



شماره : ۱۴۰۱/۰۷/۲۷ و ۹۵۰۸/۰۴/۲۹  
تاریخ : ۱۴۰۱/۰۷/۲۷  
ساعت : ۱۳:۳۰  
پیوست : دارای

## معاون توسعه مدیریت و منابع

# لئن

## مدیران محترم واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام

پیرو بخشنامه های شماره ۱۴۰۱/۰۷/۲۷ و شماره ۱۴۰۱/۰۴/۲۹ مورخ ۹۵۰۸/۰۴/۲۹ 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 نکایت زیر جهت تسريع 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 ۱۴۰۲/۰۴/۳۱ می تواند ادامه یابد و در غیر اینصورت از لیست آن واحد حذف خواهد 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 خساره‌ی دریافت نکرده باشد از لیست آن واحد از اول ماه بعد از مکاتبه رسمی حذف خواهد شد و در صورت استفاده از خدمات بیمه ای موظف است تا پایان قرارداد(۱۴۰۲/۰۴/۳۱) 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 سازمان‌های 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 تحويل به رابط بیمه ای درمان تکمیلی می باشد.
- (۶) مسؤولیت کنترل کسر حق بیمه ماهیانه متقاضیان بر عهده 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 تحويل نمایند. شماره



شماره : .....۰۰۴۶۰۱۹۳۱۶  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱/۲  
ساعت : .....۱۳:۳۰  
پیوست : .....دانه دارد

## لسته‌های بیمه

### 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 می‌باشد.

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 (نمایندگی مجری کد ۶۰۰۹ شرکت بیمه دانا)، تحويل نمایند و یک نسخه فیش واریزی را به دفتر امور بیمه مدیریت امور پشتیبانی واقع در ساختمان شماره ۳ طبقه اول اتفاق ۲۰۴ تحويل 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 فیش‌های واریزی حق بیمه را در مدت زمان مأموریت و یا مرخصی استعلامی پرسنل در فیش‌های واریزی به حساب شرکت بیمه دانا با شناسه واریزی اعلام شده با هماهنگی بیمه شده تهیه و بصورت مکتوب و همزمان کل فیش‌ها را با درج مشخصات بیمه شده و ماههای واریزی را به شرکت بیمه دانا در پایان ماه و حداقل تا بیستم ماه بعد همراه با لیست تغییرات مربوطه ارسال نمایند.

تبصره ۴: در صورت عدم (واریز حق بیمه و ارسال به موقع فیش‌های واریزی ماهیانه) بیمه شدگان، قرارداد به حالت تعليق درخواهد آمد و مسؤولیت توقف خدمات بیمه ای واحد مربوطه به عهده رابط امور بیمه ای و مسئول امور مالی آن واحد می‌باشد.

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 هزینه‌های بیمارستانی شامل درمان طبی، جراحی‌های عمومی و تخصصی، هزینه‌های زایمان و سزارین معرفی نامه الکترونیک صادر می‌گردد.

۱۱) در خصوص عمل جراحی با عناوین فقط نافی و شکمی (هرنی)، جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی)، بالن معده، چاقی مفرط، (اسلیو معده و بایپس معده)، انحراف بینی (سپتوپلاستی)، افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)، بیماری‌های 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 درخصوص پرداخت هزینه‌های مذکور نخواهد داشت.



شماره : .....۲۷۲۲۱/۲/۲/د  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱/۱:۵:۰  
ساعت : .....۱۳:۳:۰  
پیوست : .....دانه دار

## لَعْنَةُ الْبَسْمَةِ

### 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 می‌پذیرد.

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 می‌گیرد باید به صورت کامل و خواناً 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 بسترهای می‌توانند 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 هزینه‌ها گردد به عهده رابط امور بیمه ای می‌باشد، 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 فوریت‌های پزشکی مشروط به بسترهای شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بسترهای شده به سایر مراکز تشخیصی – درمانی طبق دستور پزشک معالج جبران می‌گردد.

#### استثنایات: هزینه‌های درمانی موارد زیر و یا ناشی از موارد زیر شمول تعهدات بیمه گر خارج می‌باشد

- ۱- عیوب مادرزادی، مگراینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج
- ۴- جنگ، سورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تائید مقامات ذیصلاح
- ۵- حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل و آتشسوزان
- ۶- فعل و انفعالات هسته ای



شماره : .....۲۷۲۲۱/۲/۲/۵  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱/۱۰  
ساعت : .....۱۳:۳۰  
پیوست : .....دایر

## لَعْنَةُ الْبَمْبَرِي

### 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 قوع حادثه تخت پوشش باشد
- ۱۰- ترک اعتیاد
- ۱۱- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید پزشک معتمد بیمه گر
- ۱۲- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تائید 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 جمیع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد
- ۱۵- هزینه های مربوط به رفع معلولیت ذهنی واژ کار افتادگی کلی
- ۱۶- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعریفه درمانی آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است
- ۱۷- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر ، روان گردن ، و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معتمد
- ۱۸- هزینه های تهییه اعضا مصنوعی بدن برای جبران نواقص و ناراحتی های جسمی (تحت عنوان پروتزهای خارج از بدن )
- ۱۹- بیماریهای فرآگیر ( 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 توان 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 ، کاتتربریسیم قلب و عروق
۵	اعمال روی عضلات ، اوتار ، اعصاب و عروق مگر در موقع اورژانس
۶	اعمال جراحی داخل دستگاه تناسلی و ادار زن و مرد ، گذاردن فورسپس وزایمان 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 ولب شکری ، لوزتین وسیونوس ها )
۹	بیوپسی انساج داخل مری ، تراشه ، برونیش ها ، روده ها ، مثانه ، کبد و طحال
۱۰	عمل کاتاراكت ، گلوکوم ، پارگی شبکیه ، تومورهای حفره چشم واسترایبیسیم چشم



# لَعْنَهُ

شماره : ..... ۲۷۲۲۱/۲/۲/۵  
تاریخ : ..... ۱۴۰۱/۱/۲  
ساعت : ..... ۱۳:۳۰  
پیوست : ..... دارای

## معاون توسعه مدیریت و منابع

۱۱	عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و....
۱۲	عمل جراحی استئوستنت 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 آرج 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: درموردو زوجین(کپی صفحات شناسنامه زوجین) و افراد جدید الاستخدام(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 واعلام تاریخ ازدواج و یا استخدام و برای نوزادان از بد و تولد خواهد بود.

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

(۳) اعلام تغییرات ناشی از کاهش بیمه شدگان، صرفا شامل افراد فوتی، بازنشسته ، انتقالی، اخراجی و یا قطع همکاری می باشد که با ارائه مدارک مثبته (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 معرفینامه 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



## لَعْنَهُ

شماره : .....۲۷۲۲۱/۲/۲/۵  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱/۲  
ساعت : .....۱۳:۳۰  
پیوست : .....دایری

### معاون توسعه مدیریت و منابع

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

- ۴) حق بیمه بیمه شدگانی که در خواست 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 مكتوب به مجری قرارداد بیمه درمان تكميلي 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 درخصوص امور مربوط به خسارت از جمله: صدور معرفی نامه بیمارستانی، راهنمایی درخصوص مراجع درمانی طرف قرارداد، چگونگی استفاده از خدمات دندانپزشکی، سوالات مربوط به سایر هزینه های پزشکی و هزینه های غیر قابل پرداخت به دفتر مجری قرارداد به نشانی اصفهان- اصفهان- ستاد مرکزی - ساختمان شماره سه - طبقه همکف ((نمایندگی 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 تكميلي در خصوص کلیه امور مربوط به تجمیع بیمه نامه های دانشگاه دریافت اصل فیش های واریزی ماهیانه حق بیمه درمان تكمili و کپی برابر اصل نمودن کپی فیش های مربوط و تحويل 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 تكمili واحدهای تابعه دانشگاه بصورت ماهیانه و مستمر  
پیگیری کلیه امور مربوط به بیمه نامه های درمان، مسؤولیت و اموال جهت بروزرسانی پرداخت خسارات وارد

### وظایف رابط:

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



## لئن

شماره : .....۲۷۲۲۱/۲/۲/۵  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۱/۱۰  
ساعت : .....۱۳:۳۰  
پیوست : .....دایرہ

### معاون توسعه مدیریت و منابع

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

(۲) جمع آوری، ثبت در سامانه نرم افزاری و تحويل استناد هزینه های درمانی پرسنل هر ۱۵ روز یکبار به شرکت بیمه دانا و پیگیری پرداخت هزینه های درمانی کارکنان بر عهده 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 گردش های 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، جدید الاستخدام، ازدواج و فوتی) در طول 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 پیگیری های لازم در خصوص واریز لیست هزینه دریافت وجوده استناد هزینه ها 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 ۹۵۰۲۰۰۵-۷ 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 شاخص های تعریف شده به مدیریت امور پشتیبانی دانشگاه ارسال نمایند.

(۷) مهلت تحويل مدارک درمانی جهت تسویه هزینه های 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 فرم های 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 دستورالعمل ها و بخشنامه های ارسالی مدیریت امور پشتیبانی، انجام و پایش شود.
- ۲- در راستای ارائه مطلوب امور محوله، ثبت استناد 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 رشته های شغلی مرتبط با امور مالی بعمل آید.



## لَعْنَهُ

شماره : ..... ۲۷۲۲۱/۵/۲۷  
تاریخ : ..... ۱۴۰۱/۱/۲/۲۷  
ساعت : ..... ۱۳:۳۰  
پیوست : ..... دارای

### معاون توسعه مدیریت و منابع

۴- با توجه به هماهنگی انجام شده با شرکت بیمه نسبت به اخذ لیست PDF مرحله اول ثبت نام شدگان و کنترل اسمی و رفع مغایرت های احتمالی سریعاً 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 نگردد.

۷- تغییرات لیست افراد تحت پوشش قرارداد درمان تکمیلی (افزايش، کاهش، جابجايی، جديداً استخدام و....) در اسرع وقت و رفع مغایرت های مالي به طور ماهيانه به صورت مكتوب به شرکت بیمه دانا و رونوشت به مدیریت امور پشتيبانی اعلام شود.

۸- جهت دستيابي به فرآيند 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 پشتيبانی و شرکت بیمه دانا اعلام گردد.

۱۰- بايگانی و نگهداری كپي بیمه نامه های مسئولیت مدنی مسئولین فني، رؤسا و مدیران مراکز آموزشی درمانی و واحدهای بهداشتی، جهت پيگيري پرونده های حقوقی و قضائي احتمالي در آينده مد نظر قرار گيرد.

۱۱- اقدام لازم در خصوص ثبت خسارت های وارد به تفکيك هشت بیمه نامه خريداری شده از زمان شروع قراردادهای بیمه ای از اوی شهريور ماه ۱۴۰۱ لغايت مرداد ماه ۱۴۰۲ در برنامه Excel جهت پيگيري های حقوقی بعمل آيد.

۱۲- لیست مشخصات خودروهای دولتی و آمبولانس ها و وسائل نقلیه فعال جهت صدور متمرکز بیمه نامه های شخص ثالث و بدنی وسائل نقلیه طبق بخشنامه شماره ۱۶۴۶۵/۲/۱۶۰۷/۰۹ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۰۹ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه ارسال و تا حصول نتیجه پيگيري گردد.

۱۳- مساعدت و همكاری امور مالي مرکز در انجام فرآيند کسر از حقوق کارکنان جهت پرداخت حق بیمه، بیمه نامه های شخص ثالث و بدنی لحاظ گردد.

۱۴- برنامه زمان بندی جهت آموزش مسئولیت مدنی حرفة اي پزشکان و پيراپزشكان، از طريق مرکز به مدیریت امور پشتيبانی اعلام گردد.

۱۵- با توجه به پيگيري و حداقل مغایرت مالي در سنتوات قبل و با عنایت به چند پيشه بودن رابطين بیمه، شرایط انگيزشي مناسبی برای ايشان در نظر گرفته شود.

۱۶- پيگيري تسویه حساب هزینه های درمانی کارکنان: مربوط به قرارداد شرکت بیمه دانا، در اسرع وقت انجام پذيرد.

۱۷- با توجه به شرایط تدوين شده در تجمیع بیمه نامه های دانشگاه جهت دریافت کلوzها و پوشش های فني 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 مالي جناب آقای خالوی

نمایندگی مجری کد ۶۰۰۹ شرکت بیمه دانا جهت پيگيري و اقدام لازم با هماهنگی این مدیریت

در صورتی که به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه شود معرفی نامه به صورت آنلاین صادر خواهد شد.

مراکز طرف قرارداد بیمه دانا در پورتال بیمه دانا به آدرس:

مراکز درمانی

سربیرگ مراکز ارائه خدمات

[www.dana-insurance.ir](http://www.dana-insurance.ir)

نوع خدمت	مدارک مورد نیاز
ویزیت (عمومی، متخصص، فوق متخصص، دندانپزشکان، روانپزشکان، کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار)	سربرگ معتبر پزشک ممکن به مهر پزشک معالج+مبلغ هزینه+تاریخ مراجعه+نام و نام خانوادگی بیمار+کدلی بیمار (درصورت قرارداد با بیمه های پایه درج کد رهگیری)
دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرف مازاد بر سهم بیمه گر)	اصل پرینت کامپیوتری ریز اقلام دارویی داروخانه ممکن به مهر داروخانه و دارای کد رهگیری+کپی نسخه پزشک معالج یا اخذ پرینت نسخه پزشک از داروخانه
هزینه های پاراکلینیکی (طبق مفاد قرارداد)	اصل قبض پرداختی (کپی و المتنی غیر قابل برسی)+تصویر گزارش (ریپورت) خدمت انجام شده + برگه دستور پزشک معالج ممکن به مهر یا اخذ پرینت نسخه پزشک از مراکز درمانی جهت دریافت هزینه آزمایشات ژنتیک و غربالگری ارائه گواهی پزشک معالج مبنی بر جنبه درمانی بودن آزمایش مذکور الزامی می باشد.
هزینه های دندانپزشکی: خدمات دندانپزشکی (سرپایی و بستری) هزینه های دندانپزشکی شامل کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، روکش و جراحی بروساژ، روکش و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی می باشد. تعهدات این بند به استثناء اعمال زیبایی می باشد)	اصل نسخه دندانپزشک ممکن به مهر دندانپزشک و خدمات انجام شده به تفکیک به همراه شماره دندان الصاق مدارک و گرافی های مورد نیاز و یا در صورت نیاز به تأیید و یا معاینه توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر با بت خدمات به شرح ذیل: (جهت برسی و پرداخت هزینه های ایمپلنت، ارتودنسی، دندان مصنوعی تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامیست). ارتودنسی: ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت توسط پزشک معتمد بیمه گر، و ارائه فوتوفتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن برآکت ها و تحويل پلاک (کارت مراجعات) ایمپلنت: ارائه رادیوگرافی پانورکسی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان و معاینه بیمار بعد از انجام خدمت توسط پزشک معتمد بیمه گر روکش: برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوفتوگرافی بعد از درمان نایت گارد: ارائه فوتوفتوگرافی پس از درمان پروتزها و پارسیل ها: ۱- مراکز طرف قرارداد: معاینه بیمار قبل از درمان توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر و معاینه یا ارائه فوتوفتوگرافی بعد از درمان ۲- خسارت متفرقه: معاینه بیمار پس از درمان توسط دندانپزشک معتمد بیمه گر درمان ریشه: رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت تبصره: جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان، عصب کشی، پست، روکش (بیش از ۱ مورد)، جراحی دندان (نسج نرم و سخت) ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامیست. جراحی های لته: گرافی قبل از درمان و تأییدیه پزشک معتمد بیمه گر

<p><b>جراحی نهفته در نسج نرم و سخت: ارسال رادیوگرافی قبل از درمان</b></p> <p>۱- اصل نسخه پزشک (چشم پزشک متخصص) یا اپتومتریست که حاوی شماره چشم بوده و ممکن است به مهر پزشک یا اپتومتریست باشد.</p> <p>۲- اصل فاکتور معتبر مراکز تهیه و فروش عینک + تاریخ + نام بیمار + مبلغ دریافتی + مهر مرکز + پرینت کامپیوترا نمره چشم</p>	<p>عینک و لنز تماس طبی</p>
<p><b>فیزیوتراپی:</b></p> <p>۱- دستور پزشک متخصص معالج مبنی بر ذکر ناحیه و تعداد جلسات فیزیوتراپی</p> <p>۲- ارائه کارت مراجعات</p> <p>۳- ارائه تاییدیه انجام تعداد جلسات فیزیوتراپی که ممکن است به مهر و امضاء فیزیوتراپیست رسیده باشد به همراه هزینه پرداختی</p> <p>۴- رسید دستگاه کارتخوان</p> <p><b>کارددرمانی و گفتاردرمانی:</b></p> <p>۵- دستور پزشک متخصص معالج با ذکر نام بیماری و تعداد جلسات مورد نیاز و طول درمان</p> <p>۶- فاکتور هزینه پرداختی طبق جلسات مربوطه به خدمات انجام شده</p> <p>۷- تاییدیه انجام تعداد جلسات خدمات انجام شده توسط کارشناس مربوطه که به مهر و امضاء رسیده باشد.</p>	<p>فیزیوتراپی، کارددرمانی و گفتاردرمانی</p>
<p>۸- دستور پزشک متخصص گوش و حلق و بینی (ENT)</p> <p>۹- گزارش ادیومتری یا نوار گوش</p> <p>۱۰- فاکتور معتبر تجهیزات پزشکی سمعک دارای کد اقتصادی تاییدیه اودیولوژیست معتمد شرکت بیمه</p> <p>۱۱- ارائه کارت گارانتی سمعک</p> <p>۱۲- اخذ سهم بیمه گر پایه</p> <p>۱۳-</p>	<p>سمعک</p>
<p><b>طرف قرارداد: آنلاین با معرفی نامه در مراکز طرف قرارداد قابل انجام می باشد.</b></p> <p><b>غیر طرف قرارداد: پس از پرداخت هزینه بیمارستان مدارک مورد نیاز که شامل:</b></p> <p>۱- اصل صورتحساب بیمارستانی</p> <p>۲- اصل صورتحساب پزشکان ممکن است به مهر</p> <p>۳- اصل گواهی پزشک معالج (شرح عمل جراحی)</p> <p>۴- اصل گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتفاق عمل</p> <p>۵- اصل یا تصویر آزمایشات و رادیولوژی و ...</p> <p>۶- اصل یا تصویر نسخ دارویی و لوازم مصرفی و فاکتور پروتز ممکن است به مهر جراح و اتفاق عمل</p> <p>۷- برگ خلاصه وضعیت</p> <p>**** نکته مهم: در صورتی که بیمارستان با بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) طرف قرارداد نباشد ابتدا سهم بیمه گر پایه اخذ و مستندات برابر اصل شده به همراه نامه رسان سازمان های بیمه گر پایه به شرکت بیمه تحويل داده شود.</p>	<p>جبران هزینه های بستری تامین هزینه های داروهای مربوط به بیماریهای خاص لیزیک زایمان، سزارین، کورتاژ نازائی</p>
<p><b>چنانچه اعمال مجاز سرپائی در مطب انجام شود، مانند برداشتن لبیوم، کیست (طبق مفاد قرارداد) هزینه ها با ارائه مستندات ذیل انجام می گردد:</b></p>	<p>جبران هزینه های اعمال مجاز سرپائی</p>

**گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل، محل آناتومیکی ، اندازه ضایعه و اصل یا کپی**

**گزارش پاتولوژی**

\*\*\* اعمال جراحی که باید قبل از عمل به تایید پزشک معتمد بیمه گر برسد :

- ۱- جراحی فتق نافی و شکمی (هرنی)
- ۲- جراحی کاهنده سینه (ماموپلاستی)
- ۳- بالن معده، چاقی مفرط (اسیلو و بایپس معده، گاسترینگ بایندینگ و بالون معده)
- ۴- انحراف بینی (سیتوپلاستی)
- ۵- افتادگی پلک چشم (بلفاروپلاستی)
- ۶- بیماری های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک/لازک)
- ۷- استرابیسم (لوچی چشم)
- ۸- ژنیکوماستی
- ۹- قبل از هرگونه اقدام باید به تایید پزشک معتمد شرکت بیمه گر برسد در غیر اینصورت بیمه گر هیچ کونه تعهدی نسبت به پرداخت هزینه ندارد.