

تاریخ:
شماره:
پوست:

باسمه تعالی

آیین نامه صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه

ماده ۱- شرایط عضویت، حق بیمه و نحوه پرداخت آن:

افراد واجد شرایط:

۱/۱- کلیه کارکنان و اعضای هیات علمی تمام وقت و افراد تحت تکفل آنان مشمول استفاده از مزایای این طرح می باشند.

تبصره:

الف) افراد تحت تکفل عبارتند از همسر، فرزندان (فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا پایان سن ۲۵ سالگی و فرزندان اناث تا زمان ازدواج)، پدر، مادر و هر یک از افراد خانواده که تحت تکفل کارکنان می باشند.

ب) ملاک تکفل ارائه دفترچه درمانی افراد تحت تکفل (در صورتی که دفترچه درمانی فرد تحت تکفل توسط بیمه شده اصلی اخذ شده باشد) می باشد.

ج) بازنشستگان شاغل در دانشگاه و همچنین پدر و مادر کارکنانی که بازنشسته سایر سازمانها می باشند به دلیل داشتن پوشش بیمه ای خاص توسط سازمان مربوط مشمول استفاده از این طرح نمی باشند.

۱/۲- متقاضیان بایستی تمایل خود را با تنظیم فرم درخواست (نمونه برگ شماره ۴۷/۱۱۵ پوست) به واحد اعلام دارند.

۱/۳- حق بیمه برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان در صندوق عادی ماهانه معادل ۲۱/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۱۱/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۱۰/۰۰۰ ریال به طور سرانه بایستی از حقوق متقاضی کسر شود. در صندوق ویژه حق بیمه معادل ۵۵/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۱۱/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی و ۴۴/۰۰۰ ریال آن توسط شخص پرداخت می شود.

۱/۴- حداکثر سن مشمول بیمه ۶۰ سال بوده و افراد بالاتر از ۶۰ سال تا سن ۶۹ سالگی با ۵۰٪ و از سن ۷۰ به بالا با ۱۰۰٪ اضافه نرخ می توانند مشمول استفاده از مزایای این طرح باشند.

۱/۵- به منظور تأمین نقدینگی صندوق جهت انجام به موقع تعهدات و پرداخت هزینه های درمانی کارکنان واحدها مکلفند کلیه حق بیمه سالانه (اعم از سهم کارمند و دانشگاه) را یک جا و برای کل مدت قرارداد طی یک فقره حواله حداکثر تا پانزدهم اردیبهشت ماه به حساب جاری شماره ۷۲۰۳۹۴۴۶/۷۲ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان نزد بانک ملت شعبه گلستان پاسداران (کد شعبه ۶۵۵۷/۳) واریز و نسخه ای واضح و خوانا از حواله واریزی را به همراه لوح نشرده ای از لیست بیمه شدگان در قالب فرم شماره ۴۷/۱۱۶ برای مدیریت امور رفاهی دانشگاه و رونوشتی به دبیرخانه منطقه متبوع ارسال نموده و مبلغ واریزی را به طور ماهانه از حقوق کارکنان کسر کنند.

نشانی: تهران - پاسداران نیتان نم - تلفن: ۲۲۵۸۸۱۶۷-۷۲ و ۲۲۵۸۲۷۸۰-۲۲۵۴۹۶۰۶ شماره: ۲۲۵۴۹۶۰۶ منقذ پستی ۱۹ - صندوق پستی ۱۵۸۵/۲۶۶



بسم الله الرحمن الرحيم

تاریخ:

شماره:

پوسته:

۱/۱- در صورت عدم واریز به موقع حق بیمه و ارسال لوح فشرده، جبران خسارتهای احتمالی مستقیماً به عهده مسئولین مربوط بوده و صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان از پرداخت هر گونه خسارتی بری اللّٰه می‌باشد.

۱/۲- بیمه شدگانی که در طول مدت قرارداد صاحب فرزند شده یا ازدواج می‌کنند موظفند حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به تحویل تصویر شناسنامه یا تصویر عقدنامه به واحد دانشگاهی اقدام تا مدارک مذکور و تغییرات صورت گرفته با رعایت آخرین کد ارسالی منضم به تصویر حواله واریزی حق بیمه متعلقه از زمان تولد یا ازدواج تا پایان قرارداد به صندوق مرکزی و دبیرخانه منطقه مربوط اعلام گردد.

۱/۸- افرادی که از تاریخ شروع این قرارداد از کار افتاده کامل و دائم باشند نمی‌توانند از مزایای این طرح استفاده نمایند.

* تبصره ۱: عضویت در صندوق تأمین هزینه مازاد درمان در ابتدای هر سال (شروع قرارداد سالانه) امکان پذیر می‌باشد و تغییر عضویت از صندوق عادی به ویژه و بالعکس نیز باید در ابتدای سال صورت پذیرد.

* تبصره ۲: افراد تحت تکفل از لحاظ عضویت در نوع صندوق تابع بیمه شده‌ی اصلی می‌باشند.

* تبصره ۳: اعضا تا زمانی که کتباً انصراف خود را از عضویت در صندوق تأمین هزینه مازاد درمان اعلام نکرده‌اند (ابتدای قرارداد) عضو صندوق بوده و حق عضویت از آنان کسر نمی‌شود و نیازی به تجدید قرارداد در پایان سال و عضوگیری و ثبت نام به صورت سالانه نمی‌باشد.

ماده ۳- تعهدات صندوق

تعهدات صندوق عادی:

۲/۱- جبران هزینه‌های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداکثر تا مبلغ: ۱۲/۰۰۰۰۰۰ ریال

۲/۲- جبران هزینه‌های چهار عمل جراحی اصلی حداکثر تا مبلغ: ۲۵/۰۰۰۰۰۰ ریال

۲/۳- جبران هزینه‌های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ:

۳/۵۰۰/۰۰۰ ریال

۲/۴- جبران هزینه‌های سزارین حداکثر تا مبلغ:

۴/۵۰۰/۰۰۰ ریال

۲/۵- جبران هزینه‌های جراحی نازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ:

۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

۲/۶- جبران هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ:

۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال

۲/۷- جبران هزینه‌های رفع عیوب انکساری دید چشم (هر دو چشم) حداکثر تا مبلغ:

۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال

۲/۸- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ:

۵۰۰/۰۰۰ ریال



تاریخ:
شماره:
پوست:

تعهدات صندوق ویژه:

- ۲/۱- جبران هزینه‌های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۲- جبران هزینه‌های چهار عمل جراحی اصلی حداکثر تا مبلغ: ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۳- جبران هزینه‌های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ: ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۴- جبران هزینه‌های سزارین حداکثر تا مبلغ: ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۵- جبران هزینه‌های جراحی تازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ: ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۶- جبران هزینه‌های پاراکلینیکی و دارویی بیمارهای خاص حداکثر تا مبلغ: ۶/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۷- جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم (هر دو چشم) حداکثر تا مبلغ: ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۸- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ: ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال

تبصوه کلیه هزینه‌های پرداختی توسط صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان بر اساس تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و حداکثر تا سقف تعیین شده پس از کسر سهم بیمه‌گر اول پرداخت خواهد شد.

ماده ۳- مدت قرارداد:

مدت قرارداد یکساله بوده و از ابتدای هر سال آغاز و تا پایان سال خاتمه می‌یابد بدیهی است کارکنانی که تمایل به استفاده از مزایای صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان را دارند، می‌توانند با پرداخت حق بیمه از تاریخ شروع قرارداد و پس از طی دوره انتظار از مزایای این طرح استفاده کنند.

ماده ۴- فرانشیز:

۴/۱- این طرح مازاد بر پوشش بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی (بیمه‌گر اول) می‌باشد و از این رو بیمه شدگان باید ابتدا به مرجع مذکور مراجعه و پس از دریافت سهم خسارت از این مؤسسه، تصویر برابر اصل شده مدارک مربوط به انضمام تصویر چک دریافتی را به کمیته بیمه رفاه واحد تحویل نمایند.

۴/۲- کارکنانی که از بیمه تکمیلی دیگری غیر از بیمه تکمیلی دانشگاه استفاده کرده اند می‌توانند با ارائه اصل صورت حساب مربوط به بیمه تکمیلی اول و با تصویر برابر اصل شده صورت حساب و چک دریافتی از بیمه مزبور نسبت به دریافت سهم صندوق دانشگاه اقدام نمایند.

۴/۳- در صورت مراجعه شخص به مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی غیر طرف قرارداد با بیمه‌گر اول و عدم مراجعه به سازمان تأمین اجتماعی برای دریافت سهم اولیه حداقل ۲۰ درصد از هزینه‌های انجام شده پس از تطبیق با تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت بعنوان فرانشیز کسر خواهد شد.

در بیمه تکمیلی



تاریخ:
شماره:
پوست:

ماده ۵- شرایط استفاده از تعهدات صندوق:

۵/۱- کلیه کارکنان دانشگاه که در سال گذشته عضویت بیمه مازاد درمان دانشگاه را داشته‌اند بدون مشمولیت دوره انتظار و به دلیل وجود تداوم بیمه‌ای می‌توانند از مزایای صندوق با رعایت ضوابط مربوط بهره‌مند گردند.
۵/۲- کارکنانی که در سال قبل تحت پوشش بیمه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نبوده‌اند در صورت عضویت در صندوق فوق در سال جاری بایستی برای کلیه هزینه‌ها حداقل شش ماه و برای زایمان و کورتاژ و سزارین حداقل ۹ ماه دوره انتظار را سپری کنند.

تبصره: سابقه‌ی عضویت با هر یک از تعهدات عادی یا ویژه را می‌توان به عنوان دوره‌ی انتظار محسوب کرد.

ماده ۶- نحوه تامین هزینه‌های درمان:

برای پرداخت خسارت هزینه مازاد درمان کارکنان در کلیه واحدها کمیته‌ای مرکب از ریاست واحد بعنوان رئیس کمیته، معاونت اداری و مالی و معاونت دانشجویی به عنوان اعضاء کمیته و دبیر کمیته بیمه و رفاه به عنوان دبیر کمیته و در دبیرخانه‌های مناطق متشکل از دبیر منطقه بعنوان رئیس کمیته، مدیر اداری به عنوان عضو و دبیر کمیته بیمه و رفاه به عنوان دبیر کمیته تشکیل می‌شود که این کمیته مشمول بررسی و تأیید میزان خسارت پرداختی با در نظر گرفتن سهم بیمه‌گر اول تا سقف تعهدات این قرارداد می‌باشد و اقداماتی به شرح زیر انجام می‌گردد.
۶/۱- خسارت دیده بایستی با تکمیل فرم نمونه ۴۷/۱۱۷ پوست نسبت به اعلام خسارت همراه با ارایه مدارک لازم اقدام نماید.

۶/۲- واحد پس از بررسی اعلام خسارت و اطمینان از صحت و کامل بودن مدارک و تأیید امور کارکنان و امور مالی باید نسبت به ثبت درخواست اعلام خسارت در دبیرخانه اقدام و سپس در کمیته بیمه و رفاه مطرح نماید.

۶/۳- کمیته بیمه و رفاه واحد به منظور کمک به کارکنان در هزینه‌های انجام شده با مبالغ سنگین می‌بایست پنجاه درصد از هزینه را به شرطی که از سقف تعهد مربوطه تجاوز نماید پرداخت و اصل پرونده را جهت تأیید نهایی به مدیریت امور رفاهی ارسال نماید.

۶/۴- واحدها موظفند پس از تفکیک مدارک، پرونده‌های پاراکلینیکی و دندانپزشکی را به دبیرخانه مربوطه و پرونده‌های بیمارستانی و جراحی را به مدیریت امور رفاهی جهت بررسی ارسال نمایند.

۶/۵- دبیرخانه‌های مناطق شازده گانه موظفند هزینه‌های پاراکلینیکی ارسالی واحدهای تحت پوشش را طبق تعرفه‌های صندوق بررسی و جهت پرداخت به واحدها ارسال نمایند. ضمناً می‌بایستی یک نسخه از اعلامیه پرداختی را جهت واریز وجه به امور رفاهی سازمان مرکزی ارسال نمایند.

۶/۶- چنانچه مدارک ارسالی توسط کمیته با ضوابط اعلام شده تطبیق نداشته باشد صندوق هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت نداشته و پرداخت خسارت به عهده واحد و مسئولین رسیدگی کننده مدارک می‌باشد.



تاریخ:
شماره:
پوست:

تبصره ۱: کلیه واحدها جهت رفاه حال کارکنان و تسهیل در امر درمان آنها می‌توانند با توجه به تعرفه‌های مورد قبول شرکتهای بیمه و سقف تعهدات صندوق نسبت به انعقاد قرارداد با بیمارستانهای صاحب نام و معتبر شهرستانهای مربوط به تأیید صندوق مرکزی اقدام و با صدور معرفی‌نامه، کارکنان متقاضی را جهت درمان به بیمارستان طرف قرارداد معرفی کنند. بدیهی است که انعقاد قرارداد مذکور هیچگونه تعهدی را برای صندوق مرکزی ایجاد نخواهد نمود.

تبصره ۲: هزینه‌های بیمارستان در حدود تعهدات صندوق می‌باشد و در صورت معرفی بیمار توسط دانشگاه به بیمارستان، بیمه شده مکلف است به محض ترخیص از بیمارستان نسبت به وصول سهم بیمه‌گر اول (سازمان تأمین اجتماعی) اقدام و تصویر چک خسارت دریافتی و مدارک (اصل یا تصویر برابر اصل شده توسط سازمان تأمین اجتماعی) را به واحد دانشگاهی مربوطه ارائه داده تا نسبت به پرداخت سهم دانشگاه به بیمارستان اقدام گردد. بدیهی است چنانچه حداکثر ظرف مهلت ۱۵ روز از تاریخ ترخیص نسبت به موارد فوق اقدام به عمل نیاید به منظور تسویه بدهی ایجاد شده بابت پرداخت هزینه درمان، واحد می‌بایست کل هزینه پرداختی را با توجه به سقف تعهدات از محل حقوق و مزایای عضو به صورت یکجا یا به اقساط کسر کند.

تبصره ۳: چنانچه خسارت پرداختی صندوق مرکزی کمتر از میزان پرداختی واحد باشد بایستی مابه‌التفاوت از حقوق ماهانه متقاضی یکجا یا بصورت اقساط کسر و تسویه شود.

تبصره ۴: کلیه افرادی که عضو صندوق می‌شوند به هیچ عنوان نمی‌توانند تا خاتمه قرارداد از عضویت صندوق انصراف بدهند مگر آنکه رابطه استخدامی عضو با دانشگاه بطور کلی قطع شود که در اینصورت واحد بایستی مراتب را با ذکر تاریخ دقیق اعلام دارد، تا حق بیمه دریافتی به نسبت مدت باقیمانده تا پایان قرارداد مسترد گردد.

ماده ۲- استثنائات:

موارد زیر جزء تعهدات صندوق نمی‌باشد.

۲/۱- هزینه‌های جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد مگر اینکه ناشی از حادثه در طی مدت قرارداد باشد.

۲/۲- از بین بردن عیوب مادرزادی و بیماریهایی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیماریها و عیوبی که قبل از شروع این طرح بیمه گذار از آن مطلع شده باشد

۲/۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج

۲/۴- ترک اعتیاد

۲/۵- خودکشی، قتل و جنایت

۲/۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان

۲/۷- جنگ، شورش، اغتشاش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و نظامی

۲/۸- فعل و انفعالات هسته‌ای



تاریخ:

شماره:

پست:

۷/۹- اتاقی خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج

۷/۱۰- بیماریهای روانی

۷/۱۱- زایمان برای فرزندان چهارم و بیشتر

۷/۱۲- وسایل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریس، لتر، سمک، شکم‌بند و غیره ...

۷/۱۳- کلیه هزینه‌های اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن

۷/۱۴- کلیه هزینه‌های مربوط به دارو، ویزیت و تزریقات (به استثناء داروهای خاص در صندوق ویژه)

۷/۱۵- هزینه‌های متفرقه، جانی، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان

۷/۱۶- بیماریهای ایدمی (فراگیر)

ماده ۸- مدارک مورد نیاز کمیته پرداخت خسارت صندوق مرکزی جهت بررسی و تأیید هزینه‌های انجام شده عضو:

۸/۱- تکمیل فرم ۴۷/۱۱۷ و ۴۷/۱۱۹ با رعایت کلیه شرایط بخشنامه با بررسی و تأیید کمیته بیمه و رفاه واحد

۸/۲- فرم تکمیل شده ۴۷/۱۱۸ توسط پزشک معالج و بیمارستان (در موارد جراحی و بیمارستانی)

۸/۳- اصل فاکتورها و مدارک درمانی پاراکلینیکی یا بیمارستانی

۸/۴- دستور پزشک معالج جهت انجام هزینه‌های پاراکلینیکی انجام شده منضم به اصل رسید دریافت وجه مرکز تشخیصی و درمانی مربوط با ذکر مبلغ سهم تأمین اجتماعی و سهم بیمار به تفکیک

۸/۵- تصویر دفترچه درمانی بیمه شده اصلی و بیمار

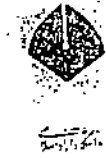
۸/۶- تصویر برابر اصل شده چک اخذ شده از سازمان تأمین اجتماعی و سایر مدارک بیمارستانی در صورت استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد با سازمان مذکور

تذکرات:

الف) حداکثر مهلت ارسال مدارک و صورت هزینه‌های بیمارستانی و پاراکلینیکی کارکنان دو ماه بعد از انجام هزینه بوده و واحدها مکلفند در مدت تعیین شده نسبت به ارسال مدارک اقدام نمایند. بدیهی است صندوق در برابر هزینه پرونده‌هایی که پس از مدت مذکور ارسال گردد هیچگونه تعهدی ندارد

ب) با توجه به حجم زیاد پرونده‌های درمانی واحدهای سراسر کشور و به منظور تسریع و تسهیل پرداخت خسارت و جلوگیری از مکاتبات اضافی کلیه واحدها ضمن بررسی دقیق و تکمیل پرونده‌ها و تطبیق آن با مفاد بخشنامه از ارسال مدارک به صورت ناقص و یا موارد غیرقابل شمول جداً خودداری کنند.

ج) کلیه شرایطی که در این آیین نامه ذکر نشده است مشمول ضوابط مصوب بیمه مرکزی می‌باشد.



تاریخ:

شماره:

پوست:

در ضمن در راستای تسریع در امور مربوط انتظار دارد مدیران امور مالی و اداری یا روسا و مسئولین کارگزینی که اشراف بیشتری بر امور رفاهی و بیمه دارند به عنوان دبیر کمیته بیمه و رفاه به دفتر مدیریت امور رفاهی معرفی گردند تا واحد در تکمیل مدارک و تطبیق آن با شرایط صندوق با مشکلی مواجه نشود.

بدیهی است با دقت و سرعت در پرداخت و جلب رضایت و اعتماد اعضا، این صندوق در آینده روز به روز توانمندتر شده و امید آن است که این تجربه مفید در صورت استمرار همراه با صداقت و دقت نظر مسئولین مربوط بتواند ثمرات مفیدتری برای همکاران عزیز داشته باشد.

فرم بررسی پرونده درمانی

<p>نام بیمه شده اصلی:</p> <p>نام بیمار:</p> <p>نوع هزینه:</p> <p>تاریخ هزینه پاراکلینیکی / بیمارستانی:</p> <p>نام بیمارستان:</p> <p>نوع عمل جراحی:</p> <p>نوع صندوق: <input type="checkbox"/> عادی <input type="checkbox"/> ویژه</p> <p>مبلغ دریافتی از تامین اجتماعی:</p> <p>کد جراحی:</p>	<p>این قسمت توسط مدیر کلینیک و سرور و رفاهد تکمیل گردد</p>
<p>کسورات:</p> <p>مبلغ قابل پرداخت:</p> <p>تایید و امضاء</p> <p>کارشناس بیمه سازمان مرکزی</p>	<p>این قسمت توسط مدیریت امور رفاهی سازمان تکمیل گردد</p>

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محتیم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحویل فرمائید. به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی بیمار / پوشش بیمه</p> <p>تاریخ تولد روز / ماه / سال / شماره شناسنامه / نسبت با بیمه شده اصلی</p> <p>تاریخ شروع / ساکن شهرستان</p> <p>گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی / شماره شناسنامه</p> <p>نام پدر / تاریخ تولد روز / ماه / سال / در تاریخ / استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق</p> <p>تأمین هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است. نام وی در صفحه ردیف صورت اساعی بیمه شدگان درج گردیده است. ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است.</p> <p>امضاء بیمه شده اصلی: / تاریخ و مهر امضاء واحد:</p>
توسط پزشک معالج تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم / آقای / به شماره شناسنامه / نام پدر / تاریخ تولد</p> <p>توسط اینجانب دکتر / به شماره نظام پزشکی / ساکن شهرستان / تلفن</p> <p>جهت بستری شدن به بیمارستان / شهرستان / معرفی گردیده است.</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد / نمیباشد.</p> <p>نوع عمل جراحی: / کد جراحی:</p> <p>(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج:</p>
<p>توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده فرمائید.</p>	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی میشود خانم / آقای / به شماره شناسنامه / محل صدور / در تاریخ</p> <p>طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر / علت ابتلاء به بیماری / حادثه</p> <p>به این بیمارستان معرفی و از تاریخ / لغایت / بمدت / روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت</p> <p>حسابهای پیوست جمعاً مبلغ / ریال (بحروف) / دریافت گردیده است.</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان: / مهر و امضاء مجاز بیمارستان:</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می باشد لذا مسئولیت هر گونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتیکه بیمه شده بعلمت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد.</p>	

باسمه تعالی

فرم درخواست عضویت در صندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی

نظر به اینکه اینجانب
به شماره پرسنلی
کارمند شاغل در
دارای شماره شناسنامه
متولد
فرزند
و تعداد نفر افراد
واحد
تحت تکفل که تصویر تمام صفحات شناسنامه آنان و مدارک تکفل به ضمیمه می باشد، ضمن آگاهی و قبول کلیه شرایط تمایل دارد از مزایای صندوق (عادی / ویژه) تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی استفاده نماید.
خواهشمند است دستور فرمائید اقدامات لازم را مبذول داشته و سهم حق بیمه مربوط را از حقوق و مزایای اینجانب برای مدت یکسال ماهانه کسر و به حساب صندوق مرکزی واریز گردد.

مشخصات افراد تحت تکفل متقاضی						
ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نسبت با سرپرست	نوع صندوق (عادی/ویژه)

فرم شماره ۴۷/۱۱۵

توجه:

شرایط ظهر ورقه بایستی به امضای متقاضی برسد.

آدرس محل سکونت:

آدرس محل کار:

تلفن جهت تماس اضطراری:

محل امضاء متقاضی:

لطفاً به دقت مطالعه و توسط متقاضی امضاء گردد.

۱- افراد واجد شرایط و حق بیمه

- ۱/۱. کلیه اعضای هیئت علمی تمام وقت، کارکنان تمام وقت و افراد تحت تکفل آنان مشمول استفاده از مزایای این طرح می باشند.
- ۱/۲. کارکنان بابشی نمایان خود را با تنظیم درخواست طبق نمونه پیوست به واحد اعلام دارند.
- ۱/۳. افراد تحت تکفل عارضند از همسر، فرزندان (فرزندان دگور حداکثر تا سن ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا پایان ۲۵ سالگی و فرزندان اطفال تا زمان ازدواج)، پدر و مادر و هر یک از افراد خانواده که تحت تکفل متقاضی می باشند.
- ملاک تکفل ارائه دفترچه درمانی فرد سرپرست خانوادگی (در صورتی که دفترچه درمانی فرد تحت تکفل توسط بیمه شده اصلی احداث شده باشد) یا کفالت نامه که مراجعاً مشخصات فرد تحت تکفل در آن ثبت شده باشد.
- ۱/۴. همسر کارکنان (اعم از زن یا مرد) که در سازمان دیگری شاغل باشند نمی توانند تحت پوشش فوق قرار گیرند.
- ۱/۵. بازبینندگان شاغل در دانشگاه و همچنین افراد تحت تکفل کارکنان که یازشده سایر سازمانها می باشند بدلیل داشتن پوشش بیمه ای خاص توسط سازمانهای مربوط مشمول استفاده از این طرح نمی باشند.
- ۱/۶. حداکثر سن مشمول بیمه ۶۰ سال بوده و افراد بالاتر از ۶۰ سال تا سن ۶۹ سالگی با ۵۰٪ و از سن ۷۰ به بالا با ۱۰۰٪ اضافه نرخ می توانند مشمول استفاده از مزایای این طرح باشند.
- ۱/۷. حق بیمه صندوق عادی برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان مبلغ ۲۱۱/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۱/۰۰۰ ریال توسط واحد دانشگاهی مربوط و بقیه ۱۰۰/۰۰۰ ریال توسط شخص و در صندوق ویژه برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل مبلغ ۵۵/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۱/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۴۴/۰۰۰ ریال آن ماهانه به طور سرانه بابستی از حقوق متقاضی کسر شود.
- ۱/۸. اندکسند از بیمه شدگان که در طول قرارداد صاحب فرزند شده یا ازدواج می نمایند موظفند حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به تعویض تصویر شناسنامه یا تصویر عقدنامه اقدام تا نسبت به اضافه نمودن در لیست بیمه شدگان واحد اقدام گردد.
- ۱/۹. کارکنانی که در سال قبل تحت محضرت پوشش مزاد درمان (طرح خود بیمه ای دانشگاه) نبوده اند در صورت محضرت در صندوق تأمین هزینه مزاد درمان کارکنان در سال جاری بابستی حداقل شش ماه و برای رایجان و سزارین و کورتاژ و ... حداقل ۹ ماه دوره انتظار را سببی نمایند.
- ۱/۱۰. افرادی که در اولین تاریخ شروع این قرارداد از کار افتاده کامل و دائم باشند نمی توانند از مزایای این طرح استفاده کنند.

۲- تعهدات صندوق

- در فبال افرادی که کتباً اعلام تمایل کرده و واحد نسبت به واریز حق بیمه به موقع اقدام نموده باشد صندوق تعهداتی به شرح زیر به عهده دارد:
- ۲/۱. تأمین هزینه های جراحی مغز و اعصاب، قلب، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان در سال حداکثر تا مبلغ ۲/۲. تأمین هزینه بستری شدن در بیمارستان و جراحی ناشی از حادثه یا بیماری در سال حداکثر تا مبلغ ۲/۳. تأمین هزینه های جراحی نازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ ۲/۴. تأمین هزینه زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ ۲/۵. تأمین هزینه سزارین حداکثر تا مبلغ ۲/۶. تأمین هزینه های پاراکلیسیک حداکثر تا مبلغ ۲/۷. تأمین هزینه های چشم پزشکی و رفع عیوب انکساری با ضعف ۴ دیوپتر به بالا حداکثر تا مبلغ ۲/۸. تأمین هزینه های دندانپزشکی (کشیدن، نصب کشی و پر کردن) حداکثر تا مبلغ

۳- مدت قرارداد

مدت قرارداد یکسال منسی می باشد و کارکنانی که تمایل به استفاده از مزایای صندوق تأمین هزینه های مزاد درمان کارکنان را داشته باشند می توانند با پرداخت حق بیمه از تاریخ شروع قرارداد از مزایای این طرح استفاده نمایند.

۴- فرانشیز

- ۴/۱. این طرح مزاد بر پوشش بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی (بیمه گر اول) می باشد و از اینر بیمه شدگان باید ابتدا به مرجع مذکور مراجعه و پس از دریافت سهم خسارت از این موسسه، تصویر مدارک مربوط به اضماع تصویر چک دریافتی که توسط سازمان تأمین اجتماعی برابر اصل شده باشد به کمیته پرداخت خسارت واحد تعویض نمایند.
- ۴/۲. با توجه به بخشنامه اخیر سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بیمه گر اول مبنی بر عدم تعهد هزینه های انجام شده در مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی که بیمه شده را محدود و تعهد اضافی به بیمه گر مکمل تحصیل می کند، از این رو برای استفاده بینه بیمه شدگان از مزایای صندوق درمان دانشگاه ترجیحاً و حتی الامکان استفاده از مراکز طرف قرارداد با سازمان فوق پیشنهاد می گردد که در غیر اینصورت بایست سهم بیمه گر اصلی حداقل معادل ۳۰٪ به عنوان فرانشیز از کلیه هزینه های درمانی کسر خواهد شد.

۵- استثنائات

- ۵/۱. هزینه های جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد مگر اینکه ناشی از حادثه در طی مدت قرارداد باشد.
- ۵/۲. از بین بردن عیوب مادرزادی و بیماریهایی که قبل از انعقاد بیمه مشخص بوده و بیماریهایی که قبل از شروع این طرح بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.
- ۵/۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری یا تشخیصی بزرگ معالجه.
- ۵/۴. ترک اعتیاد.
- ۵/۵. خودکشی، قتل و جنایت.
- ۵/۶. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۵/۷. جنگ، شورش، اغتشاش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
- ۵/۸. فعل و انفعالات هسته ای.
- ۵/۹. اتان خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیصی و تأیید بزرگ معالجه.
- ۵/۱۰. بیماریهای روانی.
- ۵/۱۱. زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.
- ۵/۱۲. وسایل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریس، لنز و سمعک، شکم بند و غیره.
- ۵/۱۳. کلیه هزینه های اعضای مصنوعی برای جریان نوافسی و تاراجتی های جسمی بدن.
- ۵/۱۴. کلیه هزینه های مربوط به دارو، ویزیت و ترخیصات.
- ۵/۱۵. هزینه های متفرقه، جانی، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان.
- ۵/۱۶. بیمارهای ابدیمی (فراگیر)

کلیه شرایط مقررانه که در این بخشنامه ذکر نشده است مشمول قانون و ضوابط مصوب بیمه مرکزی می باشد.

تاریخ و امضاء متقاضی: