

بسمتعالی

اطلاعیه

الف- مدارک لازم جهت دریافت خسارت از صندوق مزاد درمان دانشگاه در بستری و جراحی بیمارستانی:

- ۱- اصل نمونه برگ ۴۷/۱۱۷ تکمیل شده با بررسی و تایید تداوم بیمه ای و ذکر کدهای عضویت بیمه شده اصلی و بیمار توس واحد.
- ۲- اصل نمونه برگ ۴۷/۱۱۸ با ذکر کد عمل جراحی یا خدمت درمانی انجام شده توسط پزشک معالج و بیمارستان.
- ۳- اصل صورت حساب بیمارستان و پزشکان.
- ۴- سایر مدارک بیمارستانی اعم از برگ های گزارش عمل، شرح حال، خلاصه پرونده، بیهوشی و لیست داروها و ملزومات مصرفی.
- ۵- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده اصلی و بیمار.
- ۶- تصویر برابر اصل شده کلیه صورت حساب ها و مدارک بیمارستانی توسط سازمان تامین اجتماعی به عنوان بیمه گر اصلی منضم به تصویر چک یا رسید دریافت وجه اخذ شده از آن سازمان در صورت استفاده عضو صندوق از خدمات بیمارستان های خصوصی.

ب- مدارک لازم جهت دریافت خسارت از صندوق مزاد درمان دانشگاه برای هزینه های پاراکلینیکی انجام شده:

- ۱- اصل نمونه برگ ۱۶/۱۱۷ تکمیل شده.
- ۲- دستور پزشک معالج مبنی بر انجام هزینه پاراکلینیکی انجام شده.
- ۳- اصل رسید دریافت وجه مرکز تشخیصی، درمانی یا پزشک معالج.
- ۴- تصویر نتیجه و گزارش هزینه پاراکلینیکی انجام شده (در صورت وجود).
- ۵- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی بیمه شده اصلی و بیمار.

(لطفاً مدارک اشاره شده به ترتیب مذکور تنظیم و ضمیمه گردد).

توجه:

نظر به این که مهلت ارسال مدارک توسط واحد برای سازمان مرکزی حداکثر دو ماه بعد از انجام هزینه می باشد لازم است، اعضای صندوق حداکثر تا ۵ روز پس از تاریخ صورت حساب مدارک را جهت بررسی به کمیته پرداخت خسارت واحد تحویل نمایند.

(شرایط و تعیین امتحانات مسابقات آزاد مروریان)

(در نظر به دقت مطالعه و توسط ستاد فاضل گره ۵۵)

۱- اصول و واجبات نام کاندید و حقوق بیمه

- ۱/۱. کلیه اعضای هیئت علمی تیمار وند، کارکنان تمام وقت و افراد تحت تکفل آنان مشمول استفاده از مزایای این طرح می باشند.
- ۱/۲. کارکنان تابعین حداقل خود را با نظایر هم فراد است طبق جدول پیوست به واحد اعلام دارند.
- ۱/۳. افراد تحت تکفل می توانند از جسر، فرزندان (فرزندان) ذکور حداکثر تا سن ۲۰ سالگی و فرسورت انتمال به تحصیل تا پایان ۲۵ سالگی و فرزندان نیاک تا زمانی از ۱۵ سالگی، هم و مادر و هر یک از افراد خانواده که تحت تکفل متقاضی می باشد.
- ملاک تکلیف ارائه دفترچه بیمه بر مبنای گروه سوسیال طبقه ۵۵ (فرمولاری که هر یک از بیمه شدگان ارائه می دهند) با تکلیف بیمه که در هر یک از مشخصات گروه تحت تکفل در آن ثبت شده باشد.
- ۱/۴. همسر کارکنان (از سن زن یا مرد) که در سازمان دیگری مشاغل داشته نمی توانند تحت پوشش فوق قرار گیرند.
- ۱/۵. فرزندان تکامل داخل در استفاده و همچنین افراد تحت تکفل کارکنان که بارشده سایر سازمانها می باشند بدلیل داشتن پوشش بیمه ای خاص توسط سازمانهای مربوطه 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 ۷۰٪ اضافه نوب می شوند مشمول استفاده از مزایای این طرح باشند.
- ۱/۷. هزینه صندوقهای رفاهی، هزینه سفر، هزینه درمان و هزینه تحت تکفل آنان مبلغ ۲۱/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۱/۰۰۰ ریال توسط واحد دانشگاهی مربوطه و بقیه ۱۰/۰۰۰ ریال توسط شخصی و فر مشمول بیمه برای پرداخت از کارکنان و افراد تحت تکفل مبلغ ۵۵/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۱/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوطه و ۴۴/۰۰۰ ریال آن مخایفه به طریق سرفه جیبی از حقوق متقاضی کسر شود.
- ۱/۸. آخذت از بیمه شدگان که هر طول برای مدت مناسب روزانه بیمه یا از مزایای بیمه می نمایند موظفند حداکثر ظرف مدت ۳ روز نسبت به تعویض تصویر شناسنامه یا تصویر شناسنامه اقدام کنند نسبت به ارائه تصویر در ایستگاه بیمه سازمان و سایر اقدامات مربوطه.
- ۱/۹. کارکنانی که در حال قبل تحت تعینات پوشش مزایای سازمانهای دیگر بوده اند در صورت تعینات در جنبه دیگری نسبت هزینه مزایای فرمای کارکنان در سال جاری باینجا حداقل کسب می کنند و برای واصل و سرار این مورد در ... حداقل ۹ ماه هیروه انگیز و سیری نمایند.

۱/۱۰. افرادی که در اولین تاریخ شروع این قرارداد از کار اطلاع کامل و مطمئن نشده اند می توانند از مزایای این طرح استفاده کنند.

۲- مشخصات و محدوده بیمه (بیمه سازمان دانشگاه)

در تالیف افرادی که کلیه اطلاعات نامی کرده و واجد نسبت به ویزیت عمل بیمه به موقع اعلام نمودند و یا مشمول استفاده از مزایای این طرح می باشند:

شماره ملی	شماره بیمه
۲/۱	۲/۱
۲/۲	۲/۲
۲/۳	۲/۳
۲/۴	۲/۴
۲/۵	۲/۵
۲/۶	۲/۶
۲/۷	۲/۷
۲/۸	۲/۸
۲/۹	۲/۹
۲/۱۰	۲/۱۰

۳- جدولت قرارداد

مدت قرارداد به سال شمسی می باشد و کارکنانی که تمایل به استفاده از مزایای صندوق تامین هزینه های مزایای فرمای کارکنان را داشته باشند می توانند با پرداخت حق بیمه از گروه شروع قرارداد از اول شهریور سال جاری استفاده نمایند.

۴- شرایط استخدامی:

- ۴/۱. این طرح مزایای پوشش بیمه ای کارکنان کسب اجتماعی (بیمه کارکنان) می باشد و از اینرو بیمه شدگان باید ابتدا به هر چه منظور مراجعه و پس از دریافت بیمه حساب کارکنان این موسسه، موضوع جدولت مربوطه به اطلاع تصویب جهت دریافتی که توسط مدیرکل تامین اجتماعی بر مبنای اصل شده باشد به کمیته پرداخت خسارت واحد تعویض نمایند.
- ۴/۲. با توجه به پیشنهاد اخیر سازمان تامین اجتماعی به صرف بیمه کارکنان این موسسه در صورت عدم تمدد هزینه های انجام شده در بودجه دانشگاهی و در حالی خصوصی که بیمه شده را محدود و تعین اجتماعی بیمه کننده تعیین می کنند، از این رو برای استفاده بیمه شده شدگان از مزایای صندوق مزایای کارکنان دانشگاهی و سایر امکانات استفاده از مزایای طرف قرارداد با سازمان فوق پیشنهاد می گردد که هر یک از این موارد با توجه به شرایط بیمه کارکنان جدولت جدول ۳۴ به جدولی فراموشی از کلیه هزینه های فرم های کسر خواهد شد.

۵- آیین نامه های

- ۵/۱. هزینه های جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد مگر اینکه بخشی از حفره در طی مدت فرود باشد.
- ۵/۲. از بین بردن سوزن مادرزادی و ایستادگی که قبل از انعقاد بیمه مشخص بوده و ایستادگی که قبل از شروع این طرح بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.
- ۵/۳. جراحی چشم مگر در موارد ضروری یا تشخیص پزشک متخصص.
- ۵/۴. نوبت اکتفا و تکلیف و جزیات.
- ۵/۵. حوادث طبیعی حادثه سبب، زلزله و آتشسوزی.
- ۵/۶. جنک، نورس، اشتباهی، انقلاب، بلیه، اختصاب، ایام، آکتوب، کوفت و اقدامات احتیاطی مطابقت تقاضای و انتظامی.
- ۵/۷. فعل و انفعالات هسته ای.
- ۵/۸. عمل خصوصی و همراه با هر دو موارد ضروری به تشخیص و تأیید پزشک معالج.
- ۵/۹. بیمارهای روانی.
- ۵/۱۰. زخمهای برای فرود چهارم و بیشتر.
- ۵/۱۱. وسایل کف ایستادگی از جوارب واریس، آرتروز، سوزن، شکم و غیره.
- ۵/۱۲. کلیه هزینه های اجتماعی مصنوعی برای جبران توانایی و فراموشی های جسمی بدن.
- ۵/۱۳. کلیه هزینه های مربوط به دارو، ویزیت و آزمایشات.
- ۵/۱۴. هزینه های جراحی و تشکیل پرونده و طبقات در بیمارستان.
- ۵/۱۵. بیمارهای ایدز (فراموشی)

کلیه شرایط مشترک که در این بخشنامه ذکر نشده است مشمول مقررات و شرایط مصوب بیمه مرکزی می باشد.

باسمه تعالی

تاریخ:
واحد
شماره:

فرم درخواست هزینه های مازاد درمان

نسخه اول: سازمان مرکزی

نسخه دوم: امور مالی واحد

نسخه سوم: دبیرخانه واحد - نمونه برگ شماره ۴۷/۱۱۷

	اینجانب شماره پرسنلی (شود). مربوط به صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/>	توپست کارمند تکمیل گردد
	شاغل در قسمت درخواست دریافت هزینه های (نوع هزینه مشخص به مبلغ ریال (به حروف): ریال) طبق مدارک پیوست را دارم. صندوق ویژه <input type="checkbox"/>	
	امضاء و تاریخ:	
	بدینوسیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند/ نداشته اند. صندوق عادی } شماره کد ملی عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی بیمار صندوق ویژه } شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی	توپست امور کارکنان تکمیل شود.
	مهر - امضاء - تاریخ:	
	حق بیمه متعلق طی حواله شماره از طریق بانک (به حروف): به مبلغ ریال جاری ۷۲۰۳۹۴۴۶/۷۲ به نام صندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملت شعبه گلستان پاسداران واریز و رسید آن طی نامه شماره مورخ به مدیریت امور رفاهی سازمان مرکزی ارسال گردیده است.	مشخصات
	مهر - امضاء - تاریخ:	
	این کمیته پس از بررسی صورت هزینه های ارائه شده به مبلغ ریال و تطبیق با تعهدات بخشنامه و باتوجه به کسر تعهدات بیمه گر اول (سازمان تامین اجتماعی) به مبلغ ریال (به حروف): پرداخت مبلغ ریال بابت تامین هزینه مازاد درمان آقای/خانم کارمند شاغل در به شماره پرسنلی موافقت می نماید.	نظریه کمیته بیمه
	امضای اعضای کمیته بیمه و رفاه:	
	چک شماره به مبلغ حروف بابت تامین هزینه مازاد درمان (عادی/ویژه) آقای/خانم صادر شد.	مشخصات چک صادره توپست امور مالی واحد
	امضاء و تاریخ:	

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده در یکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت بعمل آید مسئولیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهدہ دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.

فرم بستري شدن در بیمارستان

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

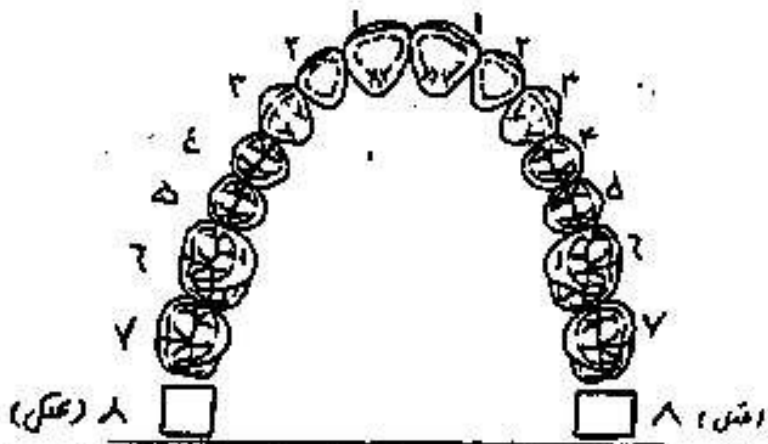
توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی بیمار</p> <p>ماه سال</p> <p>شماره شناسنامه</p> <p>تاریخ تولد روز</p> <p>شروع پوشش بیمه</p> <p>ساکن شهرستان</p> <p>نسبت با بیمه شده اصلی</p> <p>گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی/ افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی شماره شناسنامه</p> <p>نام پدر تاریخ تولد روز ماه سال در تاریخ</p> <p>استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق تامین هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است. نام وی در صفحه ردیف</p> <p>صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است، ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری/ حادثه بوه است.</p> <p style="text-align: center;">امضاء بیمه شده اصلی: تاریخ ومهر امضا واحد:</p>
توسط پزشك معالج تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم/آقای</p> <p>نام پدر تاریخ تولد</p> <p>توسط اینجانب دکتر</p> <p>ساکن شهرستان</p> <p>تلفن</p> <p>جهت بستری شدن به بیمارستان</p> <p>معرفی گردیده است.</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می باشد/ نمی باشد.</p> <p>نوع عمل جراحی:</p> <p>کدجراحی:</p> <p>(باتوجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء پزشك معالج:</p>
توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید.	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم/آقای</p> <p>شناسنامه محل صدور</p> <p>طبق معرفي پزشك معالج</p> <p>بعلت ابتلاء به بیماری/حادثه</p> <p>به این بیمارستان معرفي و از تاریخ</p> <p>بمدت روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت حسابهای پیوست جمعاً مبلغ</p> <p>ریال از وی دریافت گردیده است.</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء مجاز بیمارستان: درجه ارزشیابی بیمارستان:</p>
<p>باتوجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می باشد ،لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاءکننده خواهد بود.</p> <p>در صورتیکه بیمه شده بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبني بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد. فرم ۴۷/۱۱۸</p>	

تاریخ: _____
 شماره: _____
 پست: _____



دانشگاه آزاد اسلامی

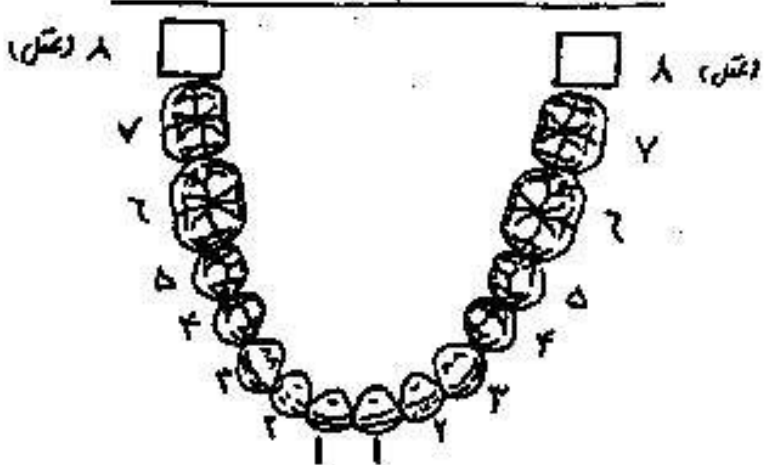
نام بیمار:		دندانهای تک پایه		نوع حرکت		نام بیمه شده اصلی:	
نوع حرکت	سطح برآل	رودت	تاریخ	نوع حرکت	سطح برآل	رودت	تاریخ
		۱					۱
		۲					۲
		۳					۳
		۴					۴
		۵					۵



تک پایه بالا

R - راست

L - چپ



تک پایه پایین