



## تعليمات التأمين الصحي للعاملين في جامعة الإسرائ لسنة 2025

صادرة عن مجلس الأمناء استناداً إلى أحكام الفقرة (ع) من المادة (10) من قانون الجامعات الأردنية رقم (18) لعام 2018 وتعديلاته

المادة (1): تسمى هذه التعليمات تعليمات التأمين الصحي للعاملين في جامعة الإسرائ لسنة 2025 ويعمل بها اعتباراً من تاريخ إقرارها من مجلس الأمناء.

المادة (2): لغايات تطبيق أحكام هذه التعليمات، تعتمد الكلمات والعبارات التالية، حيثما وردت، المعاني المبيّنة إلى جانب كل منها، ما لم تدل القرينة على خلاف ذلك:

الجامعة: جامعة الإسرائ

الدائرة: دائرة الرعاية الصحية في الجامعة.

المشترك: العاملون في الجامعة من أعضاء الهيئتين الأكاديمية أو الإدارية في الجامعة تم إشراكهم في التأمين الصحي بموجب أحكام هذه التعليمات.

المنتفع: كل من يحق له الانتفاع من التأمين الصحي بموجب أحكام هذه التعليمات .

التأمين: منظومة التغطية الصحية التي توفرها الجامعة للعاملين و/أو المنتفعين منهم، وتشمل مجموعة الخدمات الطبية والمزايا المحددة بموجب هذه التعليمات أو العقود المعتمدة مع مزودي الخدمة.

المعالجة: الخدمة الطبية وتشمل الفحص الطبي السريري والمخبري والشعاعي والمعالجة الفيزيائية والمعالجة الاختصاصية والعمليات الجراحية والولادة الطبيعية وغير الطبيعية والإقامة في المستشفيات وأي معالجة أخرى تنص عليها هذه التعليمات.

نفقات المعالجة: التكاليف المترتبة على الخدمات الطبية المشمولة ضمن التغطية التأمينية وفق الأسعار المعتمدة.

الحالة الطارئة: الحالة الصحية الناتجة عن مرض مفاجئ أو إصابة حادة غير مستثناة من التغطية، وتستدعي تدخلاً طبياً عاجلاً لا يمكن تأجيله، ويستلزم مراجعة قسم الطوارئ في مستشفى معتمد. وتعد هذه الحالات ضمن المعالجات خارج المستشفى ما لم تستلزم دخولاً للمبيت.

التسعيرة: جدول الأجور الطبية المعتمد رسمياً من وزارة الصحة أو نقابة الأطباء، أو التسعيرة الواردة في اتفاقيات الجامعة مع مزودي الخدمة، أيها أقل.

المادة (3): تنشأ في الجامعة وحدة تنظيمية تسمى "دائرة الرعاية الصحية"، تتولى تطبيق أحكام التأمين الصحي للعاملين المشمولين بموجب هذه التعليمات، وتعنى بالإشراف على تقديم خدمات المعالجة والرعاية الصحية وتنظيم العلاقة مع مزودي الخدمة، على أن ترتبط إدارياً بالجهة التي يحددها رئيس الجامعة.



أ. يكون الاشتراك في التأمين الصحي اختيارياً، ويشترط توقيع المشترك على تعهد خطي بتحمل كافة المسؤوليات الناجمة عن اختياره، بما في ذلك التنازل عن أي مطالبات مستقبلية تجاه الجامعة في حال حدوث طارئ طبي.

ب. يشترط أن يكون المنتفع يعمل لدى الجامعة بموجب عقد سنوي ساري المفعول، وألا يكون مشمولاً بأي تغطية تأمينية أخرى عند تقديم الطلب.

ج. يشترط تعبئة نموذج طلب الاشتراك كاملاً وإرفاق كافة المستندات والوثائق المطلوبة.

د. تتولى الدائرة استقبال الطلبات الخفية للاشتراك بالتأمين خلال الفترات المعلنة والمعتمدة، على أن يقوم بملء طلب الاشتراك مرفقاً معه (صورة شخصية حديثة لكل شخص يراد تأمينه، صورة عن دفتر العائلة أو عن الهوية الشخصية لغير المتزوجين).

هـ. شروط ومعايير دراسة الطلبات

1. لا يقبل تعديل درجة التأمين إلا عند انتهاء السنة التأمينية

2. يجوز شمول أفراد أسرة الموظف في التأمين الصحي شريطة شمولهم جميعاً، ويستثنى من ذلك من يمتلك تأميناً صحياً ساري المفعول ويرفق مع الطلب صورة عن دفتر العائلة والبطاقات الشخصية، باستثناء الذكور الذين تجاوزت أعمارهم (18) عاماً، ما لم يكونوا مسجلين في دراسة نظامية في الجامعات أو الكليات داخل الأردن، ويستمر شمولهم حتى استكمال الدرجة الجامعية الأولى.

3. يتوقف تأمين الزوجة عند انتهاء العلاقة الزوجية، وتأمين الأبناء عند الزواج، ويلزم المشترك بإبلاغ الدائرة خلال 30 يوماً من الواقعة، تحت طائلة المسؤولية القانونية وتحمله مضاعفة قيمة النفقات الطبية.

و. تكون درجة التأمين للمنتفعين مطابقة لدرجة تأمين المشترك، وتصنف درجات التأمين على النحو التالي:

الدرجة الأولى: ويتم منح المنتفع بموجبها (10) نماذج طبية سنوياً.

الدرجة الثانية: ويتم منح المنتفع بموجبها (8) نماذج طبية سنوياً.

الدرجة الثالثة: ويتم منح المنتفع بموجبها (6) نماذج طبية سنوياً.

ح. يبدأ سريان التغطية التأمينية من بداية السنة الميلادية أو من تاريخ الموافقة على الاشتراك وفقاً للشروط المعتمدة، ويجدد الاشتراك تلقائياً ما لم يبلغ المشترك دائرة التأمين خطياً بعدم رغبته بالتجديد، وذلك قبل 30 يوماً من نهاية الاشتراك السنوي.

ط. يسمح بالاشتراك خلال السنة في الحالات الآتية:

1. التعيينات الجديدة (بعد مرور 3 أشهر من التعيين).

2. العودة من إجازة دون راتب أو من بعثة رسمية.

3. الزواج الجديد بموجب وثيقة رسمية.



4. ولادة طفل شريطة تقديم الطلب خلال 14 يوماً من الولادة وخلوهم من الأمراض والتشوهات الخلقية.

ي. لا يجوز الانسحاب من التأمين الصحي خلال السنة التأمينية إلا في حالتها الاستقالة، وانتهاء السنة التأمينية.

ك. يتم إصدار بطاقة التأمين الصحي لأول مرة مجاناً أما في حال فقدان البطاقة، فيتوجب الإبلاغ عنها ويتم إصدار بدل فاقد مقابل مبلغ 5 دنانير

المادة (5): أ. تطبق فترات انتظار على المشتركين الجدد، حسب الجدول التالي:

الحمل والولادة	12 شهر
أمراض الجهاز الهضمي	6 أشهر
الأدوية المزمنة	12 شهر
القسطرة	12 شهر
جراحة والام العمود الفقري	12 شهر
عمليات وإجراءات القلب والضغط والشرابين	12 شهر
الام وجراحة وتنظير الركبة	12 شهر
الدهنيات والكوليسترول	12 شهر
الصور المحورية الطبقيّة وصور الرنين المغناطيسي	12 شهر
السكري ومضاعفات	12 شهر
حصوة الكلى والمرارة ومضاعفاتها	6 أشهر
الفتق	6 أشهر
أمراض الحساسية	6 أشهر
الساد وزورق العين وارتفاع ضغط العين	12 شهر
امراض الروماتزم والمفاصل والديسك	12 شهر
الغدة الدرقية	12 شهر
تليفات والتصاقات الرحم /استئصال الرحم	12 شهر
استئصال اللوزتين والناميات الأنفية	12 شهر
البواسير الشرجية والشق الشرجي	12 شهر
الدوالي الغير متعلقة بالخصوبة	12 شهر

ب. يمنح المنتفعون الاستمرارية في التغطية، ويتم إلغاء فترات الانتظار المحددة أعلاه، شريطة أن يكون الاشتراك بالتأمين متصلاً دون انقطاعهم عن التغطية التأمينية.



- ج. يلزم جميع المؤمنين باستخدام النماذج الطبية الخاصة بالجامعة عند طلب العلاج خارج المستشفى، وتكون على النحو التالي:
1. يُصرف لكل مؤمن سنوياً نماذج طبية وفق ما ورد في المادة (4) من التعليمات.
  2. تضاف 7 نماذج إضافية للحالات الخاصة بالحمل
  3. تفرض رسوم بقيمة (2) دينار على كل نموذج طبي.
  4. لا يغطي أي علاج خارجي دون تقديم النموذج المعتمد، باستثناء الحالات الطارئة.
  5. لا تغطي الحالات المرضية السابقة لتاريخ التأمين إلا إذا تم التصريح عنها مسبقاً وقبولها من قبل اللجنة الطبية المختصة.

**المادة (6):** أ. تغطي الأمراض المزمنة إذا تم التصريح عنها عند تقديم الطلب وتمت الموافقة عليها، أما الأمراض التي تظهر لاحقاً فتكون بعد انقضاء فترة الانتظار الواردة في التعليمات.  
ب. يشترط التصريح الفوري عند اكتشاف مرض مزمن خلال فترة التغطية، والا تلغى التغطية الخاصة به.

**المادة (7):** أ. يلغى التأمين في أي الحالات الآتية:

1. انتهاء خدمة المشترك لأي سبب من الأسباب الواردة في أنظمة وتعليمات الجامعة.
2. وفاة المشترك أو المنتفع
3. إساءة استخدام التأمين من قبل المشترك و/أو المنتفع
4. زوال شروط الأهلية
5. إذا ثبت أن قام المشترك بتقديم بيانات غير صحيحة.

ب. تعاد جميع بطاقات التأمين عند انتهاء التأمين لأي سبب كان، ويمنع استخدامها بعد ذلك تحت طائلة المسؤولية القانونية.

**المادة (8):** المطالبات النقدية خارج شبكة التأمين:

1. تغطي الخدمات العلاجية المقدمة خارج الشبكة الطبية المعتمدة بنسبة 70%، شريطة أن تندرج ضمن الحالات التي تشملها تغطية التأمين الصحي المعمول بها في الجامعة، ويتم اعتماد الحد الأدنى للتسعيرة الصادرة من وزارة الصحة.
2. تقدم طلبات الحصول على التغطية التأمينية خلال مدة أقصاها (7) أيام عمل من تاريخ انتهاء تقديم الخدمة العلاجية، ولن ينظر في أي طلب يقدم بعد انقضاء هذه المدة.

**المادة (9):** أ. مع مراعاة الشروط والاستثناءات الواردة في هذه التعليمات ينحصر المنتفعون في الفئات التالية:

1. زوجة / زوجات المشترك.



2. البنات غير المتزوجات والمطلقات أو الأراامل شريطة إحصار ما يثبت سنوياً أنهن غير متزوجات وغير عاملات وغير منتفعات من تأمين صحي آخر.
3. الأبناء المسجلون في دفتر العائلة الذين ما زالوا على مقاعد الدراسة حتى حصولهم على الشهادة الجامعية الأولى أو بلوغهم سن الرابعة والعشرين أيهما أسبق.
4. زوج المشتركة شريطة أن يكون الزوج بلا عمل أو غير قادر عليه، وذلك بموجب تقرير طبي معتمد تقبله اللجنة، وألا يكون لديه أي تأمين صحي آخر، ولا يحق له الانتساب في حال توفر له مثل هذه الخدمة.
- ب. يتوقف تأمين الزوجة المنتفعة حال انتهاء العلاقة الزوجية بالطلاق أو الخلع، ويتوقف تأمين الأبناء في حالة زواجهم، وتقع على المشترك مسؤولية الإبلاغ عن الواقعة فور حصولها تحت طائلة المسؤولية القانونية والقانونية والمالية ويتحمل كامل قيمة فواتير المعالجة مضاعفة مهما كان مصدرها.

#### المادة (10):

- العاملون على حساب مشاريع البحوث العلمية وحسب الشروط التالية:
- أ. يقتصر التأمين على المشترك نفسه ولا يحق له تأمين الزوجة والأبناء وزوج المشتركة.
  - ب. لا يحق لهم الاستمرار في التأمين بعد انتهاء الخدمة لأي سبب من الأسباب مهما بلغت مدة خدمتهم بهذه الصفة.
  - ج. يكون تأمينهم بالدرجة الثالثة فقط.
  - د. تتحمل الجهة التي تتولى دفع مستحقاتهم الأقساط الشهرية للاشتراك بالتأمين وفق القيمة التي تحددها الدائرة، ويتم اقتطاعها من مستحقات الباحث طيلة فترة عملهم في المشروع البحثي.

#### المادة (11): يستثنى من التأمين:

1. الحوادث القضائية إلا إذا كان المسبب للحدث مجهولاً، وفي هذه الحالة يعرض الموضوع على الرئيس للبت فيه.
2. إصابات العمل.
3. المعالجة التجميلية باستثناء ما ينتج منها عن الأمراض والحوادث والحروق.
4. معالجة العقم وموانع الحمل والاحصاب خارج الرحم.
5. الأطراف الصناعية وأجهزة السمع والنظر والعدسات الخارجية بأنواعها.
6. الأجهزة الطبية المساعدة.
7. زراعة الأعضاء.
8. الشامبو والصابون ومستحضرات الجلد التجميلية غير الطبية ومعجون الأسنان وأي مواد طبية لا تندرج تحت مسمى الأدوية.
9. المطاعيم بأنواعها إلا ما يتم اعتماده من قبل اللجنة.



10. الزيارات الطبية المنزلية.
11. علاج الانكسار بالليزر والليزر.
12. الإصابات والحوادث والأمراض الناتجة عن تناول الكحول والمخدرات.
13. متلازمة العوز المناعي المكتسب (الايدز).
14. الانتحار أو محاولة الانتحار أو إيذاء النفس المتعمد.
15. اشتراك المنتفع بالتأمين بسباق السيارات أو أي نوع من السباقات الرياضية الأخرى.
16. الإشعاعات الذرية أو التلوث الإشعاعي أو التلوث الكيماوي.
17. الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية وحالات التسمم بالأدوية.
18. الأدوية غير المرخصة من قبل مؤسسة الغذاء والدواء الأردنية أو غير مسعرة من قبل نقابة الصيادلة.
19. الإجهاد أو الإسقاط غير المشروع.
20. المنشطات الجنسية بكافة أنواعها.
21. الإجراءات الطبية غير المعترف بها في معالجة حالة المريض.
22. الختان للمولود الذكر وتركيب الحلق للمولودة الأنثى.
23. الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية.
24. الأمراض والأورام السرطانية ومضاعفاتها.
25. معالجة أي مضاعفات ناتجة عن خطأ طبي أو عن حالة مرضية مستثناه من التأمين.
26. جلسات التحليل النفسي.

المادة (12): أحكام الاشتراك بالتأمين وتنظيم المعالجة داخل المستشفى:  
أ. يستوفى من المشترك أو المنتفع بدل الاشتراك السنوي بالدينار ، ويقتطع على أقساط شهرية من راتب المشترك وفق الجدول أدناه:

أفراد العائلة				درجة التأمين			العمر
				أولى	ثانية	ثالثة	
أبناء دون 17	أبناء فوق 17	الزوجة	درجة التأمين	4	6	8	أقل من 30
10	16	20	أولى	5	7	9	39-30
10	16	18	ثانية	6	8	10	49-40
10	16	16	ثالثة	7	9	11	59-50
				8	10	12	65-60
				12	14	16	66 فأكثر

ب. لا يجوز لأي مشترك أو منتفع المعالجة بدرجة أعلى من درجة تأمينه.



ج. يدفع المشترك أو المنتفع (10%) عند المعالجة في المستشفى من نفقات المعالجة في العيادات الخارجية التي تشمل المعالجة العادية وأجور الأطباء والأدوية والأشعة والمختبرات وجميع الأجهزة المعتمدة ويدفع المشترك أو المنتفع (5%) من نفقات المعالجة كمريض مقيم في المستشفى وتحمل الجامعة بقية التكاليف حسب التسعيرة المعتمدة.

المادة (13): أ. تتم المعالجة خارج المستشفى داخل الأردن وفي المستشفيات والمراكز والعيادات المتعاقد معها وتشمل الحالات الطارئة التي تستدعي المعالجة الفورية (باستثناء الولادة الطبيعية والولادة القيصرية الاعتيادية) على أن يتم إبلاغ الدائرة بهذه الحالات خلال يومي عمل، معززا ذلك بتقرير طبي من الجهة المعالجة لتقييم الحالة واتخاذ القرار المناسب بشأنها.  
ب. يتحمل المؤمن النسب التالية من إجمالي تكاليف المعالجة:

البيان	العيادات	الإقامة	الخارجية	في المستشفى
المعالجة لدى المستشفيات ومراكز الصحة	10%	5%	10%	5%
المعالجة لدى المستشفيات المتعاقد معها	10%	5%	10%	5%
المعالجة لدى المستشفيات والعيادات الأخرى	70%	70%	70%	70%

المادة (14): تكون أسقف المعالجات كما يأتي:

أ. داخل المستشفى:

البيان	درجة أولى	درجة ثانية	درجة ثالثة
الحد الأقصى لسقف التغطية للفرد الواحد	15000	12000	10000
الحد الأقصى لسقف التغطية للحالة المرضية الواحدة في السنة	7500	6000	5000
نسبة التغطية داخل الشبكة الطبية	90%	90%	90%
نسبة التغطية خارج الشبكة الطبية حسب التسعيرة المعتمدة لدى دائرة التأمين الصحي	70%	70%	70%



ب. خارج المستشفى؛ وتشمل زيارة الطبيب والأدوية الموصوفة والتحليلات والأشعة وحالات الطوارئ والعلاج الطبيعي؛

البيان	درجة أولى	درجة ثانية	درجة ثالثة
الحد الأقصى لسقف التغطية للزرد الواحد في السنة	800	640	500
كشفيّة الطبيب الأخصائي والطبيب العام المعتمد لدى الشبكة الطبيّة تغطّي 100% وحسب التسعيرة المعتمدة لدى الدائرة ويستثنى من ذلك الإجراءات الأخرى التي تتم داخل العيادة حيث تغطّي حسب نسبة التحمل على بطاقة التأمين الصحي.			
يغطّي العلاج الطبيعي بحد أقصى (10) جلسات سنوياً شريطة أن تكون ملازمة للمرض وحسب أسعار الحد الأدنى المعتمدة وضمن الشبكة.			
نسبة التغطية داخل الشبكة الطبيّة	%90	%90	%90
نسبة التغطية خارج الشبكة الطبيّة حسب التسعيرة المعتمدة لدى دائرة التأمين الصحي	%70	%70	%70

ج. مراجعات الحمل والولادة؛

البيان	درجة أولى	درجة ثانية	درجة ثالثة
الحد الأقصى لسقف التغطية للولادة الطبيعيّة	650	500	480
الحد الأقصى لسقف التغطية للولادة القيصرية	1000	800	600
الحد الأقصى لسقف التغطية للأجهزة المشروعة	350	300	275
نسبة التغطية داخل الشبكة الطبيّة خارج المستشفى	% 90	% 90	% 90
نسبة التغطية داخل الشبكة الطبيّة داخل المستشفى	% 95	% 95	% 95
نسبة التغطية خارج الشبكة الطبيّة حسب التسعيرة المعتمدة لدى دائرة التأمين الصحي	%70	%70	%70

د. مع مراعاة الفقرة (أ) من هذه المادة يشترط لتنفيذها ما يأتي؛

1. يتحمل المريض كامل فروقات النفقات التي تزيد على التسعيرة المعتمدة لدى المستشفى إضافة إلى فروقات الدرجة.
2. لا تشمل المعالجة الاستثناءات غير المشمولة بالتأمين، المبينة في هذه التعليمات.
- هـ. في جميع الأحوال يجب أن تكون المطالبة التي يقدمها المشترك بأنواعها معززة بفتاوى مفوترة مفصلة وإيصالات صادرة عن الأطباء والمستشفيات والصيدليات وموقعة ومختومة حسب الأصول.
- و. يحق للدائرة الغاء أو تعديل اعتماد المستشفيات والمراكز والعيادات المعتمدة، كلياً أو جزئياً.



المادة (15): أحكام عامة؛

1. للدائرة إعادة النظر في الأسعار والأقساط والاشتراكات والنسب والشروط الأخرى والتنسيب بتعديلها من عام لآخر.
2. تقوم الدائرة بالتعاقد مع مستشفيات أو مراكز صحية أو أطباء أو صيدليات أو مختبرات طبية لتقديم المعالجة وبالطريقة التي تراها مناسبة وحسب التسعيرة المعتمدة
3. توقع عقوبات يقرها الرئيس استناداً إلى الأنظمة والتعليمات النافذة في الجامعة على من يقوم بالتزوير أو يقدم معلومات أو شهادات أو ايصالات أو فواتير مهما كان نوعها وسببها غير صحيحة خلال أو بعد الاشتراك في التأمين أو يستمر في استخدام بطاقة التأمين من قبله أو من قبل المنتفعين بعد انتهاء حقه في الاشتراك بالتأمين على أن يدفع كامل المبالغ التي تحملها التأمين مضاعفة بالإضافة إلى أية تبعات قانونية (مدنية جزائية).
4. لا تطبق هذه التعليمات على الموظفين الذين تطبق عليهم الأحكام المالية المتعلقة بالبعثات العلمية.
5. تنسب الدائرة في الحالات التي لم يرد عليها نص في هذه التعليمات إلى الرئيس لاتخاذ القرار المناسب بشأنها.

المادة (16) تكون آلية تقديم المطالبات المالية على النحو الآتي؛

1. يتم تقديم المطالبات المالية من قبل المؤمن من خلال إرفاق تقرير طبي يبين الحالة المرضية لديه، وتقارير الإجراءات التشخيصية مثل الأشعة والمختبر مع الفواتير، والوصفة الطبية للعلاج الموصوف من الطبيب المعالج وفاتورة الصيدلية، والمرفقات التفصيلية المتعلقة بفاتورة المستشفى، ويتم الصرف على أساس أصل الفاتورة ولا تعتمد الفواتير طبق الأصل أو المرسلت عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني، شريطة أن لا تتجاوز فترة تسليم المطالبات المالية عن (14) يوم من تاريخ المعالجة.
2. تسدد المطالبات المالية التي تكون خارج الجهات الطبية المعتمدة وفق الأسعار المعتمدة والمتعارف عليها وحسب شروط وتحديات عقد التأمين.
3. في حال مراجعة الشبكة الطبية غير المعتمدة، يتم تقديم الفواتير الأصلية لأتباع الطبيب المعالج مرفقاً بها تشخيص الحالة المرضية من قبله وفاتورة صرف الأدوية، وفي حالة تحويله إلى إحدى المستشفيات فترفق كافة الفواتير داخل المستشفى مرفقاً بها كشف تفصيلي للحالة خلال (14) يوم من تاريخ المعالجة، ويتم احتساب مبلغ التعويض المستحق للمشارك/المنتفع من قبل الدائرة و/أو الفروقات الواجب تحميلها للمشارك.
4. تعتبر الفواتير النقدية التي تسدد من قبل المؤمن لكافة الجهات الطبية مطالبات من خارج الشبكة الطبية حتى وإن كانت تلك الجهات الطبية معتمدة من ضمن الشبكة الطبية.



- المادة (17) يبت مجلس الأمناء في الحالات التي لم يرد فيها نص في هذه التعليمات.
- المادة (18) يحق للدائرة تسديد مطالبات أطباء المعتمدون مباشرة وبفواتير مفوترة وحسب الإجراء الذي تم داخل المستشفى.
- المادة (19) تلغي هذه التعليمات تعليمات التأمين الصحي للعاملين في الجامعة وأي نص سابق يتعلق بالتأمين الصحي للعاملين اعتباراً من تاريخ إقرارها.