



شماره: ۳۱۳۴۹

تاریخ: ۱۳۹۵/۶/۹

پیوست: ۵ دارد

اقتصاد مقاومتی، اقدام و عمل

رئیس محترم دانشکده:

مدیر محترم مرکز آموزشی درمانی:

سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان:

سرپرست محترم مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه

موضوع: بیمه تکمیلی کارکنان

باسلام و احترام؛

با توجه به برگزاری مناقصه عمومی از طریق درج در روزنامه های کثیرالانتشار، دانشگاه در شرف عقد قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان و افراد تحت تکفل آنان با شرکت بیمه سینا شعبه استان کرمانشاه می باشد. لذا خواهشمند است دستور فرمائید ضمن اطلاع رسانی کامل به کلیه همکاران محترم و با رعایت موارد مشروحه ذیل افرادی که تمایل به تکمیل فرم عضویت بیمه تکمیلی درمان دارند حداکثر تا تاریخ ۹۵/۶/۲۰ اقدام نمایند ضمناً فرم عضویت بیمه تکمیلی درمان پیوست می باشد:

۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و قانون کار می توانند در صورت تمایل نسبت به تکمیل فرم عضویت جهت خود و افراد تحت تکفل (والدین، همسر و فرزندان) اقدام نمایند. ضمناً کارکنان «زن» می توانند در صورت تمایل نسبت به بیمه افراد تحت تکفل خود نیز اقدام نمایند.

۲- نظر به اینکه برابرقانون پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های درمانی ایثارگران و افراد تحت تکفل آنان بعهده بنیاد شهید و امور ایثارگران می باشد، لذا این دسته از عزیزان در صورتیکه نسبت به تکمیل فرم عضویت بیمه تکمیلی شرکت بیمه سینا اقدام نمایند حق بیمه آنان بایستی مانند سایر کارکنان همه ماهه از حساب آنان کسر و واریز گردد.

۳- آن مرکز بایستی پس از تکمیل فرم های عضویت نسبت به کسر و واریز ماهیانه مبلغ ۲۵۶۱۵۰ ریال از حساب افراد به ازای هر نفر بیمه شده از تاریخ ۹۵/۶/۱ لغایت ۹۶/۶/۱ به شماره حسابی که متعاقباً اعلام خواهد گردید حداکثر تا دهم ماه بعد اقدام و فیش واریزی را به انضمام لیست افراد بیمه شده توسط نماینده امور بیمه ای به شعبه مرکزی بیمه سینا تحویل نمایند.

۴- جدول حداکثر سقف تعهدات بیمه تکمیلی درمان به شرح ذیل می باشد:

نشانی: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، ساختمان مرکزی کد پستی ۶۷۱۵۸۴۷۱۴۱ تلفن ۳۸۳۵۸۲۵۸-۳۸۳۵۸۲۳۹-۳۸۳۵۸۹۴۳- فکس ۳۸۳۶۸۰۶۷-

۳۸۳۵۸۸۷۰

شماره: ۳۱۳۴۹
تاریخ: ۱۳۹۵/۶/۹
پیوست: دارد

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

ردیف	نوع تعهدات	سقف تعهدات	واحد	شرح
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۴۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های بستری، جراحی عمومی و تخصصی، درمان طبی و تشخیصی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و انواع سنگ شکن، آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن، جراحی دیسک، لیزر تراپی ته چشم (سرپائی، بستری)، مسمومیت و خدمات day care بیمارستان
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم (اصلی)	۸۰.۰۰۰.۰۰۰ 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، مغزاسخوان (داروهای پیوندی و سایر خدمات)، جراحی ستون فقرات (غیراز دیسک)، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و بیماری های 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 سرپائی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات)
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	زایمان و سزارین
۴	هزینه پاراکلینیکی (۱)	۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، انواع آزمایشات و پاتولوژی، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری، انواع بیوپسی، نوار قلب، پاپ اسمیر
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	شامل: تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، نوار مغز، انواع گرافی، فیزیوتراپی، آزمایش سنجی و جرم گیری گوش - انواع رادیولوژی
۶	هزینه جراحی های مجاز سرپائی	۳۵۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های پاراکلینیکی شامل: شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی، توپوگرافی
۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۸.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	لیزیک چشم برای هر چشم (که به تشخیص پزشک ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد)
۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر	۱/۰۰۰/۰۰۰	هر نفر	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر
۹	هزینه عینک و لنز طبی	۱۰۰۰/۰۰۰	هر نفر	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج شهر
۱۰	جبران هزینه های ویزیت	۲/۰۰۰/۰۰۰	هر نفر	هزینه عینک و لنز طبی



شماره: ۳۱۳۴۹

تاریخ: ۱۳۹۵/۶/۹

پیوست: ۵ دارد

- ۵- جهت سهولت در کسورات حق بیمه مقتضی است دستور فرمائید هر فرد صرفاً از محل پست سازمانی خود نسبت به تکمیل فرم عضویت اقدام نماید. در این راستا مقتضی است از تأیید 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.
- ۶- به منظور سهولت در پاسخگویی به همکاران مقتضی است دستور فرمائید همکاران محترم از مراجعه مستقیم به دانشگاه و شرکت محترم بیمه سینا خودداری نموده و صرفاً در مواردی که نیاز به مراجعه می باشد نماینده آن مرکز رأساً اقدام نمایند.
- ۷- مقتضی است دستور فرمائید پس از تکمیل فرمها به صورت کامل و خوانا و تأیید آن توسط واحد مربوط (مرتبط با پست سازمانی افراد) لیستی مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تعداد نفراتی که تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می گیرند در فرمت Excel و در قالب لوح فشرده CD تهیه و به انضمام فرمهای تکمیل شده صرفاً توسط نماینده آن مرکز حداکثر تا تاریخ ۹۵/۶/۲۰ به اداره رفاه تحویل نمایند.
- ۸- مقتضی است دستور فرمائید از ارسال فرمها به صورت پست یا ارسال به شرکت بیمه و یا ارسال بعد از تاریخ مذکور و یا ارسال مجدد فرم و ارسال به شکل موردی خودداری گردد. در غیر اینصورت هیچگونه اقدامی جهت اینگونه موارد مقدور نمی باشد. بدیهی است نماینده مرکز پس از تحویل فرمها به اداره رفاه بایستی تأییدیه لازم را از اداره رفاه دریافت نماید.
- ۹- با توجه به اینکه قرارداد سال گذشته در تاریخ ۹۵/۶/۱ به پایان رسیده است، لذا افراد متقاضی 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.
- ۱۰- مهلت دریافت هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی حداکثر تا چهار ماه می باشد و مدارک لازم جهت دریافت هزینه ها به شرح ذیل می باشد:

الف - مدارک لازم جهت دریافت هزینه های بیمارستانی :

نشانی: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، ساختمان مرکزی کد پستی ۶۷۱۵۸۴۷۱۴۱ تلفن ۳۸۳۵۸۲۵۸ - ۳۸۳۵۸۲۳۹ - ۳۸۳۵۸۹۴۳ - فکس ۳۸۳۶۸۰۶۷ -

۳۸۳۵۸۸۷۰



شماره: ۳۱۳۴۹
تاریخ: ۱۳۹۵/۶/۹
پیوست: ۵ دارد

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)
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 تبصره: برای دریافت هزینه های مربوط به ویزیت ارائه نسخه مربوطه مهمور به مهر پزشک الزامی می باشد.
ج- مدارک لازم جهت اخذ معرفینامه بستری شدن در بیمارستان:

۱- دستور پزشک جهت بستری ۲- دفترچه درمان و شناسنامه بیمه شده تبصره: جهت دریافت معرفینامه بایستی افراد رأساً به شرکت بیمه سینا مراجعه نمایند.

۱۱- تصویر قرارداد منعقد شده با شرکت بیمه سینا متعاقباً ارسال می گردد. بدین منظور همکاران و نماینده امور بیمه ای آن مرکز بایستی نسبت به مطالعه و رعایت مفاد قرارداد اقدام نمایند. بدیهی است عواقب ناشی از عدم رعایت مفاد قرارداد بعد از مسئولین آن مرکز و همکاران گرامی خواهد بود.

۱۲- در خصوص حذف بیمه شدگانی که در طول قرارداد بازنشسته، فوت، انتقال می گردند و یا به هرنحوی ارتباط استخدامی آنان با دانشگاه قطع می شود چنانچه از خسارت درمانی استفاده نموده باشند بایستی حق بیمه آنان تا پایان قرارداد به طور کامل واریز شود.

۱۳- از تاریخ ۹۵/۶/۱ هرگونه همکاری در خصوص بیمه تکمیلی کارکنان با سایر شرکت های بیمه ای ممنوع و خلاف مقررات می باشد.

۱۴- آدرس شرکت بیمه سینا شعبه کرمانشاه بلوار شهید مصطفی امامی روبروی پارک معلم جنب بانک سینا شماره تماس ۳۸۲۲۹۷۰۱-۳ می باشد.


دکتر قباد محمدی

معاون توسعه مدیریت و منابع



شماره: ۳۱۳۴۹
تاریخ: ۱۳۹۵/۶/۹
پیوست: ۵ دارد

رونوشت به:

مدیریت محترم شرکت بیمه سینا استان کرمانشاه جهت استحضار و همکاری لازم
*معاونت محترم امور بهداشتی دانشگاه کرمانشاه جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
*معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه کرمانشاه جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
رئیس اداری مالی ساختمان شماره ۲ جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
سرپرست مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی دانشگاه کرمانشاه جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
سرپرست محترم آزمایشگاه فرانس (مرکزی) جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
منوچهر عظیمی مشاور و رئیس دانشگاه و مسئول هماهنگی اموراترگران جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
جناب آقای حسین فرهادی مدیر محترم هسته گزینش جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
جناب آقای بیگوند مدیریت محترم مهمانسرای دانشگاه جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
رئیس کلینیک ویژه دانشگاه جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
مسئول محترم تحقیقات بیولوژیکی پزشکی جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
کلیه واحدهای ستادی مستقر در ساختمان شماره یک جهت استحضار و اقدام لازم در خصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تایید توسط اداره دریافت و پرداخت به اداره رفاه در مهلت مقرر