

سقف پوشش های درخواستی بیمه درمان تکمیلی:

درخواست های پوشش بیمه درمان تکمیلی طرح های تعهدات به شرح جدول زیر می باشد.

ردیف	شرح	تعهدات طرح ۲ یا قره ای (ریال)	تعهدات طرح ۳ یا طلایی (ریال)
۱	جبران هزینه های بستری (تشخیصی، درمان طبی، جراحی) از جمله بستری بیماریهای اعصاب و روان، شیمی درمانی، جراحی و خدمات Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. و انواع (سنگ شکن، آنژیوگرافی عروق قلب و رادیوتراپی و یا سایر اعضای بدن) تعویض مفصل و کلیه لوازم اتاق عمل و تجهیزات مورد نیاز عمل جراحی، لیزر تراپی ته چشم (سرپایی، بستری)، ناخنک چشم، هزینه همراه افراد زیر ۱۰ و بالای ۷۰ سال در بیمارستانها و سایر مواردی که به تشخیص پزشک معالج همراه بیمار مورد نیاز میباشد، کلیه خدمات پزشکی بیماران زیر شش ساعت بستری موقت مانند دارو، لوازم مصرفی و ویزیت و هزینه های اتاق ایزوله و خصوصی، LTM	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بدون سقف
۲	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری های خاص و صعب العلاج شامل: جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب، نخاع، پیوند کلیه و پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان (دارو و لوازم پیوندی و پرداخت تجهیزات و سایر خدمات) رادیوتراپی، و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، حفره های قلب و پیس میکر، جراحی دیسک و ستون فقرات (جراحی)، گامانایف، جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و درمان بیماریهای همه گیری (نظیر بیماری کرونا) و بیماریهای خاص و صعب العلاج (شامل: تالاسمی، هموفیلی، انواع دیالیز، MS و انواع سرطان با تمام طیف ها، لوپوس و بیماران دارای نقص ایمنی بدن، بیماری های (موکوپلی، ساکاریدز، بال پروانه ای اس ام ای تیپ ۱ و ۲ و ۳، سی اف، اوتیسم، قلبی و عروقی و ...)، انواع پیوند (سلول های بنیادی و خون ساز، کلیه، کبد، قلب و پانکراس، روده، ریه و ...) بیماری های مزمن روانی، صرع مقاوم به درمان، پارکینسون و آسیبهای شنوایی شدید و انواع بیماری های صعب العلاج، 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 لوازم و تجهیزات و سایر خدمات) }	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	بدون سقف
۳	جبران هزینه زایمان اعم از طبیعی (با هر روش) و سزارین و کورتاژ قانونی (مبلغ اعلام شده میبایست بدون هیچ گونه کسورات و غیره به بیمار پرداخت شود)	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۴	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی بدون محدودیت تعداد فرزند شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, IVF و میکرواینجکشن و IVF و داروهای درمانی، مکمل و تقویتی مربوط به نازایی	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۵	پارا ۱: جبران هزینه فتوگرافی کامل دهان، انواع رادیوگرافی (اشعه X با هزینه دارو و لوازم مصرفی)، انواع آنژیوگرافی عروق محیطی، انواع آنژیوگرافی چشم، انواع سونوگرافی (داخل مطب و سایر مراکز)، انواع ماموگرافی و انواع اسکن، انواع ام آر آی، انواع پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری و رادیوتراپی و انواع سی تی اسکن، انواع توبوگرافی، سایر خدمات پاراکلینیکی، تشخیصی و سرپایی که پزشک معالج تجویز نموده و در جدول وجود ندارد (خدماتی که جنبه درمانی داشته و در کتاب ارزش نسبی دارای کد باشد)	۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۶	پارا ۲: جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، رادیوایزوتوپ، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ (در مطب یا منزل)، انواع تست ها (ورزش، شنوایی سنجی) (انواع ادیومتری) بینایی سنجی، UBT (تست تنفسی اوره)، گوارش و ...، عکس چشم، آنالیز پیس میکر، انوار نوار نگاری، نوار قلب (EKG)، نوار گوش، توموگرافی (OCT)، EECF، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV یا نوار عضله و ...)، الکتروانسفالوگرافی (EEG یا نوار مغز)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پیریتری و پنتاکم، انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی، اسپیرومتری، استرس آکو، مانومتری، تست خواب، تمپانومتری، شارژ باتری قلب، مانیتورینگ باتری قلب، انواع گرافی ها (شامل کلیه گرافی ها می باشد)، انواع آنژیوگرافی ها (شامل کلیه آنژیوگرافی ها می باشد)، سایر خدمات پاراکلینیکی، تشخیصی و سرپایی که پزشک معالج تجویز نموده و در جدول وجود ندارد (خدماتی که جنبه درمانی داشته و در کتاب ارزش نسبی دارای کد باشد)، سنجش تراکم استخوان، نوروفیدبک، انواع توان بخشی شامل توان بخشی قلب، ریه، سرگیجه، عصبی، عضلانی، اسکلتی و ...، (در کلیه ایتم های ذکر شده هزینه داروها و لوازم مصرفی نیز جداگانه باید پرداخت گردد)		

۷		پارا ۳: جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تستهای آلرژیک ، HPV ،	
۸		پارا ۴: جبران هزینه تستهای غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، اکوکاردیوگرافی	
۹		پارا ۵: جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT) ، RTMS ، یدترابی ، فتوترابی یا نوردرمانی ، کایروپراکتیک، (در کلیه ایتم های ذکر شده هزینه داروها و لوازم مصرفی نیز جداگانه باید پرداخت گردد)	
۱۰	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه انتقال بیمار / متوفی با آمبولانس داخل شهر هزینه انتقال بیمار / متوفی با آمبولانس خارج شهر هرگونه فوریت های پزشکی منجر به بستری یا درمان سرپایی در محل یا مرکز درمانی گردد	
۱۱	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های ویزیت (عمومی، تخصصی، روانپزشکی، فوق تخصصی) کارشناس و کارشناس ارشد پروانه دار، مشاور تغذیه ، دارو انواع ترزیقات (اعم از پوستی، داخل مفصل و یا ضایعه و سایر موارد)، سرم درمانی خدمات اورژانس ، هزینه دارو بر اساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفا مزاد بر سهم بیمه گر اول به شرط تجویز پزشک (پرداخت هزینه دارو طبق فارماکوپه ایران برای داروهایی که معادل ایرانی دارند و برای داروهای خارجی که معادل ایرانی ندارند با کسر فرانشیز) ، دارو اعم از ایرانی و خارجی ، مکمل و ساختنی
۱۲	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه (کلیه خدمات دندانپزشکی به ازای هر نفر) بر اساس تعرفه های مصوب وزارت بهداشت
۱۳	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی
۱۴	۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۲۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم
۱۵	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید سمعک
۱۶	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۴۵/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، باز کردن گچ، جاندازی، دررفتگی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیوم، تخلیه لیوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی و آتل، پانسمان، شالازیون، شستشوی و ساکشن گوش، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری، جراحی ناخن، نمونه گیری پاپ اسمیر
۱۷	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	هزینه تهیه اروتر یا وسایل و تجهیزات طبی و کمک پزشکی - پروتز
۱۸	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن
۱۹	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۸۰۰/۰۰۰/۰۰۰	جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماریهای روان پریشی
حق بیمه ماهانه (ریال)			
	۱۰/۳۵۰/۰۰۰ ریال	۶/۴۰۰/۰۰۰ ریال	

فرانشیز در کلیه تعهدات قرارداد: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه صفر و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ۱۰ درصد می باشد.

شرایط اختصاصی بیمه درمان تکمیلی کارکنان

۱-۱) موضوع قرارداد بیمه درمان تکمیلی :

عبارت از پوشش بیمه درمان تکمیل (مآزاد درمان) پرسنل متقاضی دانشگاه کرمان شرکت در طرح تجمیع امور بیمه ای و واحدهای تابعه طبق قوانین و مقررات جاری و مصوب شورای عالی بیمه و عرف بیمه گری و تعهدات اسناد بیمه گذار و توافقات مورد تایید بیمه گذار می باشد.

۱-۲) شرایط اختصاصی بیمه درمان تکمیلی :

* شرایط اختصاصی جزء لاینفک اصول فنی اسناد بیمه ای صادره می باشد. شرایط بر اساس روابط بیمه ایی بیمه گذاران مشابه با شرکت های بیمه گر در سطح کشور تنظیم و مسبق به سابقه است. حق بیمه اعلامی با عنایت به پوشش های مندرج در اسناد و توافقات اعلام گردد.

۱-۲-۱) بیمه شده اصلی شامل کارکنان (شاغل، بازنشسته) رسمی، پیمانی، قراردادی، شرکتی، قانون کار، طرحی، تبصره ۳ و ۴، پزشکان متخصص، عمومی، دستیار، رزیدنت و اینترن و پی اچ دی (با هر گونه حالت استخدامی و خدمت اعم از پرکیس، ساعتی و سایر اشکال مختلف همکاری در کل واحدهای تابعه دانشگاه) و تمامی پرسنلی که دارای قرارداد با دانشگاه متبوع می باشند و بیمه شدگان تبعی شامل

همسر، فرزندان، نوزادان تازه متولد شده کلیه افراد تحت تکفل قانونی، پدر و مادر و فرزندان شاغل بیمه شده اصلی (غیر تحت تکفل) که متقاضی می باشند.

۱-۲-۲) فرانشیز در کلیه تعهدات قرارداد در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه صفر و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ۱۰ درصد می باشد.

۱-۲-۳) فرزندان تا سن ۲۲ سال تمام و فرزندان پسر در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سالگی و فرزندان دختر (در صورت مجرد بدون شرط سنی و اشتغال)، همسر، پدر و مادر و فرزندان (بدون در نظر گرفتن پوشش بیمه پایه توسط کارمند) می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند.

۱-۲-۴) تعهدات شرکت بیمه گر جهت زایمان به هر روش و نازایی بدون محدودیت تعداد فرزند می باشد.

۱-۲-۵) در صورت قطع رابطه بیمارستان های طرف قرارداد با بیمه گر و یا بیمه گر پایه اول به هر علت، این موضوع نایستی تعهدات بیمه تکمیل درمان را تحت الشعاع قرار دهد و شرکت بیمه ملزم به پرداخت هزینه تا سقف تعهدات بیمه شده و صدور معرفی نامه جهت بستری و عمل جراحی اقدام نماید.

۱-۲-۶) در بین قرارداد و با توجه به مهلت مقرر در صورت تقاضا (حداکثر دو ماه از تاریخ ذکر شده)، نوزادان تازه متولد شده (از تاریخ تولد) - کارکنان استخدام جدید (از تاریخ صدور حکم) - کارکنان انتقالی از سازمانهای دیگر (از تاریخ انتقال) و همسر کارکنان (در صورت ازدواج) می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند. ضمناً کارکنانی که در بین قرارداد بازنشسته می شوند (از تاریخ بازنشستگی) - کارکنانی که در بین قرارداد فوت می کنند (از تاریخ فوت) - کارکنانی که در بین قرارداد از سیستم خارج می شوند (فسخ قرارداد- اخراج و استعفا) از تاریخ مندرج در حکم از پوشش بیمه خارج می شوند.

۱-۲-۷) پرداخت حق بیمه افراد فوت شده در حین قرارداد تا تاریخ فوت بوده و در صورت واریز حواله خسارت هزینه پزشکی پس از فوت (انجام شده قبل از فوت)، دلالت بر دریافت حق بیمه پس از فوت نمی شود.

۱-۲-۸) تعهدات شرکت بیمه گر جهت زایمان به هر روش بدون محدودیت تعداد فرزند می باشد .

۱-۲-۹) پرداخت کلیه خسارتهای بستری و پاراکلینیک بر اساس تعرفه های موجود در کتاب ارزش نسبی ابلاغ شده از طریق وزارت بهداشت خواهد بود. پرداخت خسارت های دندانپزشکی بر اساس تعرفه های سندیکای بیمه گران ایران پرداخت می شود.

۱-۲-۱۰) در صورت وجود یک تعهد یا خدمت پاراکلینیک در قرارداد نظیر آزمایش ، سونو ، کولونوسکوپی هیچ تبصره یا شرطی جهت عدم پرداخت خسارت مورد قبول بیمه گذار نخواهد بود. مثلاً جهت پرداخت هزینه های کولونوسکوپی با بییهوشی هیچ گونه شرط سنی مورد قبول بیمه گذار نخواهد بود .

۱-۲-۱۱) بیمه گر متعهد به انعقاد قرارداد با کلیه بیمارستانهای دولتی استان و معتبرترین بیمارستان های خصوصی در سطح استان کرمان و سایر شهرستان های حاضر در طرح تجمیع امور بیمه ای موضوع این قرارداد می باشد.

۱-۲-۱۲) بیمه گر می بایست جهت رفاه حال کارکنان دانشگاه با مراکز خصوصی پاراکلینیک معتبر در سطح استان کرمان و سایر شهرستان های موضوع این قرارداد جهت خدمات آزمایش، تصویربرداری، فیزیوتراپی و... جهت ارائه خدمات بصورت آنلاین (با رعایت استفاده از سهم بیمه گر پایه و یا کسر فرانشیز) قرارداد انعقاد نماید.

۱-۲-۱۳) شرکت بیمه گر می بایست جهت رفاه حال بیمه شدگان دارای سامانه اینترنتی هوشمند جهت پیگیری الکترونیک خسارتهای و مبالغ واریز شده باشد.

۱-۲-۱۴) در قرارداد شرکت بیمه گر با بیمارستانهای طرف قرارداد خصوصی یا دولتی صرفاً می بایست مبنای قرارداد با بیمارستان لحاظ شود و قرارداد یا عدم قرارداد شرکت بیمه گر با پزشک معالج مبنای نخواهد بود .

۱-۲-۱۵) شرکت بیمه گر می بایست در زمان پرداخت و واریز خسارت ها از طریق سیستم اس ام اس، مبالغ واریز شده را به اطلاع بیمه شده برساند.

۱-۲-۱۶) تعهدات نازایی بدون محدودیت تعداد فرزند پرداخت می گردد. لذا چنانچه کارمندی دارای فرزند بوده و سپس دچار نازایی شده است شرکت بیمه متعهد به پرداخت خسارت می باشد.

۱-۲-۱۷) حداکثر مهلت پرداخت هزینه درمانی به حساب بیمه شده اصلی توسط بیمه گر پس از دریافت مدارک از بیمه شده ۱۵ روز کاری می باشد. و در صورت تاخیر به ۳۰ روز و بیش از ۲ مرتبه، مراتب در کمیته مشترک متشکل از نمایندگان دو طرف طرح و چنانچه تکرار شود طی شکوائیه به بیمه مرکزی ایران ارسال می گردد.

۱-۲-۱۸) دانشگاه پس از تکمیل مدارک مثبت طبق قرارداد مربوطه ، ۴۵ روز پس از تاریخ تحویل مدارک توسط نماینده مراکز به شرکت بیمه گر می باشد.

۱-۲-۱۹) مهلت تحویل مدارک درمانی پرسنل حداکثر تا ۶ ماه پس از انجام هزینه در طی مدت قرارداد و ۳ ماه پس از اتمام قرارداد می باشد. ولی در موارد استثناء و شرایط خاص اپیدمی و به علت حجم همکاری با مکاتبه مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی دانشگاه ها تا ۹ ماه (نه ماه) در طول قرارداد میسر می باشد.

۱-۲-۲۰) با توجه به لغو قرارداد بیمه تامین اجتماعی و بیمه سلامت با اکثر بیمارستان های خصوصی، این موضوع نمی بایست تاثیری در صدور معرفی نامه بستری یا جراحی توسط شرکت بیمه گر تکمیلی داشته باشد. به عبارت دیگر شرکت بیمه گر تکمیلی می بایست بدون توجه به قرارداد بیمه پایه با بیمارستان های خصوصی نسبت به صدور معرفی نامه (با کسر سهم بیمه پایه) اقدام نماید.

۱-۲-۲۱) با توجه به لغو قرارداد بیمه های تامین اجتماعی و سلامت با بیمارستان های خصوصی استان، چنانچه بیمه شده سهم بیمه پایه را پس از اتمام قرارداد دریافت نماید شرکت بیمه گر مکلف است نسبت به پرداخت سهم خود بدون در نظر گرفتن زمان اتمام قرارداد اقدام نماید.

۱-۲-۲۲) پرداخت حق بیمه های تکمیل درمان بیمه شدگان به بصورت ماهیانه با کسر از حقوق کارکنان و بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری توسط واحدهای زیر مجموعه بیمه گذار (دانشگاه) و واریز به حساب شرکت بیمه گر بصورت متمرکز یا تفکیکی و مستقل توسط امور مالی دانشگاه ها (حداقل ۴۵ روز از تاریخ سرسید) با بیمه گر انجام خواهد شد (به جز نیروهای شرکتی تحت پوشش شرکت های طرف قرارداد دانشگاه) تاخیرات معمول اداری در پرداخت حق بیمه پرسنل و بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری متقاضی مانع از ایفاء تعهدات بیمه گر در پرداخت غرامات نخواهد شد و چنانچه حق بیمه در وجه بیمه گر واریز شود ملزم به جبران غرامت است. پرداخت حق بیمه ماه آخر (شهریور ماه) منوط به تسویه کامل هزینه های درمانی بیمه شدگان می باشد.

۱-۲-۲۳) با توجه به اینکه بخشی از نیروهای متقاضی بیمه تکمیلی از نیروهای شرکتی می باشند که پرداخت حق بیمه آنها توسط دانشگاه امکان پذیر نمی باشد می بایست جهت این نیروها توافق نامه جداگانه ای با شرایط و مبلغ حق بیمه مشابه سایر کارکنان دانشگاه توسط شرکت بیمه گر تنظیم گردد. دریافت مبلغ حق بیمه از شرکت های کارفرمای این نیروها یا پرسنل شرکتی توسط نمایندگان بیمه گر صورت می گیرد. مبلغ حق بیمه می بایست توسط نمایندگان بیمه گر در قالب چک از شرکتهای پیمانکار یا نیروی شرکتی طرف قرارداد دانشگاه اخذ گردد لازم به ذکر است دانشگاه نسبت به نیروهای شرکتی صرفاً مسئولیت معرفی به نماینده بیمه گر طرف قرارداد را دارد و نماینده بیمه گر می بایست نسبت به دریافت حق بیمه رسماً اقدام نماید.

۱-۲-۲۴) با توجه به اینکه بخشی از نیروهای متقاضی بیمه تکمیلی از پرسنل بازنشسته تامین اجتماعی می باشند که پرداخت حق بیمه آنها توسط دانشگاه امکان پذیر نمی باشد می بایست جهت این نیروها توافق نامه جداگانه ای با شرایط و مبلغ حق بیمه مشابه سایر کارکنان دانشگاه توسط شرکت بیمه گر تنظیم گردد. دریافت مبلغ حق بیمه پرسنل بازنشسته تامین اجتماعی توسط نماینده بیمه گر صورت می گیرد. مبلغ حق بیمه می بایست توسط نماینده بیمه گر در قالب چک از پرسنل بازنشسته تامین اجتماعی طرف قرارداد دانشگاه اخذ گردد لازم به ذکر است دانشگاه نسبت به نیروهای بازنشسته تامین اجتماعی صرفاً مسئولیت معرفی به نماینده بیمه گر طرف قرارداد را دارد و نماینده بیمه گر می بایست نسبت به دریافت حق بیمه رسماً اقدام نماید.

۲۵-۱) مدیریت شرکت بیمه شعبه استان می بایست بر اساس لیست ارسالی بیمه گذار پس از فراخوانهای ثبت نامی نسبت به مغایرت گیری در طول قرارداد به صورت ماهیانه، مغایرت اسمی و مالی را انجام نماید و امور مالی دانشگاه پس از تعیین اسامی افرادی که به هر علت حق بیمه از ایشان کسر نگردیده، نسبت به کسر اقدام نموده و شرکت بیمه و امور مالی دانشگاه می بایست نسبت به تسویه حساب پس از مغایرت گیری نهایی و با توجه به بند ۲۸-۲-۱) اقدام نمایند.

۲۶-۱) شرکت بیمه متعهد می گردد نسبت به لینک سامانه HIS دانشگاه با نرم افزار بیمه تا قبل از شروع قرارداد اقدام نماید. جهت این امر شرکت می بایست به صورت مکتوب نسبت به دریافت تاییدیه واحد HIS دانشگاه مبنی بر قابلیت لینک این دو سامانه در زمان استعلام دانشگاه اقدام نماید.

۲۷-۱) در تمامی نقاط کشور می بایست امکان استفاده از معرفی نامه و یا سایر خدمات وجود داشته باشد.

۲۸-۱) هزینه های درمانی پرسنل توسط بیمه گر به حساب بانکی بیمه شده اصلی واریز می گردد و بیمه گر می بایست حداکثر تا روز دهم ماه بعد تعداد کل بیمه شدگان نهائی هرماه به تفکیک واحدهای تابعه دانشگاه و هر سه ماه یکبار وضعیت مالی قرارداد شامل پرداخت هزینه ها به بیمه شدگان و تعداد پرونده های دریافتی از پرسنل (به تفکیک بستری و سرپایی) بر اساس لیست حاوی اطلاعات (الف-تاریخ دریافت سند، ب-اسامی، ج - مبالغ ناخالص هزینه، د -علت و مبالغ کسورات، هـ - مبالغ نهایی واریز شده، و- تاریخ واریز هزینه) را به صورت گزارش کامل و به تفکیک کلیه واحدهای تابعه دانشگاه را به مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی دانشگاه کرمان اعلام نماید (پرداخت حق بیمه ماه های چهارم، هفتم، دهم و آخرین پرداخت منوط به ارائه گزارش سه ماهه فوق می باشد).

تبصره: بیمه گر موظف است صورت وضعیت مالی نهایی قرارداد شامل؛ حق بیمه دریافتی و خسارت پرداختی را حداکثر تا ۱۵ روز پس از اتمام قرارداد به بیمه گذار اعلام نماید. و ارائه خدمات در این رشته هیچ ارتباطی با شرایط تسویه حق بیمه سایر رشته های بیمه ای تجمیع ندارد.

۲۹-۱) بیمه گر موظف است در کلیه موارد اعتراض پرسنل اعم از تأخیر در پرداخت هزینه ها، مغایرت مبالغ پرداختی با مبالغ هزینه شده و ... سریعاً بررسی و اقدامات لازم را انجام داده و در صورت نیاز پرونده مربوطه را در اختیار کارشناسان معرفی شده از طرف دانشگاه قرار دهد تا پرونده در جلسه ای متشکل از نمایندگان بیمه گذار و بیمه گر بررسی و در چارچوب مفاد قرارداد اقدام شود. در صورت عدم توافق طرفین در خصوص پرونده های یادشده، مراتب به کارشناس دادگستری مرضی الطرفین ارجاع داده خواهد شد .

۳۰-۱) به منظور بررسی ارزیابی نحوه محاسبه اسناد بیمه شدگان و به صورت ماهیانه جلساتی به صورت حضوری با حضور کارشناسان معرفی شده از طرف اداره رفاه دانشگاه و کارشناسان شرکت بیمه برگزار می شود . در این جلسات هرگونه اسناد مورد درخواست کارشناسان دانشگاه جهت بررسی مجدد می بایست در اختیار ایشان قرار گیرد .

۳۱-۲-۱) محاسبه حق بیمه خانواده پرسنل مؤنث - پدر و مادر غیر تحت تکفل با پرسنل مذکر بصورت یکسان عمل خواهد شد.

۳۲-۲-۱) محاسبه حق بیمه برای افراد بالاتر از ۶۰ سال با زیر ۶۰ سال برابر خواهد بود.

۳۳-۲-۱) بیمه گر موظف به معرفی واحدهای ارائه دهنده خدمات در شهرهای دانشگاه کرمان در طرح تجمیع امور بیمه ای و سایر شعب وی در سطح کشور که به صورت کامل فرآیند اجرایی شرایط بیمه گذار و قرارداد را برای واحدهای تابعه بیمه گذاران انجام خواهند داد، می باشد.

۳۴-۲-۱) در راستای انجام تعهدات کمی و کیفی قرارداد ، بیمه گر و یا مجری رسمی از طرف ایشان ، موظف به استقرار کارشناسان توانمند و مطلع و متخصص به تعداد مورد نیاز در محل ستاد مرکزی دانشگاه کرمان در طرح تجمیع امور بیمه ای و واحدهای تابعه علاوه بر موارد بند ۳۴-۱-۲ جهت پاسخگویی به مراجعان و انجام عملیات موضوع قرارداد در ساعات اداری در تمامی روزهای کاری می باشد.

۳۵-۲-۱) به هدف رسیدگی امور اجرایی قرارداد ، شرکت بیمه موظف است یک نفر مسئول فنی از ستاد بیمه گر را جهت پاسخگویی و حضور مستمر در جلسات کمیته بررسی پیشنهادات و شکایات محتمل دانشگاه کرمان (حداقل دو ماه یکبار- متمرکز) به صورت کتبی معرفی نماید.

۳۶-۲-۱) مسئولیت مدنی در خصوص نیروهای مطروحه بند ۳۴-۲-۱ و ۳۵-۲-۱ و اموال ایشان و بیمه گذار و هرگونه خسارت وارده توسط نیروهای مذکور مرتبط با اجرای قرارداد با بیمه گر می باشد و هیچ گونه رابطه کارفرمایی و مشابه در مصادیق قانونی با بیمه گذار نخواهند داشت.

۳۷-۲-۱) در صورت عدم کفایت تعهدات بیمه نامه شخص ثالث و ماده ۹۲ مرتبط با هزینه پزشکی حوادث رانندگی (بیمه شده) از این قرارداد هزینه های درمانی تا سقف تعهدات قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۳۸-۲-۱) به علت سفرهای تحت عنوان فرصت های مطالعاتی و سایر موارد بیمه گذاران لیست اسامی در سه مرحله با فاصله ۲ ماه از اتمام ثبت نام مرحله اول متقاضیان طی فرمت نرم افزاری ارائه شده از سوی بیمه گر تحویل وی می شود.

۱-۲-۳۹) در صورت انتخاب مجری (نمایندگی) توسط دانشگاه کرمان برای تسهیل اجرای قرارداد اعلام حق بیمه تمام رشته های تجمیع بیمه ای بایستی بدون ملحوظ نمودن کسورات پرداختی (کارمزد و صدور) به نماینده با کد رسمی بیمه گر و بیمه مرکزی ایران صورت گیرد و صرفاً حق بیمه رسمی ارائه شده توسط شعبه مرکزی و اصلی بیمه گر به بیمه گذار ارائه گردد و حق بیمه های کلیه رشته های بیمه ای فقط به حساب رسمی معرفی شده بیمه گر اصلی واریز می گردد. هنگام دریافت هزینه های دریافتی توسط بیمه گر باید رسید کامل به رابط بیمه ای تحویل گردد.

۱-۲-۴۰) در صورتی که بیمه گر با واحدهای ارائه دهنده خدمات درمانی دانشگاه قرارداد نداشته باشد، باید ظرف مدت ۲۰ روز از شروع قرارداد با این واحدها قرارداد پذیرش معرفی نامه و یا ONLine منعقد و سریعاً اطلاع رسانی نماید.

۱-۲-۴۱) به هدف مدیریت دقیق فرایند همکاری، برای واحدهای تابعه بالاتر از ۵۰ نفر بیمه شده قرارداد مجزا و زیر ۵۰ نفر با چند واحد تابعه تا تعداد نفر قرارداد با استقلال امور مالی هر کدام از قراردادهای صادر گردد و کلیه قراردادهای صادره تابع این توافقات و مستندات مربوطه می باشد.

۱-۲-۴۲) اسناد بیمه گذار و توافقات طرفین جزء لاینفک بیمه نامه ها و قراردادهای فی مابین بیمه گذار و بیمه گر است و هر گونه قرارداد و بیمه نامه موخر تأثیری بر تعهدات این قرارداد ندارد.

۱-۲-۴۳) در صورت تحت پوشش بودن بیمه شده در سایر قراردادهای تکمیل درمان نزد سایر بیمه گران، اسناد هزینه تا تعهدات یکی از قراردادهای پرداخت و الباقی با تعهدات قرارداد تکمیل درمان دوم قابل پرداخت می باشد.

۱-۲-۴۴) بیمه گر منتخب حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز پس از عقد قرارداد با هماهنگی بیمه گذار به نحو مقتضی به پرسنل با روش های آموزش حضوری و آنلاین واحدها- تراکت و بروشور حاوی اطلاعات قرارداد و فرآیند اجرایی و ... اطلاع رسانی نماید.

۱-۲-۴۵) هزینه دارو خارج از تعهدات پرداختی بیمه گر پایه با کسر فرانشیز قرارداد (بر اساس فارماکوپه) پرداخت می شود.

۱-۲-۴۶) هزینه های درمانی و سایر خسارت ها ناشی از منشاء اقدامات اشرار، راهزنی، اعتصاب، بلوا، آشوب (عملیات کمک رسانی با الزامات مقامات ذیصلاح کشور) تحت پوشش می باشد.

۱-۲-۴۷) بیمه شدگان در سایر استان ها می توانند از انواع روش معرفی نامه استفاده نمایند.

۱-۲-۴۸) لیست مدارک مورد نیاز به تفکیک هزینه های (پاراکلینیکی، بستری ، معرفی نامه) :

الف) پاراکلینیکی مراکز غیر طرف قرارداد :

۱) برگ دستور پزشک ممههور به مهر پزشک معالج یا کد رهگیری

۲) کپی جواب هزینه مرتبط

۳) اصل فاکتور هزینه ممههور به مهر مرکز درمانی

ب) بستری:

۱) اصل صورت حساب بیمارستانی با ریز دارو و لوازم و گرافی ممههور به مهر حسابداری

۲) تصویر برابر اصل شرح عمل ، شرح بیهوشی و خلاصه پرونده بیمار

۳) تصویر صفحه اول شناسنامه یا کارت ملی بیمار

ج) معرفی نامه :

۱) مراکز آنلاین (الکترونیکی) : ارائه شماره ملی در مرکز طرف قرارداد

۲) مرکز غیر آنلاین : تصویر صفحه اول شناسنامه یا کارت ملی بیمار - کپی دستور پزشک مبنی بر نوع عمل

۱-۲-۴۹) عیوب مادرزادی قبل از قرارداد جزء تعهدات بیمه گر بشرط تشخیص پزشک معالج می باشد.

۱-۲-۵۰) پذیرش معرفی برای مراکز درمانی بعد از ابلاغ انتخاب شرکت بیمه گر از تاریخ شروع قرارداد تا موعد ثبت لیست بیمه شدگان در شرکت برنده با نامه کتبی دانشگاه، معرفی شخص استفاده کننده انجام می شود.

۱-۲-۵۱) با توجه به جمعیت بیمه شدگان، هر گونه دوره انتظار مربوط به بیماری ، زایمان، ناباروری و سایر پوشش ها و اضافه نرخ سنی حذف می گردد.