



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمان

شماره: ۲۴۳۱۳
تاریخ: ۱۳۹۴/۵/۲۵
پیوست: ندارد

((سال ۹۴، سال دولت و ملت، بهمانی و هم‌زمانی))

سالم منظم در سبزی

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 کوثر 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 ۹۴/۶/۱۰ 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 تاکنون آیین نامه اجرایی ماده ۱۲ قانون جامع خدمات ایثارگران در خصوص پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های درمانی این دسته از عزیزان و افراد تحت تکفل آنان به دانشگاه وصول نگردیده است، لذا دانشگاه تاکنون 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 شرکت بیمه کوثر اقدام نمایند حق بیمه آنان بایستی مانند سایر کارکنان همه ماهه از حساب آنان کسر و واریز گردد.



شماره: ۲۴۳۱۳
تاریخ: ۱۳۹۴/۵/۲۵
پیوست: ندارد

((سال ۹۴، سال دولت و ملت، بهمانی و هم زمانی))

سالم معظم در ببری

۲- آن مرکز بایستی پس از تکمیل فرم های عضویت نسبت به کسر و واریز ماهیانه مبلغ ۲۲۷۸۱۰ ریال از حساب افراد به ازای هر نفر بیمه شده از تاریخ ۹۴/۳/۱ لغایت ۹۵/۶/۱ به شماره حسابی که متعاقبا اعلام خواهد گردید حداکثر تا نهم ماه بعد اقدام و فیش واریزی را به انضمام لیست افراد بیمه شده توسط نماینده امور بیمه ای به نمایندگی بیمه کوثر (خانم حسنی) 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 فرانشیز ۳۰٪)

ردیف	نوع تعهدات	سقف تعهدات	واحد	شرح
۱	پرداخت هزینه های درمان و بیمارستانی و اعمال جراحی	۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ 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 (سرپایی، بستری)، مسمومیت و خدمات day care بیمارستان
۲	جبران هزینه اعمال جراحی مهم (اصلی)	۶۰.۰۰۰.۰۰۰ 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، مغزاستخوان (داروهای پیوندی و سایر خدمات)، جراحی ستون فقرات (غیراز دیسک)، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و بیماری های خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MIS 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)
۳	هزینه های زایمان طبیعی و سزارین	۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	زایمان و سزارین
۴	هزینه پاراکلینیکی (۱)	۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	هزینه های پاراکلینیکی شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، MRI، انواع آزمایشات و پانلوزی باکوکاردریوگرافی، اسپرومتری، انواع بیوپسی، نوارقلب، پاپ اسمیر
۵	هزینه های پاراکلینیکی (۲)	۲۵۰.۰۰۰ ریال	هر نفر	شامل: تست ورزش، نوارعضله، نوارعصب، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، نوارمغز، انواع گرافی، فیزیوتراپی، آزمایش سنجی و جرم گیری گوش - انواع رادیولوژی
۶	هزینه جراحی های مجاز سرپایی	۳۰۰.۰۰۰ 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	لیزر لیزر چشم برای هر چشم (که به تشخیص پزشک ۴ دیوپتر یا بیشتر باشد)
۸	جبران هزینه های آمبولانس داخل شهر/خارج شهر	۱/۰۰۰/۰۰۰	هر نفر	هزینه انتقال بیمار با آمبولانس داخل شهر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس خارج شهر
۹	هزینه عینک و لنز طبی	۸۰۰/۰۰۰	هر نفر	
۱۰	جبران هزینه های ویزیت	۱/۵۰۰/۰۰۰	هر نفر	

شماره: ۲۴۳۱۳
 تاریخ: ۱۳۹۴/۵/۲۵
 پیوست: ندارد

((سال ۹۴، سال دولت و ملت، عهدی و هم‌زمانی))

سالم منظم در ببری

- 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 کوثر 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 ۹۴/۶/۱۰ 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 ۹۴/۲/۱ 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: ۲۴۳۱۳
تاریخ: ۱۳۹۴/۵/۲۵
پیوست: ندارد

((سال ۹۴، سال دولت و ملت، بهمانی و هم زمانی))

سالم منظم در سبزی

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 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 کوثر مراجعه نمایند.

۱۱- تصویر قرارداد منعقد با شرکت بیمه کوثر و همچنین فرم 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 کارکنان (در ذیل صفحه اصلی) 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.

۱۲- از تاریخ ۹۴/۳/۱ هرگونه همکاری درخصوص بیمه تکمیلی کارکنان با سایر شرکت های بیمه ای ممنوع و خلاف مقررات می باشد.



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کرمان

شماره: ۲۴۳۱۳

تاریخ: ۱۳۹۴/۵/۲۵

پیوست: ندارد

((سال ۹۴، سال دولت و ملت، هجرتی و هم نیابتی))

سالم منظم در سبزی

۱۲- آدرس شرکت بیمه کوثر شعبه کرمانشاه خیابان برق- نیش کوی شهید کامران ابکایی و همچنین نمایندگی بیمه کوثر

(خانم حسنی) کرمانشاه- بلوار راهنمایی و رانندگی شماره تماس ۰۸۳۲۸۲۳۶۲۵۴-۰۲۱۰۲۱۰۸۸۸۲۱۰۰۹۱ می باشد.


دکتر ابراهیم شکیبا
معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت به:

مدیر عامل محترم شرکت بیمه کوثر جهت استحضار و همکاری لازم
دکتر بهروز حمزه سرپرست محترم معاونت امور بهداشتی 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 دارو دکتر قیاد محمدی 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 اداری و 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 رفرانس (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
رئیس محترم مجمع خیرین سلامت دانشگاه جهت استحضار و اقدام مشابه. 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
دفتر محترم کارآفرینی 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



شماره: ۲۴۳۱۳
تاریخ: ۱۳۹۴/۵/۲۵
پیوست: ندارد

((سال ۹۴، سال دولت و ملت، بهمانی و هم زمانی))

سالم منظم در سبزی

امور ایثارگران دانشگاه علوم پزشکی 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
مدیر محترم هسته گزینش دانشگاه علوم پزشکی 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
مدیر محترم مهمانسرا دانشگاه جهت استحضار و اقدام مشابه. 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
مدیریت محترم امور عمومی دانشگاه جهت سابقه