



شماره: ۹۰۶/۳۷۷۲۹

تاریخ: ۱۳۹۷/۶/۱۷

پیوست: ندارد

حیات اژکالی ایرانی
نام مغزبری

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

با سلام 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 میهن شعبه مرکزی استان کرمانشاه می باشد. لذا خواهشمنداست دستور فرمائید ضمن اطلاع رسانی کامل به کلیه همکاران محترم و رعایت موارد مشروحه ذیل افرادی که تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی درمان دارند حداکثر تا تاریخ ۹۷/۶/۳۱ بامراجعه به سایت اینترنتی دانشگاه به نشانی <http://kums.ac.ir> و انتخاب گزینه ثبت نام بیمه تکمیلی و یا مراجعه به سایت اینترنتی <http://bimeh.1531.563.ir> اقدام نمایند ضمناً ثبت نام صرفاً از طریق سایت مذکور و در بازه زمانی تعیین شده امکانپذیر می باشد و ثبت نام حضوری از طریق تکمیل فرم عضویت امکانپذیر نمی 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 اقدام نمایند حق بیمه آنان بایستی مانند سایر کارکنان همه ماهه از حساب آنان کسر و واریز گردد.
- ۳- آن مرکز بایستی پس از دریافت لیست افراد ثبت نامی از اداره رفاه نسبت به کسر و واریز ماهیانه مبلغ ۲۵۵۹۶۳ ریال از حساب افراد به ازای هر نفر بیمه شده از تاریخ ۹۷/۶/۱ لغایت ۹۸/۶/۱ 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 شرکت مذکور تحویل نمایند.
- ۴- جهت سهولت در کسورات حق بیمه مقتضی است دستور فرمائید هر فرد صرفاً از محل پست سازمانی خود نسبت به ثبت نام اقدام نماید. در این راستا مقتضی است از تأیید لیست 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.
- ۵- به منظور سهولت در پاسخگویی به همکاران مقتضی است دستور فرمائید همکاران محترم از مراجعه مستقیم به دانشگاه و شرکت محترم بیمه میهن خودداری نموده و صرفاً در مواردی که نیاز به مراجعه می باشد نماینده آن مرکز رأساً اقدام نمایند.
- ۶- مقتضی است دستور فرمائید با توجه به اینکه ثبت نام صرفاً اینترنتی می باشد لذا از تکمیل و ارسال فرم خودداری گردد. در غیر اینصورت هیچگونه اقدامی جهت اینگونه موارد مقدور نمی باشد.
- ۷- با توجه به اینکه قرارداد سال گذشته در تاریخ ۹۷/۶/۱ به پایان رسیده است، لذا افراد متقاضی بایستی در صورت تمایل مجدداً نسبت به ثبت نام 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.
- ۸- 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:

-۱

- تکمیل فرم درخواست هزینه های پزشکی ۲- اصل صورتحساب ۳- کپی برابر با اصل پرونده بالینی ۴- کپی صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه شده (صرفاً برای موارد



شماره: ۹۰۶/۳۷۷۲۹

تاریخ: ۱۳۹۷/۶/۱۷

پیوست: ندارد

حیات اژکالای ایرانی

نام مغزبری

سزارین وزایمان 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 میهن مراجعه نمایند.

۲- تصویر قرارداد منعقد با شرکت بیمه ذکر شده متعاقباً در سایت اعلام شده قرار می گیرد. 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 بعهدہ مسئولین آن مرکز و همکاران گرامی خواهد بود.

۳- از تاریخ ۹۷/۶/۱ هرگونه همکاری درخصوص بیمه تکمیلی کارکنان با سایر شرکت های بیمه ای ممنوع و خلاف مقررات می باشد.

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

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

۶-

ردیف	نوع تعهدات	سقف تعهدات	واحد	شرح
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۶۰۰۰۰۰۰۰۰ 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 (سریایی، بستری)، مسمومیت و خدمات day care بیمارستان
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم (اصلی)	۱۲۰۰۰۰۰۰۰ 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، مغز استخوان (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 سریایی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات)
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۳۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال	هر نفر	زایمان و سزارین



شماره: ۹۰۶/۳۷۷۲۹

تاریخ: ۱۳۹۷/۶/۱۷

پیوست: ندارد

حیات اژکاهی ایرانی

نام منظم بربری

هزینه های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، انواع آزمایشات و پاتولوژی، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتري، انواع بیوپسی، نوار قلب، پاپ اسمیر	هر نفر	۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه پاراکلینیکی (۱)	۴
شامل: تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، نوار مغز، انواع گرافی، فیزیوتراپی، آزمایش سنجی و جرم گیری گوش- انواع رادیولوژی	هر نفر	۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۵
هزینه های پاراکلینیکی شامل: شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی، توپوگرافی	هر نفر	۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۶
لیزیک چشم برای هر چشم (که به تشخیص پزشک ۳ دیوپتریا بیشتر باشد)	هر نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۷
هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر	هر نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۸
هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج شهر	هر نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰	شهر	۸
	هر نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰	هزینه عینک و لنز طبی	۹
	هر نفر	۳,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت	۱۰

دکتر فریبرز ایمانی

معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت به:

*معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی

*معاونت محترم امور اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی

*معاونت محترم امور درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی

*معاونت محترم دانشجویی و فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی

*معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی

نشانی: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، ساختمان مرکزی کد پستی ۶۷۱۵۸۴۷۱۴۱ تلفن -۳۸۳۵۵۹۳۵-۳۸۳۵۴۴۳۴ فکس ۳۸۳۶۸۰۶۷



شماره: ۹۰۶/۳۷۷۲۹

تاریخ: ۱۳۹۷/۶/۱۷

پیوست: ندارد

حیات ارکاهی ایرانی
نام منظر بربری

*معاونت محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی
*معاونت محترم امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و صدور دستور مقتضی
رئیس اداری مالی ساختمان شماره ۲ جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای مهندس سرکو یعقوبی سرپرست محترم مدیریت آمار و فناوری اطلاعات جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای مهدی محمدی مدیر محترم روابط عمومی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای کامران مومنی فر مدیر محترم حراست جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم دکتر گلاره حاتم مدیر محترم امور برنامه های رییس دانشگاه جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای حسین فرهادی مدیر محترم هسته گزینش جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای خلیل عسگری مدیر محترم امور حقوقی دانشگاه جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای سید جلال کاظمی اسکویی مدیر محترم اداره بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای محسن نصرتی مدیر محترم امور مالی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای ذوالفقار غلامحسین پور مدیر محترم توسعه سازمان و تحول اداری جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم پوران لرستانی مسوول محترم اجرایی کمیته گزینش استاد و دانشجو جهت استحضار و اقدام لازم جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای حجت الاسلام جواد افشارنجفی مسوول محترم دفتر نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر بیژن کبودی رییس محترم دبیرخانه هیات امناء جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای مهندس رامین احمدی سرپرست محترم منابع فیزیکی و نظارت بر طرحهای عمرانی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر داریوش امرانی دبیر محترم ستاد شاهد و ایثارگران دانشگاه جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم پروین یزدانی رئیس محترم هیات بدوی رسیدگی به تخلفات اداری کارمندان جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم دکتر طاهره دارابی مدیر محترم برنامه ریزی، بودجه، پایش عملکرد جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم دکتر فاطمه رضوان مدنی مشاور و رئیس محترم دفتر ریاست جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم پروین دادفریان مدیر محترم امور پشتیبانی و رفاهی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر امید عبدی مشاور محترم رئیس دانشگاه و مدیر بهره وری، خلاقیت و نوآوری جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای نادر رضایی مدیر محترم منابع انسانی و جانشین معاون توسعه جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر حمیدرضا اختری مشاور محترم رئیس دانشگاه در امور مرتبط با پروژه های عمرانی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای فتح اله طرهانی مسؤل محترم امور عمومی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر صائب مدرسی مدیر محترم حوادث و فوریت های پزشکی جهت استحضار و اطلاع رسانی
جناب آقای دکتر نایب علی رضوانی سرپرست آزمایشگاه فرانس جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرکار خانم افسانه سیاه کمری مدیر محترم مهمانسرای دانشگاه جهت استحضار و اطلاع رسانی
مسؤل محترم تحقیقات بیولوژیکی پزشکی جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرپرست محترم کلینیک ویژه جهت استحضار و اطلاع رسانی
سرپرستی شرکت بیمه میهن استان کرمانشاه جهت استحضار و اطلاع رسانی
نماینده شرکت بیمه میهن (خانم اسماعیلیان) جهت استحضار و اطلاع رسانی
*معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی
*معاونت محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی
*معاونت محترم امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی

رئیس اداره مالی ساختمان شماره ۲ جهت استحضار و اطلاع رسانی

