



دانشگاه آزاد اسلامی
سازمان مرکزی

باسمه تعالی

بخشنامه به رؤسای مناطق، واحدها و مراکز آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی

موضوع: تمدید قرارداد بیمه مزاد درمان کارکنان و اعضای هیأت علمی

پیرو بخشنامه‌ی شماره‌ی ۴۷/۱۶۹۸۳۰ مورخ ۹۱/۵/۳۱ به پیوست آیین‌نامه صندوق مزاد درمان کارکنان دانشگاه، در خصوص تمدید قرارداد بیمه مزاد درمان کارکنان و اعضای هیأت علمی در قالب آیین‌نامه‌ی مزبور برای مدت یکسال دیگر از تاریخ ۹۲/۵/۱ لغایت ۹۳/۵/۱ ارسال می‌گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی و دبیرخانه‌های مناطق حداکثر تا تاریخ ۹۲/۷/۳۰ نسبت به واریز حق بیمه کلیه اعضای اقدام و تصویر حواله واریزی را به همراه فهرست اسامی کارکنان متقاضی در قالب لوح فشرده به دبیرخانه متبوع و یک نسخه به اداره کل رفاه و امور اجتماعی ارسال نمایند.

رعایت حسن اجرای بخشنامه به عهده‌ی رییس و معاون اداری و مالی واحدهای دانشگاهی خواهد بود. دب/۷۱۷

محمد خجسته

معاون اداری و مالی دانشگاه آزاد اسلامی



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

شماره:
تاریخ:
پیوست:

باسمه تعالی

بخشنامه به رؤسای مناطق، واحدها و مراکز آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی

موضوع: تمدید قرارداد بیمه مزاد درمان کارکنان و اعضای هیأت علمی

پیرو بخشنامه‌ی شماره‌ی ۴۷/۱۶۹۸۳۰ مورخ ۹۱/۵/۳۱ به پیوست آیین‌نامه صندوق مزاد درمان کارکنان دانشگاه، در خصوص تمدید قرارداد بیمه مزاد درمان کارکنان و اعضای هیأت علمی در قالب آیین‌نامه‌ی مزبور برای مدت یکسال دیگر از تاریخ ۹۲/۵/۱ لغایت ۹۳/۵/۱ ارسال می‌گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی و دبیرخانه‌های مناطق حداکثر تا تاریخ ۹۲/۷/۳۰ نسبت به واریز حق بیمه کلیه اعضاء اقدام و تصویر حواله واریزی را به همراه فهرست اسامی کارکنان متقاضی در قالب لوح فشرده به دبیرخانه متبوع و یک نسخه به اداره کل رفاه و امور اجتماعی ارسال نمایند.

رعایت حسن اجرای بخشنامه به عهده‌ی رییس و معاون اداری و مالی واحدهای دانشگاهی خواهد بود. دب/۸۷۱

محمد خجسته

معاون اداری و مالی دانشگاه آزاد اسلامی

رونوشت:

- * معاونان و مشاوران دانشگاه
- * اداره‌ی کل امور مالی دانشگاه
- * اداره‌ی کل داخلی سازمان مرکزی
- * اداره کل رفاه و امور اجتماعی

۴۷/۱۹۱۰۵۳

۹۲/۶/۱۹



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

شماره:

تاریخ:

پیوسته

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 می‌باشند.

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 می‌باشند.

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

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 نباشد مجاز هستند با پرداخت ۲ برابر حق عضویت صندوق تأمین مازاد درمان به عضویت این صندوق درآیند.

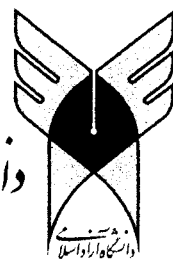
د) بازنشستگان شاغل در دانشگاه و همچنین پدر و مادر کارکنانی که بازنشسته سایر سازمانها می‌باشند مشمول استفاده از این طرح نمی‌باشند.

ه) استفاده از مزایای صندوق مازاد درمان در مدت زمان مرخصی بدون حقوق امکان‌پذیر نمی‌باشد، لیکن بدیهی است دوره مرخصی استعلاجی حالت اشتغال محسوب گردیده و کارکنانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌نمایند در صورت عضویت می‌توانند از مزایای صندوق با رعایت مقررات بهره‌مند شوند.

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

۱/۳- حق بیمه برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان در صندوق عادی ماهانه معادل ۵۵/۰۰۰ ریال می‌باشد که مبلغ ۱۵/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۴۰/۰۰۰ ریال به طور سرانه بایستی از حقوق متقاضی کسر شود. در صندوق ویژه حق بیمه معادل ۸۰/۰۰۰ ریال می‌باشد که مبلغ ۱۵/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی و ۶۵/۰۰۰ ریال آن توسط شخص پرداخت می‌شود.

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 می‌توانند مشمول استفاده از مزایای این طرح باشند.



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

۱/۵- به منظور تأمین نقدینگی صندوق جهت انجام به موقع تعهدات و پرداخت هزینه‌های درمانی کارکنان واحدها مکلفند کلیه 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 ۷۲۰۳۹۴۴۶/۷۲ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان نزد بانک ملت شعبه گلستان پاسداران (کد شعبه ۶۵۵۷/۳) واریز و نسخه‌ای واضح و خوانا از حواله واریزی را به همراه لوح فشرده‌ای از لیست بیمه شدگان در قالب فرم شماره ۴۷/۱۱۶ برای اداره کل رفاه و امور اجتماعی 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 مازاد 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 مازاد درمان از شروع قرارداد سالانه امکان‌پذیر 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 مازاد 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

تعهدات صندوق عادی:

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:



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

شماره:

تاریخ:

پیوسته:

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

تعهدات صندوق ویژه:

- ۲/۱- جبران هزینه‌های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداکثر تا مبلغ: ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۲- جبران هزینه‌های چهار عمل جراحی اصلی (به استثناء دیسک و ستون فقرات) حداکثر تا مبلغ: ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۳- جبران هزینه‌های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ: ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۴- جبران هزینه‌های سزارین حداکثر تا مبلغ: ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۵- جبران هزینه‌های جراحی نازایی و ناباروری حداکثر تا مبلغ: ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۶- جبران هزینه‌های پاراکلینیکی و دارویی بیماریهای خاص حداکثر تا مبلغ: ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۷- جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید هر دو چشم (نمره هر چشم حداقل ۳ باشد) حداکثر تا مبلغ: ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲/۸- جبران هزینه‌های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ: ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

تبصوه 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.

تبصوه 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 (بیمه گر 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 بیمه گر 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 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.

تبصوه: سابقه ی عضویت با هر یک از تعهدات عادی یا ویژه را می‌توان به عنوان دوره ی 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 معاونت دانشجویی به عنوان اعضاء کمیته و دبیر کمیته بیمه و رفاه به عنوان دبیر کمیته تشکیل جلسه می‌دهند که این کمیته مسئول بررسی و تأیید میزان خسارت پرداختی با در نظر گرفتن سهم بیمه گر اول تا سقف تعهدات این قرارداد می‌باشد و اقداماتی به شرح زیر انجام می‌گردد.



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

۶/۱- خسارت دیده بایستی با تکمیل فرم نمونه ۴۷/۱۱۷ پیوست 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 ننماید پرداخت و اصل پرونده را جهت تأیید نهایی به اداره کل رفاه و امور اجتماعی 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 اداره کل رفاه و امور اجتماعی جهت بررسی ارسال نمایند.

۶/۵- دبیرخانه‌های مناطق 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 اداره کل رفاه و امور اجتماعی 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.

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 ارایه 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 و حق بیمه دریافتی را به نسبت مدت باقیمانده تا پایان قرارداد به بیمه‌گذار مسترد نماید. ضمناً مبلغ حق بیمه عودت شده به بیمه‌گذار از طرف سازمان مرکزی در حساب بستانکار واحد منظور می‌گردد.

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 بیمه‌گذار 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 انتظامی
- ۲/۸- فعل و انفعالات هسته‌ای
- ۲/۹- اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج
- ۲/۱۰- بیماریهای روانی
- ۲/۱۱- زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر
- ۲/۱۲- وسایل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریس، لنز، عینک، سمعک، شکم‌بند و غیره ...
- ۲/۱۳- کلیه هزینه‌های اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن
- ۲/۱۴- کلیه هزینه‌های مربوط به دارو، ویزیت و تزریقات (به استثناء داروهای خاص در صندوق ویژه)
- ۲/۱۵- هزینه‌های متفرقه، جانبی، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان
- ۲/۱۶- بیماریهای اپیدمی (فراگیر)



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

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

۸/۱- تکمیل فرم ۴۷/۱۱۷ 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. ۵/۱۶/۸۲

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

نظر به اینکه اینجانب **دارای شماره شناسنامه** **متولد** **فرزند** **به شماره پرسنلی** **کارمند شاغل در** **واحد** **و تعداد** **نفر افراد** **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 مزاد 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 ماهیانه 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 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 اناث 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 اخذ شده باشد) یا کفالت نامه که صراحتاً مشخصات فرد تحت تکفل در آن ثبت شده باشد.
- ۱/۴. بازنشستگان شاغل 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 ۵٪ و از سن ۷۰ به بالا با ۱۰٪ 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 ۸۵/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۵/۰۰۰ ریال توسط واحد دانشگاهی مربوط و بقیه ۴۰/۰۰۰ ریال توسط شخص و در صندوق ویژه برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل مبلغ ۸۰/۰۰۰ ریال می باشد که معادل ۱۵/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۶۵/۰۰۰ 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 تأمین هزینه مزاد درمان کارکنان در سال جاری بایستی حداقل شش ماه و برای زایمان و سزارین و کورتاژ 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- تسهیلات 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. 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 پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۷. تأمین هزینه های چشم پزشکی و رفع هیوب انکساری با ضعف ۳ دیوپتر به بالا حداکثر تا مبلغ
 - ۲/۸. تأمین هزینه های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ

۳- مدت قرارداد:

مدت قرارداد یکسال شمسی 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 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 تأمین اجتماعی برابر اصل شده باشد به کمیته پرداخت خسارت واحد تحویل نمایند.
- ۴/۲. با توجه به پیشنهاد 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 معذور و تعهد اضافی به بیمه گر مکمل تحمیل 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 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 هیوب 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 با تشخیص 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. اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری با تشخیص و تایید پزشک معالج.
- ۵/۱۰. بیماریهای روانی.
- ۵/۱۱. زایمان برای فرزند چهارم و بیشتر.
- ۵/۱۲. وسایل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریسی، لنز، عینک، سمعک، شکم بند و غیره.
- ۵/۱۳. کلیه هزینه های اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و تواراحتی های جسمی بدن.
- ۵/۱۴. کلیه هزینه های مربوط به دارو، ویزیت و تزریقات (به استثناء داروهای خاص در صندوق ویژه)
- ۵/۱۵. هزینه های متفرقه، جانی، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان.
- ۵/۱۶. بیماریهای ایدسی (فراگیر)

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

تاریخ و امضاء متقاضی:

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 تاریخ شروع پوشش بیمه ساکن شهرستان نسبت با بیمه شده اصلی شماره شناسنامه</p> <p>گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق نام پدر تاریخ تولد روز ماه سال در تاریخ ردیف صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است . ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است .</p> <p style="text-align: center;">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 توسط اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی ساکن شهرستان تلفن 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 style="text-align: center;">نوع عمل جراحی : کد جراحی :</p> <p style="text-align: center;">(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء پزشک معالج :</p> |
| توجه : خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده فرمائید . | |
| توسط بیمارستان تکمیل شود | <p>گواهی میشود خانم/آقای به شماره شناسنامه محل صدور در تاریخ طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر بعلت ابتلاء به بیماری/حادثه به این بیمارستان معرفی و از تاریخ لغایت بمدت روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت حسابهای پیوست جمعاً مبلغ ریال(بحروف) دریافت گردیده است .</p> <p style="text-align: center;">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> | |

