



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : .....۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۰۴/۲۹.....  
ساعت : .....۱۳:۳۰.....  
پیوست : .....دارد.....

معاون توسعه مدیریت و منابع

## مدیران محترم واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام

پیرو بخشنامه های شماره ۲/۹۵۰۸/د مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۹ و شماره ۲/۱۸۲۴۲/د مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۷ و با عنایت به انعقاد قرارداد درمان تکمیلی در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ با شرکت بیمه دانا، خواهشمند است دستور فرمایید رابط محترم امور بیمه ای و مسئول محترم حسابداری آن واحد نسبت به رعایت نکات زیر جهت تسریع در فرآیندهای اجرایی این بیمه نامه اقدام لازم به عمل آورند:

۱) بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد بازنشسته، از کار افتاده یا فوت نماید، پوشش بیمه اعضای خانواده آنان مشروط به اعلام کتبی بیمه گزار و پرداخت حق بیمه اعضای خانواده بیمه شده تا پایان قرارداد ۱۴۰۲/۴/۳۱ می تواند ادامه یابد و در غیر اینصورت از لیست آن واحد حذف خواهند شد و در صورت استفاده کردن از خدمات بیمه ای باید تا آخر قرارداد حق بیمه واریز نمایند.

۲) بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد انصراف و یا ترک خدمت نماید در صورتی که هیچ خسارتی دریافت نکرده باشد از لیست آن واحد از اول ماه بعد از مکاتبه رسمی حذف خواهند شد و در صورت استفاده از خدمات بیمه ای موظف است تا پایان قرارداد (۱۴۰۲/۴/۳۱) حق بیمه پرداخت نماید.

۳) کارکنان شاغل و اعضای خانواده و افراد تحت تکفل آنان باید در طول مدت قرارداد بیمه درمان تکمیلی، دارای بیمه پایه از سازمان بیمه تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و یا سایر سازمان های بیمه گر باشند.

۴) مسؤولیت صحت و تکمیل لیست ثبت نام به عهده رابط محترم امور بیمه درمان تکمیلی آن واحد بوده و افراد غیر مشمول هیچ پوشش بیمه ای دریافت نخواهند کرد و حق بیمه پرداختی آنان به هیچ وجه مسترد نخواهد شد.

۵) حق بیمه درمان تکمیلی ماهیانه به صورت کسر از حقوق ماهیانه بیمه شده (کارکنان رسمی) و واریز نیروهای شرکتی و بازنشسته بصورت فیش واریزی و تحویل به رابط بیمه ای درمان تکمیلی می باشد.

۶) مسؤولیت کنترل کسر حق بیمه ماهیانه متقاضیان برعهده رابط امور بیمه ای و مسئول امور مالی واحد می باشد.

۷) مسؤولین محترم امور مالی واحدهای تابعه، مبلغ حق بیمه پرسنل را به صورت ماهیانه به شماره حساب بانک ملت اعلام شده از سوی شرکت بیمه دانا واریز و اصل فیش واریزی را به همراه لیست تغییرات ماهیانه بیمه شدگان به دفتر مستقر در ستاد مرکزی دانشگاه - ساختمان شماره ۳ - دفتر شرکت بیمه دانا تا پایان وقت اداری روز بیستم ماه بعد تحویل نمایند. شماره



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : ۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : ۱۴۰۱/۱۰/۲۰.....  
ساعت : ۱۳:۳۰.....  
پیوست : دارد.....

## معاون توسعه مدیریت و منابع

حساب شرکت بیمه دانا ۰۰۴۶۰۱۹۳۱۶ به نام بانک ملت شعبه فردوسی شمالی تهران \_ با شناسه واریز اعلام شده از طرف شرکت بیمه دانا قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: به منظور جلوگیری از ایجاد مغایرت، مسئولین محترم امور مالی حق بیمه واریزی را فقط با شناسه اعلامی از طرف شرکت بیمه دانا و صرفاً به شماره حساب ذکر شده واریز نمایند و نام واحد واریز کننده در فیش واریزی حتماً قید گردد.  
تبصره ۲: رابطین محترم امور بیمه ای لیست کسر از حقوق بیمه شدگان را به همراه اصل فیش واریزی بصورت مکتوب به مجری قرارداد به آدرس اصفهان - ستاد مرکزی - ساختمان شماره سه \_ طبقه همکف (نماینده مجری کد ۶۰۰۹ شرکت بیمه دانا)، تحویل نمایند و یک نسخه فیش واریزی را به دفتر امور بیمه مدیریت امور پشتیبانی واقع در ساختمان شماره ۳ طبقه اول اتاق ۲۰۴ تحویل نمایند.

تبصره ۳: ارسال اصل فیش واریزی جهت کپی برابر اصل توسط کارشناس شرکت بیمه دانا الزامی است.

۸) رابط امور بیمه ای موظف است فیش های واریزی حق بیمه را در مدت زمان مأموریت و یا مرخصی استعلاجی پرسنل در فیش های واریزی به حساب شرکت بیمه دانا با شناسه واریزی اعلام شده با هماهنگی بیمه شده تهیه و بصورت مکتوب و همزمان کل فیش ها را با درج مشخصات بیمه شده و ماههای واریزی را به شرکت بیمه دانا در پایان ماه و حداکثر تا بیستم ماه بعد همراه با لیست تغییرات مربوطه ارسال نمایند.

تبصره ۴: در صورت عدم (واریز حق بیمه و ارسال به موقع فیش های واریزی ماهیانه) بیمه شدگان، قرارداد به حالت تعلیق در خواهد آمد و مسؤولیت توقف خدمات بیمه ای واحد مربوطه بعهده رابط امور بیمه ای و مسئول امور مالی آن واحد می باشد.  
۹) لیست مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه دانا در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱ به شرح جداول مندرج در سایت مدیریت امور پشتیبانی بخش امور بیمه، قسمت اطلاعات شرکت بیمه دانا درج گردیده است.

۱۰) در صورت مراجعه به مرکز درمانی طرف قرارداد شرکت بیمه دانا برای عناوین هزینه های بیمارستانی شامل درمان طبی، جراحی های عمومی و تخصصی، هزینه های زایمان و سزارین معرفی نامه الکترونیک صادر می گردد.

۱۱) در خصوص عمل جراحی با عناوین فتق ناف و شکمی (هرنی)، جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی)، بالن معده، چاقی مفرط، (اسلیو معده و بایپس معده)، انحراف بینی (سپتوپلاستی)، افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)، بیماری های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم، ژنیکوماستی و استرابیسم، جراحی واریس، انواع ترمیم پلک و گوشه داخلی چشم و رفع عیوب انکساری چشم (از جمله لیزیک، لازک، PRK و...) قبل از هرگونه اقدام، توسط پزشک معتمد بیمه گر معاینه گردیده و در صورت تایید اقدام به درمان نمایند، در غیر اینصورت بیمه گر تعهدی در خصوص پرداخت هزینه های مذکور نخواهد داشت.



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره : ..... ۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : ..... ۱۴۰۱/۱۰/۲.....  
ساعت : ..... ۱۳:۳۰.....  
پیوست : ..... دارد.....

## معاون توسعه مدیریت و منابع

### تحویل مدارک هزینه‌های درمانی:

۱) نحوه تحویل اسناد هزینه‌های تشخیصی و درمانی متقاضیان براساس لیست و صورت محاسبه هزینه‌های درمانی بیمه شدگان توسط رابط امور بیمه ای صورت می پذیرد.

تبصره: رابطین باید جهت تحویل اسناد هزینه‌های تشخیصی و درمانی به بیمه دانا واقع در ساختمان شماره سه ستاد مرکزی، دفتر بیمه دانا مراجعه نمایند.

۲) مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه‌های درمانی و تشخیصی ناشی از بیماری یا حادثه بیمه شدگان تحت عنوان شیوه نامه تحویل اسناد و هزینه‌های درمانی در سایت امور پشتیبانی و (پیوست این بخشنامه) اعلام شده است .

۳) روکش لیست هزینه‌های ارسالی که بر روی هر یک از بسته‌های اسناد هزینه درمانی بیمه شدگان قرار می گیرد باید به صورت کامل و خوانا توسط رابط امور بیمه ای واحد تکمیل و امضا گردد و پس از تحویل به نماینده شرکت بیمه دانا یک نسخه کپی لیست مذکور که به شماره و تاریخ دبیرخانه شرکت بیمه دانا رسیده جهت پیگیری نزد رابط نگهداری شود.

تبصره: متقاضیان دارای پرونده بستری می توانند تصویر پرونده پزشکی خود را جهت پیگیری نزد خود نگهداری نمایند.  
۴) مسؤولیت هرگونه نقص در ارسال مدارک که منجر به طولانی شدن فرآیند پرداخت هزینه ها گردد به عهده رابط امور بیمه ای می باشد، لذا رابط محترم باید تصویر لیست صورت محاسبه هزینه‌های درمانی ارسال شده به شرکت بیمه دانا را نزد خود نگهداری نمایند.

۵) هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی \_ درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می گردد.

### **استثنائات: هزینه های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد**

- ۱- عیوب مادر زادی ، مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج وتائید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
- ۴- جنگ ، شورش ، اغتشاش ، بلوا ، اعتصاب ، قیام ، آشوب ، کودتا ، واقدامات احتیاطی مقامات نظامی وانتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تائید مقامات ذیصلاح
- ۵- حوادث طبیعی مانند زلزله ، سیل و آتشفشان
- ۶- فعل وانفعالات هسته ای



شماره : .....۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
 تاریخ : .....۱۴۰۱/۱۰/۲۰.....  
 ساعت : .....۱۳:۳۰.....  
 پیوست : ..... دارد.....

## معاون توسعه مدیریت و منابع

- ۷- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
- ۸- جنون و بیماریهای سایکوتیک در صورت عدم پوشش هزینه های بستری بیماری های پریش
- ۹- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تخت پوشش باشد
- ۱۰- ترک اعتیاد
- ۱۱- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر
- ۱۲- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در سقف تعهد پایه قابل جبران می باشد.
- ۱۳- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح
- ۱۴- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد
- ۱۵- هزینه های مربوط به رفع معلولیت ذهنی واز کار افتادگی کلی
- ۱۶- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است
- ۱۷- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر ، روان گردان ، و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معتمد
- ۱۸- هزینه های تهیه اعضای مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن )
- ۱۹- بیماریهای فراگیر ( اپیدمی )
- ۲۰- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی طب کار
- ۲۱- هزینه های مربوط به اعمال جراحی غیر مجاز در مطب ( به شرح پیوست قرارداد )
- ۲۲- هزینه نگهداری بیماران روان پریش
- ۲۳- هزینه طب سنتی و طب فیزیکی

### فهرست اعمال غیر مجاز در مطب

۱	کلیه اعمالی که با بیهوشی توام باشد
۲	اعمالی که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد ( از جمله انواع فتق ها )
۳	اعمال جراحی روی استخوان های بزرگ و طویل بدن
۴	اعمال جراحی داخل قفسه صدری ، کاتتریسریسم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات ، اوتار ، اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادار زن و مرد ، گذاردن فورسپس و زایمان های غیر طبیعی و طبیعی
۷	کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه
۸	اعمال جراحی وسیع استخوان های فک و صورت و داخل حلق ( از جمله شکاف کام و لب شکری ، لوز تین و سینوس ها )
۹	بیوپسی انساج داخل مری ، تراشه ، برونش ها ، روده ها ، مثانه ، کبد وطحال
۱۰	عمل کاتاراکت ، گلوکوم ، پارگی شبکیه ، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره : ۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : ۱۴۰۱/۱۰/۲۰.....  
ساعت : ۱۳:۳۰.....  
پیوست : دارد.....

### معاون توسعه مدیریت و منابع

۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و....
۱۲	عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین ( Open reduction )
۱۳	بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین
۱۴	رزکسیون فک
۱۵	رزکسیون کندیل فک
۱۶	رزکسیون زبان
۱۷	عمل جراحی باز در آرچ زایگما
۱۸	جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی
۱۹	جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی - فکی
۲۰	عمل جراحی روی عصب دندانی _ تحتانی
۲۱	بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است

### افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان:

(۱) اضافه نمودن عضو جدید در لیست متقاضیان بیمه هر واحد منوط به ارائه مدارک مورد نیاز می باشد.

تبصره: در مورد زوجین (کپی صفحات شناسنامه زوجین) و افراد جدیدالاستخدام (ارائه تصویر حکم کارگزینی) و تولد نوزادان (ارائه کپی شناسنامه نوزاد و پدر و مادر) با ارائه موارد فوق الذکر بصورت مکتوب به نمایندگی شرکت بیمه دانا واقع در اصفهان - ستاد مرکزی \_ ساختمان شماره سه \_ طبقه همکف ((نمایندگی مجری کد ۶۰۰۹ شرکت بیمه دانا)) و رونوشت به مدیریت امور پشتیبانی انجام خواهد شد و **پرداخت حق بیمه و پوشش بیمه ای از اولین روز ماه بعد از ارسال درخواست بیمه گزار به**

### بیمه گر و اعلام تاریخ ازدواج و یا استخدام و برای نوزادان از بدو تولد خواهد بود.

(۲) حق بیمه پرسنل فوتی تا آخرین ماه حیات پرداخت خواهد شد.

(۳) اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان، صرفاً شامل افراد فوتی، بازنشسته، انتقالی، اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبت (مانند حکم قطع همکاری، حکم انتقال و ....) طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود.

تبصره: حق بیمه بیمه شدگان در صورت دریافت خدمات (اخذ خسارت، اخذ معرفی نامه و ثبت هزینه در کاردکس) قابل برگشت نبوده و بیمه گزار موظف به پرداخت آن تا پایان قرارداد می باشد. لذا قبل از تسویه حساب با بیمه شدگان از شرکت بیمه وضعیت استفاده یا عدم استفاده بیمه شده اصلی و تبعی مشخص گردد.

تبصره: شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گزار می باشد. در ضمن حق بیمه برگشتی مشروط به عدم دریافت



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره : .....۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱۰/۲۰.....  
ساعت : .....۱۳:۳۰.....  
پیوست : ..... دارد.....

## معاون توسعه مدیریت و منابع

خسارت، نداشتن معرفینامه و عدم ثبت تحویل مدارک در کاردکس نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گزار محاسبه و اعمال خواهد شد.

- ۴) حق بیمه شدگانی که درخواست انصراف از پوشش را داشته باشند به هیچ وجه قابل برگشت نمی باشد.
- ۵) تمامی مکاتبات در رابطه با افزایش یا کاهش تعداد افراد در قرارداد توسط رابط امور بیمه ای به صورت مکتوب به مجری قرارداد بیمه درمان تکمیلی ارائه و شخصا رسید دریافت گردد.
- ۶) کلیه رابطین امور بیمه واحدهای تابعه مستقر در شهر اصفهان جهت انجام امور مربوط به صدور قرارداد از جمله: صدور معرفی نامه بیمارستان، پرداخت حق بیمه، افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان و اصلاح نام یا شماره حساب بیمه شده به اداره صدور اشخاص به نماینده مستقر در ستاد مرکزی واقع در ساختمان شماره ۳ طبقه همکف دفتر بیمه دانا مراجعه نمایند.
- ۷) کلیه رابطین امور بیمه واحدهای تابعه در خصوص امور مربوط به خسارت از جمله: صدور معرفی نامه بیمارستانی، راهنمایی در خصوص مراجع درمانی طرف قرارداد، چگونگی استفاده از خدمات دندانپزشکی، سوالات مربوط به سایر هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های غیر قابل پرداخت به دفتر مجری قرارداد به نشانی اصفهان - اصفهان - ستاد مرکزی - ساختمان شماره سه - طبقه همکف ((نماینده مجری کد ۶۰۰۹ شرکت بیمه دانا)) با شماره تلفن ۰۳۱۳۷۹۲۳۹۹۶ و شماره ۳۶۶۹۹۴۰۱ تماس حاصل نمایند.

### وظایف نماینده معرفی شده از طرف شرکت بیمه گر:

پاسخگویی به ثبت نام شدگان درمان تکمیلی در خصوص کلیه امور مربوط به تجمیع بیمه نامه های دانشگاه دریافت اصل فیش های واریزی ماهیانه حق بیمه درمان تکمیلی و کپی برابر اصل نمودن کپی فیش های مربوط و تحویل به رابط مرکز

پیگیری و پاسخگویی به شکایات واریز هزینه های درمانی کارکنان

پیگیری امور مربوط به مکاتبات ارسالی مرتبط با قرارداد(مکاتبات جابجایی ها، تولد، فوت، و .....)

کنترل گردش ماهیانه حق بیمه های درمان تکمیلی واحدهای تابعه دانشگاه بصورت ماهیانه و مستمر

پیگیری کلیه امور مربوط به بیمه نامه های درمان، مسؤولیت و اموال جهت بروزرسانی پرداخت خسارات وارده

### وظایف رابط:

۱) جمع آوری مدارک هزینه های درمانی، تکمیل روکش اطلاع رسانی و پاسخگویی به بیمه شدگان در مورد فرآیندهای تحویل اسناد هزینه و دریافت لیست وجوه واریزی از شرکت بیمه، اطلاع رسانی موارد و مفاد بخشنامه های ارسالی از مدیریت امور



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : .....۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱۰/۲۰.....  
ساعت : .....۱۳:۳۰.....  
پیوست : .....دارد.....

## معاون توسعه مدیریت و منابع

پشتیبانی و تهیه گزارش عملکرد سه ماهه و مسؤولیت پذیری و پاسخگویی به مکاتبات مرتبط با امور بیمه ای برعهده رابط امور بیمه ای واحد می باشد.

۲) جمع آوری، ثبت در سامانه نرم افزاری و تحویل اسناد هزینه‌های درمانی پرسنل هر ۱۵ روز یکبار به شرکت بیمه دانا و پیگیری پرداخت هزینه‌های درمانی کارکنان برعهده رابط امور بیمه ای واحد می باشد.

۳) پیامدهای ناشی از عدم پاسخگویی به موقع مکاتبات انجام شده از طرف مدیریت امور پشتیبانی به عهده مدیر و رابط امور بیمه ای واحد می باشد.

۴) مسؤول امور مالی واحد موظف است گردش‌های مالی قرارداد را کنترل نموده و در میزان واریز حق بیمه ماهیانه به نسبت تعداد ثبت نام شدگان و کنترل تغییرات تعداد نفرات شامل (جابجایی، تولد، جدیدالاستخدام، ازدواج و فوتی) درطول قرارداد دقت و همکاری لازم را با رابط امور بیمه ای بعمل آورند.

۵) در صورتی که رابط امور بیمه ای آن واحد پس از پیگیری‌های لازم در خصوص واریز لیست هزینه دریافت وجوه اسنادهزینه‌ها توسط نماینده شرکت بیمه دانا به نتیجه نرسیده باشد، لازم است ظرف مدت ۴۸ ساعت گزارش مربوطه را به صورت مکتوب به همراه مستندات به شرکت بیمه دانا به نشانی اصفهان- میدان جمهوری اسلامی طبقه فوقانی بانک کشاورزی -۷-۹۵۰۲۲۰۰۵ و ۹۵۰۲۲۰۱۱ ارسال و مدیریت امور پشتیبانی را با رونوشت مکاتبه مطلع نمایند.

۶) شرکت بیمه طرف قرارداد موظف است با هماهنگی مدیریت امور پشتیبانی هر سه ماه یکبار گزارش عملکرد رابطین فعال را طبق شاخص‌های تعریف شده به مدیریت امور پشتیبانی دانشگاه ارسال نمایند.

۷) مهلت تحویل مدارک درمانی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۳ ماه پس از انجام هزینه در طی مدت قرارداد و حداکثر ۳ ماه پس از اتمام قرارداد خواهد بود.

لازم به یادآوری است رابط محترم بیمه ای آن واحد می تواند جهت بهره برداری از کلیه فرم‌های ذکر شده در دستورالعمل به سایت مدیریت امور پشتیبانی، قسمت واحد امور بیمه به آدرس [afa.mui.ac.ir](http://afa.mui.ac.ir) مراجعه نماید.

### نکات قابل بهبود در واحد امور بیمه:

- ۱- اجرای فرایندهای بیمه ای طبق دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ارسالی مدیریت امور پشتیبانی، انجام و پایش شود.
- ۲- در راستای ارائه مطلوب امور محوله، ثبت اسناد هزینه در سامانه درمان تکمیلی تسریع گردد.
- ۳- با توجه به اینکه ماهیت شرح وظایف رابطین درمان تکمیلی، مالی می باشد، سعی شود تمهیدات لازم در انتخاب و انتصاب رابطین با رشته‌های شغلی مرتبط با امور مالی بعمل آید.



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره : ۵/۲/۲۷۲۲۱.....  
تاریخ : ۱۴۰۱/۱۰/۲۰.....  
ساعت : ۱۳:۳۰.....  
پیوست : دارد.....

## معاون توسعه مدیریت و منابع

- ۴- باتوجه به هماهنگی انجام شده با شرکت بیمه نسبت به اخذ لیست PDF مرحله اول ثبت نام شدگان و کنترل اسامی و رفع مغایرت های احتمالی سریعا اقدام گردد.
- ۵- روکش هزینه ای درمانی ثبت شده توسط کارشناس شرکت بیمه دانا اخذ و نگهداری گردد.
- ۶- شیوه نامه ارسال هزینه های درمانی به نحو مقتضی در اختیار ثبت نام شدگان بیمه درمان تکمیلی قرار گیرد تا در فرآیند ارسال هزینه های درمانی دچار مشکل نگردند.
- ۷- تغییرات لیست افراد تحت پوشش قرارداد درمان تکمیلی (افزایش، کاهش، جابجایی، جدیدالاستخدام و...) در اسرع وقت و رفع مغایرت های مالی به طور ماهیانه به صورت مکتوب به شرکت بیمه دانا و رونوشت به مدیریت امور پشتیبانی اعلام شود.
- ۸- جهت دستیابی به فرآیند پرداخت هزینه های درمانی کارکنان و تسریع در پرداخت هزینه ها و تکمیل مدارک ناقص و عودت شده؛ اسناد هزینه های درمان تکمیلی کارکنان، به سامانه بیمه تکمیلی وارد شود.
- ۹- مطابق دستورالعمل ها و بخشنامه های تجمیع بیمه نامه ها، گزارشات حوادث بیمه نامه های مسئولیت مدنی و مسئولیت جامع کارفرما طبق شرایط عمومی بیمه نامه های مسئولیت، در اسرع وقت به مدیریت امور پشتیبانی و شرکت بیمه دانا اعلام گردد.
- ۱۰- بایگانی و نگهداری کپی بیمه نامه های مسئولیت مدنی مسئولین فنی، رؤسا و مدیران مراکز آموزشی درمانی و واحدهای بهداشتی، جهت پیگیری پرونده های حقوقی و قضائی احتمالی در آینده مد نظر قرار گیرد.
- ۱۱- اقدام لازم در خصوص ثبت خسارت های وارده به تفکیک هشت بیمه نامه خریداری شده از زمان شروع قراردادهای بیمه ای از اول شهریور ماه ۱۴۰۱ لغایت مرداد ماه ۱۴۰۲ در برنامه Excel جهت پیگیری های حقوقی بعمل آید.
- ۱۲- لیست مشخصات خودروهای دولتی و آمبولانس ها و وسائط نقلیه فعال جهت صدور متمرکز بیمه نامه های شخص ثالث و بدنه و وسائط نقلیه طبق بخشنامه شماره ۵/۲/۱۶۴۶۵ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۰۹ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه ارسال و تا حصول نتیجه پیگیری گردد.
- ۱۳- مساعدت و همکاری امور مالی مرکز در انجام فرآیند کسر از حقوق کارکنان جهت پرداخت حق بیمه، بیمه نامه های شخص ثالث و بدنه لحاظ گردد.
- ۱۴- برنامه زمان بندی جهت آموزش مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان، از طریق مرکز به مدیریت امور پشتیبانی اعلام گردد.
- ۱۵- با توجه به پیگیری و حداقل مغایرت مالی در سنوات قبل و با عنایت به چند پیشه بودن رابطین بیمه، شرایط انگیزشی مناسبی برای ایشان در نظر گرفته شود.
- ۱۶- پیگیری تسویه حساب هزینه های درمانی کارکنان؛ مربوط به قرارداد شرکت بیمه دانا، در اسرع وقت انجام پذیرد.
- ۱۷- با توجه به شرایط تدوین شده در تجمیع بیمه نامه های دانشگاه جهت دریافت کلوزها و پوشش های فنی مناسب هر بیمه نامه از ورود و فعالیت موازی سایر شرکت های بیمه برای بازاریابی و فروش بیمه نامه های اشخاص، اموال و مسئولیت های جدا خودداری گردد.

دکتر محسن مصلحی  
معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت :

مشاور اجرایی محترم معاون توسعه مدیریت و منابع جناب آقای دکتر گنجی  
سرپرست محترم مدیریت امور مالی جناب آقای خالویی  
نمایندهگری مجری کد ۶۰۰۹ شرکت بیمه دانا جهت پیگیری و اقدام لازم با هماهنگی این مدیریت