



برامج
تأمين صحي
للمهندسين
وعائلاتهم



البرنامج الأول: (أمان)

يشمل التغطية (داخل وخارج المستشفى ، الحمل والولادة)

أولاً: تغطيات التأمين داخل المستشفى

أ- سقف التغطية داخل المستشفى (يتضمن سقف التغطية نسبة التحمل المدفوعة من قبل المؤمن حسب اسعار الجهات الطبية المعتمدة للنقابة)

سقف التغطية (دينار اردني)			البيان
الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	
12000	15000	15000	سقف التغطية للفرد الواحد في السنة
6000	7500	7500	سقف التغطية للحالة المرضية الواحدة في السنة (ضمن سقف التغطية للفرد الواحد في السنة)
8000	10000	10000	سقف التغطية للحالة المرضية الواحدة في السنة لأمراض شرايين القلب والدماغ (ضمن سقف التغطية للفرد الواحد في السنة)
سقف شبكات القلب وكافة توابعها وضمن سقف التغطية للحالة المرضية الواحدة وحسب اسعار المؤسسة العامة للغذاء والدواء			
1000	1000	1000	الاجراءات المتعلقة بمرض السرطان لمرّة واحدة مدى الحياة وبنسب تحمل خارج المستشفى

ب- نسب التغطية التأمينية داخل المستشفى مع مراعاة اسقوف التغطية في البند (أ) وجدول فترات الانتظار للحالات المزمنة:

نسبة التغطية ضمن الشبكة الطبية المعتمدة للأمراض المزمنة داخل المستشفى			نسبة التغطية داخل المستشفى ضمن الشبكة الطبية المعتمدة باستثناء الأمراض المزمنة			البيان
الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	
80%	85%	85%	85%	90%	90%	للمشتركين عام 2007 فما دون
75%	80%	80%				للمشتركين عام 2008 حتى عام 2011
70%	75%	75%				للمشتركين عام 2012 حتى عام 2015
65%	70%	70%				للمشتركين عام 2016 حتى عام 2020
60%	65%	65%				للمشتركين عام 2021
55%	60%	60%				للمشتركين عامي 2022 و2023

ج- نسبة التغطية داخل المستشفى خارج الشبكة الطبية (70%) حسب التسعيرة المعتمدة لنقابة المهندسين



ثانياً: تغطيات التأمين خارج المستشفى

تشمل (زيارة الطبيب والأدوية الموصوفة والتحليلات المخبرية والأشعة وحالات الطوارئ وحالات تنظير الجهاز الهضمي).

أ- سقف التغطية خارج المستشفى (يتضمن سقف التغطية نسبة التحمل المدفوعة من قبل المؤمن حسب اسعار الجهات الطبية المعتمدة للنقابة)

سقف التغطية			البيان
الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	
675 دينار	750 دينار	750 دينار	سقف التغطية للفرد الواحد في السنة
850 دينار	975 دينار	975 دينار	سقف التغطية للفرد الواحد في السنة للمصرحين عن الأمراض المزمنة
	10 جلسات		سقف العلاج الطبيعي (شريطة أن تكون ملازمة للمرض وحسب أسعار الحد الأدنى المعتمدة وضمن الشبكة الطبية) وضمن سقف العلاج خارج المستشفى اعلاه
	20 جلسة		سقف العلاج الطبيعي في حالات الشلل (شريطة أن تكون ملازمة للمرض وحسب أسعار الحد الأدنى المعتمدة وضمن الشبكة الطبية) وضمن سقف العلاج خارج المستشفى اعلاه

ب- نسبة التغطية التأمينية خارج المستشفى

البيان			الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة
نسبة التغطية داخل الشبكة الطبية المعتمدة					
نسبة التغطية لكشفية الطبيب العام أو الخاص داخل الشبكة الطبية المعتمدة ويستثنى الإجراءات الأخرى التي تتم داخل العيادة حيث تغطي حسب البند اعلاه				100%	
نسبة التغطية خارج الشبكة الطبية المعتمدة (حسب التسعيرة المعتمدة لدى نقابة المهندسين)				70%	



ثالثاً: تغطيات التأمين للحمل والولادة والاجهاض

- تغطي مراجعات الحمل بعد انقضاء فترة (6) أشهر على تاريخ بداية الاشتراك وتغطي عملية الولادة والاجهاض بعد انقضاء فترة (11) شهراً على تاريخ بداية الاشتراك بشرط ان يكون الحمل بعد تاريخ الاشتراك بالتأمين.
- يشمل سقف التغطية جميع مراجعات الحمل ومضاعفاته وفحوصاته والدوية الموصوفة وعملية الولادة وفحص الطفل في المستشفى وذلك حسب التسعيرة المعتمدة لدى نقابة المهندسين ولمرة واحدة في السنة فقط.
- يشمل سقف تغطية حالة الإجهاض المشروع جميع مراجعات الحمل ومضاعفاته وفحوصاته والدوية الموصوفة وعملية الاجهاض منفصلاً عن سقف الولادة الطبيعية أو القيصرية لنفس العام ولمرة واحدة فقط.

أ- سقف التغطية (يتضمن سقف التغطية لمراجعات الحمل وعملية الولادة نسبة التحمل المدفوعة من قبل المؤمن حسب اسعار الجهات الطبية المعتمدة للنقابة)

سقف التغطية			البيان
الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	
650 دينار	750 دينار	750 دينار	سقف التغطية لمراجعات الحمل وعملية الولادة الطبيعية
900 دينار	1000 دينار	1000 دينار	سقف التغطية لمراجعات الحمل وعملية الولادة القيصرية
500 دينار	550 دينار	550 دينار	سقف التغطية لمراجعات الحمل وعملية الاجهاض المشروع

ب- نسبة التغطية التأمينية

البيان			البيان
الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	
85%	90%	100%	نسبة التغطية داخل الشبكة الطبية المعتمدة
	70%		نسبة التغطية خارج الشبكة الطبية المعتمدة (حسب التسعيرة المعتمدة لدى نقابة المهندسين)

رابعاً: تغطيات التأمين للمواليد الجدد (طفل الخداج)

يغطي المواليد الجدد (طفل الخداج) فقط في حال كانت الولادة مشمولة بالتأمين وبعد إضافة المولود على التأمين ودفع قسط اشتراكه و (لا تغطي الحالات الخلقية و/ أو الوراثية)

سقف التغطية			البيان
الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	
1500 دينار	2000 دينار	2000 دينار	سقف التغطية لحديث الولادة (طفل الخداج) بعد اضافته على التأمين ودفع قسط اشتراكه و(لا تغطي الحالات الخلقية و/ أو الوراثية)
30 دينار	30 دينار	30 دينار	سقف تغطية الطهور لحديث الولادة بعد اضافته على التأمين ودفع قسط اشتراكه ويحسب من سقف العلاج خارج المستشفى



الاقساط التأمينية للبرنامج الأول (امان) والذي يشمل التغطية (داخل وخارج المستشفى، الحمل والولادة)

الدرجة الثانية	الدرجة الأولى	الدرجة الخاصة	الفئات العمرية
200 دينار	235 دينار	325 دينار	أقل من 17 عاماً.
225 دينار	270 دينار	360 دينار	من 17 – أقل من 30
250 دينار	310 دينار	400 دينار	من 30 – أقل من 35
265 دينار	325 دينار	415 دينار	من 35 – أقل من 40
285 دينار	350 دينار	440 دينار	من 40 – أقل من 50
355 دينار	415 دينار	505 دينار	من 50 – أقل من 60
405 دينار	480 دينار	570 دينار	من 60 – أقل من 65
455 دينار	555 دينار	645 دينار	من 65 – أقل من 70
470 دينار	570 دينار	660 دينار	من 70 فما فوق

يضاف نسبة (20%) من القسط اعلاه للمشاركين الجدد البالغة اعمارهم (60) عاماً فما فوق

الخصومات والحوافز

أولاً: خصومات العائلات

- الابن الاول (5%)
- الابن الثاني (10%)
- الابن الثالث (15%)
- الابن الرابع (20%)
- الابن الخامس فأكثر (25%)

ثانياً: خصومات عدم استخدام التأمين الصحي

- خصم (5%) من قسط التأمين في حال عدم استخدام التأمين من قبل الزميل وعائلته للمشاركين بالتأمين الصحي عامي 2020م و 2021م .
- خصم (10%) من قسط التأمين في حال عدم استخدام التأمين من قبل الزميل وعائلته للمشاركين بالتأمين الصحي من عام 2019م وحتى عام 2021م .



مزايا ومنافع إضافية

يوفر التأمين التغطية التأمينية والعلاجية للأمراض التالية بعد مرور فترة الانتظار أدناه وتحسب فترات الانتظار من تاريخ بداية الاشتراك لكافة البرامج وتغطي المعالجة بعد انقضاء هذه الفترات **بنسب تحمل الأمراض العزمنة** الواردة في البند (ب) من تغطيات التأمين داخل المستشفى **شريطة التصريح عن الأمراض العزمنة** ودفع النسب المقررة حسب البند (5) من تغطية الأمراض العزمنة وذلك لبرامج التأمين (امان ، شفاء ، الوالدين) فقط ولا تغطي هذه الأمراض للمشاركين في برامج التأمين (شباب 1 ، شباب 2 وشباب 3)

6 أشهر	امراض الجهاز التنفسي (الربو القصبي)	6 أشهر	قرحة المعدة والثاني عشر وامراض الجهاز الهضمي العزمنة
9 أشهر	الديسك والتصلب اللويحي وهشاشة العظام	6 أشهر	القسطرة، عمليات وإجراءات القلب والضغط والشرايين والأوردة
6 أشهر	امراض البروستات	6 أشهر	الدهنيات والكوليسترول
		6 أشهر	السكري ومضاعفاته

تغطي المعالجة بعد انقضاء هذه الفترات **بنسب تحمل الأمراض العزمنة** الواردة في البند (ب) من تغطيات التأمين داخل المستشفى وذلك لبرامج التأمين (امان ، شفاء ، الوالدين) فقط ولا تغطي هذه الأمراض للمشاركين في برامج التأمين (شباب 1 ، شباب 2 وشباب 3)

6 أشهر	الساد وزرق العين	6 أشهر	الفتق المتكرر
9 أشهر	أمراض الروماتزم والمفاصل	12 شهر	الدوالي ودوالي الخصيتين غير المتعلقة بالعقم
12 شهر	التهاب الكبد الوبائي (B ، C)	9 شهر	الغدة الدرقية



تحسب فترات الانتظار من تاريخ بداية الاشتراك وذلك لجميع برامج التأمين

12 شهر	فحص النوم (انقطاع التنفس الانسدادي)	6 أشهر	تنظير المعدة والامعاء (العلوي والسفلي)
12 شهر	استئصال اللوزتين والناميات الأنفية وبزل الاذن وعمليات الجيوب الأنفية	6 أشهر	الأورام
6 أشهر	الصور الطبقيية	6 أشهر	الفتق
6 أشهر	البواسير الشرجية والناسور الشرجي	6 أشهر	الغدد الدهنية والثوالب وأكياس الشعر واكياس المبايض
12 شهر	الاضطرابات الهرمونية	12 شهر	تليفات والتصاقات الرحم / استئصال الرحم / عملية التنظيفات الرحمية والتنظير الرحمي والتهيبة الرحمية
6 أشهر	الفيتامينات للفحوصات والعلاج	6 أشهر	حصوة الكلى والمرارة
9 أشهر	صور الرنين المغناطيسي	9 أشهر	العلاج الطبيعي
		6 أشهر	تحرير العصب والوتر وتخطيط الدماغ والاعصاب



الاستثناءات

يستثنى من التأمين: مراجعات الطبيب ، العلاجات ، الأعراض ، الحالات الطبية ، الإجراءات والمصروفات المرتبطة بها أو الناتجة عنها للحالات التالية :

1. الحالات الوراثية والخلقية والولادية على سبيل المثال لا الحصر (مرض التفول ، حمى البحر الابيض المتوسط ، الخصية الهاجرة ، ... الخ)
2. الأمراض السابقة للتأمين غير المصرح عنها .
3. العلاجات الترفيهية : العلاج أو الخدمات المقدمة في أي بيت راحة ، منتج ، عيادة مائية ، مصح أو مؤسسة رعاية طويلة الأمد والتي لا تعتبر مستشفى ، وإقامة في المستشفى والتي تم ترتيبها بشكل كامل أو جزئي لأسباب منزلية، الفحوصات الطبية الروتينية (Check up) أو الفحوصات الجسمانية العامة أو الفحوصات غير المتعلقة بشكوى أو أعراض مرضية محددة فحص النظر وفحص الأذن الروتيني ، التلقيح ضد الأمراض المطاعيم ضد الحساسية ، الشهادات الطبية ، الفحوصات لأجل التوظيف أو السفر ودراسة الجينات الوراثية
4. كافة الأجهزة المساعدة : على سبيل المثال لا الحصر (الأجهزة المساعدة على التنفس ، والسمع النظارات الطبية والعدسات ، الأطراف الصناعية والأحذية الطبية ، الكراسي الطبية وجميع لوازم ذوي الاحتياجات الخاصة والعجزة ... الخ) .
5. العلاج التجميلي أو الجراحة التجميلية ما لم تكن للضرورة بسبب إصابة جسدية من حادث مشمول بالتأمين أثناء فترة التغطية.
6. جميع الحالات المرتبطة بالعقم والخصوبة وجميع وسائل منع الحمل وأجهزة التحكم وتنظيم النسل وكل ما له علاقة بالتلقيح الصناعي وأطفال الأنابيب وكل الوسائل والعمليات المساعدة على الحمل وكذلك جميع الوسائل التشخيصية والعلاجية لأمراض العقم وعلاج الضعف الجنسي واعتلال الوظائف الجنسية.
7. عمليات الإجهاض: أي عملية إجهاض تمت لأسباب اختيارية، نفسية أو اجتماعية وما يتبعها من نتائج .
8. عمليات النقل والاستبدال: الأجهزة التصحيحية والأدوات الطبية وجميع عمليات النقل بما فيها نقل الدم واعطائه.
9. زراعة الأعضاء: الحصول على العضو المراد زراعته وجميع التكاليف التي يفرضها الشخص المتبرع بالعضو والحصول على قلب صناعي ... الخ ما عدا القلب والكلى (يتم تغطية أجور العملية فقط ولا تغطي التكاليف التي يفرضها الشخص المتبرع بالقلب أو الكلى ولا ثمن العضو المراد زراعته أو المتبرع به).



10. علاج وأدوية الأمراض والاضطرابات النفسية، والعقلية، والعصبية، والصرع.
11. الحالات المتعلقة بصعوبات التعلم والنطق والتوحد.
12. الأمراض الجنسية: كل ما يتعلق بالأمراض الناتجة عن الاتصال الجنسي مثل (السيلان، الزهري.. الخ)
13. الإيذاء الشخصي : العلاجات الناتجة عن الإصابات التي يحدثها الشخص لنفسه نتيجة سوء السلوك الشخصي والمشاجرات، والشغب، الانتحار، تعاطي وإدمان الكحول والمخدرات والحالات المرضية الناتجة عن نشاطات خطيرة والحالات المرضية الناتجة عن الرياضات التالية على سبيل المثال لا الحصر (ركوب الدراجات النارية، الطيران، تسلق الجبال الذي يستلزم استعمال الجبال، الرياضات تحت الماء التي تتطلب معدات صناعية، الهبوط بالمظلات سباق السيارات، كافة الرياضات الفردية، كافة الرياضات التي يمارسها المشترك بشكل دائم) و حوادث الشغب والاضطرابات، الإصابة أثناء الخدمة بدوام كامل كعضو في الشرطة أو الجيش والمشاركة في الحرب والإصابة الناتجة عن انشطار أو انصهار نووي أو تلوث إشعاعي أو نتيجة للحروب الكيماوية البيولوجية والأعمال الإرهابية، الشغب الفوضى والاضطرابات المدنية، أو أي تصرفات غير قانونية ويشمل ذلك فترة السجن الناتجة عن مثل هذه الأعمال والحالات القضائية.
14. العلاج خارج الأردن: كافة العلاجات والأدوية والإجراءات الطبية التي يتلقاها المشترك خارج الأردن بما في ذلك الحالات الطارئة.
15. حوادث السير والعمل.
16. الكلف و النمش - تساقط الشعر والصلع - التصبغ (التلون الجلدي).
17. كافة المستحضرات الطبية غير المسجلة في وزارة الصحة والمؤسسة العامة للغذاء والدواء كعلاجات باستثناء الادوية التي لا يوجد لها بدائل طبية بموافقة مجلس النقاية.
18. غسيل الكلى والديليزة وأية أمراض تغطيها الدولة.
19. الأمراض التي تستلزم حجر صحي .
20. تصحيح حدة الإبصار بكافة أشكاله والقرنية المخروطية والحوول.
21. كافة فحوصات سلامة الجنين وفحوصات استكشاف الحمل وفحوصات الكشف عن اسباب الاجهاض وفحص الجنين بتقنية ثلاثي الابعاد أو رباعي الابعاد .
22. الفتق بعمر 5 سنوات فما دون .
23. فحص وعلاج مرض الكورونا
24. التبول اللارادي .



25. كافة الإجراءات والعمليات التي ليس لها تسعيرة لدى نقابة الأطباء يتم التعامل معها بموجب ما هو مسعر لحالة مشابهة لها أو المماثل لها كحالة طبية.
26. أية إجراءات تتعلق بمعالجات الأسنان وتشمل الكشفية ، حالات الدخول للمستشفى ، حالات التخدير المعالجة الأدوية الموصوفة ، وكافة التغطيات المتعلقة بالأسنان .
27. أية إجراءات أو العمليات التي تتعلق بالسمنة مهما كانت الاسباب على سبيل المثال لا الحصر قص المعدة بشفط الدهون ، عمليات ربط المعدة الخ.....
28. فحص الحساسية الشامل (Inhalant panel , food panel) .
29. اي معالجة داخل المستشفى أو فحوصات وغيرها من الاجراءات التي يمكن عملها خارج المستشفى بدون تعريض صحة المشترك للخطر
30. أي خدمات صحية أو علاجية لا تزال تحت التجربة أو الدراسة ولم يثبت فائدتها الطبية .



الشروط العامة وتعليمات برامج التأمين لعام 2023م

1. يحق للمشارك خلال (30 يوم) من تاريخ الاشتراك تعديل برنامج أو درجة التأمين الصحي وتسديد ما يترتب عليه من فروقات للأقساط التأمينية وذلك حسب الدرجة وحسب الشرائح ولجميع افراد العائلة .
2. يتم إشتراك جميع أفراد العائلة في برنامج التأمين الصحي و ضمن برنامج واحد فقط ودرجة واحدة فقط ولا يجوز الإشتراك ببرامج مختلفة.
3. يشترط لإشراك الوالدين اشتراك المهندس /المهندسة وجميع افراد عائلة المهندس / المهندسة ضمن برنامج واحد ودرجة واحدة ولا يجوز الاشتراك في برامج مختلفة .
4. يجوز للمشارك إدخال المنتفعين أدناه في التأمين الصحي شريطة وجود دفتر العائلة .
 - اولاً : الاولاد الذكور غير المتزوجين .
 - ثانياً : البنات العازبات أو المطلقات .
5. يعتبر تنظير المعدة والثاني عشر والقولون إجراءات عيادة خارج المستشفى لمشاركي برنامج (أمان شباب 1 ، شباب 3 ، الوالدين) فقط حتى لو تم عملها في المستشفى وتحسب من سقف خارج المستشفى بعد إنقضاء فترات الإنتظار
6. تغطى الجبر الزيتية ومطاعيم التحسس بالتأمين لمشاركي برنامج (امان ، الوالدين) فقط شريطة التصريح عن المرض ودفع النسب المقررة حسب البند (5) من تعليمات تغطية الامراض المزمنة .
7. تغطى عملية انحراف الوتيرة الانفية بعد مرور (12 شهر) على تاريخ بداية الاشتراك بالتأمين ونسبة التغطية التأمينية (50%) .
8. تعتبر صورة القلب CT Angiogram مشمولة لمشاركي برنامج (امان ، شفاء ، الوالدين) و ضمن سقف داخل المستشفى (وعلى نسبة الامراض المزمنة) شريطة عدم عمل القسطرة التشخيصية للشرايين قبلها أو بعدها من قبل المؤمن .
9. يغطى فحص النوم لمشاركي (امان ، شفاء ، الوالدين) فقط من سقف داخل المستشفى ولمرة واحدة فقط .
10. تغطى صورة خلع الورك للأطفال حديثي الولادة ومن سقف العلاج خارج المستشفى لمشاركي برنامج (أمان) ولمرة واحدة شريطة أن تكون الولادة مشمولة بالتأمين.



11. تطبيق فترات الانتظار لكل برنامج من برامج التأمين (امان , شفاء , شباب 1 , شباب 2 وشباب 3) بشكل منفصل مع الاخذ بعين الاعتبار ما يلي :
- للمشاركين بالتأمين في برنامج امان (داخل وخارج المستشفى) عام 2023 م وكانوا خلال عام 2022 م مشتركين في برنامج شفاء (داخل المستشفى فقط) يتم تطبيق فترات الانتظار من تاريخ بداية الاشتراك وتسديد الرسوم لعام 2023 م وذلك لتغطيات خارج المستشفى وتغطيات تأمين مراجعات الحمل
 - يتم احتساب فترات الانتظار من تاريخ بداية الاشتراك بالتأمين وذلك داخل وخارج المستشفى بشريطة الاشتراك بالتأمين وبغض النظر عن البرامج بشريطة الاشتراك بحد ادنى عامي (2021 م و 2022 م) وذلك عند تجديد الاشتراك للتأمين عام 2023 م .
 - للمشاركين بالتأمين في برنامج شباب 1 وشباب 3 (داخل وخارج المستشفى) عام 2023 م وكانوا خلال عام 2022 م مشتركين في برنامج شباب 2 (داخل المستشفى فقط) يتم تطبيق فترات الانتظار من تاريخ بداية الاشتراك وتسديد الرسوم لعام 2023 م وذلك لتغطيات خارج المستشفى .

الاشتراك في الدرجة الخاصة

في حال رغبة المشترك الإشتراك ببرنامج (امان) داخل وخارج المستشفى على الدرجة الخاصة:

1. يتعهد المشترك بتسديد أية فروقات للإقامة في درجة الجناح عن الدرجة الاولى ونسبة التحمل لأي مؤمن ضمن العائلة الواحدة داخل المستشفى للأمراض غير المزمدة للإستفادة من الحد الأدنى للأسعار المعتمدة لدى النقابة.
2. يكون الاشتراك إلزامي لجميع أفراد العائلة في حال الرغبة بالاشتراك على الدرجة الخاصة .



تغطية الامراض المزمنة لبرامج (امان، شفاء، الوالدين) فقط

1. تغطي الأمراض المزمنة ومضاعفاتها إذا تم التصريح بها في طلب الاشتراك، مع مراعاة فترات الانتظار ودفع النسب المقررة حسب التعليمات الواردة في البند (5) أدناه.
2. تغطي الأمراض المزمنة وعلاجاتها ومضاعفاتها بعد انقضاء فترة الانتظار.
3. في حال ظهور مرض مزمن بعد الاشتراك فعلى المشترك أن يقوم بالتصريح عنه فوراً حيث أن الأمراض المزمنة غير المصرح عنها ومضاعفاتها لا يتم تغطيتها وإذا تبين أن الزميل قد أخفى أية معلومة عن هذه الأمراض فإنه يترتب على ذلك عدم تغطيته للعلاج داخل وخارج المستشفى
4. كل مؤمن أو راغب في التأمين ولديه أمراض مزمنة يقبل طلبه شريطة اشراك جميع أفراد العائلة على نفس البرنامج والدرجة للمشارك إذا تم التصريح بها في طلب الاشتراك .
5. يضاف للأقساط التأمينية في البرامج النسب التالية من القسط الاصلي:

نسبة التصريح عن جميع الامراض المزمنة	فئات المشتركين حسب سنة الاشتراك
15%	للمشتركين عام 2001 فما دون
20%	للمشتركين عام 2002م
25%	للمشتركين عام 2003م
30%	للمشتركين عام 2004 حتى عام 2007
35%	للمشتركين عام 2008 حتى عام 2011
40%	للمشتركين عام 2012 حتى عام 2016
45%	للمشتركين عام 2017 حتى عام 2020
50%	للمشتركين عام 2021 حتى عام 2023
45%	الوالدين من عام 2020م فما دون
50%	الوالدين عام 2021م حتى عام 2023م



مواعيد الاشتراك

1. تبدأ السنة التأمينية اعتباراً من 2023/1/1 وحتى 2023/12/31 ويسمح بالاشتراك أو تجديد الاشتراك بالتأمين بأي وقت خلال العام بشريطة تسديد رسوم كامل العام ، ولا تغطي أية إجراءات طبية تمت قبل تقديم طلب الاشتراك أو تجديد الاشتراك وتسديد الرسوم .
2. تبدأ التغطية التأمينية للمشاركين الجدد بعد (14 يوم) بالإضافة الى جدول فترات الانتظار من تاريخ الاشتراك لكافة البرامج باستثناء المواليد الجدد لبرنامج (امان ، شفاء) فقط تبدأ التغطية من تاريخ اضافته على التأمين ودفع قسط اشتراكه وأن تكون الولادة مشمولة بالتأمين الصحي بشريطة ان تتم اضافة المواليد على التأمين خلال (30 يوم) من تاريخ الولادة .
3. يخضع المشترك لفترات الانتظار من تاريخ تسديده لرسوم الاشتراك.
4. يحق لأبناء الزملاء المهندسين الاشتراك في التأمين الصحي بعد إنهاء الدراسة الجامعية في تخصص الهندسة والانتساب للنقابة دون فترات انتظار واحتساب المدة السابقة استمرارية للاشتراك في التأمين الصحي.
5. يحق للمشارك الغاء اشتراكه في التأمين الصحي واستعادة المبلغ المدفوع فقط خلال اسبوعين من تاريخ تقديم طلب الاشتراك في التأمين الصحي بشريطة عدم استخدام التأمين خلال هذه الفترة.



الشروط العامة للإشتراك

1. تسديد الإشتراك السنوي للنقابة لعام 2023 م .
2. احضار دفتر عائلة ساري المفعول
3. احضار صورة شخصية ملونة وحديثة لكل مشترك بالعائلة.
4. احضار ما يثبت التأمين الآخر في حال عدم الإشتراك بالتأمين للأبناء أقل من عمر (24 عام) .
5. للشركات الهندسية احضار كشف ضمان اجتماعي حديث لموظفي الشركات الهندسية من غير المهندسين بالإضافة إلى كتاب من الشركة بأسماء العاملين.
6. وجود براءة ذمة مالية أو تسوية من صناديق النقابة.
7. يجب قراءة التعليمات والشروط وعقد الإشتراك بدقة وعناية ويتحمل المشترك وحده مسؤولية عدم معرفته أو علمه بأية شروط و/أو أحكام و/أو معلومات و/أو تعليمات.
8. يتحمل المشترك أية مبالغ مالية خارج نطاق تغطية التأمين الصحي على سبيل المثال لا الحصر المبالغ المالية الناتجة عن تجاوز السقف المحدد للعلاج داخل وخارج المستشفى ودون الحاجة لأي إشعار قانوني .

تعليمات بطاقة التأمين الصحي

1. يحصل كل مشترك على بطاقة تأمين مرة واحدة في السنة تتم المعالجة بموجبها لدى الشبكة الطبية المعتمدة، وفي حال فقدانها وطلب إصدار بطاقة جديدة يتم دفع مبلغ (5) دنانير.
2. يمنع استخدام بطاقة التأمين الصحي من غير صاحبها تحت طائلة المسؤولية.

تعليمات نماذج المعالجة

1. يستخدم نموذج المعالجة الصادر عن دائرة التأمين الصحي لدى الطبيب المعتمد في الشبكة الطبية فقط لجميع برامج التأمين بإستثناء برامج (شفاء وشباب 2) .
2. سعر نموذج المعالجة ديناران.
3. الحد الاعلى للفرد الواحد في السنة (14) نموذج أو سقف المعالجة خارج المستشفى أيهما يستهلك أولاً.



تغطيات إضافية

1. تغطي فروقات تكاليف علاج المشتركين ونسب التحمل في أي تأمين آخر شريطة أن تكون مشمولة حسب تعليمات التأمين الصحي وذلك لبرامج (امان , شفاء , والدين) فقط.
2. بغض النظر عن أي نص مخالف فإن مسؤولية النقابة في تغطية تكاليف العلاج للمشاركين (حسب التسعيرة المعتمدة للتأمين الصحي) تبدأ فقط بعد انتهاء سقف أي تأمين آخر ينتفع به المشترك لدى أي جهة أخرى.

الحالات الطارئة

1. تعريفها : (الحالة الطارئة هي الحالة التي أي تأخير بعلاجها قد يؤدي إلى خطر على حياة المشترك، ولا يمكن تأجيلها أما الحالات التي تخضع لفترات إنتظار تغطي بمبلغ (450) دينار فقط ومن سقف داخل المستشفى وبنسب تحمل العلاج خارج المستشفى) ولمرة واحدة فقط.
2. تعني الحالة الطارئة هي إحدى الحالات التالية:

آلام البطن الحادة	الجروح العميقة التي تحتاج إلى تدخل جراحي
آلام الذبحة الصدرية الحادة	دخول جسم غريب لجسم الإنسان
الكسور	الحروق
التسمم الغذائي	الحرارة المرتفعة
المفص الكلوي	الغيوبة

3. في الحالات الطارئة ينصح بمراجعة الجهات الطبية المعتمدة.
4. يجب إبراز بطاقة التأمين الصحي لدى الجهة الطبية المعالجة.
5. تسديد نسبة التحمل المستحقة لدى الجهة الطبية المعتمدة.



إجراءات تقديم الخدمات العلاجية

أولاً: زيارة الأطباء المعتمدين لدى الشبكة الطبية.

1. تتم زيارة الأطباء المعتمدين في الشبكة الطبية حسب نموذج المعالجة فقط.
2. النماذج الطبية المعتمدة متوفرة لدى التأمين الصحي في النقابة وفروع النقابة في المحافظات.
3. على المؤمن إبراز بطاقة التأمين الصحي الخاصة به.
4. تسديد نسبة التحمل المستحقة على الإجراءات الطبية داخل العيادة.

ثانياً: صرف الأدوية والفحوصات المخبرية والأشعة وجلسات العلاج الطبيعي لدى الشبكة الطبية المعتمدة:

1. إبراز نموذج الطبيب المعتمد لصرف العلاج أو المختبر أو الأشعة أو جلسات العلاج الطبيعي.
2. إبراز بطاقة التأمين الصحي للجهات الطبية.
3. تسديد نسبة التحمل المستحقة على العلاجات للجهة الطبية.
4. يتم صرف العلاجات للأمراض المزمنة للمشاركين المصريين عن الأمراض المزمنة لبرنامج (امان ، والوالدين) فقط بموجب بطاقة التأمين الصحي الصادرة عن النقابة من الصيدليات المعتمدة فقط خلال (10 ايام) من تاريخ بداية كل شهر مع الأخذ بعين الاعتبار فترات الانتظار والسقوف للمشاركين.
5. يتم صرف الوصفات الطبية وإجراءات الفحوصات المخبرية والأشعة للأمراض غير المزمنة للمشاركين والمنتفعين فقط خلال (7 ايام) من تاريخ تعبئة نموذج المعالجة من قبل الطبيب المعتمد لدى النقابة وبعد ذلك التاريخ يفقد المؤمن حقه في صرف العلاج و/أو إجراء الفحوصات على حساب صندوق التأمين الصحي.

ثالثاً: دخول المستشفى

1. على المشاركين مراجعة المستشفيات المعتمدة في حالة التحويل من الطبيب المعتمد.
2. إبراز بطاقة التأمين الصحي والبطاقة الشخصية.
3. يقوم المستشفى بعمل إجراءات الدخول وهذه الإجراءات تستغرق بعض الوقت منها عمل تقرير وإرساله للتأمين الصحي لأخذ الموافقة أو الرفض.



4. يتم إدخال المريض حسب درجة اشتراكه في التأمين الصحي بعد الحصول على الموافقة.
5. يسدد المريض نسبة التحمل المستحقة للمستشفى مباشرة.
6. في حالة عدم الموافقة على الدخول لأي سبب من قبل التأمين الصحي ينصح المشترك أو المنتفع بمراجعة قسم خدمات المشتركين في دائرة التأمين الصحي لدراسة الحالة.

تعليمات تعويض الفواتير النقدية

لبرامج التأمين الصحي (امان ، شفاء، والدين) فقط ولا يشمل برامج التأمين (شباب 1 وشباب 2 وشباب 3)

يتم تسديد المطالبات النقدية ضمن الشروط والتعليمات التالية :

1. يجب أن تقدم المطالبة النقدية خلال 60 يوماً من تاريخ المعالجة لدائرة التأمين لغاية إحتساب مبلغ التعويض المستحق للمشارك بشرط ان تكون الفاتورة الاصلية فقط والتي تتضمن تقرير الطبيب المعالج مع التشخيص ايصال الكشفية ، الوصفة الطبية ، فاتورة صرف الادوية ، وكافة فواتير المستشفى الاصلية في حالات المعالجة داخل المستشفى مرفقا بها كشف حساب تفصيلي للحالة)
2. تعتمد فقط فواتير مراجعات الأطباء للاختصاصات النادرة ولا تعتمد الفواتير المصروفة من المراكز الطبية والطب العام بحيث تتم المراجعة من خلال الشبكة الطبية المعتمدة .
3. تصرف الفواتير النقدية ضمن الأجرور المعتمدة وهي الحد الأدنى للأجرور من أسعار نقابة الأطباء للعام 2008م تسدد الفواتير بنسبة %70 من الأسعار المعتمدة لنقابة المهندسين الاردنيين وضمن السقوف المحددة لبرامج التأمين (امان + شفاء + والدين) للمهندسين وعائلاتهم
4. تقدم الفواتير خلال 60 يوماً من تاريخ المعالجة وبعد ذلك يفقد المؤمن حقه بالمطالبة والتعويض .
5. تعتبر كافة الفواتير النقدية التي تسدد مباشرة من قبل المؤمن لكافة الجهات الطبية مطالبات من خارج الشبكة الطبية حتى ولو كانت تلك الجهات الطبية معتمدة ضمن الشبكة الطبية.
6. في حالة القيام بأي إجراء طبي من قبل طبيب غير معتمد باستخدام النموذج الطبي المعتمد فإن كافة الإجراءات (الأدوية ، الفحوصات المخبرية ، والصور الشعاعية ، ...) تسدد من قبل المشارك مباشرةً وتقدم للنقابة لغايات تسديد المطابق منها حسب الأصول ولا يحق له الاعتراض على ذلك.



7. إذا تمت مراجعة مستشفيات غير المعتمدة يقوم المؤمن بتسديد قيمة الإجراءات مباشرة لتلك الجهات وتقدم الفواتير الأصلية مرفقاً بها (تقرير الطبيب المعالج مع التشخيص وكافة فواتير المستشفى الأصلية مرفقاً بها كشف حساب تفصيلي للحالة) للتأمين الصحي لغايات تسديد المطابق منها حسب الأصول وحسب تعليمات التأمين الصحي ويتحمل المشترك أو المنتفع الفرق ولا يحق له الاعتراض على ذلك.
8. في حالة القيام بأي إجراء طبي من قبل طبيب غير معتمد في مستشفى معتمد وتم إعلام التأمين الصحي بذلك يتم تسديد كامل تكاليف الإجراءات الطبية للمستشفى من خلال التأمين في حال كانت الحالة مغطاة حسب شروط العقد ويقوم المؤمن بتسديد أتعاب الطبيب غير المعتمد مباشرة ومن ثم تقدم الفواتير الأصلية لأتعاب الطبيب مرفقاً بها (تقرير الطبيب المعالج مع التشخيص) للتأمين الصحي لغايات تسديد المطابق منها حسب الأصول وحسب تعليمات التأمين الصحي ويتحمل المشترك أو المنتفع الفرق
9. لا تقبل الفواتير بدل صرف علاج مزمن بأثر رجعي.
10. تسدد الفواتير بعد 60 يوم من نهاية كل شهر لغايات استلام كافة الفواتير مجتمعة.
11. الفواتير المتعلقة بالسقوف للعلاج داخل المستشفى مثل (الولادة, حالات القلب, العمليات الكبرى المعقدة تسدد بعد إدخال فواتير المستشفى وتسديدها.
12. تسدد الفواتير بدل نسب تحمل تأمين آخر وضمن شروط الأسعار المعتمدة لدى النقابة , ولا يتم تسديد فروقات الفواتير في حال تمت التغطية %100 من جهة تأمينية أخرى.
13. ينصح المشترك أو المنتفع بمراجعة التأمين الصحي في حالة إجراء عملية غير مشمولة في التأمين وذلك لوجود إمكانية في تخفيض كلفة العملية قبل إجراء العملية ودخول المستشفى .



مزاي وخدمات التأمين الصحي

التأمين الصحي لنقابة المهندسين الأردنيين تكافلي تضامني غير ربحي

1. الادارة الذاتية توفر للزميل وعائلته الخدمات بشكل مميز.
2. توفير تأمين طبي داخل وخارج المستشفى (برنامج امان , برنامج الوالدين , برنامج شباب 1 , وشباب 3).
3. توفير تأمين طبي داخل المستشفى فقط (برنامج شفاء , برنامج شباب 2).
4. الإشتراك في التأمين الصحي يشمل جميع الأعمار حتى لو تجاوز الزميل سن الـ (65) الخامسة والستين.
5. تغطية معالجة الأمراض المزمنة وبغض النظر عن عدد هذه الأمراض بعد مرور فترات الإنتظار.
6. شبكة طبية مميزة وواسعة ومنتشرة في أرجاء المملكة.
7. إختيارية الإشتراك (بحق للزميل أن يشترك لوحده أو ان يشترك هو وزوجته أو أن يشترك هو وزوجته وأبنائه) لمن ليس لديه أمراض مزمنة.
8. تقديم الإستشارات الطبية على مدار الساعة.
9. توفير تأمين لحديثي التخرج مجاناً داخل المستشفى.
10. منح خصومات وحوافز تشجيعية للزملاء وعائلاتهم.
11. مراجعتك للجهات الطبية المعتمدة يوفر عليك ما قيمته (80% - 90%) من أموالك النقدية.
12. تغطية إبر تثبيت الحمل والفيتامينات العلاجية و تغطية معالجات الإضطرابات الهرمونية النسائية بعد فترات الإنتظار.
13. تغطية الفتيامينات العلاجية.
14. تغطية مراجعات الحمل وعمليات الولادة وكذلك تغطية المواليد الجدد والخداج و ظهور الاطفال لبرنامج أمان وشفاء.
15. دفع المطالبات النقدية عند المعالجة خارج الشبكة الطبية من أسعار التأمين لبرامج (أمان, شفاء, الوالدين).
16. إمكانية تقسيط مبالغ الإشتراك بموجب شيكات بنكية أو بموجب تعهد بالإقتطاع من الراتب التقاعدي.
17. تأمين اختياري للمنفعة السنوية بقيمة (30 دينار) لكل مشترك.

