



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

اداره کل آموزش و پرورش استان زنجان
اداره آموزش و پرورش ناحیه یک زنجان

باسمه تعالی

شماره: ۵۷۰۱/۱۲۶۳۸۷/۷۳

تاریخ: ۱۳۹۶/۸/۲۱

پیوست: دارد

سال ۱۳۹۶ (سال اقتصاد مقاومتی، تولید و اشتغال)

کمیته بررسی بخشنامه ها و دستورالعمل های اداری
اداره آموزش و پرورش ناحیه یک زنجان

مجریان: کلیه مراکز آموزشی، واحدهای اداری، پژوهش سراها، سالن های ورزشی و درمانگاه فرهنگیان

رئیس / معاون: مدیر

نوع آموزشگاه: دولتی و غیر دولتی

جنسیت: پسرانه - دخترانه - مختلط

محل جغرافیایی: شهری - روستایی

اطلاع رسانی: شود

ضمائم: دارد

طرح رده بندی بخشنامه ها و دستورالعمل ها

ردیف: ۱-۷۷ تاریخ: ۹۶/۸/۲۱

نوع آموزشگاه: دولتی / غیر دولتی / کلیه ابتدایی / راهنمایی / متوسطه نظری / پیش دانشگاهی / فنی و حرفه ای / کاردانشی / آزمایشگاه / کانون فرهنگی و تفریحی / مجتمع های ورزشی

به: کلیه مراکز آموزشی، واحدهای اداری، پژوهش سراها، سالن

های ورزشی و درمانگاه فرهنگیان

از: اداره آموزش و پرورش ناحیه یک زنجان

موضوع: بیمه تکمیلی

با سلام

احتراماً؛ به استناد بخشنامه ی شماره ی ۵۷۰۰/۳۰۲۶۱/۷۳ مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۱۷ اداره کل آموزش و پرورش استان زنجان و با عنایت به اتمام قرارداد بیمه ی تکمیلی و اهتمام وزارت متبوع برای استمرار آن و نظر به اهمیت تأمین سلامت فرهنگیان محترم و حمایت های مادی و معنوی از ایشان در قبال بیماری ها و حوادث غیرمترقبه و براساس سیاست های دولت محترم و اهتمام مقام عالی وزارت مبنی بر ارایه ی پوشش بیمه ای مناسب برای فرهنگیان و خانواده های گرامی آنان، وزارت آموزش و پرورش جهت اجرای بیمه درمان تکمیلی، قرارداد بیمه را همانند سال قبل با شرکت بیمه آتیه سازان حافظ تمدید نموده است، لذا مراتب جهت اطلاع و اقدام مناسب به همکاران ذینفع به شرح ذیل اعلام می گردد:

- ۱- مدیران محترم نسبت به اطلاع رسانی مناسب به کلیه همکاران، جهت اعمال هر گونه تغییرات (افزایش یا کاهش) در تعداد افراد بیمه شده ی آنان اقدام نمایند.
- ۲- کلیه ی همکاران و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده اند از تاریخ ۹۶/۸/۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان خواهند بود و می توانند طبق روال گذشته از خدمات درمانی بهره مند شوند و لازم نیست به اداره مراجعه نمایند.
- ۳- همکارانی که در سال جاری تمایل به عضویت و بهره مندی از پوشش درمان تکمیلی را دارند، می توانند با مراجعه به سامانه اطلاعات بیمه تکمیلی فرهنگیان شاغل آموزش و پرورش به نشانی www.bimeh.zanjanedu.ir نسبت به ثبت نام خود و افراد تحت تکفل خود اقدام و در اولین فرصت با همراه داشتن فرم عضویت تکمیل شده (فرم شماره یک) جهت انجام مراحل بعدی و کسر از حقوق به کارشناسی تعاون و امور رفاهی ناحیه مراجعه نمایند. " لازم است همکاران محترم در تکمیل فرم مذکور دقت لازم را داشته باشند و اطلاعات خواسته شده را به طور دقیق ثبت نمایند."
- ۴- حداکثر مهلت ثبت نام و عضوگیری از اعضای جدید (اعم از کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی) تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۳۰ می باشد و به هیچ عنوان تمدید نخواهد شد. لذا این اداره پس از انقضای مهلت مقرر فقط نسبت به بیمه نمودن کارکنان (جدیدالاستخدام، انتقالی از سایر دستگاه ها، مأمورین، نوزادان و همسر همکاران بیمه شده ای که در طول مدت قرارداد ازدواج می نمایند) اقدام خواهد نمود.
- ۵- حق بیمه ی درمان تکمیلی برای هریک از فرهنگیان (رسمی و پیمانی) و افراد تحت تکفل آنان به ازای هر نفر مبلغ ۵۴۰/۰۰۰ ریال می باشد که ۱۲/۰۰۰ ریال از خود همکاران و ۲۷۰/۰۰۰ ریال توسط وزارت آموزش و پرورش پرداخت خواهد شد. "افراد تحت پوشش براساس ماده ۴ فصل اول شیوه نامه ی درمان عارتند از: " کلیه ی افراد تحت تکفل همکاران (بدون حق انتخاب و برابر با تعداد افراد اصلی بیمه پایه سلامت) که به طور تمام وقت دراستخدام وزارت آموزش و پرورش می باشند، بنابر این ازگزینه اش افراد خانواده خودداری گردد.
- ۶- کارکنان قراردادی و خانواده ی تحت تکفل ایشان با پرداخت کل مبلغ حق بیمه (۳۷۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر) می توانند تحت پوشش بیمه ی درمان تکمیلی قرارگیرند.
- ۷- والدین و همسر کارکنان محترم خواهر (قرارداد نوع دوم) طبق جدول تعهدات مندرج در صفحه ۱۵ شیوه نامه و رعایت سقف هزینه، می توانند با پرداخت حق بیمه به مبلغ ۴۳۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر، عضویمه ی تکمیلی درمان (قرارداد نوع دوم) شوند.

- ۸- با توجه به اینکه بیمه تکمیلی سال قبل تا پایان مهرماه سال ۱۳۹۶ اعتبار داشت، به اطلاع می‌رساند همکاری که مایل به عضویت در بیمه درمان تکمیلی در سال جاری نیستند، می‌توانند یا همراه داشتن دفترچه های درمانی خود و افراد تحت تکفل، به کارشناسی تعاون و امور رفاهی ناحیه مراجعه نموده و نسبت به تکمیل فرم انصراف از بیمه اقدام و انصرافشان را اعلام نمایند. در غیر این صورت طبق مقررات شیوه نامه‌ی پیوست اقدام خواهد شد. بنا بر این اگر همکاری نا تاریخ ۹۶/۸/۳۰ از عضویت در بیمه تکمیلی انصراف داده و حق بیمه از حقوقش کسر گردد، در آذر ماه سال جاری مبلغ کسر شده به حساب وی برگشت داده خواهد شد. همکاری که لازم است با دلایل مثله در افراد تحت تکفل خود (فرزندان و همسر...) به دلیل ازدواج، اشتغال به کار و یا فوت ... تغییراتی ایجاد نمایند، باید در اسرع وقت به کارشناسی تعاون و امور رفاهی ناحیه مراجعه و کتباً نسبت به (کاهش و افزایش) افراد تحت تکفل خود اقدام نمایند.
- ۹- همکاری که در طول سال تحصیلی بازنشسته خواهند شد، بلافاصله پس از صدور حکم بازنشستگی نسبت به تحویل هولوگرام الصاقی در دفترچه خود و افراد تحت تکفل به کارشناسی تعاون اداره اقدام نمایند. بدیهی است مسئولیت هرگونه استفاده از هولوگرام پس از تاریخ بازنشستگی به عهده همکار می‌باشد. ضمناً به همکاران محترم بازنشسته‌ی جدید نیز اطلاع رسانی شود تا هولوگرام الصاقی در دفترچه های خود را در اسرع وقت به واحد تعاون و امور رفاهی ناحیه تحویل نمایند. " لازم به ذکر است همکاران بازنشسته در صورت استفاده از بیمه تکمیلی پس از تاریخ بازنشستگی، باید هزینه های دریافتی را عودت دهند در غیر این صورت از حقوق ایشان کسر و به حساب بیمه واریز خواهد شد."
- ۱۰- پرداخت هزینه های مربوط به مدارک پزشکی، بعد از ارسال لیست اسامی بیمه شدگان به شرکت بیمه آتیه سازان، مقدور خواهد بود.
- ۱۱- کلیه اعضای بیمه تکمیلی سال ۹۶ نسبت به کنترل کسورات بیمه تکمیلی در فیش حقوقی آبان و آذر ۹۶ مبادرت نمایند و در صورت وجود هرگونه مغایرت، موارد را سریعاً به صورت کتبی به کارشناسی تعاون و رفاه اداره اعلام نمایند. در صورت عدم مراجعه، این اداره هیچگونه مسئولیتی نخواهد داشت.
- ۱۲- مسئولیت اطلاع رسانی مناسب به همکاران ذینفع و اجرای دقیق بختنامه برعهده‌ی مدیریت محترم آموزشگاه خواهد بود. ضمناً شیوه نامه بیمه تکمیلی سال ۹۶ جهت اطلاع همکاران به پیوست ارسال می‌گردد.

دویرانی
مدیر اداره آموزش و پرورش ناحیه یک زنجان
 ۲۰۹۱

رونوشت:

- ریاست محترم اداره
- معاونت محترم پشتیبانی
- تعاون و رفاه

شماره نامه خرید خدمت مازاد بر سهم پیمان (مستوفی در مان)

شأنین وزارت آموزش و پرورش ۱۳۹۶-۹۷

با عنایت به تفاهیم نامه منعقد فی مابین شرکت انبه سازان حافظ که بعد از این طرف اول نامیده می شود و وزارت آموزش و پرورش که بعد از این طرف دوم نامیده می شود مبنی بر جریان مازاد هزینه های درمانی کارکنان وزارت آموزش و پرورش. هر یک از ادارات کل آموزش و پرورش و شعب شرکت انبه سازان حافظ در کشور صرفت به رعایت و اجرای دقیق ماده ۳ پیوسته می باشد.

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مراد است و غیر از سی گیرند

ماده (۱) طرف اول :

شرکت انبه سازان حافظ به نشانی تهران خیابان شهید بهمن تهران شماره ۱۳۹۶۷۷۷
شماره ۱۳۹۶۷۷۷

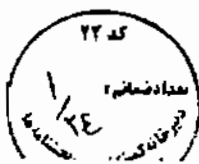
ماده (۲) طرف دوم :

وزارت آموزش و پرورش به نشانی: تهران، خیابان شهید بهبهنگری، رسیدگی به خیابان سیه، پلاک ۱۳۹۶۷۷۷
شهر شهید محسنی، پلاک ۵۶ ساختمان شهید رحایی معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی تهران ۱۳۹۶۷۷۷
و شماره ۸۲۲۸۸۰۱۱

ماده (۳) تعاریف و اصطلاحات

۳-۱ حادثه عبارتست از هر بر فعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده نفس من شده بروز کرده باشد و باعث بروز امراض جسمی من شده گردد. رعایت به اختصاص ۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث سرانجام و مازاد بازنشستگی در صورت عدم پرداخت حرامات و سرج و اندکی در همه و حدی می باشد. شش و درمانی و شش و غیره در صورت عدم پرداخت حرامات و سرج بهداشت. درمان و آموزش پزشکی من باشد و در تعهد این قرارداد من باشد.

۳-۲ بیماری عبارتست از هرگونه عارضه جسمی، روحی و یا اختلال در حال طبیعی اعصاب و حیرت مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.





۳-۳- خسارت متفرقه (مستقیم): هزینه های تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که راسا توسط بیمه شده پرداخت و اسناد آن جهت انجام رسیدگی به طرف اول ارائه و سپس از طریق طرف اول به طور سیستمی به حساب بانک ملی بیمه شده واریز می گردد.

۳-۴- خسارت غیر مستقیم: هزینه تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که مستقیما از سوی مراکز تشخیصی، درمانی طرف قرارداد برای طرف اول ارسال تا وقت قرارداد منعقد با آن مرکز مورد رسیدگی قرار گرفته و توسط طرف اول پس از تامین اعتبار لازم در وجه مرکز مزبور پرداخت می گردد.

۳-۵- فرانشیز: سهم بیمه شده از هزینه های مورد تعهد است که میزان آن در قرارداد تعیین گردیده است.
۳-۶- دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن صندوق تعهدی به جبران خسارت ندارد و شامل بیمه شدگانی می گردد که در سال گذشته هیچگونه پوشش بیمه درمان مکمل بصورت معتمد نداشته اند.

تبصره ۱: دوره انتظار مشمول این فرار داد نمی گردد.

ماده ۴) افراد تحت پوشش:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به طور تمام وقت در استخدام وزارت آموزش و پرورش می باشند به همراه کلیه افراد خانواده آنها بدون حق انتخاب و همچنین والدین تحت تکفل که از سنوات گذشته تحت پوشش بیمه طلائی بوده و اسامی ایشان در فهرست بیمه طلائی می باشد. لازم به ذکر است والدین کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) که در سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی طلائی نبوده اند و نیز همسر کارکنان انات (رسمی، پیمانی و قراردادی) می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی دوم فرار بگیرند.

تبصره ۱) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل و همسر با همسران دائمی و فرزندان بدون حق انتخاب.

تبصره ۲) کارکنان مؤنث می توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش فرار بگیرند. حتی اگر دفترچه بیمه پایه آنها به تبع بیمه شده اصلی نباشد.

تبصره ۳) کلیه فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده اند از تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان خواهند بود و می توانند با ارایه هولوگرام های در اختیار، از خدمات مراکز درمانی و مزایای صندوق درمان بهره مند

۲۲ کد
مدت اعتبار: ۳/۲۴
۱۳۹۶



تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

گردند. کارکنانی که تعادل به عضویت و بهره مندی از پوشش درمان تکمیلی سال جاری را دارند نیز می توانند ضمن مراجعه به کارشناس های تعاون و امور رفاهی اداره آموزش و پرورش محل خدمت خود، با تکمیل فرم مخصوص تحت پوشش خدمات و تمهیدات صندوق درمان فرهنگیان قرار بگیرند.

تبصره ۴) ضمن تأکید بر ادامه پوشش درمان تکمیلی برای همه ی فرهنگیان محترم و افراد تحت تکفل ایشان، ضروری است از سوی ادارات کل آموزش و پرورش ترتیبی اتخاذ گردد که در صورت انصراف هر یک از کارکنان نسبت به تکمیل فرم مربوطه و تحویل هولوگرام به ادارات محل خدمت اقدام شود. بدیهی است فهرست اسامی افراد مذکور نیز می بایست بلافاصله به شعب مجری اعلام گردد.

مسئولیت هرگونه استفاده از هولوگرام و یا ممرینامه از تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۶ توسط افرادی که از پوشش درمان تکمیلی انصراف داده اند به عهده افراد ذینفع و اداره کل آموزش و پرورش مربوطه خواهد بود.

تبصره ۵) شرط سنی:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعد مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش می باشند.

ب) فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می باشند.

ج) نوزادان از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ تولد تحت پوشش قرار می گیرند.

د) چنانچه فرزندان نفر اصلی دچار معلولیت ذهنی - جسمی - نقص عضو دائم یا موقت باشند، تأمین هزینه های درمان آنها بدون در نظر گرفتن شروط مندرج در بند «الف» تبصره ۵ تحت پوشش خواهند بود. لازم به توضیح است که افراد نیمی فرزندان معلول فوق الذکر مشمول این شیوه نامه نمی گردند.

ه) کارکنانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها در لیست اولیه و پرداخت حق بیمه متعلقه به صورت یکجا تا پایان قرارداد می توانند تحت پوشش قرار گیرند. ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان

۲۲۵۳
در بنام
۱۳۹۶/۰۸/۰۶
تاریخ

می‌رسد و در لیست اولیه اعلام نشده‌اند تا ۲۵ روز پس از انقضای مرخصی با ارائه مستندات و نامه کتبی طرف دوم و پرداخت حق بیمه مربوطه می‌توانند از ابتدای قرارداد به عضویت در آیند و افرادی که نمی‌خواهند بعد از مرخصی در لیست بیمه‌شدگان باقی بمانند مشروط به عدم دریافت هزینه، معرفی‌نامه و یا هولوگرام، ضمن تکمیل فرم تعهدنامه مبنی بر عدم استفاده از خدمات مندرج در این شیوه‌نامه می‌توانند به تاریخ شروع مرخصی، پایان پوشش یابند. تأمین پرداخت سرانه کسانی که در طی مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی استفاده می‌نمایند تا پایان قرارداد بر عهده ادارات کل آموزش و پرورش استان می‌باشد (پرداخت توسط افراد مشمول به صورت یکجا از شروع مرخصی بدون حقوق و با استعلاجی تا پایان قرارداد خواهد بود).

در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی در طول مدت تفاهم‌نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه‌ای منوفی از پوشش این قرارداد خارج و ادارات کل آموزش و پرورش می‌بایست برای بهره‌مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری معرفی نمایند.

تبصره ۶) کارکنان شاغل طرف دوم و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می‌شوند که دارای دفترچه بیمه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره) و یا سایر بیمه‌گران پایه باشند.

ماده ۵) موضوع بیمه :

عبارنت از جبران هزینه‌های خدمات تشخیصی ویژه و دوران بستری در بیمارستان شامل زایمان، خدمات درمانی طبی و اعمال جراحی ناشی از بیماری مشمول بیمه مازاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و سایر شرکت و سازمانهای بیمه گر بر طبق شرایط مفرد در این قرارداد.

ماده ۶) تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:
خلاصه جدول تعهدات به شرح ذیل می‌باشد.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان

آیین نامه

تعالی

تاریخ:
شماره:
پوست:

تعمدات		سقف تعهدات (ریال)	فراشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	جراحی های تخصصی	بدون سقف	٪ ۳۰
	درمان طبی و سایر اعمال جراحی	بدون سقف	٪ ۳۰
	زایمان (طبی و سزارین، کورتاز، تشخیصی و نخله ای)	۱۲۰۰۰۰۰۰۰	٪ ۳۰
هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان (صرفاً زوجین نازا و فاقد فرزند)	بدون سقف	٪ ۳۰	
هزینه های پاراکلینیک	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ۳۰٪ فراشیز	
ویزیت پزشکان	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ۳۰٪ فراشیز	
فراشیز داروی درنمید بیمه شدگان و ملزومات دارویی (سرونگ، آنژیوکت، ست سرم)	بدون سقف	---	
هزینه تهیه اعضای طبیعی بیوندی با تأیید انجمن های مربوطه	بدون سقف	٪ ۳۰	
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال	٪ ۲۰	٪ ۲۰
هزینه های آرتز و پروتز (طبی، تعرفه و تعریف وزارت بهداشت)	بدون سقف	٪ ۳۰	
بینک ولتر طبی	تا سقف ۷۰۰۰۰۰۰۰ ریال	٪ ۳۰	
اسولانس دو هر مورد	داخل شهر	۱۷۰۰۰۰۰۰۰ ریال	
	خارج شهر	۲۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال	

- تعهدات و خدمات برای هر یک از افراد تحت پوشش کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تیمی مشمول عبارت است از:

تبصره ۱) جبران هزینه های بستری و جراحی و شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف (مرتبط با جراحی های خوش خیم و بدخیم) و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE درمان طبی و زایمان های زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نظیر CCU، ICU، اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد.

الف) تعهد در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی دو مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه هولوگرام یا دریافت معرفی نامه از

کد ۲۲
شماره: ۵/۳
تاریخ:

(۵)

فراشیز ٪ ۳۰



تجارت

تاریخ:
شماره:
پیوست:

طرف اول بر اساس صورتحساب بیمه‌ای مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب) تعهدات در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد طرف اول و با مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین نمره مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و یا کسر سهم بیمه پایه و در موارد عدم تعهد بیمه پایه با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

ج) بیماری‌های خاص این تفاهم نامه:

- شامل: بیماری‌های هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند ها مانند کلیه، کبد و سایر پیوندها (به جز پیوند اندام‌ها و نرنیه) و بیماری‌های صمب‌الملاج شامل انواع سرطان، بیماری‌های پره کانسر، MS، ALS، پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماری‌های متابولیک وارثی، سوختگی، هیپاتیت، آرتربیت روماتوئید، لوپوس ارینماتو، بیماری‌های کرون و بهجت و ایدز می باشد، که بر اساس این شیوه نامه پرداخت هزینه تماسی داروهای درمان این بیماریها، اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه با اعمال فرانشیز مقرر در متن قرارداد و در صورت عدم تعهد بیمه پایه، بدون فرانشیز می باشد.

- پرداخت هزینه کیسه کولستومی در بیماران مبتلا به سرطان پس از کسر سهم بیمه پایه و یا فرانشیز مقرر در متن قرارداد.

شایان ذکر است هزینه داروهای مکمل و تغذیه‌ای به استثناء آلبومین که در درمان عوارض بیماری و یا عوارض ناشی از درمان به کار می روند، قابل پرداخت نمی باشد.

د) جبران هزینه‌های بیماری‌های ضعف عصب و عضله از جمله (پولی میوزیت، دوشن و ...) و بیماری‌های خود ایمن از جمله (گیلن باره، همفیگوس، پسوریازیس، شوگرن و ...)، بیماری‌های نوروپاتی (به استثناء نوروپاتی های ناتویه به بیماری نظیر دیابت و غیره)، بر اساس این شیوه نامه هزینه تماسی داروهای درمان این بیماریها که در فهرست دارویی رسمی کشور و در تعهد بیمه پایه باشند پس از کسر سهم بیمه پایه و داروهای خارج از فارماکوپه بیمه با اعمال ۳۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۲۲۵
۱۳۹۴
۵



تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

تبصره ۲) پرداخت هزینه‌های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی رنخلیه‌ای) در طول مدت قرارداد تا سقف ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با اعمال ۳۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۳) تأمین هزینه‌های پاراکلینیکی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و لیزر فیزیوتراپی و مگنت تراپی (حداکثر ۱۰ جلسه برای هر اندام در ماه)، ادیومتری، گفتاردرمانی و کاردرمانی (حداکثر ۲۰ جلسه در ماه)، لیزر درمانی غیرزیبایی، PRP در موارد غیر زیبایی، خدمات اورژانس و سایر اعمال پاراکلینیکی تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت رزیران در بخش خصوصی و دولتی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم ییمه پایه بدون فرانشیز می‌باشد.

تبصره ۴) هزینه‌های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم؛ درجه دروینی یا نزدیک‌بینی به اضافه نصف درجه آسینگمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ (چهار میلیون ریال) با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است.

تبصره ۵) جبران هزینه اروتز و پروتز مطابق تعریف وزارت بهداشت، پروتزهایی در تعهد می‌باشد که داخل بدن به کار رفته و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول بر اساس نرخ مراکز مجاز و معیار تجهیزات پزشکی که در سایت وزارت بهداشت و درمان موجود باشد و در خصوص اروتز صرفاً آنل‌هایی همچون گردن‌بند، کمربند، زانوبند و بریس که توسط پزشک متخصص ارتوپدی ر منزل و اعصاب تجویز گردد مورد تعهد می‌باشد. در نتیجه مواردی همچون عصا، راکر، سمک، ویلچر، کنش ر کفی طبی، دستگاه فشارسنج و سایر موارد در تعهد این قرارداد نمی‌باشد.

تبصره ۶) تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد طرف اول.

تبصره ۷) تأمین هزینه‌های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه‌شدگان (صرفاً زوجین نازا ر نافع فرزندی) بر مبنای تعرفه همترازی در مراکز طرف قرارداد طرف اول با کسر ۳۰٪ فرانشیز



تاریخ:
شماره:
پیوست:

و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. شایان ذکر است جبران هزینه دارویی این گروه مطابق تبصره ۱۶ همین ماده می باشد.

تبصره ۸) تعهدات در رابطه با آمبولانس و همراه به شرح زیر است:

الف) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک.

ب) در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد یا تأیید بیمارستان مبداء و یا تأیید پزشک معتمد طرف اول هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستان و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد بین شهری و در موارد آمبولانس شهری تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ (یک میلیون) ریال در هر مورد قابل پرداخت می باشد.

ج) هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد طرف اول پرداخت می گردد. در هر مورد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول الزامی است.

تبصره ۹) تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یک سال بیمه ای حداکثر تا سقف ۷۰۰/۰۰۰ ریال (هفتصد هزار ریال) مشروط به تجویز چشم پزشک (بدون ارائه برگه کامپیوتری) یا اپتومتریست یا ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم توسط عینک فروشی معتبر. در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست در صورتی که شماره چشم کوچکتر و یا مساری ۰/۵ باشد علاوه بر مدارک فوق ارائه گواهی چشم پزشک نیز الزامی می باشد.

تبصره ۱۰) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحساب های درمانی و بر اساس مفاد شیوه نامه قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه ها، پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده، به همراه تصویر چک مربوطه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۱) جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه گر پایه و حداکثر براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در



تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

بخش دولتی و خصوصی و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۱۲) هزینه خدمات طب مکمل (طب سنتی، هومیوپاتی، طب سوزنی و...) در صورت انجام توسط پزشک حداکثر معادل تعرفه ریزیت پزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۳) جبران فرانشیز داروهای در تمهد بیمه پایه.

تبصره ۱۴) نسخ آزاد قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره ۱۵) حق فنی داروخانه به عهده فرد تحت پوشش می باشد.

تبصره ۱۶) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه گراول با کسر فرانشیز ۳۰٪ امکان پذیر خواهد بود.

تبصره ۱۷) جبران سی درصد (۳۰٪) هزینه آزمایشات ژنتیک و آزمایش های ارسالی به خارج از کشور (در کتاب ارزش نسبی خدمات ارزش گذاری نگردیده) مشروط بر ارائه دلیل علمی برای انجام آزمایش.

تبصره ۱۸) طرف اول طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم افراد تحت پوشش به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که افراد تحت پوشش بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمان های مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

ماده ۷) فرانشیز تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد است که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد.

۷-۱- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۴، ۵، ۷ و ۹ از ماده ۶ این شیوه نامه

(انواع بستری، زایمان، لیزیک، اورنز و پروتز، اعضای پیوندی، نازائی و ناباروری، عینک) بابت

سهم بیمه گر اول، ۳۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تمهد است. بدیهی است چنانچه

افراد تحت پوشش به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نمایند و یا به هر نحوی از سهم

بیمه گر اول استفاده کنند، فرانشیزی از صورتحساب بیمه ای ایشان کسر نخواهد شد.

۷۳/۱
۵۴۴۶
تاریخ:
شماره:
پیوست:



تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوسته:

۷-۲- حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۱ و ۱۲ ماده ۶ این شیوه نامه (وزیریت) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می باشند معادل تعرفه بخش خصوصی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد. همچنین حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۳ ماده ۶ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک و اعمال مجاز سرپایی) که تابعی از k می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه های طرف اول و با ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

استثناء: در صورت مراجعه کارکنان تحت پوشش به مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی جهت دریافت خدماتی که تعرفه مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی ایشان طبق مفاد شیوه نامه قابل پرداخت می باشد.

۷-۳- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به نایب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می باشند.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد و ارزش گذاری نگردیده باشد در صورت تأیید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه افراد تحت پوشش به مراکز درمانی طرف قرارداد با طرف اول که فاقد قرارداد با بیمه گر پایه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک رأساً نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.
تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد به عهده افراد تحت پوشش بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

۷-۴- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۲ از ماده ۶ قرارداد هزینه های رفع عيوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است

۳۳۰۰
۱۳۹۴
۹۴۴



۷-۵- از خدمات موضوع تبصره ۸ ماده ۶ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

ماده ۸) استثنائات تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول: موارد زیر از شمول تعهدات این گروه خارج می باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۲. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد و در خصوص اعمال درمانی توأم با اعمال زیبایی نظیر سپتوپلاستی همراه با رینوپلاستی، پرداخت هزینه مشروط به پرداخت سهم بیمه گر اول می باشد.

۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه گر و تأیید مراجع قانونی.

۴. بیماری های فراگیر (ایدی).

۵. هزینه چک آب و آزمایشات دوره ای و سایر هزینه های درمانی که طبق تواتین کار به عهده کارفرما می باشد.

۶. هزینه های واکسیناسیون، مگر در موارد بستری که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورتحساب بیمارستانی موجود باشد.

۷. ترک اعتیاد.

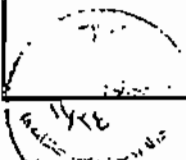
۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آشفشان.

۹. فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.

۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، نیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.

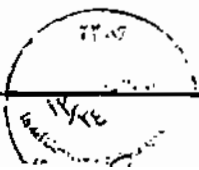
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماری های عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر بیمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.

۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول.





۱۳. جراحی نک و جراحی لته. مگر جراحی نک که به علت حوادث تحت پوشش و با تأیید پزشک معتمد طرف اول انجام شود.
- تبصره: در بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه‌ای دارد از جمله مکمل‌های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی- آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان و وسایل کمک توانبخشی از جمله جوراب راریس، ویلچر، عصا، عبتک آفتابی، سمک، و موارد مشابه.
۱۶. هزینه‌های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.
۱۷. عمد بیمه شده دو تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۱۸. خودکشی، قتل و جنایت.
۱۹. هزینه نگهداری بیماری‌های سایکوتیک، منظور از بیماری‌های سایکوتیک (روانی و جنون) آن دست از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بیش نداشته باشد.
۲۰. اعمال جراحی عقیم‌سازی در آقایان و بستن لوله‌ها در خانم‌ها (به جز در مواردی که به عنوان عمل دوم در جراحی‌های داخل شکم انجام شود).
۲۱. کلیه هزینه‌های مربوط به تصادفات رانندگی.
۲۲. خدمات سربانی نظیر نوزیقات، بانسمان، اکسیژن‌تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.
۲۳. ویزیت و مشاوره و وانشناس، ویزیت اپتومتریست، ماما و سایر کارشناسان و PHDهای پروانه‌دار نظیر تغذیه و ...
۲۴. کلیه خدمات دندان‌پزشکی اعم از ویزیت دندان‌پزشکان، کلیه تصویربرداری‌ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۵. هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده رتعمرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه‌های درمان با سلول‌های بنیادی و خدمات جدید که فائده تعرفه مشخص می‌باشند.
۲۶. اقدامات درمانی جهت آسیب‌های ناشی از سلاح‌های سرد و گرم.





ماده ۹ - تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

درزاء دریافت حق بیمه مقرر موضوع قرارداد تعهدات صندوق برای یکسال بیمه ای برای هر یک از بیمه شدگان عبارت است از:

تبصره ۱) جبران هزینه های بستری اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان (جراحی تومورهای بدخیم)، اعمال جراحی قلب، منز و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، آنژیوپلاستی قلب، هزینه کلبه اهدائی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند منز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه حداکثر تا سقف ۱۰۰/۱۰۰۰/۱۰۰۰ ریال.

تبصره ۲) جبران هزینه های بستری اعمال جراحی عمومی و درمان طبی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE، شیمی درمانی (بستری و سرپایی، داروهای تخصصی)، جراحی ستون فقرات، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر ICU، CCU، حداکثر تا سقف ۵۰/۱۰۰۰/۱۰۰۰ ریال از محل تعهدات تبصره ۱ ماده ۹ می باشد.

تبصره ۳) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین) و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای در طول مدت قرارداد حداکثر تا سقف ۵/۱۰۰۰/۱۰۰۰ ریال.

تبصره ۴) بیماریهای خاص قرارداد شامل انواع سرطان و شیمی درمانی، MS، بیماریهای هموفیلی، نالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه و پیوند منز استخوان، پیوند کبد، ریه می باشد. تعهد صندوق جهت این بیماران شامل پرداخت هزینه داروهای اختصاصی درمان اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه از محل تعهدات تبصره ۲ ماده ۹ می باشد.

تبصره ۵) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و براساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه ها پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکرشده به همراه تصویر چک مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

۲۳۸۴
۱۴/۴۴
۵۵

تعالی

Fax Number : 02614263453
Name : Tehran ZnjEd

بیمه‌ری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش

آیپه سازمان سنجش

تاریخ:
شماره:
Name/Number:
Page: 0
Start Time: 22-MAY-2012 21:41 TUE
Elapsed Time: 00'00"

Mode: SPD G3
Results: [No Answer]

تبصره ۶) طرف اول طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان SPD G3 درماتس تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود

بنحویک بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تبصره ۷) طرف اول و طرف دوم می توانند مدارک ارائه شده از طرف بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نمایند.

تبصره ۸) تعهد صندوق در مورد اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول در طول مدت قرارداد پس از دریافت معرفی نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

تبصره ۹) تعهدات صندوق در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد طرف اول و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و پس از کسر سهم بیمه پایه و یا اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۰) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه اول از قبیل انواع اسکن MRI، سونوگرافی، ماموگرافی، ام آر آی، انواع آندرسکوپی، اکو کاردیوگرافی، سی تی آنژیوگرافی، TCD، آنژیوگرافی چشم و دانسیتومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۱) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم از قبیل تست ورزش، نوار مغز، نوار قلب، نوار عصب و عضله، اسپرومتری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی و تمپانومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۲) تامین هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در آخرین ویرایش کتاب تعرفه ارزش نسبی خدمات مانند: شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخته، کرایو تراپی، تخلیه کیست، اکسیژون ضایعات بدنی و ...

۱۳/۴۴



تعالی

تاریخ:
شماره:
پوسته:

نومور، لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

نصرت ۱۳) هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پریست کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (درجه دوربینی یا نزدیک بینی به اضافه نصف درجه آستیگمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد برای هر چشم حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ (سه میلیون ریال) قابل پرداخت است.

نصرت ۱۴) جبران هزینه آمبولانس رسابر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج، داخل شهری تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال.

نصرت ۱۵) تامین هزینه های آزمایش و پاتولوژی تا سقف نمرقه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

خلاصه جدول تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

فراشیز و توضیحات	سقف تعهدات (ریال)	تعهدات
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فراشیز ۱۳۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های تخصصی
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فراشیز ۱۳۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان طبی رسابر اعمال جراحی
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فراشیز ۷۳۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	ژاپان، سزارین، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن-انواع سس اسکن- ماسرگرافی-سونوگرافی-ام ار ای-انواع آندوسکوپی-اکوکاردیوگرافی- سس تی آنژیوگرافی و دانسیتومتری، TCD، آنژیوگرافی چشم
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی (۲) هزینه های تست ورزش، نوار عصب عضله، نوار مغز، نوار قلب، اسپیرومتری، وادبولوژی و نیز یوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان یتایی، بررسی عصب یتایی و شنوایی، نهمانومتری

۱۳/۴۴



تاریخ:
شماره:
پیوسته:

مزینه حراحی مجاز سربایی و بدون بستری مانند شکستگیها-گچ گیری سخته - پخیه-کراپوترایس-تخلیه کپست-اکسیژون ضایعات بدنی و تومور-لیزر درمانی(در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آرزوی و سایر موارد مشابه	۲۵۰۰۰۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول
مزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	نا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	فرانشیز ۲۰٪
مزینه آمبولاس	داخل شهر ۱۶۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهری ۱,۲۰۰,۰۰۰ ریال	
مزینه های آزمایش و پانولوژی	۲۶۰۰۰/۰۰۰ ریال	پس از کسر سهم بیمه گر اول

ماده ۱۰) فرانشیز تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):

منظور از فرانشیز درصد معینی از مزینه های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد.

۱-۱-۱- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۳، از ماده ۹ قرارداد (انواع بستری تخصصی و عمومی و زایمان) بابت سهم بیمه گر اول، ۳۰٪ درصد از مزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و با به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورتحساب کسر نخواهد شد.

۱-۱-۲- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۵ ماده ۹ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سربایی و مزینه های آزمایش و پانولوژی) که که تا بمی از k می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه یابه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه یابه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیزی باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه های طرف اول و با ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

۱-۱-۳- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱۳ از ماده ۹ قرارداد مزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰٪ درصد از مزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است

۱-۱-۴- از خدمات موضوع تبصره ۱۴ ماده ۹ فرانشیزی کسر نخواهد شد.



تاریخ:
شماره:
پیوسته:

استثناء: در صورت مراجعه بیمه شده جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی که تعرفه های مصوب را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی بیمه شده طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۱-۵- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سربایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می باشند.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد در صورت تایید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه که فائده قرارداد با بیمه گریه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راسا نسبت به دریافت سهم بیمه گر بایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

ماده ۱) استثنائات تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی):
موارد زیر از شمول تعهدات صندوق درمان برای این گروه خارج می باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۲. اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می شود و یا همراه با اعمال زیبایی می باشند.

۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه گر و تأیید مراجع قانونی.

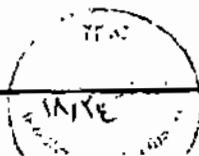
۴. درمان بیماری ابدز و بیماریهای فراگیر (ایدی).

۱۷/۴۶



تاریخ:
شماره:
پیوسته:

۵. هزینه چک آب و آزمایشات درره ای که بر طبق فوائین کار به عهده کارفرما می باشد.
۶. هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد
۷. ترک اعتیاد.
۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۹. فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، نیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هر گونه آسیب ناشی از سلاح سرد و گرم تحت هر عنوان و علت.
۱۱. اتاناق خصوصی مگر در خصوص بیماریهای عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گرمیمه شده باید در اتاناق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول.
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و با وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
- تبصره: در بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان که جنبه دارویی ندارند
۱۶. هزینه انواع اورتز (وسایل کمک توانبخشی) مانند: جوراب راریس، ویلچر، عصا، لنز (مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود)، سمک، شکم بند، کمربند طبی، کمرست طبی و موارد مشابه.
۱۷. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.
۱۸. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.





تعالی

تاریخ:
شماره:
پیوسته:

۱۹. خودکشی - قتل - جنایت.
۲۰. کلیه هزینه های مربوط به بیماری های روانی.
۲۱. اعمال جراحی عقیم سازی در آقایان و بستن لوله ها در خانم ها (بجز در مواردیکه بتوان عمل دوم در جراحی های داخل شکم انجام شود).
۲۲. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی.
۲۳. خدمات سرپائی نظیر دارو، عینک، ویزیت، مشاوره، گفتاردرمانی، کاردرمانی، تزییفات، پانسمان، اکسیژن تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.
۲۴. اعمال جراحی مربوط به درمان نازایی و ناباروری نظیر میکرو اینجکشن، IVF، ZIFT، GIFT، IUI، هزینه های دارویی و سایر هزینه های مربوط به درمان نازایی و همچنین کلیه هزینه های مربوط به برگشت اعمال عقیم سازی.
۲۵. کلیه خدمات دندانپزشکی اعم از جراحی لثه و ویزیت دندانپزشکان، کلیه تصویر برداری ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۶. هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه های درمان با سلولهای بنیادی، و ...
۲۷. کلیه خدماتی که در تعهدات ماده ۹ قید نگردیده است.

ماده ۱۲) نحوه ارسال لیست افراد تحت پوشش:

طرف دوم مکلف است حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۱۰ نسبت به اعلام اسامی نهایی افراد تحت پوشش که حاوی اطلاعاتی از جمله نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، نام پدر، کدملی، کدملی سرپرست، کدپرسنلی، شماره حساب بانک ملی کارکنان اصلی تحت پوشش، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با نفر اصلی، وضعیت تکفل قانونی فرد تحت پوشش تیمی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و ... باشد اقدام نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، طرف اول فقط نسبت به نحت پوشش فرار دادن کارکنان طرف دوم شامل: افراد جدیدالاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین، نوزادان و همسر شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می نمایند (مشروط به ارسال مستندات مربوطه مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه) و چنانکه ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ وقوع از سوی طرف دوم برای طرف اول با نامه کتبی، اقدام خواهد

۲۴.۵
۱۳
۱۳۹۶



تفاتی

تاریخ:
شماره:
پیوست:

نمود. بدیهی است پوشش بیمه‌ای کارکنانی که در سال بیمه‌ای گذشته تحت پوشش قرار داشته‌اند، در صورت عدم انصراف، کماکان به حال و قوت خود باقی است.

تبصره ۱) ارائه خدمت به اعضای جدید (افراد جدید الاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین و همسر بیمه شدگان که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند) با رعایت ضرب‌الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی طرف دوم می‌باشد. ضمناً موارد حذف شامل فوت افراد تحت پوشش و کارکنانی که رابطه همکاری با استخدامی آنان با طرف دوم قطع می‌شود، خواهد بود.

در مورد حذف افراد تحت پوشش، زمان مؤثر جهت حذف، تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود.

تبصره ۲) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده آنان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۱ ماده ۸ این شیوه نامه ثبت نگردد، به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند تحت پوشش قرار گیرند، مگر آنکه حداکثر ۴۵ روز پس از انعام مهلت ارسال لیست نهایی با نامه کتبی طرف دوم و ارائه مستندات مبنی بر پوشش بیمه‌ای سال قبل به طرف اول اعلام گردد.

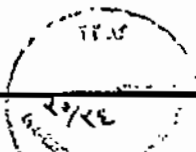
فصل دوم: شرایط و میزان تعهدات

ماده ۱۳) حدود تعهدات:

تبصره ۱) ملاک عمل طرف اول برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۷ و کسر ۲۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۹ خواهد بود.

تبصره ۲) طرف اول تعهد می‌نماید که پس از دریافت کلبه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به افراد تحت پوشش مطابق با مفاد این شیوه نامه اقدام نماید.

تبصره ۳) طرف اول می‌بایست هزینه بیمارانی که با معرفی نامه کتبی طرف اول و هولوگرام، سامانه دریافت کد رهگیری و با کارت هوشمند از مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول استفاده می‌نمایند، برابر صورتحساب‌های بیمه‌ای مراکز فوق‌الذکر پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا اعمال فرانشیز مربوطه مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتی که افراد تحت





پوشش مستقیماً و بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز طرف قرارداد و با مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند. هزینه‌های درمانی حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستان‌های هم‌تراز طرف قرارداد یا طرف اول در استان محل انجام خدمت ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد که در نهم می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌تواند از صد در صد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول طرف اول مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان‌ها و شرکت‌های مذکور در این تبصره طبق مفاد شیوه‌نامه می‌باشد.

تبصره ۵) طرف اول می‌بایست بیمارستان‌های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار خارج از مفاد این شیوه‌نامه فی‌مابین طرف اول و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران را تحت هر عنوان در صورت حساب ثبت نماید و در صورت اخذ هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبته هزینه محاسبه و پس از کسر از صورت حساب بیمارستان طرف قرارداد به بیمار پرداخت گردد.

تبصره ۶) طرف اول متعهد می‌گردد که به منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد تحت پوشش و همچنین جلب رضایت‌مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمانی خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه‌های مصوب هیات مجترم وزیران و تلاش مضاعف جهت خرید راهبردی خدمات اقدام نماید. تا افراد تحت پوشش با اخذ معرفی‌نامه از طرف دوم از مزایای صندوق درمان بهره‌مند شوند. ضمناً طرف اول متعهد می‌گردد حداکثر توان خود را در عقد قرارداد با اکثر بیمارستان‌ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع‌رسانی به افراد تحت پوشش به کار گیرد.

تبصره ۷) هزینه‌های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده‌اند در زمان صلح مشمول بیمه می‌باشند.

تبصره ۸) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی (خدمات بستری) خارج از کشور افراد تحت پوشش حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های درجه یک طرف قرارداد با طرف اول معادل هم‌ارز ریالی بر اساس نرخ اعلامی توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان



خواهد بود و طبق مفاد شیوه نامه پس از اخذ سهم بیمه پایه قابل پرداخت می باشد. مشروط بر این که مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد (افراد تحت پوششی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی معالجه می شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند).

تبصره ۹) طرف اول مکلف است با بیمارستان ها و مراکز درمانی سرپایی و پاراکلینیکی طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت های صادره، هولوگرام، سامانه دریافت کد رهگیری و یا کارت هوشمند در اسرع وقت هماهنگی نماید. همچنین لیست بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد مذکور در کل کشور را در اختیار طرف دوم قرار دهد.

تبصره ۱۰) طرف اول می بایست در شهرها و مراکزی که فاقد شعبه اجرایی می باشد، نسبت به ارائه سوویس به افراد تحت پوشش اقدام لازم را معمول نماید.

تبصره ۱۱) ابلاغ تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیات محترم وزیران برای بخش دولتی و خصوصی و تعرفه های توافقی به شعب و اجرای دقیق تعرفه های مذکور بر اساس مواد و تبصره های این قرارداد.

تبصره ۱۲) ارسال گزارش ماهانه ریز هزینه ها و امکان دسترسی به اطلاعات و خسارت برای طرف دوم.

تبصره ۱۳) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و نظارت بر چگونگی پرداخت هزینه های درمانی افراد تحت پوشش، حق بررسی دفاتر و اسناد طرف اول برای طرف دوم محفوظ می باشد. تبصره ۱۴) طرف اول مسئول انطباق خدمات در خواستی افراد تحت پوشش با مفاد قرارداد، اعم از سقف تعهدات و محدودیت های پوشش بیمه ای آنها بوده و می بایست نسبت به جبران هرگونه اشتباه عمدی در پرداخت هزینه های درمانی و تشخیص مراکز درمانی و بیمارستان های طرف قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۱۵) در مواردی که طرف دوم نسبت به نحوه محاسبه و پرداخت خسارات (خارج از مفاد تفاهم نامه) اعتراض نماید، طرف اول موظف است ضمن بررسی موارد مطرح شده، نسبت به اعمال کنترل و دقت لازم در موارد مشابه اقدام و در صورت تکرار موارد مشابه، نسبت به جبران خسارات رارده به طرف دوم اقدام نماید.

۲۴

۴۲/۲۶



تاریخ:
شماره:
پیوست:

فصل سوم: نحوه استفاده افراد تحت پوشش از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

ماده ۱۴) افراد تحت پوشش در انتخاب پزشکان و بیمارستان‌های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.

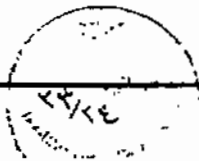
تبصره ۱) افراد تحت پوشش در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌توانند با ارائه کارت معتبر، هولوگرام و یا معرفی‌نامه لازم، از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

تبصره ۲) افراد تحت پوشش در استفاده از بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه‌ها و ارائه اسناد، هزینه‌ها متعلقه طبق مفاد شیوه نامه بر اساس درجه‌بندی بیمارستان‌های طرف قرارداد با طرف اول قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

۱. معرفی‌نامه از طرف دوم
۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی.
۳. اصل و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.
۴. کارت ملی

ماده ۱۵) افراد تحت پوشش می‌بایست هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی‌نامه یا کارت بیمه و یا هولوگرام راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد سازمان بیمه سلامت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های طرف اول اول رسیده باشد را به انضمام تصویر چک و یا حواله دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) کارت ملی بیمه شده اصلی به همراه درخواست کتبی طرف دوم و یا کارت درمانی طرف اول برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد این شیوه نامه به طرف اول تسلیم نماید. در مواردی که بیمه‌گر پایه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خود داری نماید، هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک محاسبه و پس از کسر فرانشیز با رعایت سایر مفاد شیوه نامه پرداخت خواهد شد.





جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش عالی

آبیه سازان حافظ

بسمه تعالی

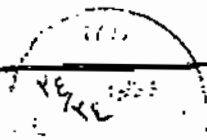
تاریخ:
شماره:
پیوست:

ماده ۱۶) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی توسط افراد تحت پوشش، در طول قرارداد و حداکثر تا سه ماه پس از اتمام قرارداد و تا تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۳۰ می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت طرف اول هیچ گونه تمهیدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۷) این شیوه نامه مشتمل بر ۱۷ ماده و ۶۸ تبصره و در چهار نسخه تنظیم یافته که هر چهار نسخه حکم واحد را دارد.

دکتر سیدمرتضی ادیبانی
مدیرعامل و عضو هیئت مدیره
شرکت آبیه سازان حافظ
طرف اول

دکتر علی الهیار توکمن
معاون توسعه مدیریت و پشتیبانی
وزارت آموزش و پرورش
طرف دوم



فرم شماره ۱ (ناحیه یک زنجان) باسمه تعالی

فرم درخواست عضویت بیمه درمان تکمیلی

این فرم پس از ثبت نام توسط همکار متقاضی در وقت مقرر در سایت اینترنتی به آدرس www.bimeh.zanjanedu.ir و دریافت کد رهگیری تکمیل و تحویل گردد و بدون مراجعه به سایت مذکور و ثبت نام فاقد اعتبار است.

همکاران رسمی، پیمانی و قراردادی

کارمندان مدارس غیرانتفاعی، همسر کارکنان مونث و والدین تمامی کارکنان کد رهگیری ثبت نام ثبت گردد

اینجانب..... نام خانوادگی..... باکد ملی..... و کد پرسنلی..... شاغل در..... بااطلاع از مفاد شیوه نامه بیمه درمان تکمیلی آموزش و پرورش، مشخصات خود و افراد تحت تکفل خویش را به شرح ذیل جهت بهره مندی از مزایای پوشش بیمه ای اعلام می دارد و به حسابداری محل خدمت خود و کالت می دهم. سرانه مربوطه را از حقوق اینجانب کسر و به حساب صندوق درمان واریز نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی بیمه شده	نسبت با بیمه شده اصلی	جنسیت	نوع دفترچه درمانی پایه	شماره دفترچه بیمه پایه
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									

تلفن ثابت..... تلفن همراه..... شماره حساب سیبای بانک ملی جهت واریز هزینه درمانی.....

تذکرات مهم:- این فرم برای ثبت نام و عضویت افراد رسمی، پیمانی و قراردادی به عنوان بیمه شده ی اصلی و افراد تحت تکفل می باشد.

- قابل توجه کارکنان مونث: کارکنان مونث می توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش بیمه درمان قرار گیرند.

- به علت محدودیت زمانی در تحویل این فرم به تاریخ و مهلت مندرج در بخشنامه توجه شود، در صورت عدم رعایت آن، هرگونه مسئولیت بعدی به عهده همکاران محترم خواهد بود.

تاریخ: امضا بیمه شده اصلی مهر و امضای محل خدمت



فرم شماره ۲ (ناحیه یک زنجان) فرم انصراف از پوشش بیمه تکمیلی درمان

توجه: با عنایت به مفاد قرار داد بیمه تکمیلی درمان

۱) انصراف بیمه شده اصلی و باقی ماندن همه یا بخشی از بیمه شدگان (تحت پوشش بیمه شده اصلی) مقدور نمی باشد.

در صورت حذف بیمه شده اصلی پوشش بیمه تکمیلی برای همه افراد خانواده و همچنین اعضای تحت پوشش قرار داد بیمه تکمیلی نوع دوم (والدین و همسر همکاران مونث) حذف خواهد شد.
۲) پرسنل اصلی و تمام اعضای خانواده (همسر و فرزندان) باید تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند و امکان تحت پوشش قرار دادن انتخابی اعضای خانواده میسر نیست.

اینجانب با کد پرسنلی و کد ملی شماره تلفن همراه شاغل
در نوع استخدام (رسمی پیمانی قراردادی خواست انصراف خود و کلیه افراد تحت پوشش را از بیمه تکمیلی درمان در سال جاری داشته و به اداره ی محل خدمت خود وکالت میدهم چنانچه از تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۱ خود و سایر افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی بهره مند شده و یا خسارتی دریافت نموده باشم، عین مبلغ خسارت دریافتی (تایید شده از طرف شرکت بیمه گر) را، بصورت کامل و یکجا از حقوق اینجانب کسر نماید. شماره حساب حقوقی بانک ملی

مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل برای انصراف از پوشش تکمیلی

نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	جنسیت	نام پدر	نسبت	محل الصاق هولوگرام

تذکر مهم: به علت محدودیت زمانی در تحویل این فرم به تاریخ و مهلت مندرج در بخشنامه توجه شود، در صورت عدم رعایت آن، هرگونه مسئولیت بعدی به عهده همکاران محترم خواهد بود.

تاریخ تکمیل: محل امضای بیمه شده اصلی