



صدور اولیه دفترچه کارکنان دولت

تاریخ :

شماره :

مشخصات فرد اصلی :

در این قسمت چیزی ننویسید.

کد بیمه درمانی سرپرست :

نام موسسه بیمه گزار

وضعیت کارمند : ۱ - شاغل

نام : .....

نام خانوادگی : .....

نام پدر : .....

تاریخ تولد

جنسیت : مذکر

مؤنث

وضعیت تاهل : مجرد

متاهل

تاریخ ازدواج:

شماره ملی :

شماره شناسنامه

شماره سری / سریال شناسنامه

محل سکونت : استان

محل کار : استان

بخش

بخش

شهر / روستا

شهر / روستا

خیابان

خیابان

کوچه

کوچه

پلاک

پلاک

کدپستی

کدپستی

تلفن

تلفن

مشخصات افراد تبعی :

روز / ماه / سال

| تاریخ طلاق | بیماری خاص | محل صدور | شماره سری / سریال شناسنامه | شماره ملی | شماره شناسنامه | جنسیت | تاریخ تولد | نام پدر | نوع وابستگی | نام خانوادگی | نام | شماره سریال |
|------------|------------|----------|----------------------------|-----------|----------------|-------|------------|---------|-------------|--------------|-----|-------------|
|            |            |          | _____                      |           |                |       | / /        |         |             |              | ۱   |             |
|            |            |          | _____                      |           |                |       | / /        |         |             |              | ۲   |             |
|            |            |          | _____                      |           |                |       | / /        |         |             |              | ۳   |             |
|            |            |          | _____                      |           |                |       | / /        |         |             |              | ۴   |             |
|            |            |          | _____                      |           |                |       | / /        |         |             |              | ۵   |             |

(۳)

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                                                                           |                                                          |                                        |       |             |       |             |       |             |       |             |               |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|---------------|---------------------------|
| ۳ - الف) با اطلاع و پذیرش ضوابط و شرایط تعیین شده سازمان بیمه سلامت در ظهور این بیمه نامه، ضمن تأیید صحت اطلاعات تکمیل شده اعلام می نمایم که کارگزینی محل خدمت فاقد هر گونه پوشش بیمه ای (به همراه خانواده) می باشم. | ۳ - ب) صحت اطلاعات این پرسشنامه مورد تأیید است. | ۳ - ج) کسر حق بیمه درمان بر مبنای ضوابط و مقررات جاری تعهد میشود. واحد امور مالی محل خدمت | ۳ - د) ثبت اطلاعات در رایانه بلا مانع میباشد. واحد درآمد | ۳ - ه) در رایانه ثبت شد. واحد بیمه گری | تاریخ | مهر و امضاء | تاریخ | مهر و امضاء | تاریخ | مهر و امضاء | تاریخ | مهر و امضاء | تاریخ و امضاء | نام و نام خانوادگی سرپرست |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|---------------|---------------------------|

این فرم در دو نسخه تکمیل گردیده که هر دو نسخه حکم واحد دارد.

نکات مهم و قابل توجه

بیمه شده گرامی :

- دفترچه بیمه به منزله پرونده و حاوی سوابق محرمانه پزشکی شما می باشد ، پس آن را در اختیار غیر قرار ندهید.
- به پزشک خود اعتماد داشته باشید و از درخواست تجویز دارو و خدمات تشخیصی - درمانی اضافه خودداری نمایید.
- در هر بار ویزیت و تجویز دارو یا آزمایش، فقط نسخه پزشک(یک برگ) از دفترچه جدا می گردد.
- چنانچه خدمات جانی از قبیل شستشوی گوش، گچ گیری، شکستگی، نوار قلب، نوار مغز و ... توسط پزشکان محترم انجام می گیرد نسخه داروخانه و پزشک بطور همزمان (دو برگ) از دفترچه جدا می گردد.
- نسخ دارویی تا سقف رتالی مشخص توسط داروخانه ها پذیرفته می شود، از این رو نسخ بالاتر از سقف پس از تایید اداره کل بیمه سلامت استان قابل پذیرش است؛ با توجه به الزام در تایید بعضی از خدمات پاراکلینیک لطفاً اطلاعات لازم را از ادارات کل بیمه سلامت دریافت نمایید.
- صدور دفتری که زودتر از سه ماه اوراق آن به اتمام رسیده است منوط به تأیید پزشک معتمد یا کمیته فنی اداره کل استان ( به استثناء بیماران خاص) خواهد بود.
- در موارد افزایش و یا کاهش عائله، موارد را جهت کسر یا عدم کسرحق بیمه و نیز صدور یا ابطال دفترچه به مؤسسه بیمه گزارار خود اطلاع دهید.
- نسبت به اخذ ضوابط بیمه و آگاهی از آن به بیمه گزار خود مراجعه نمایید.

قوانین و ضوابط بیمه کارکنان دولت

- این قرارداد براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی و ضوابط اجرایی آن بین سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان بیمه گرو و بیمه گزار با مشخصات مندرج در فرم بیمه نامه منعقد می گردد.
- مشمولین این قرارداد عبارتند از صاحب/ صاحبان مشخصات به شرح فرم بیمه نامه که مجموعاً در این قرارداد بعنوان بیمه شده از ایشان نامبرده می شود و استفاده کنندگان از مزایای بیمه منحصراً صاحب / صاحبان مشخصات مذکور می باشد.
- هزینه های مربوط به چاپ و صدور دفاتر بیمه بهعهده بیمه شده خواهد بود
- بیمه شده و بیمه گزار مکلفند در موارد انقضال از خدمت - مرخصی بدون حقوق - اخراج - استعفاء - بازخریدی - انتقال - فوت و هر گونه وضعیتی که منجر به خروج کارمند از شمول قانون استخدایمی کشور گردد، نسبت به تحویل دفاتر اقدام نمایند.
- خدمات سلامت مورد تعهد موضوع این قرارداد با استناد به ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی عبارتند از : پرداخت هزینه کلیه خدمات سربایی (ویزیت، دارو و خدمات پاراکلینیکی و ... ) و خدمات بستری طبق تعرفه ها و مصوبات شورایعالی بیمه و ضوابط جاری سازمان در مراکز تشخیصی - درمانی طرف قرارداد.
- براساس قانون تنظیم خانواده مصوب مجلس شورای اسلامی، یارانه دولت در حق بیمه درصدی فقط شامل بیمه شده اصلی ، همسر(زوج) و کلیه فرزندان می باشد.
- فرزندان ذکور تا اتمام سن ۲۲ سالگی و در صورت تحصیل تا اتمام سن ۲۵ سالگی با ارائه مدرک اشتغال به تحصیل و فرزندان اناث تا زمان ازدواج تحت پوشش خواهند بود و پس از آن بیمه شده اصلی موظف است نسبت به تحویل دفترچه بیمه اقدام نماید.
- در صورت وارد آمدن هر گونه خسارت ناشی از عدم استفاده صحیح از دفترچه بیمه، بیمه گر مجاز به دریافت خسارت وارده طبق ضوابط یا اعمال قوانین تعیین شده از بیمه شده اصلی خواهد بود.
- ملاک عمل بیمه گزار و بیمه شده مطابق آخرین قوانین ابلاغی از سوی سازمان می باشد و جهت اخذ هر گونه راهنمایی می توانید به ادارات بیمه سلامت مراجعه فرمایید.
- بیمه شدگان عزیز می باید برای دریافت خدمات درمانی منحصراً به مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد سازمان در سراسر کشور مراجعه نمایند، دریافت لیست موسسات طرف قرارداد از ادارات بیمه یا کسب اطلاع از مراکز هنگام مراجعه امکانپذیر است. در غیر اینصورت هیچگونه ادعایی از سوی بیمه شده مبنی بر بی اطلاع بودن از موضوع پذیرفته نخواهد شد.
- درصورت ادامه پوشش بیمه ای صاحب بیمه نامه پس از پایان اعتبار دفترچه (عدم ابطال) بیمه نامه فعلی دارای اعتبار بوده و نیاز به تکمیل بیمه نامه جدید نمی باشد.