



اتفاقية

فريق اول: وزارة الصحة الفلسطينية ويمثلها في هذا العقد ويمثلها في هذا العقد السيد نزار مسالمة /مدير عام الادارة العامة للتأمين الصحي
فريق ثاني: هيئة شؤون الاسرى والمحررين ويمثلها في هذا العقد السيد محمد البطة /مدير عام هيئة شؤون الاسرى والمحررين .
لما كان الفريق الثاني يرغب بالانضمام للتأمين الصحي وفق الشروط والأنظمة المعمول بها بنظام التأمين الصحي الحكومي ،ولما كان
الفريق الأول قد قبل انضمام الفريق الثاني فقد اتفق الفريقان على ما يلي :

اولا : مقدمة هذه الاتفاقية جزء لا يتجزأ منها .

ثانياً : يتم اصدار التأمين الصحي باسم الاسير/ة نفسه او نفسها ان كان معتقلا او محررا .

ثالثاً : يلتزم الفريق الاول بتقديم خدمة التأمين الصحي لذوي الاسير/ة بموجب كتاب رسمي من الطرف الثاني يحدد فيه تاريخ انتهاء التأمين

رابعا : يشمل التأمين الصحي كافة اقارب الاسير /ة من الدرجة الاولى بحيث يشمل (الاب والام بغض النظر عن العمر، الزوجة والابناء
والاخوات والاخوة المعالين الغير متزوجين حسب نظام التأمين الصحي .

خامسا : يسري مفعول التأمين الصحي فوراً .

سادسا : يغطي التأمين الصحي تكاليف لعلاج للمؤمن في كافة المستشفيات الحكومية والعيادات الصحية التابعة للفريق الاول ويستفيد
المؤمن من دائرة شراء الخدمة وفق النظام المتبع لدى الفريق الاول .

سابعا : تجمد الديون السابقة للمرشحين من الانتفاع من خدمة التأمين الصحي .

ثامنا : القسط الشهري للبطاقة (٥٠) شيكل شهريا تدفع بشكل جماعي كل ثلاثة شهور بعد ارسال مطالبة مالية مع كشف المستفيدين .

تاسعا : مدة هذا التأمين تحدد بناء على كتاب صادر من الفريق الثاني للفريق الاول ولا يحدد الا بطلب من الفريق الثاني والطرف الثاني
والمستفيدين غير مسؤولين عن استمرار مفعول التأمين لفترة اضافية .

عاشرا : مدة الاتفاقية عام من تاريخه تبدأ من ٢٠١٦/٠١/٠١ لغاية ٢٠١٦/ ١٢/٣١ وتجدد بموافقة الطرفين .



فريق ثاني



فريق اول

رام الله - ص.ب. ٢٤٠٧٧٩
هاتف: ٢٤٠٧٧٩٠

فاكس: ٢٤٠٠٨٧٩ - ٠٢



التاريخ : / / 2015

الأخ محمد البطة حفظه الله .

مدير عام برنامج تأهيل الأسرى والمحررين المحترم .

الموضوع : التقرير الشهري / دائرة التأمين الصحي .

التأمينات الصادرة والمجددة موزعة على المديرية لشهر (/ 2015)

الرقم	مديرية	إصدار	تجديد	المجموع	ملاحظات
1	القدس				
2	الخليل				
3	بيت لحم				
4	أريحا				
5	رام الله				
6	سلفيت				
7	طولكرم				
8	قلقيلية				
9	نابلس				
10	طوباس				
11	جنين				
المجموع الكلي للتأمينات إصدار / تجديد					



التاريخ : / / 2015

الأخ محمد البطة حفظه الله .

مدير عام برنامج تأهيل الأسرى والمحررين المحترم .

الموضوع : التقرير الشهري / دائرة التأمين الصحي .

المطالبات المالية المصروفة والمستحقة الغير مصروفة

مطالبات مالية مصروفة			
الشهر	عدد البطاقات	القسط الشهري	القيمة
المجموع الكلي للمطالبة المالية			

مطالبات مالية غير مصروفة			
الشهر	عدد البطاقات	القسط الشهري	القيمة
المجموع الكلي للمطالبة المالية			



التاريخ : / / 2015

الأخ محمد البطة حفظه الله .

مدير عام برنامج تأهيل الأسرى والمحررين المحترم .

الموضوع : التقرير الشهري / دائرة التأمين الصحي .

فيما يلي ملخص الانجازات والأنشطة لدائرة التأمين الصحي مقارنة بالأهداف العامة لشهر (/ 2015)

أهداف الدائرة	تزويد الأسرى المحررين والأسرى المعتقلين وذويهم بالتأمينات الصحية
الأنشطة	
الانجازات أو المخرجات	
المعيقات والصعوبات	
مقترحات وتوصيات	
ملاحظات	

دائرة التأمين الصحي

إياد خلف



نموذج طلب تأمين صحي

<input type="checkbox"/> إصدار	<input type="checkbox"/> تجديد
--------------------------------	--------------------------------

المعلومات الرئيسية :

اسم الأسير/ة الرباعي:	رقم هوية الأسير/ة :
تاريخ الطلب:	رقم طلب التأهيل/ استمارة
مديرية:	المحافظة:
التجمع السكاني:	الحالة الاجتماعية:
رقم هاتف / موبايل:	تاريخ الاعتقال:
تاريخ الإفراج:	مجموع مدة الاعتقال:

حالة المستفيد:	<input type="checkbox"/> أسير/ة محرر	<input type="checkbox"/> أسير/ة معتقل	<input type="checkbox"/> أسير/ة نظام سلف	<input type="checkbox"/> ذوي أسير/ة
----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

في حال ان حامل التأمين من ذوي الأسير/ة :

الاسم الرباعي	رقم الهوية	صلة القرابة مع الأسير/ة	ملاحظات

تفاصيل عن المرافقين لصاحب التأمين :

الرقم	الاسم	القرابة	رقم هوية المرافق	تاريخ الميلاد	ملاحظات
١.					
٢.					
٣.					
٤.					
٥.					
٦.					
٧.					

ملاحظات مقدم الطلب:	
إقرار :	أنا الموقع أدناه أقر واشهد بأنني لا احمل تأمين صحي ساري المفعول ولا يترتب علي مستحقات سابقة.
توقيع مقدم الطلب :	

للاستعمال الرسمي:

رئيس قسم التأمين:	
ملاحظات رئيس قسم التأمين:	
التاريخ:	/ /
مصادقة مدير المديرية:	
التاريخ:	/ /



التاريخ : / / 20

طلب استثناء تجديد تأمين صحي

رئيس هيئة شؤون الأسرى والمحررين .
معالي الوزير عيسى قراقع حفظه الله .

تحية طيبة وبعد :

يرجى من حضرتكم الموافقة على تجديد تأمين الأسيرة/محررة/ :

حامل/ة هوية رقم : طلب تأهيل / استمارة رقم : تأمين رقم:

حالة التأمين : عدد مرات التجديد السابقة :

مبررات الإستثناء:

.....

.....

توصية رئيس قسم التأمين/ مبررات كون الحالة استثنائية: (ترفق وثائق وشهادات ومستندات مدعمة)

.....

.....

للاستعمال الرسمي:

مصادقة رئيس قسم التأمين :		
التاريخ:	/ /	التوقيع:
مصادقة مدير المديرية:		
التاريخ:	/ /	التوقيع:

مصادقة رئيس الهيئة :		
التاريخ:	/ /	التوقيع:

الحالة الخاصة : (1) الأسير/ة المحرر/ة المعتقل أقل من سنة و المصاب/ة بمرض عضال أو إعاقة جسدية أو مرض مزمن بحاجة لرعاية صحية .



التاريخ : / / 2016

السادة وزارة الصحة المحترمين .
دائرة التأمينات الصحية .

تحية طيبة وبعد :

الموضوع: إصدار / تجديد تأمين صحي لأسيرة

<input type="checkbox"/> محررة	<input type="checkbox"/> معتقلة	<input type="checkbox"/> نظام سلف
--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

نحول لكم الأسيرة : / هوية رقم
() وهو/ي الأسيرة المسجلة لدى الهيئة
في مديرية : لإصدار/ تجديد تأمين صحي ساري المفعول من تاريخ
(/ / 2016 وحتى تاريخ / / 2016) على حساب الهيئة وذلك وفقاً
للاتفاقية الموقعة بين هيئة شؤون الأسرى والمحررين ووزارة الصحة .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

مدير مديرية

رئيس قسم التأمين

رقم الهوية

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم البطاقة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة - إدارة التأمين الصحي
رام الله

طلب تسجيل

١- تفاصيل عن صاحب التأمين

اسم العائلة		اسم الجد		اسم الأب		الاسم الأول		
علامة المنطقة	علامة البلاد	عدد المرافقين	الحالة للشخصية	تاريخ الميلاد			العنوان	البلاد
				يوم	شهر	سنة		
ختم المكتب	مكان العمل	جهة العمل	نوع التأمين	تاريخ بداية التأمين			رمز العيادة	للميادة
				يوم	شهر	سنة		
توقيع الموظف		أوافق على الإنضمام الى نظام التأمين الصحي الحكومي و أتعهد بالالتزام به .						
		التوقيع : التاريخ :						

٢- تفاصيل عن المرافقين لصاحب التأمين :

ملاحظات	تاريخ الميلاد	رقم هوية المرافق	القرابة	الإسم	متضمن
					.١
					.٢
					.٣
					.٤
					.٥
					.٦
					.٧
					.٨
					.٩
					.١٠
					.١١