

شیوه‌نامه صندوق
مشارکت درمان کارکنان
شهرداری اصفهان
(بیمه تکمیلی)



تعاریف

صندوق مشارکت درمان کارکنان شهرداری، صندوقی است جهت جبران بخشی از هزینه‌های درمانی و تشخیصی که بیمه‌های پایه متقبل آنان نبوده و در تعهدات مندرج در توافقنامه گنجانده شده است.

حق مشارکت وجهی است که سازمان مشارکت کننده در مقابل تعهدات صندوق می پردازد و انجام تعهدات صندوق موکول به پرداخت حق مشارکت به نحو نیست که در شرایط خصوصی توافق نامه آمده است.

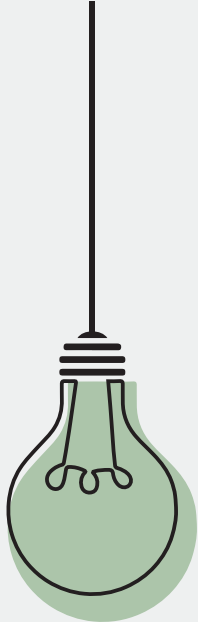
مدت این مشارکت يك سال تمام شمسی و تاریخ شروع آن ابتدای سال و اتمام آن پایان همان سال تعیین شده است.

فرانشیز سهم مشارکت کننده از خسارت قابل پرداخت است که میزان آن در شرایط خصوصی تفاهم نامه تعیین می شود.

مشمولین بیمه تکمیلی شهرداری اصفهان

کلیه کارکنان رسمی، قراردادی، سازمان‌ها و شرکت‌های تابعه، بازنشستگان (تأمین اجتماعی و کشوری) مامورین و خانواده تحت تکفل ایشان

پدر و مادر کارکنان، مشروط به داشتن بیمه پایه و پرداخت ۱۰۰٪ هزینه (سرانه کارمند و کارفرما)
فرزندان ذکور به شرط عدم پایان تحصیل (در صورت تحصیل در مقطع دکترا تا سن بیست و هفت سال تمام)
و ازدواج تا سن ۲۵ سال و فرزندان مؤنث تا زمان ازدواج



ضوابط حذف و اضافه افراد تحت تکفل

حذف یا اضافه نمودن بیمه مکمل
صرفاً در **فروردین ماه** هر سال قابل اجرا می باشد با استثناء موارد زیر

اضافه کردن:

همسر کارکنانی که طی دوره مشارکت، ازدواج کرده اند و یا نوزادان تازه متولد شده
(منوط به آن که مشارکت کننده لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تاریخ ازدواج یا تولد به
صندوق اعلام نماید)

فرایند اضافه کردن افراد:

مراجعه به کارگزینی اداره متبوع جهت تکمیل فرم های مربوطه و
درج اطلاعات فرد مورد نظر (تحت تکلف) در سیستم HRM





ضوابط حذف کردن:

خروج فرد تحت كفالت شامل طلاق، فوت و يا قطع رابطه همكاری (انتقال، بازنشستگی و...) ازدواج فرزندان مونث اتمام تحصيل فرزندان ذكور (طبق مفاد مندرج در توافق نامه فيما بين)

فرایند حذف افراد:

بیمه شونده مشروط به آنکه در طی دوره تاکنون از تعهدات صندوق خدماتی دریافت نکرده باشد می‌تواند با مراجعه به بیمه تکمیلی فرم "درخواست يا حذف پوشش بیمه تکمیلی" شهرداری اصفهان را با علامتگذاری قسمت حذف، تحویل نمایند

تبصره ۱:

در صورت خروج افراد تحت تکفل، لازم است مسئول امور اداری واحد مربوطه به شخص اطلاع رسانی نموده تا با در دست داشتن اسناد مرتبط جهت تکمیل فرم مربوطه به واحد بیمه تکمیلی مراجعه نمایند. در غیر این صورت حق بیمه افراد تحت تکفل ماهیانه از حقوق شخص کسر و بازگرداندن حق بیمه‌های پرداختی عملاً غیرممکن است.



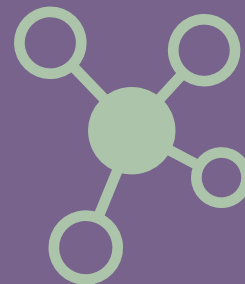
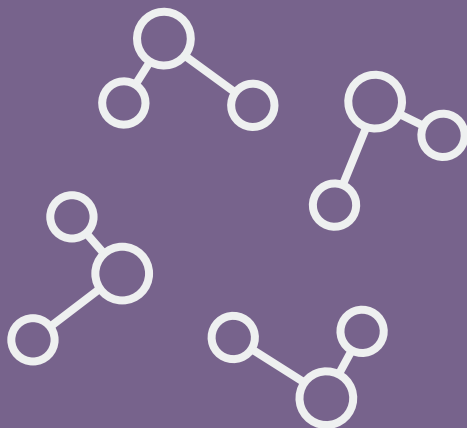
پرداخت هزینه‌های بیمه تکمیلی

اعضا صندوق می‌توانند ضمن همراه داشتن کارت ملی با **مراجعه به مراکز درمانی و تشخیصی طرف قرارداد** ضمن اخذ برخط معرفی‌نامه تا سقف تعهدات بیمه تکمیلی **بدون پرداخت وجه** از خدمات بهره‌مند شوند.

لازم به ذکر است در صورت مراجعه به **مراکز درمانی و تشخیصی فاقد قرارداد مستقیم** با بیمه تکمیلی، همکاران می‌بایست پس از تسویه حساب با آن مراکز، فاکتورها و اسناد مالی مورد نیاز را با **درج کد ملی بیمار بر اسناد جهت کارشناسی و پرداخت وجوه تعهد شده به مسئول مربوطه** تحویل نمایند.

تبصره ۱:

براساس قانون، کلیه پرداختی‌ها براساس ضوابط و تعرفه‌های وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بجز موارد تعهد شده در تفاهم‌نامه) و پس از تأیید کارشناسی اسناد مالی انجام می‌پذیرد.



بیماران خاص

کلیه بیماران خاص و صعب العلاج لازم است پیش از ارائه فاکتور به بیمه مکمل درمان از ثبت کد ملی و مشخصات خود با بیمه پایه تأمین اجتماعی در درگاه darman.tamin.ir و یا مراجعه به بیمه تأمین اجتماعی (میدان بزرگمهر خیابان مشتاق دوم نرسیده به پل غدیر ساختمان اسناد پزشکی) و با بیمه پایه خدمات درمانی در درگاه Bimehsalamatiranian.ir یا مراجعه به بیمه خدمات درمانی (بوستان ملت نرسیده به پل فردوسی داخل بن بست بهار) اطمینان حاصل نمایند.



موارد غیرقابل پرداخت هزینه‌های بیمه تکمیلی

هزینه‌های مربوط به کلیه اعمال زیبایی که جنبه درمانی ندارند
هزینه‌های مربوط به پروتزها و لوازم طبی کمک درمانی

پرداخت هزینه‌های درمانی (بیمارستانی، کلینیکی و پاراکلینیکی)

در صورت مراجعه و پذیرش در بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد، صرفاً با ارائه کد ملی بیمار، معرفی‌نامه بر خط صادر و تا سقف تعهدات، خدمات به صورت رایگان و در تعهد بیمه مکمل درمان پرداخت خواهد شد.

■ در صورت مراجعه و پذیرش در بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد، صرفاً با ارائه کد ملی بیمار، معرفی‌نامه بر خط صادر و تا سقف تعهدات، خدمات به صورت رایگان و در تعهد بیمه مکمل درمان پرداخت خواهد شد.

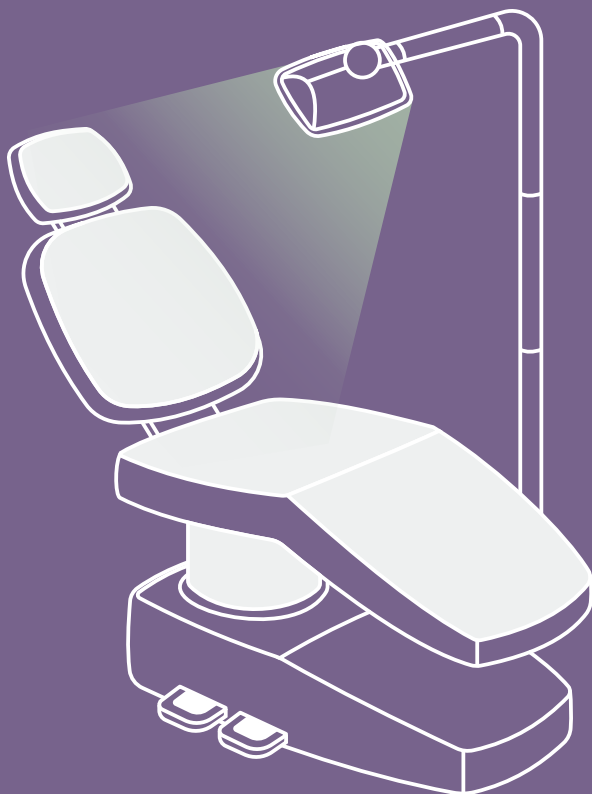
■ در صورت بستری شدن در بیمارستان و یا مراکز جراحی محدود فاقد قرارداد مستقیم (بیشتر از ۶ ساعت بستری و یا بستری همراه با بیهوشی) مدارک زیر جهت بررسی کارشناسی تحویل گردد

■ اصل صورتحساب بیمارستان با مهر بیمارستان و اصل فیش پرداخت وجه با مهر مرکز مربوطه (در فیش حتماً نوع پرداخت مشخص باشد)

■ فتوکپی برابر اصل شرح عمل بیمارستانی و گزارش بیهوشی یا برگ شرح حال بیمار (در مورد درمان طبی کپی برابر اصل خلاصه پرونده بیمارستان)

در صورتی که هزینه های بیمارستانی آزاد محاسبه شده باشد:

- مراجعه به بیمه گر اول و تأیید اسناد پزشکی با توجه به بیمه پایه (کارگزاری های منتخب تأمین اجتماعی و خدمات درمانی در بلوار ملت)
- فتوکپی جواب اقدام سرپایی انجام شده
- (در صورت نداشتن جواب، فتوکپی دستور پزشک پیوست شود)
- دستور پزشک معالج
- کارت تعداد جلسات فیزیوتراپی
- رسید آمبولانس مهمور به مهر بیمارستان



فرایند پرداخت فاکتور
هزینه های خدمات دندانپزشکی
مراکز غیر طرف قرارداد

- دریافت فرم شرح و هزینه خدمات (اتوماسیون اداری یا امور اداری محل خدمت)
- مراجعه به مطب یا کلینیک مورد نظر، دریافت خدمات و تکمیل فرم توسط پزشک معالج
- مراجعه به دندانپزشک معتمد بیمه، به همراه مدارک مورد نیاز
- (گرافی قبل و بعد درمان، برگه شرح خدمات و هزینه‌ها)
- مبلغ فاکتور خدمات تایید شده توسط دندانپزشک
- معتمد پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز بر اساس تعرفه
- مصوب قابل پرداخت است.



تحويل مدارك

كاركنان جهت دریافت هزینه‌های بیمارستانی و سرپایی لازم است مدارك مورد نظر را پس از **درج كد ملی بیمار** به مسئول امور اداری حوزه محل خدمت خود تحويل نمایند.

تحويل مدارك توسط امور اداری به واحد بیمه تکمیلی شهرداری پس از ثبت در سامانه پیش فاکتور بررسی توسط کارشناس بیمه مربوطه و واریز هزینه‌های تأیید شده ظرف مدت ۳۰ تا ۴۵ روز کاری به حساب بانك رسالت كاركنان

کارکنان می‌توانند جهت اطلاع از مبلغ تأیید شده به مسئولین امور اداری محل کار خود مراجعه یا از درگاه hrm.isfahan.ir بعد از وارد نمودن نام کاربری و رمز عبور در قسمت پرتال کارکنان بخش اطلاعات بیمه تکمیلی مبالغ تأیید و واریز شده را به همراه تعداد افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی خود را کنترل نمایند.

آدرسِ دفتر صندوق مشارکت درمان کارکنان شهرداری اصفهان:
میدان امام حسین علیه السلام | ارگ جهان نما | ورودی ۲ | طبقه سوم | واحد ۳۰۵
تلفن: ۳۲۱۲۱۵۰۵ | ۳۲۱۲۱۵۰۷



شهرداری اصفهان

اداره بهداشت و سلامت کارکنان