

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه

۱۷۰۱۷

تاریخ
۱۳۹۱/۴/۲۰

پست دربارت

«مال» مال تولیدی

پست اداره سید علی

شماره پستی



ورود دفتر دانشکده پزشکی
شماره
تاریخ ۱۳۹۱/۴/۲۰

معاون محترم امور بهداشتی

رئیس محترم دانشکده: پزشکی

مدیر محترم مرکز آموزشی درمانی:

سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان:

سرپرست محترم مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه

با سلام و احترام؛

با توجه به برگزاری مناقصه عمومی از طریق روزنامه های کثیرالانتشار در دو بخش بیمه تکمیلی درمان (کارکنان عادی و کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگر) و بیمه شخص ثالث و بدنه خودرو کارکنان دانشگاه نسبت به عقد قراردادهای جداگانه در موضوعات ذکر شده با شرکت بیمه میهن (سهامی عام) شعبه مرکزی کرمانشاه اقدام نموده است لذا خواهشمند است دستور فرمایید ضمن اطلاع رسانی به کلیه همکاران مجترم و با رعایت موارد مشروحه ذیل افرادی که در بخش تکمیلی درمان تمایل به تکمیل فرم عضویت دارند حداکثر تا تاریخ ۹۱/۵/۵ اقدام نمایند. ضمناً تصویر فرم عضویت مخصوص کارکنان ایثارگر و سایر کارکنان پیوست می باشد.

۱- در راستای اجرای بند ب ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه تامین ۱۰۰٪ هزینه های درمانی کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگر و افراد تحت تکفل آنان بعهده دستگاه اجرایی می باشد. لذا کلیه ایثارگران بایستی نسبت به تکمیل فرم عضویت مربوطه اقدام نمایند در غیر اینصورت دانشگاه تعهدی نسبت به جبران هزینه های درمانی آنان نخواهد داشت. در این راستا مراکز مربوطه و واحدهای امور ایثارگران مسئولیت اطلاع رسانی کامل را بعهده دارند.

تبصره ۱- کارکنان ایثارگر شامل پدر، مادر، همسر و فرزندان شهداء و همچنین جانبازان، آزادگان و افراد تحت تکفل آنان می باشد.



تاریخ

شماره

پوست

تبصره ۲- منظور از افراد تحت تکفل همسر، فرزندان و سایر افرادی که به موجب قانون تحت تکفل بیمه شده می باشند، است ضمناً کارکنان شاغل و بازنشسته ایثارگر زن صرفاً می توانند نسبت به بیمه افرادی که قانوناً تحت تکفل آنان می باشند اقدام نمایند.

تبصره ۳- فرزندان ذکور به شرط عدم اشتغال به کار تا سن بیست سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار می توانند از مزایای بیمه تکمیلی درمان برخوردار گردند.

تبصره ۴- کارکنان عادی غیر ایثارگر می توانند در صورت تمایل نسبت به بیمه پدر و مادر خود اقدام نمایند. همچنین کارکنان غیر ایثارگر زن می توانند در صورت تمایل نسبت به بیمه همسر و فرزندان و پدر و مادر و سایر افراد تحت تکفل خود اقدام نمایند.

۲- با توجه به اینکه اسکان عضو گیری مجدد برای افراد جدید الاستخدام، انتقالی، کسانی که صاحب فرزند می شوند و یا ازدواج می کنند و یا تحت پوشش بیمه شده قرار می گیرند امکان پذیر می باشد و عضو گیری سایر کارکنان امکان پذیر نمی باشد و مهلت مقرر قابل تمدید نمی باشد لذا مقتضی است دستور فرمایید موارد به طور کامل و با توجه به مدت زمانی که در اختیار آن مرکز می باشد اطلاع رسانی گردد.

۳- جهت سهولت در کسورات حق بیمه مقتضی است دستور فرمایید هر فرد صرفاً از محل پست سازمانی خود نسبت به تکمیل فرم عضویت اقدام نماید در این راستا مقتضی است از تایید فرمهای افرادی که دارای پست سازمانی آن مرکز نمی باشند جداً خودداری گردد بدیهی است مسئولیت عدم رعایت این بند مستقیماً بعهده مسئولین آن مرکز می باشد.

۴- جهت سهولت در پاسخگویی به همکاران مقتضی است دستور فرمایید همکاران محترم از مراجعه مستقیم به دانشگاه و شرکت محترم بیمه میهن خودداری نموده و صرفاً در مواردیکه نیاز به مراجعه می باشد نماینده آن مرکز رأساً اقدام نماید.



تاریخ

شماره

پوست

- ۵- مقتضی است دستور فرمایید پس از تکمیل فرمها به صورت کامل و خوانا و تایید آن توسط واحد مربوطه (مرتبط با پست سازمانی افراد) لیستی مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تعداد نفراتی که تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می گیرند تهیه و به انضمام فرمهای تکمیل شده صرفاً توسط نماینده آن مرکز حداکثر تا تاریخ ۹۱/۵/۵ به نمایندگی بیمه میهن (خانم اسماعیلیان) واقع در کرمانشاه - چهار راه سسی متری دوم - مجتمع باران طبقه دوم واحد ۶ تحویل نمایند.
- ۶- مقتضی است دستور فرمایید از ارسال فرمها به صورت پست یا ارسال به دانشگاه و یا ارسال بعد از تاریخ مذکور و یا ارسال مجدد فرم و ارسال به شکل موردی خوداری گردد در غیر اینصورت هیچگونه اقدامی جهت اینگونه موارد مقدور نمی باشد، بدیهی است نماینده مرکز بعد از تحویل فرمها به نمایندگی مذکور بایستی تأییدیه لازم و همچنین کارت درمانی را از بیمه میهن دریافت نماید.
- ۷- با توجه به اینکه مهلت قرارداد سال گذشته در تاریخ ۹۱/۳/۱ به پایان رسیده است لذا اقراردت تقاضای بایستی در صورت تمایل مجدداً نسبت به تکمیل فرم در سال جاری اقدام نمایند. همچنین افرادی که در سال گذشته موفق به تکمیل فرم عضویت نشده اند در صورت تمایل در سال جاری می توانند در مهلت مقرر اقدام نمایند.
- ۸- با توجه به اینکه قرارداد سال جاری از تاریخ ۹۱/۳/۱ لغایت ۹۲/۳/۱ به مدت یکسال می باشد لذا مقتضی است بعد از تکمیل فرمها و اخذ تأییدیه از بیمه میهن با هماهنگی مدیریت محترم امور مالی دانشگاه همه ماهه نسبت به واریز حق بیمه برای هر نفر بیمه شده ایثارگر به مبلغ ۴۵۰/۰۰۰ ریال و کسر حق بیمه و واریز آن از هر نفر بیمه شده غیر ایثارگر به مبلغ ۴۲/۰۰۰ ریال از تاریخ ۹۱/۳/۱ اقدام گردد و همه ماهه حداکثر تا دهم ماه بعد تصویر فیش واریزی بانضمام لیست افراد بیمه شده را به نمایندگی مذکور تحویل نمایند. بدیهی است حق بیمه کارکنان ایثارگر و افراد تحت تکفلشان از محل اعتبارات آن مرکز و با هماهنگی مدیریت امور مالی دانشگاه بایستی پرداخت گردد.
- ۹- صرفاً افراد شاغل رسمی، پیمانی، قراردادی (تبصره ۲ و تبصره ۴) و قانون کار و بازنشسته ایثارگر می توانند نسبت به تکمیل فرم عضویت اقدام نمایند.



تاریخ
شماره
پوست

۱۰- تکمیل دقیق فرم عضویت خصوصاً درج کد ایتارگری برای ایتارگران و همچنین اعلام شماره حساب بانک صادرات برای کلیه کارکنان الزامی می باشد.

۱۱- مهلت دریافت هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی حداکثر تا دو ماه می باشد و مدارک لازم جهت دریافت هزینه ها به شرح ذیل می باشد.

الف - مدارک لازم جهت دریافت هزینه های بیمارستانی:

- ۱- تکمیل فرم درخواست هزینه های پزشکی
 - ۲- اصل صورت حساب
 - ۳- کپی برابر با اصل پرونده بالینی
 - ۴- کپی صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه شده (صرفاً برای موارد سزارین و زایمان طبیعی)
- مدارک مذکور بایستی توسط نماینده امور بیمه ای آن مرکز به نمایندگی ذکر شده تحویل گردد.

ب- مدارک لازم جهت هزینه های پاراکلینیکی:

- ۱- تکمیل فرم درخواست هزینه های پزشکی
- ۲- اصل فاکتور درمان
- ۳- اصل جواب
- ۴- کپی دستور پزشک

مدارک مذکور بایستی توسط نماینده امور بیمه ای آن مرکز به نمایندگی ذکر شده تحویل گردد. ضمناً همکاران جهت استفاده از خدمات دندانپزشکی (مخصوص ایتارگران) و هزینه عینک بایستی قبل از هرگونه اقدامی شخصا بادر دست داشتن کارت درمانی به شعبه مرکزی بیمه میهن مراجعه نمایند همچنین برای دریافت هزینه دارو ارائه نسخه دارو که پشت آن توسط داروخانه تایید شده باشد و برای دریافت هزینه ویزیت پزشک ارائه نسخه دفترچه که توسط پزشک تایید شده باشد الزامی می باشد. توجه: مدارک ارسالی عودت نمی گردند.

ج- مدارک لازم جهت اخذ معرفینامه بستری شدن در بیمارستان:

- ۱- کارت درمانی بیمه میهن
- ۲- دستور پزشک جهت بستری
- ۳- دفترچه درمان و شناسنامه بیمه شده

توجه: جهت اخذ معرفینامه بایستی افراد شخصا با در دست داشتن مدارک مندرج در بند ج به شرکت بیمه میهن واقع در بلوار مصطفی امامی ضلع شمالی پارک معلم مراجعه نمایند.

۱۲- جدول حداکثر سقف تعهدات برای کارکنان ایتارگر و همچنین کارکنان عادی به شرح ذیل می باشد.



تاریخ
شماره
پوست

تعهدات مورد نظر دانشگاه در قرارداد بیمه درمان تکمیلی کارکنان عادی (ارقام به ریال فرانشیز ۳۰٪)

۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های بستری، جراحی عمومی و تخصصی، درمان طبی و تشخیصی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود، انواع سنگ شکن آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، جراحی دیسک، لیزر تریبی ته چشم (سرپاشی، بستری)
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم (اصلی)	۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری های خاص شامل جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب، پیوند کلیه و کبد، مغز استخوان (داروهای پیوندی و سایر خدمات)، جراحی ستون فقرات (غیر از دیسک)، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و بیماریهای خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MS و انواع سرطان، داروهای تخصصی مربوط به شیمی درمانی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به صورت سرپاشی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات)
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	زایمان و سزارین
۴	هزینه پاراکلینیک (۱)	۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های پاراکلینیک شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتري، انواع بیوپسی، نوار قلب، پاپ اسمیر
۵	هزینه های پاراکلینیک (۲)	۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	شامل: تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، نوار مغز، انواع گرافی، فیزیوتراپی، انواع آزمایشات و پاتولوژی، سمعک و عینک، دارو، ویزیت پزشک، آزمایش سنجی و جرم گیری گوش - انواع رادیولوژی
۶	هزینه جراحی های مجاز سرپاشی	۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های پاراکلینیک شامل: شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی، مسمومیت و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی
۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هر نفر	لیزیک چشم برای هر چشم
۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۲۰۰/۰۰۰ ۶۰۰/۰۰۰	هر نفر	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج شهر

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه

تاریخ
شماره
پوست

تعهدات مورد نظر دانشگاه در قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان اینارگر

هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود day care آنژیوگرافی قلب هزینه عمل دیسک ستون فقرات و انواع سنگ شکن کورتاز تخلیه ایبی و تشخیصی با تشخیص پزشک (جراحی فک و صورت مرتبط با مجروحیت)	پرداخت هزینه های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی (به استثناء زایمان) (اعم از زیر ۶ ساعت و بالای ۶ ساعت)	۱
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	شامل قلب مغز و اعصاب (به استثناء دیسک ستون فقرات) و پیوند کلیه و پیوند ریه و کبد و مغز استخوان	جبران هزینه ۶ عمل جراحی مهم	۲
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	برای هزینه زایمان فرزند اول الی سوم	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	۳
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	انواع اسکن - انواع سی تی اسکن ماموگرافی - سونوگرافی - رادیوتراپی - MRSA انواع آندوسکوپی - اکوردیوگرافی - رادیولوژی - فیزیوتراپی - کارپروپراکتیک - اردیو متربری - تالیوم اسکن - اسپرومتری (انواع تست های تنفسی مخصوص جانبازان) - مارکو باکتری - انواع آزمایشات - رادیولوژی	هزینه های پاراکلینیکی ۱	۴

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه

تاریخ

شماره

پوست

هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	شامل تست ورزش - نوار قلب - نوار عضله - نوار عصب - نوار مغز - آنژیوگرافی چشم - توپوگرافی - بیرون آوردن تومورهای خوش خیم در رفتگی و آتل بندی - آزمایشات تست آمیو سنتز	هزینه های پاراکلینیکی ۲	۵
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	مانند شکستگی ها - گچ گیری - بخیه - ختنه - کرایو تراپی - اکسیژون - لیپیوم - لیزر درمانی	هزینه های جراحیهای مجاز سرپایی	۶
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	نقص بینایی هر چشم به تشخیص پزشک معتمد بیمه گرمی بایست ۲ دیوپتر یا بیشتر باشد	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۷
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	داخل شهر و خارج از شهر	جبران هزینه های آمبولانس	۸
هر نفر	۳۰/۰۰۰/۰۰۰		هزینه درمان MS شیمی درمانی پرتو درمانی بیماریهای خاص و نازایی	۹
هر نفر	۲۰/۰۰۰/۰۰۰		هزینه پروتز اعضا طبیعی بدن کفش طبیعی دندان مصنوعی واکر ویلچر سمک جوراب واریس کمربند مع بندکفش طبی انواع الاستیکبان عصا و...	۱۰

آدرس: بلوار شهید دکتر بهشتی تلفن: ۸۳۵۸۲۵۸ - ۸۳۵۸۲۳۹ - ۸۳۵۸۹۴۳ فاکس: ۸۳۶۸۰۶۷ - ۸۳۵۸۸۷۰

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه

تاریخ
شماره
پوست

هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	ویزیت پزشک	۱۱
هر نفر	بدون سقف بدون فرانشیز	دارو	۱۲
هر نفر	۵/۰۰۰/۰۰۰	دندانپزشکی	۱۳
هر نفر	۱/۵۰۰/۰۰۰	هزینه عینک و لنز طبی	۱۴

۱۳- با توجه به عقد قرارداد جهت بیمه شخص ثالث و خودرو کارکنان و خانواده آنان همکاران محترم شاغل و بازنشسته می توانند از تاریخ ۹۱/۴/۱ لغایت ۹۲/۴/۱ با در دست داشتن آخرین فیش حقوقی ممهور به مهر محل خدمت به آدرس نمایندگی ذکر شده مراجعه و یا یک هفته قبل از اتمام مهلت بیمه مدارک خود را به آدرس ذکر شده از طریق پست ارسال نمایند. بدیهی است افرادی که مدارک لازم را از طریق پست ارسال نمایند، بیمه نامه در اسرع وقت صادر و مجدداً توسط شرکت بیمه میهن به آدرس آنان ارسال میگردد.

۱۴- میزان تخفیف گروهی علاوه بر سایر تخفیفات قانونی در بیمه بدنه ۲۵٪ و در بیمه شخص ثالث ۱۵٪ می باشد و پرداخت حق بیمه در بیمه بدنه بدون پیش پرداخت و در ۱۲ قسط مساوی و در بیمه شخص ثالث بدون پیش پرداخت و در ۱۱ قسط مساوی و از طریق کسر از حقوق می باشد. لذا مراکز مربوطه بایستی در اسرع وقت و برابر اعلام بیمه میهن نسبت به کسر حق بیمه مربوطه از حساب افراد و واریز آن به شماره حساب اعلامی اقدام و فیش آن را توسط نماینده امور بیمه ای آن مرکز تحویل نمایندگی ذکر شده نماید.

۱۵- از تاریخ ابلاغ این بخشنامه عقد هر گونه قراردادی با سایر شرکت های بیمه ای ممنوع و خلاف مقررات می باشد.

بسمه تعالی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه

تاریخ

شماره

پوست

۱۶- تصویر قراردادهای مربوطه در سایت اینترنتی دانشگاه به نشانی <http://kums.ac.ir> جهت مطالعه موجود می باشد. بدین منظور همکاران می توانند با مراجعه به سایت مذکور و انتخاب گزینه اداره رفاه از منوی سمت راست صفحه اصلی نسبت به مطالعه قراردادها و همچنین اطلاع از سایر خدمات رفاهی دانشگاه اقدام نمایند.

۱۷- شرکت بیمه میهن (سهامی عام) شعبه مرکزی کرمانشاه واقع در کرمانشاه - بلوار مصطفی امامی - ضلع شمالی پارک معلم تلفن ۰۸۳۱۸۲۱۴۲۲۸-۳۰ و نمایندگی بیمه مذکور (خانم اسماعیلیان) در کرمانشاه - چهار راه سی متری دوم - مجتمع باران - طبقه دوم - واحد ۶ - شماره تماس ۰۸۳۱ ۸۳۵۵۱۴۴ می باشد.

۱۸- شماره حساب جهت واریز حق بیمه تکمیلی درمان ۱۵۱۰۶۱۰۶/۱۵ بانک ملت بنام شرکت بیمه میهن و شماره حساب جهت واریز اقساط بیمه شخص ثالث و بدنه خودرو ۱۵۱۰۷۱۰۷/۲۵ بانک ملت بنام بیمه میهن می باشد.

دکتر ابراهیم شکیبا
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
دبیرخانه