبه لمرض او عرض اخر ، النقاهاة، العناية بالمنتجات وغيرها من أماكن الراحة، الحجر الصحي(الأمراض الوبائية التي تستدعي العزل والتي تكفلها الدولة)، التطعيم والختان، أية معالجة و/أو اجراء من خلال الطب الاتصالي(Telemedicine)

4- الامراض الوراثية والخلقية.

5- كلفة تركيب وثمان الآلات المساعدة على السمع، العدسات اللاصقة للعيون ، النظارات، عمليات الليزك وما شابهها ، المستحضرات غير المسجلة كدواء لدى وزارة الصحة الاردنية، والاغذية والمكملات الغذائية ، والاجهزة الطبية المساعدة وكافة أنواع الفيتامينات وفحوصاتها

6- طب وجراحة الاسنان واللثة.

7- تشخيص ومعالجة الامراض الجنسية، حالات العقم والاختصاص وموانع الحمل .

8- نفقات علاج نقص المناعة المكتسبة(الإيدز. AIDS)

9- الخلل العقلي أو النفسي الدائم ، إدمان المخدرات وحالات علاج الإدمان الكحولي وكذلك اساءة استعمال العقاقير بقصد وكل ما ينشأ عنها.

10- السرطان .

11. غسيل الكلى .

12. الحالات القضائية وحوادث السير .

13- تركيب الأطراف والأعضاء الصناعية وزراعة الأعضاء والاعهزة الطبية المساعدة.

14- فحص CT64 للشرابين الإكليلية والPT SCAN .

15- عملية انحراف الوتيرة الانفية .

16- كافة الاجراءات العلاجية والتجميلية المتعلقة بحقن مادتي البوتكس والفلر.

17. قرر المجلس وقف صرف الأدوية :-

Sexsanda

Ezombec

vectoza

وذلك بعد إستشارة اللجنة الطبية بوصف فعالية هذه الأدوية في معالجة مرضى السكري وكذلك حفاظاً على استمرارية الصندوق وارد رقم (2068).

18 الغاء كشفيات واجراءات مراجعة المرضى خارج المستشفى بحيث تكون على حساب المرضى وذلك اعتبارا من تاريخ 2025/08/01 .

المادة (23)

أ- المطالبة غير القابلة للصرف :

- 1- مطالبة المتخلف عن التسديد عند تقديم المطالبة للحالة المرضية التي بدأت وهو متخلف عن التسديد أكثر من ستة أشهر لصندوق التأمين الصحي والصناديق الأخرى.
- 2- المطالبة غير المكتملة الوثائق المطلوبة ولم تكتمل خلال شهر من تاريخ تبليغ المشترك بذلك .
- 3- المطالبة التي تقدم للنقابة بعد مرور 60 يوم على انتهاء العلاج أو الخروج من المستشفى .
- 4- المطالبات التي تخص المشترك أو المنتفع الذي استنفذ كامل المبلغ المسموح بدفعه خلال السنة التأمينية الواحدة.
- 5- مطالبات الطبيب أو المنتفع للحالات المرضية التي بدأت بتاريخ أو بعد تاريخ إستحقاق تجديد عضوية المشترك من سجل النقابة أو توقف اشتراكه لأي سبب .
- 6- أي مطالبة بها تغيير أو اضافات بقصد الاستفادة تعتبر لاغية .
- 7 يفقد المشترك حقه في المطالبة اذا كان مطلوب من المشترك تصويب امورا اداريه ولم يصوبها خلال شهر من تاريخ تبليغه بها.

ب- الاعتراض :

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

المادة (24)

1- ضرورة وشرط أساسي للمعالجة من خلال الشبكة الطبية (داخل وخارج المستشفى) .الحصول على بطاقة التأمين الصحي الموحدة والتي تحمل رقماً تأمينياً جديداً وعليه يجب أن يكون الزميل مسدداً لصندوق التأمين الصحي لغاية تاريخ إصدار البطاقة وأن لا يتجاوز التسديد لصناديق النقابة الأخرى أكثر من ستة أشهر وخلاف ذلك لا يحق له الحصول على البطاقة ويمنع من المعالجة داخل الشبكة

2- يتم إصدار بطاقة تأمين صحي لمرة واحدة فقط دون تاريخ إنتهاء معتمداً على إلتزام الزميل بالتسديد للصندوق حسب الأصول على أن تصدر مرة واحدة مجاناً، وأي إصدار بدل فاقد يتحمل الزميل مبلغ (5) دنانير .

3- يشترط حصول المشتركين والمنتفعين على بطاقة التأمين الصحي من النقابة للإنتفاع من التأمين الصحي للمعالجات خارج المستشفى .

4- عدم صرف المطالبات النقدية للمعالجات خارج المستشفى .

5- المعالجات الطارئة في أقسام الطوارئ في المستشفيات تصرف في حالة المعالجة خارج الشبكة الطبية .

6- بخصوص المعالجات داخل المستشفى اشتراط الحصول على بطاقة التأمين الصحي واستخدامها للمعالجة في المستشفيات الموجودة داخل الشبكة الطبية المعتمدة وحسب برنامج التأمين الصحي

7- عدم صرف المطالبات النقدية للمعالجات خارج المستشفى والمعالجات داخل المستشفى للمستشفيات المعتمدة من قبل النقابة ويستثنى من ذلك المستشفيات الغير معتمدة في الشبكة الطبية وحالات الولادة والعمليات التي تتجاوز السقف .

8- بخصوص المعالجات داخل المستشفى في المستشفيات خارج الشبكة الطبية المعتمدة من النقابة أطباء الأسنان على الطبيب ان يدفع قيمة الفواتير نقدا وتتم معاملتها بالفاتورة النقدية على ان تكون نسبة التحمل (20%).

9- لغايات احتساب سقوف المعالجة تبدأ السنة التأمينية في 1/1 من كل عام وتنتهي في 12/31 من كل عام . وإذا امتدت فترة العلاج على

سنتين تأمينيتين متتاليتين يتم احتساب قيمة المعالجة على أساس تجزئتها لتخصم من رصيد السنتين.

10- يتم مراجعة الجهات الطبية المعتمدة (الشبكة الطبية) بموجب البطاقة الموحدة الصادرة من النقابة الخاصة بالطبيب او الخاصة بالمنتفع ، وان تقديمها للجهة الطبية مع هوية الاحوال المدنية لاثبات تطابق الشخصية يعتبر ضروريا للمباشرة بتقديم الخدمة.

المادة (25)

1- اذا توفي الطبيب يدفع الصندوق لورثته الشرعيين مبلغ 7000 دينار .
أ- يستمر المنتفعون المشتركون من اسرته بالاستفادة من التأمين الصحي بعد وفاة الطبيب دون دفع اي رسوم بمقتضى المادة 13 من النظام
ب- تتوقف الاستفادة من الصندوق في حال تزوجت الارملة او تجاوز الولد او البنت الثامنة عشر في حالة وفاة المشترك .

2- اذا أصيب الطبيب بعجز كلي يمنعه من مزاولة المهنة وثبت ذلك بقرار من اللجنة الطبية فيدفع له مبلغ 7000 دينار ولا يدفع لورثته بعد وفاته المبلغ المنصوص عليه في المادة (26)

أ- يستمر المنتفعون المشتركون من اسرته بالاستفادة من التأمين الصحي وفق احكام النظام دون ان يلزم الطبيب المصاب بالعجز الكلي بدفع اي رسوم للصندوق

ب- اذا رغب الطبيب المحال على التقاعد بسبب العجز الكلي العودة الى مزاولة المهنة بناء على تقرير طبي فعليه ان يعيد لصندوق التأمين الصحي المبالغ التي استوفاه من الصندوق وعليه ان يعود لدفع الاشتراكات عنه وعن منتفعيه من تاريخ توقفه .

ج- لا يحق للمتقاعد والمتقاعد الممارس الاستفادة من اي من التعويضات الواردة في المادتين 13 + 14 من هذا النظام .

الفصل السابع

المعالجة خارج الأردن

المادة (26)

أولاً :

" إستناداً لنظام التأمين الصحي والضمان الإجتماعي (المادة 10) قرر المجلس للإنتفاع الوالدين الشروط التالية :-

1. ان يكون باقي المنتفعين جميعهم قد حققوا إنتفاعهم من صندوق

التأمين الصحي

2. ان يتم إشراك الوالدين كليهما معاً

3. في حال بلوغ أي من الوالدين سن الستين عاماً يتوقف إشترাকে من

الصندوق

4. عدم إمتلاك تأمين صحي اخر وفي حال كان لأحد الوالدين تأمين صحي

آخر فلا يحق إشراك كليهما "

ثانياً:

قرار المجلس " ايقاف إنتفاع الوالدين الذين بلغوا الستين عاماً كونهم مؤمنين لدى الحكومة وذلك تماشياً مع المادة (12) من نظام التأمين الصحي " .

الفصل الثامن

اللجنة الطبية

المادة (27)

تتولى اللجنة الطبية المهام التالية بناء على طلب المجلس :

- أ. اقرار الحالات المزمّنه ولجنة التأمين الصحي مراجعة قرار اللجنة الطبية ورفع تنسيبها للمجلس النقابي .
- ب. تحديد العجز الكامل من عدمه أو نسبة العجز اذا طلب منها واللجنة التأمين الصحي مراجعة قرار اللجنة الطبية ورفع تنسيبها لمجلس النقابة .
- ج. الفحص السريري للحالات التي يرى المجلس ضرورة لذلك وأية فحوص تتطلبها الحالة.
- د. ابداء الراي في الحالات الملتبسة او المتداخلة وتشخيصها وشمولها بالتغطية من عدمه
- هـ. ابداء الراي في الادوية وملاءمتها للوصفات الطبية

الفصل التاسع

أحكام عامة

المادة (28)

إذا كان الطبيب أو المنتفع مستفيد من تأمين صحي آخر يحسب له (قيمة الفاتورة مطروحا منها البنود غير الاستشفائية وما استفاده من التأمين الصحي الآخر) على أن لا يتجاوز ما يدفع له من الصندوق الحد الأعلى المسموح بدفعه لهذه الحالة حسب التعليمات شريطة ان لا يقل ما تقاضاه من التأمين الآخر عن 70% من قيمة الفاتورة من المعالجة داخل المستشفى وتقبل الصورة عن الفاتورة في هذه الحالة .

المادة (29)

على المجلس ان يبلغ رسميا بكتاب خطي لجنة التأمين الصحي عن أي تغيير في أي من مواد لائحة تعليمات التأمين الصحي فور إقرارها من المجلس

المادة (30)

للمجلس أن يغير في هذه التعليمات إذا إقتضت الحاجة حسب متطلبات مصلحة الصندوق ومراعاة وضعه المالي أو متطلبات التطوير والتحديث للخدمة العلاجية المقدمة .

ملحق قرارات المجلس المتعلقة صندوق التأمين الصحي والضمان الاجتماعي

اولا :

قرر المجلس إستناداً لنص المادة (2) من نظام التأمين الصحي عدم الموافقة لأي طبيب متقاعد او متقاعد ممارس حسب نص المادة (15) (16) من نظام التقاعد بعدم السماح بإشتراك منتفعين جدد لصندوق التأمين الصحي كون الطبيب أصبح خارج السجل العام لأطباء الأسنان .

ثانيا :

الغاء القرار الصادر رقم 2021/1/3449 بحيث يكون الاشتراك لجميع افراد العائلة المنتفعين الزامي وكشرط لاشراك اي منتفع منهم بغض النظر عن وجود تامين صحي اخر لاي من المنتفعين لانه يتعارض مع النظام الذي ينص على (اذا رغب الطبيب باشتراك احد افراد اسرته فعليه اشراك المنتفعين الوارد ذكرهم في البنود 1.2.3.4 من الفقرة (1) من المادة (12) من النظام)