

شماره: ۵۰/۴۰۳۷۵
تاریخ: ۹۴/۶/۲۱
پست: دلد

دانشگاه آزاد اسلامی



سازمان مرکزی

باسمه تعالی

رؤسای واحدهای مرکز استان (دبیران هیأت های امناء استان ها) ، رؤسای واحدها و مراکز آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی

دستورالعمل
اداری

موضوع: تمدید قرارداد بیمه مازاد درمان کارکنان دانشگاه (اعم از هیأت علمی و غیر هیأت علمی)

حوزه معاونت
اداری و مالی

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

پیرو بخشنامه شماره ۵۰/۶۶۵۴۹ مورخ ۹۳/۰۷/۰۹، به پیوست آیین نامه صندوق مازاد درمان کارکنان دانشگاه ، در خصوص تمدید قرارداد بیمه مازاد درمان کارکنان (هیأت علمی و غیر هیأت علمی) برای مدت یکسال دیگر از تاریخ ۹۴/۵/۱ لغایت ۹۵/۵/۱ ارسال می گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی و دبیرخانه های هیأت امناء استانها حداکثر تا تاریخ ۹۴/۰۷/۲۰ نسبت به واریز حق بیمه کلیه اعضاء اقدام و تصویر حواله واریزی را به همراه فهرست اسامی کارکنان متقاضی در قالب لوح فشرده به هیأت امناء استان و یک نسخه به اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه ارسال نمایند. رعایت حسن اجرای بخشنامه به عهده دبیران هیأت های امناء استان ها ، رییس و معاون اداری و مالی واحدهای دانشگاهی خواهد بود.

"این بخشنامه در تاریخ ۹۴/۰۶/۱۹ به تأیید ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی رسیده است" ۹۴/۴/۲۰-۸۳

مرتضی احسانی

معاون اداری و مالی دانشگاه



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 تمام وقت و افراد تحت تکفل آنان و افراد مشمول تبصره بند (ج) در شمول 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) در صورتی که پدر، مادر، همسر و 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) تحت تکفل نباشند مجازند با پرداخت ۲ برابر حق عضویت صندوق تأمین مازاد درمان به شرط داشتن دفترچه تأمین اجتماعی به عضویت این صندوق درآیند.

د) بازنشستگان شاغل در دانشگاه مشمول استفاده از این طرح نمی باشند.

ه) استفاده از مزایای صندوق مازاد درمان در مدت زمان مرخصی بدون حقوق امکان پذیر نمی باشد، لیکن بدیهی است دوره مرخصی استعلاجی حالت اشتغال محسوب گردیده و کارکنانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می نمایند در صورت عضویت می توانند از مزایای صندوق با رعایت مقررات بهره مند شوند.

۱/۲- متقاضیان بایستی تمایل خود را با تنظیم فرم درخواست (نمونه برگ شماره ۵۳/۱۱۵ پیوست) به واحد اعلام دارند.

۱/۳- حق بیمه برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان در صندوق عادی ماهانه معادل ۱۲۰/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ پنجاه درصد آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و پنجاه درصد باقیمانده به طور سرانه بایستی از حقوق متقاضی کسر شود. در صندوق ویژه حق بیمه معادل ۲۴۰/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ پنجاه درصد آن توسط واحد دانشگاهی و پنجاه درصد باقیمانده 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 هزینه‌های درمانی کارکنان واحدها مکلفند کل حق بیمه سالانه (اعم از سهم کارمند و دانشگاه) را یکجا و برای کل مدت قرارداد طی یک فقره حواله حداکثر تا پایان مهر ماه به حساب جاری شماره ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام صندوق تأمین هزینه مزاد درمان کارکنان نزد بانک ملی شعبه دانشگاه (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و نسخه‌ای واضح و خوانا از حواله واریزی را به همراه لوح فشرده‌ای از لیست بیمه شدگان در قالب فرم شماره ۵۳/۱۱۶ برای اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی دانشگاه ارسال نموده و مبلغ واریزی را به طور ماهانه از حقوق کارکنان کسر کنند.

۱/۶- 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 مزاد درمان کارکنان از پرداخت هر گونه خسارتی بری‌الذمه می‌باشد.

۱/۷- عضویت کارکنان فقط در ابتدای قرارداد امکان‌پذیر بوده و به هیچ‌وجه در طول مدت قرارداد نمی‌توانند درخواست عضویت خود را اعلام نمایند.

۱/۸- 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 اعلام گردد.

۱/۹- افرادی که از تاریخ شروع این قرارداد از کارافتاده کامل و دائم باشند نمی‌توانند از مزایای این طرح استفاده نمایند.

تبصره ۱: عضویت در صندوق تأمین هزینه مزاد درمان از شروع قرارداد سالانه امکان پذیر می‌باشد و تغییر عضویت از صندوق عادی به ویژه و بالعکس نیز باید از شروع قرارداد 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 مزاد درمان اعلام نکرده‌اند (فقط در زمان تجدید قرارداد) عضو صندوق محسوب بوده و حق عضویت از آنان کسر می‌شود و نیازی به تجدید قرارداد در پایان سال و عضوگیری و ثبت نام به صورت سالانه نمی‌باشد.



ماده ۲ - تعهدات صندوق

در قبال افرادی که کتباً اعلام تمایل کرده و واحد نسبت به واریز حق بیمه به موقع اقدام نموده باشد تا سقفهای تعیین شده صندوق تعهداتی به شرح زیر به عهده دارد:

تعهدات صندوق عادی:

- ۲/۱- جبران هزینه‌های چهار عمل جراحی اصلی (به استثناء دیسک و ستون فقرات) حداکثر تا مبلغ: ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۲- جبران هزینه‌های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداکثر تا مبلغ: ۷۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۳- جبران هزینه‌های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ: ۲۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۴- جبران هزینه‌های سزارین حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۵- جبران هزینه‌های جراحی نازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۶- جبران هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ: ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۷- جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم هر دو چشم (نمره هر چشم حداقل ۳ باشد) حداکثر تا مبلغ: ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۸- جبران هزینه‌های دندانپزشکی تا مبلغ: ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال

تعهدات صندوق ویژه:

- ۲/۱- جبران هزینه‌های چهار عمل جراحی اصلی (به استثناء دیسک و ستون فقرات) حداکثر تا مبلغ: ۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۲- جبران هزینه‌های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداکثر تا مبلغ: ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۳- جبران هزینه‌های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۴- جبران هزینه‌های سزارین حداکثر تا مبلغ: ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۵- جبران هزینه‌های جراحی نازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ: ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۶- جبران هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۷- جبران هزینه‌های دارویی بیماریهای خاص حداکثر تا مبلغ: ۴۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۸- جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید هر دو چشم (نمره هر چشم حداقل ۳ باشد) حداکثر تا مبلغ: ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۹- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ: ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال



تبصره ۱: 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.

تبصره ۲: استفاده از هزینه دندانپزشکی برای هر یک از اعضا صرفاً یکبار در سال امکانپذیر بوده و برای دفعات بعد قابل پرداخت نمی‌باشد.

ماده ۳- مدت قرارداد:

مدت قرارداد یکساله بوده و از ابتدای مرداد ماه هر سال آغاز و تا مرداد ماه سال بعد خاتمه می‌یابد و در صورت تأخیر در تجدید بخشنامه و قرارداد جدید، مفاد این قرارداد تا ارسال بخشنامه بعدی نافذ و معتبر خواهد بود.

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 سازمان، تصویر برابر اصل شده مدارک مربوط به انضمام تصویر چک دریافتی را به کمیته بیمه و رفاه واحد تحویل نمایند.

۴/۲- کارکنانی که از بیمه تکمیلی دیگری غیر از بیمه تکمیلی دانشگاه استفاده کرده‌اند می‌توانند با ارائه اصل صورت حساب مربوط به بیمه تکمیلی اول و یا 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 از هزینه‌های انجام شده درصدی به عنوان فرانشیز پس از انطباق با تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت کسر خواهد شد.

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 و یا وقفه‌ای در عضویت آنها ایجاد گردیده است 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 ۵: سابقه‌ی عضویت با هر یک از تعهدات عادی یا ویژه را می‌توان به عنوان دوره‌ی انتظار محسوب کرد.



ماده ۶- نحوه تأمین هزینه‌های درمان:

برای پرداخت خسارت هزینه مازاد درمان کارکنان در کلیه واحدها کمیته‌ای مرکب از ریاست واحد به عنوان رئیس کمیته، معاونت اداری و مالی و دبیر کمیته بیمه و رفاه تشکیل جلسه می‌دهند که این کمیته مسئول 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 شخصاً بایستی با تکمیل فرم نمونه ۵۳/۱۱۷ پیوست نسبت به اعلام خسارت همراه با ارایه مدارک لازم اقدام نماید.

۶/۲- واحد پس از اعلام خسارت از طرف بیمه‌گذار و اطمینان از صحت و کامل بودن مدارک و تأیید امور کارکنان و امور مالی باید مراتب را در کمیته بیمه و رفاه مطرح و بررسی 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 ننماید پرداخت و اصل پرونده را جهت تأیید نهایی به اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی ارسال نماید.

۶/۴- واحدها موظفند پس از تفکیک مدارک، پرونده‌های پاراکلینیکی و دندانپزشکی را به واحد مرکز استان و پرونده‌های بیمارستانی و جراحی را به اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی دانشگاه جهت بررسی ارسال نمایند.

۶/۵- واحدهای مراکز استان‌ها موظفند هزینه‌های پاراکلینیکی ارسالی واحدهای تحت پوشش را طبق تعرفه‌های صندوق بررسی و مبلغ مصوبه را جهت پرداخت به واحدها ابلاغ نمایند. ضمناً می‌بایستی یک نسخه از اعلامیه پرداختی را جهت واریز وجه به اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی دانشگاه 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.

تبصره ۱: کلیه واحدها جهت رفاه حال کارکنان و تسهیل در امر درمان آنها می‌بایست 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 کاری 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 و فقط در صورت عدم استفاده از تعهدات صندوق توسط بیمه‌گذار حق بیمه دریافتی را به نسبت مدت باقیمانده تا پایان قرارداد مسترد نماید. ضمناً مبلغ حق بیمه عودت شده به بیمه‌گذار از طرف سازمان مرکزی در حساب بستانکار واحد منظور می‌گردد.

ماده ۷- استثنائات:

موارد زیر جزء تعهدات صندوق نمی‌باشد.

۷/۱- هزینه‌های جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌گیرد مگر اینکه ناشی از حادثه در طی مدت قرارداد باشد
۷/۲- 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 بیمه‌گذار از آن مطلع شده باشد

۷/۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج

۷/۴- ترک اعتیاد

۷/۵- خودکشی، قتل و جنایت

۷/۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان

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

۷/۸- فعل و انفعالات هسته‌ای

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



۲/۱۰- بیماریهای روانی

۲/۱۱- وسایل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریس، لنز، عینک، سمعک، شکم‌بند و غیره ...

۲/۱۲- کلیه هزینه‌های اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن

۲/۱۳- کلیه هزینه‌های مربوط به دارو، ویزیت و تزریقات (به استثنا داروهای خاص در صندوق ویژه)

۲/۱۴- هزینه‌های متفرقه، جانبی، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان

۲/۱۵- بیماریهای اپیدمی (فراگیر)

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

۸/۱- تکمیل فرم ۵۳/۱۱۷ با رعایت کلیه شرایط بخشنامه با بررسی و تأیید کمیته بیمه و رفاه واحد

۸/۲- فرم تکمیل شده ۵۳/۱۱۸ 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. تب/

لیست کلی کارکنان

« لطفاً برای تکمیل این فرم از اطلاعات مندرج در فرم نمونه ۵۳/۱۱۵ استفاده فرمائید »

ردیف	کد شناسایی	نام و نام خانوادگی	عضو اصلی	عضو تحت تکفل	عضو غیر تحت تکفل	تاریخ تولد	افراد زیر ۶۰ سال	افراد ۶۰ تا ۶۹ سال	افراد ۷۰ سال به بالا
جمع کل:									

فرم شماره ۵۳/۱۱۶

* این نمونه برگ برای صندوق‌های عادی و ویژه می‌بایست به صورت جداگانه تکمیل گردد.

* در ستون‌های تحت تکفل و غیرتکفل و همچنین ستون‌های بازه سنی به جای هرگونه علامت از عدد ۱ استفاده شود.

امضاء رئیس واحد

امضاء تنظیم‌کننده

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 تحت
 تکفل که تصویر دفترچه درمانی آنان 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 و غیرتحت تکفل متقاضی						
ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	نسبت با سرپرست	نوع صندوق (عادی / ویژه)

فرم شماره ۵۳/۱۱۵

توجه :

شرایط ظهر ورقه بایستی به امضای متقاضی برسد .

آدرس محل سکونت :

آدرس محل کار :

تلفن جهت تماس اضطراری :

محل امضاء متقاضی :

فرم درخواست هزینه‌های مزاد درمان

<p>به شماره پرسنلی</p> <p>ریال (به حروف):</p> <p>امضاء و تاریخ:</p>	<p>اینجانب</p> <p>کارمند شاغل در قسمت</p> <p>درخواست دریافت هزینه‌های (نوع هزینه مشخص شود).</p> <p>مربوط به</p> <p>به مبلغ</p> <p>طبق مدارک پیوست را دارم.</p> <p>صندوق عادی <input type="checkbox"/> صندوق ویژه <input type="checkbox"/></p> <p>تلفن تماس:</p>	<p>توسط کارمند تکمیل گردد</p>
<p>بیمار</p> <p>بیمار</p> <p>بیمار</p> <p>بیمار</p> <p>مهر - امضاء - تاریخ:</p>	<p>بدینوسیله گواهی می‌شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مزاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته‌اند / نداشته‌اند.</p> <p>صندوق عادی</p> <p>شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</p> <p>شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</p> <p>صندوق ویژه</p> <p>شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: بیمه شده اصلی</p> <p>شماره کدهای عضویت در قرارداد جدید: بیمه شده اصلی</p>	<p>توسط امور اداری تکمیل شود</p>
<p>ریال</p> <p>به مبلغ</p> <p>مورخ</p> <p>مهر - امضاء - تاریخ</p>	<p>حق بیمه متعلق طی حواله شماره</p> <p>مورخ</p> <p>از طریق بانک ملی</p> <p>ریال (به حروف):</p> <p>به حساب جاری ۰۱۱۴۱۷۱۴۱۷۰۰۹ به نام بیمه مزاد درمان کارکنان دانشگاه نزد بانک ملی شعبه دانشگاه آزاد (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و رسید آن طی نامه شماره مورخ</p> <p>به اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه ارسال گردیده است.</p>	<p>مشخصات مبلغ واریزی به حساب صندوق توسط امور مالی تکمیل شود</p>
<p>صورت</p> <p>ریال</p> <p>ریال</p> <p>ریال</p> <p>مهر و امضاء اعضاء کمیته</p>	<p>نام بیمه شده اصلی:</p> <p>نوع هزینه/عمل</p> <p>هزینه‌های ارائه شده به مبلغ:</p> <p>بیمه گر اول (تأمین اجتماعی) به مبلغ:</p> <p>موافقت کمیته به مبلغ:</p> <p>نام بیمار:</p> <p>تاریخ هزینه:</p> <p>ریال (به حروف):</p> <p>ریال (به حروف):</p> <p>ریال (به حروف):</p> <p>کد عمل جراحی:</p>	<p>نظریه کمیته بیمه و رفاه واحد</p>
<p>تأیید و امضاء کارشناس</p>	<p>کسورات:</p> <p>مبلغ قابل پرداخت:</p>	<p>توسط اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی و یا دبیر خانه هیئت امنای استان تکمیل گردد</p>

نمونه برگ شماره ۵۳/۱۱۷

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 بعهده دبیر کمیته بیمه و رفاه می باشد.

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محترم 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 تاریخ تولد روز ماه سال شماره شناسنامه</p> <p>تاریخ شروع پوشش بیمه ساکن شهرستان 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 استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق هزینه</p> <p>مآزاد 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 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>
توجه : خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید .	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی میشود خانم / آقای به شماره شناسنامه محل صدور در تاریخ</p> <p>طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر بعلت 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) ریال از وی</p> <p>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 بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه ، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد .</p>	

«دستورالعمل تعریف کد شناسائی اعضای صندوق مازاد درمان»

الف) سه رقم اول از سمت چپ معرف کد واحد می باشد (مثال کد ۱۰۱ معرف واحد تهران مرکزی می باشد)

ب) رقم بعدی معرف کارمند یا هیئت علمی بودن اعضا می باشد (عدد ۱ کارمند و عدد ۲ هیئت علمی)

ج) چهار رقم بعدی معرف کد پرسنلی اعضای هیئت علمی یا کارکنان می باشد.

د) رقم بعدی نشانگر نوع عضویت در صندوق مازاد درمان می باشد (عدد ۱ صندوق عادی و عدد ۲ صندوق ویژه)

ه) رقم آخر که پس از درج علامت ممیز (/) لحاظ می شود نشانگر عضو اصلی و یا عضو تحت تکفل می باشد. (عضو اصلی با

عدد ۱ مشخص می شود و افراد تحت تکفل ایشان با اعداد ۲ به بعد مشخص می شود)

برای نمونه کد ۱۰۱۱۰۰۲۵۲/۱ معرف عضوی از صندوق است که در واحد تهران مرکزی (کد ۱۰۱) فعالیت می نماید و

کارمند بوده که شماره پرسنلی ایشان ۲۵ می باشد و در صندوق ویژه عضویت داشته و عضو اصلی می باشد.

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 بایستی تمایل خود را با تنظیم درخواست طبق نمونه پیوست به واحد اعلام دارند .
- ۱/۳. افراد تحت تکفل عبارتند از همسر ، فرزندان (فرزندان ذکور حداکثر تا سن ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا پایان ۲۵ سالگی و فرزندان انان 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 خانواد ده (در صورتی که دفترچه درمانی فرد تحت تکفل توسط بیمه شده اصلی اخذ شده باشد) یا کفالت نامه که صراحتاً مشخصات فرد تحت تکفل در آن ثبت شده باشد .
- ۱/۴. بازنگستان شافل در دانشگاه و همچنین افراد تحت تکفل کارکنان که بازنشسته سایر سازمانها می باشند بدلیل داشتن پوشش بیمه ای خاص توسط سازمانهای مربوط مشمول استفاده از این طرح نمی باشند .
- ۱/۵. 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 .
- ۱/۶. حق بیمه صندوق عادی برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان مبلغ ۱۲۰/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۶۰/۰۰۰ ریال توسط واحد دانشگاهی مربوط و بقیه ۶۰/۰۰۰ ریال توسط شخص و در صندوق ویژه برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل مبلغ ۲۴۰/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۲۰/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۱۲۰/۰۰۰ ریال آن ماهانه به طور سرانه بایستی از حقوق متقاضی کسر شود .
- ۱/۷. آندسته از بیمه شدگان که در طول قرارداد صاحب فرزند شده یا ازدواج می نمایند موظفند حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به تحویل تصویر شناسنامه یا تصویر عقدنامه اقدام تا نسبت به اضافه نمودن در لیست بیمه شدگان واحد اقدام گردد .
- ۱/۸. کارکنانی که در سال قبل تحت عضویت پوشش مزاد درمان (طرح خود بیمه ای دانشگاه) نبوده اند در صورت عضویت در صندوق تامین هزینه مزاد درمان کارکنان در سال جاری بایستی حداقل شش ماه و برای زایمان و سزارین و کورتاز و ... حداقل ۹ ماه دوره انتظار را سپری نمایند .
- ۱/۹. افرادی که در اولین تاریخ شروع این قرارداد از کار افتاده کامل و دائم باشند نمی توانند از مزایای این طرح استفاده کنند .
- ۱/۱۰. کلیه افرادی که عضو صندوق می شوند به هیچ عنوان نمی توانند تا خاتمه قرارداد از عضویت صندوق انصراف بدهند مگر آنکه رابطه استخدامی عضو با دانشگاه بطور کلی قطع شود

۲- تعهدات صندوق

- در قبال 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. تامین هزینه های جراحی مغز و اعصاب ، قلب ، پیوند کلیه ، پیوند مغز استخوان در سال حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۲. تامین هزینه بستری شدن در بیمارستان و جراحی ناشی از حادثه یا بیماری در سال حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۳. تامین هزینه های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۴. تامین هزینه سزارین حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۵. تامین هزینه نازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۶. تامین هزینه های پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۷. تامین هزینه های دارویی بیمارهای خاص حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۸. تامین هزینه های چشم پزشکی و رفع عیوب انکساری با ضعف ۳ دیوپتر به بالا حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۹. تامین هزینه های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ

۳- مدت قرارداد :

مدت قرارداد یکسال شمسی می باشد و کارکنانی که تمایل به استفاده از مزایای صندوق تامین 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 تامین اجتماعی (بیمه گر اول) می باشد و از اینرو بیمه شدگان باید ابتدا به مرجع مذکور مراجعه و پس از دریافت سهم خسارت از این موسسه ، تصویر مدارک مربوط به انضمام تصویر چک دریافتی که توسط سازمان تامین اجتماعی برابر اصل شده باشد به کمیته پرداخت خسارت واحد تحویل نمایند .
- ۴/۲. با توجه به بخشنامه سازمان تامین 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 تحمیل می کند ، از این رو برای استفاده بهینه 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 این صورت بابت سهم بیمه گر اصلی مبلغی 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 پزشک معالج .
- 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. اتقاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص و تایید پزشک معالج .
- ۵/۱۰. بیماریهای روانی .
- ۵/۱۱. وسایل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریس ، لنز ، عینک ، سمعک ، شکم بند و غیره .
- ۵/۱۲. کلیه هزینه های اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی بدن .
- ۵/۱۳. کلیه هزینه های مربوط به دارو ، ویزیت و تزریقات (به استثناء داروهای خاص در صندوق ویژه)
- ۵/۱۴. هزینه های متفرقه ، جانی ، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان .
- ۵/۱۵. بیماریهای ایدمی (فراگیر)

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

تاریخ و امضاء متقاضی :