



شماره: ۹۳۰۷  
تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۲۰  
پیوست: دارد

«سال ۹۳ اقتصاد و فرهنگ با نغمه ملی مدیریت بهداشتی»

مقام منظم رهبری

**رئیس محترم دانشکده:**

**مدیر محترم مرکز آموزشی درمانی:**

**سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان:**

**سرپرست محترم مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه**

**موضوع: درمان**

با سلام و احترام

با توجه به برگزاری مناقصه عمومی از طریق درج در روزنامه های کثیرالانتشار، دانشگاه نسبت به عقد قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان و افراد تحت تکفل آنان و قرارداد بیمه شخص ثالث و بدنه خودرو کارکنان دانشگاه با شرکت بیمه رازی شعبه استان کرمانشاه نموده است. 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 ۱۰/۴/۹۳ اقدام نمایند و همچنین نسبت به صدور معرفی نامه با مهر و امضای حسابداری آن مرکز جهت افراد متقاضی بیمه خودرو اقدام لازم بعمل آید. ضمناً فرم عضویت بیمه تکمیلی درمان و فرم معرفی بیمه خودرو و جدول نمایندگیهای مجاز بیمه رازی در شهرستانها 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 از ابتدای سال جاری با توجه به بند ج تبصره ۱۶ ماده واحده قانون بودجه سال ۹۳ کل کشور پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های درمانی ایثارگران و افراد تحت تکفل آنان بعهده بنیاد شهید و امور ایثارگران می باشد، لذا دانشگاه در سال جاری اقدامی در خصوص عقد قرارداد بیمه تکمیلی ایثارگران انجام نداده است و 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 و دانشگاه تعهدی در قبال پرداخت حق بیمه آنان نخواهد داشت.

شماره: ۹۳۰۷  
تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۲۰  
پیوست: دارد

«سال ۱۳۹۳ اقتصاد و فرهنگ با نرم ملی مدیریت بهداشتی»

مقام منظم رهبری

۳- آن مرکز بایستی پس از تکمیل فرم های عضویت نسبت به کسر و واریز ماهیانه مبلغ ۱۷۵/۰۰۰ ریال از حساب افراد به ازای هر نفر بیمه شده از تاریخ ۹۳/۳/۱ لغایت ۹۴/۳/۱ به شماره حسابی که متعاقبا 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 نمایندگی بیمه رازی (خانم جاورسینه) تحویل نمایند.

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

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

ردیف	نوع تعهدات	سقف تعهدات	واحد	شرح
۸/۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۴۰۰۰۰۰۰۰۰ 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 (سرپایی، بستری)
۸/۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم (اصلی)	۶۰۰۰۰۰۰۰۰ 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 (غیر از 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 سرپایی یا بستری شامل کلیه هزینه ها (دارو و سایر خدمات)
۸/۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۱۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال	هر نفر	زایمان و سزارین
۸/۴	هزینه پاراکلینیکی (۱)	۴۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال	هر نفر	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
۸/۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۲۰۰۰۰۰۰۰۰ 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
۸/۶	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های پاراکلینیکی شامل: شکستگی ها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی، مسمومیت و خدمات day care بیمارستان، توپوگرافی
۸/۷	هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هر چشم)	۱۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال	هر نفر	لیزیک چشم برای هر چشم (که به تشخیص پزشک ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد)
۸/۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر خارج شهر	۵۰۰/۰۰۰ ۱/۰۰۰/۰۰۰	هر نفر	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج شهر
۸/۹	هزینه عینک و لنز طبی	۶۰۰/۰۰۰	هر نفر	
۸/۱۰	جبران هزینه های دارو و ویزیت	۳/۰۰۰/۰۰۰	هر نفر	



شماره: ۹۳۰۷

تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۲۰

پیوست: دارد

«مال ۹۳ سال اقتصاد و فرهنگ با نرم ملی مدیریت بهداشتی»

تمام منظم رهبری

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 رازی 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 ۹۳/۴/۱۰ به اداره رفاه تحویل نمایند. همچنین ارائه نامه از شرکت بیمه پارسیان مبنی بر تصفیه حساب و ارائه تصویر فیشهای واریزی به حساب شرکت بیمه آتیه سازان حافظ برای مراکز که تاکنون اقدامی در این خصوص انجام نداده اند الزامی می باشد.

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 ۹۳/۳/۱ 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.



شماره: ۹۳۰۷  
تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۲۰  
پیوست: دارد

«مال ۹۳ سال اقتصاد و فرهنگ با نرم ملی مدیریت بهداشتی»

تمام منظم رهبری

۱۰- مهلت دریافت هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی حداکثر تا چهارماه 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 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 و دارو ارائه نسخه مربوطه مهمور به مهر پزشک و داروخانه

الزامی می باشد.

#### ج - مدارک لازم جهت اخذ معرفینامه بستری شدن در بیمارستان :

۱- کارت درمانی بیمه رازی - دستور پزشک جهت بستری ۳- دفترچه درمان و شناسنامه بیمه شده

تبصره: جهت دریافت معرفینامه بایستی افراد رأساً به شرکت بیمه رازی مراجعه نمایند.

۱۱- تصویر قرارداد های منعقد شده با شرکت بیمه رازی و همچنین فرمهای عضویت و سایر اطلاعات لازم در سایت اینترنتی

دانشگاه به نشانی <http://Kums.ac.ir> قرار خواهد گرفت. بدین منظور همکاران و نماینده امور بیمه ای آن مرکز

بایستی با مراجعه به سایت مذکور و انتخاب گزینه اداره رفاه ازمونی سمت راست صفحه اصلی نسبت به مطالعه و

رعایت مفاد قراردادها اقدام نمایند. بدیهی است عواقب ناشی از عدم رعایت مفاد قراردادها بعهده مسئولین آن مرکز و

همکاران گرامی خواهد بود.

۱۲- از تاریخ ۹۳/۳/۱ هرگونه همکاری درخصوص بیمه تکمیلی کارکنان و از تاریخ ۹۳/۴/۱ درخصوص بیمه خودرو (اعم از

عقد قرارداد و یا صدور معرفی نامه کسر از حقوق) با سایر شرکت های بیمه ای ممنوع و خلاف مقررات می باشد.



شماره : ۹۳۰۷  
تاریخ : ۱۳۹۳/۳/۲۰  
پیوست: دارد

«مال ۹۳ سال اقتصاد و فرهنگ با نرم ملی مدیریت بهداشتی»

مقام منظم رهبری

۱۳- تاریخ اجرای قرارداد بیمه شخص ثالث و بدنه خودرو کارکنان از تاریخ ۹۳/۴/۱ لغایت ۹۴/۴/۱ می باشد.

۱۴- تسهیلات در نظر گرفته شده جهت بیمه شخص ثالث ۱۶ درصد تخفیف در صورت پرداخت نقدی و ۱۰ درصد تخفیف در صورت پرداخت اقساطی با اقساط ۸ ماهه بدون پیش پرداخت و از طریق کسر از حقوق و جهت بیمه بدنه ۲۵ درصد تخفیف گروهی در صورت پرداخت نقدی ۲۳ درصد تخفیف و در صورت پرداخت اقساطی ۲۰٪ درصد نقد مابقی طی اقساط ۸ ماهه می باشد. لذا مراکز مربوطه بایستی در اسرع وقت و برابر اعلام شرکت بیمه رازی نسبت به کسر اقساط از حقوق و مزایای پرسنل و واریز آن به شماره حسابی که متعاقباً اعلام خواهد گردید اقدام و فیش آن را توسط نماینده امور بیمه ای به شرکت مذکور تحویل نمایند.

۱۵- انجام امور خدمات بیمه ای خودرو جهت پرسنل شاغل در شهرستانهای تابعه در شهرستان محل اقامت یا نزدیکترین شهرستان برابر جدول پیوستی امکانپذیر می باشد.

۱۶- همکارانی که دارای پست سازمانی ستاد دانشگاه می باشند جهت دریافت معرفی نامه بیمه خودرو به اداره دریافت و پرداخت ستاد دانشگاه و همکاران سایر مراکز به حسابداری محل خدمت خود مراجعه نمایند. ضمناً بازنشستگان محترم می توانند جهت دریافت معرفی نامه به اداره حسابداری بازنشستگان ستاد دانشگاه مراجعه نمایند.

۱۷- آدرس شرکت بیمه رازی شعبه کرمانشاه و همچنین نمایندگی بیمه رازی (خانم جاورسینه) ۲۲ بهمن خیابان سی متری دوم بین چهار راه سنگر و چاله چاله روبروی اتوگالری بیستون شماره تماس ۸-۰۸۲۱۸۲۹۲۷۶۶-۸ می باشد.

**دکتر ابراهیم شکیبا**

**معاون توسعه مدیریت و منابع**

شماره: ۹۳۰۷

تاریخ: ۱۳۹۳/۳/۲۰

پیوست: دارد

«سال ۱۳۹۳ اقتصاد و فرهنگ با نغمه ملی و مدیریت همدلی»

مقام منظم رهبری

رونوشت:

- شرکت بیمه رازی شعبه کرمانشاه جهت استحضار و همکاری لازم
- معاون محترم امور بهداشتی بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- معاونت محترم غذا و دارو بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- سرپرست محترم اداری و مالی ساختمان شماره ۲ بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- سرپرست محترم مرکز حوادث و فوریتهای پزشکی بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- سرپرست محترم آزمایشگاه مرکزی بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- رئیس محترم مجمع خیرین سلامت بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- رئیس محترم هسته گزینش دانشگاه بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- مدیر محترم مهمانسرا دانشگاه بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- سرپرست محترم کلینیک ویژه دانشگاه بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- رئیس محترم مرکز تحقیقات بیولوژیک بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط نماینده آن مرکز به اداره رفاه در مهلت مقرر
- کلیه واحدهای ستادی مسقر در ساختمان شماره یک بانضمام تصویر فرمهای پیوستی جهت استحضار و اقدام لازم درخصوص اطلاع رسانی و تحویل فرمها پس از تکمیل و تأیید توسط اداره دریافت و پرداخت به اداره رفاه در مهلت مقرر
- مدیریت امور عمومی (اداره رفاه) جهت سابقه