

شرح وظایف و خدمات صندوق مشارکت درمان شهرداری اصفهان

(واحد بیمه تکمیلی)

مشمولین بیمه تکمیلی شهرداری اصفهان

* کلیه کارکنان رسمی ، قراردادی ، مامورین ، کارگری و خانواده ایشان

* کارکنان شرکت شهرو کار و خانواده ایشان

* فرزندان و همسرانوان شاغل مشروط به پرداخت ۱۰۰٪ هزینه (سرانه کارمند و کارفرما)

* پدر و مادر کارکنان مشروط به داشتن بیمه پایه و پرداخت ۱۰۰٪ هزینه (سرانه کارمند و کارفرما)

* کارکنان شاغل در سازمان های وابسته

* بازنشستگان تامین اجتماعی و کشوری

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 ذیل :

اضافه کردن :

همسر کارکنانی که ازدواج می کنند، نوزاد تازه متولد شده

حذف کردن :

خروج فرد از تحت کفالت (طلاق) فوت، قطع رابطه همکاری (بازنشستگی و...)، ازدواج فرزندان مونث، اتمام تحصیل فرزندان مذکر. (طبق مفاد مندرج در توافق نامه فیما بین)

فرایند اضافه کردن افراد :

- مراجعه به کارگزینی شهرداری مرکزی جهت درج اطلاعات فرد موردنظر در سیستم HRM - تکمیل فرم درخواست یا حذف پوشش بیمه تکمیلی پرسنل شهرداری اصفهان

- ارسال فرم تکمیل شده به واحد بیمه تکمیلی شهرداری جهت فعال نمودن.

فرایند حذف افراد :

ضمن مراجعه به واحد بیمه تکمیلی در فرم "درخواست یا حذف پوشش بیمه تکمیلی" شهرداری اصفهان قسمت حذف را علامتگذاری نمایند.

تبصره (۱) در صورت خروج افراد تحت تکفل ، لازم است مسئول امور اداری واحد مربوطه به شخص اطلاع رسانی نموده تا جهت تکمیل فرم مربوطه به واحد بیمه تکمیلی مراجعه نمایند. در غیر اینصورت حق بیمه افراد تحت تکفل ماهیانه از حقوق شخص کسر و بازگرداندن حق بیمه های پرداختی عملاً غیرممکن است.

موارد غیرقابل پرداخت هزینه های بیمه تکمیلی

هزینه های مربوط به اعمال جراحی زیبایی ، انواع پروتزها (جوراب واریس و ...)

پرداخت هزینه های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی

شامل:

* بشرط بستری شدن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود (با بیشتر از ۶ ساعت بستری)

* آنژیوگرافی قلب

* هزینه عمل دیسک ستون فقرات

* انواع سنگ شکن

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

۱- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر بیمارستان .

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

۳- در صورتیکه هزینه های بیمارستانی آزاد محاسبه شده باشد، ابتدا مراجعه به بیمه گر اول جهت اخذ هزینه ها، اسناد پزشکی تامین اجتماعی (پل غدیر)، اسناد پزشکی خدمات درمانی (هتل پل)

پرداخت هزینه های درمان چهار عمل اصلی جراحی تخصصی

شامل:

* قلب

* مغز و اعصاب (به استثنا دیسک ستون فقرات)

* پیوند کلیه

* پیوند مغز استخوان

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

۱- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر بیمارستان

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

۳- در صورتیکه هزینه های بیمارستانی آزاد محاسبه شده باشد، ابتدا مراجعه به بیمه گر اول جهت اخذ هزینه ها، اسناد پزشکی تامین اجتماعی (پل غدیر)، اسناد پزشکی خدمات درمانی (هتل پل)

پرداخت هزینه های زیانمان طبیعی و سزارین

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر بیمارستان
- ۲- فتوکپی برابر اصل شرح عمل بیمارستانی و گزارش بیهوشی یا برگ شرح حال بیمار
- ۳- در صورتیکه هزینه های بیمارستانی آزاد محاسبه شده باشد، ابتدا مراجعه به بیمه گر اول جهت اخذ هزینه ها، اسناد پزشکی تامین اجتماعی (پل غدیر)، اسناد پزشکی خدمات درمانی (هتل پل)

هزینه های پاراکلینیکی (۱)

شامل:

- * انواع اسکن ، سی تی اسکن
- * ماموگرافی ، سونوگرافی ، ام ار ای
- * انواع آندوسکوپی و کولونوسکوپی
- * اکوکاردیوگرافی

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل فیش پرداخت وجه با مهر مرکز مربوطه که در آن نوع پرداخت مشخص شده باشد (بیمه - آزاد)
- ۲- فتوکپی جواب اقدام سرپایی انجام شده
- ۳- در صورت نداشتن جواب فتوکپی دستور پزشک

هزینه های پاراکلینیکی (۲)

شامل:

- * تست ورزش
- * نوار عضله ، عصب و مغز
- * آنژیوگرافی چشم ، نوار گوش

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل فیش پرداخت وجه با مهر مرکز مربوطه که در آن نوع پرداخت مشخص شده باشد (بیمه - آزاد)
- ۲- فتوکپی جواب اقدام سرپایی انجام شده
- ۳- در صورت نداشتن جواب فتوکپی دستور پزشک

هزینه های جراحی های مجاز سرپایی پاراکلینیکی (۳)

شامل:

* شکستگیها ، گجگیری

* ختنه ، بخیه

* کرایوتراپی اکسیژون لیپوم * تخلیه کیست و لیزر درمانی

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل فیش پرداخت وجه با مهر مرکز مربوطه که در آن نوع پرداخت و کد ملی اقدام مشخص شده باشد (بیمه - آزاد)
- ۲- گواهی پزشک معالج

هزینه های پاراکلینیکی (۴)

شامل:

* آزمایشهای تشخیصی پاتولوژی ،رادیولوژی ، نوارقلب، فیزیوتراپی

* استثناء چکاپ ، غربالگری

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل فیش پرداخت وجه با مهر مرکز مربوطه که در آن نوع پرداخت مشخص شده باشد (بیمه - آزاد)
- ۲- فتوکپی جواب اقدام سرپایی انجام شده
- ۳- دستور پزشک معالج جهت فیزیوتراپی
- ۴- کارت تعداد جلسات فیزیوتراپی

هزینه رفع عیوب انکساری چشم (برای هرچشم)

* مشروط به اینکه نقص بینایی هرچشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر بیمارستان.
- ۲- فتوکپی برابر اصل شرح عمل بیمارستانی و گزارش بیهوشی یا برگ شرح حال بیمار.

جبران هزینه های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه شده در بیمارستان میگردد.

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

* رسید آمبولانس ممه‌ور به مهر بیمارستان

هزینه پروتزیهای درمانی مانند هزینه سمک و ...

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل فیش پرداخت وجه با مهر مرکز مربوطه که در آن نوع پرداخت مشخص شده باشد (بیمه - آزاد)
- ۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری

هزینه ویزیت و دارو

*** داروهای مجاز کشور و ۵۰٪ داروهای آزاد که جنبه درمانی دارند**

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- اصل فاکتور پرداخت وجه با مهر داروخانه که در آن نوع دارو مشخص شده باشد (بیمه - آزاد)
- ۲- فتوکپی از نسخه پزشک (نسخه الکترونیک)
- ۳- گواهی پرداخت هزینه ویزیت با مهر پزشک معالج (ویزیت پزشکان)

پرداخت کمک هزینه عینک

*** تبصره : کمک هزینه فوق هر دو سال یک بار قابل پرداخت می باشد**

مدارک مورد نیاز جهت تأیید

- ۱- دستور چشم پزشک متخصص
- ۲- برگه شماره چشم (اپتومتری)
- ۳- اصل فاکتور عینک ساز
- ۴- رسید (مشتری) پرداخت هزینه عینک

فرایند پرداخت فاکتور هزینه های خدمات دندانپزشکی توسط بیمه تکمیلی شهرداری اصفهان

- ۱- مراجعه به قسمت اسناد اتوماسیون اداری یا مسئولین امور اداری محل خدمت و دریافت فرم خدمات دندانپزشکی (پیوست)
- ۲- مراجعه به مطب یا کلینیک دندانپزشکی مورد نظربه همراه فرم خدمات دندانپزشکی
- ۳- دریافت خدمات دندانپزشکی و تکمیل فرم خدمات دندانپزشکی توسط پزشک معالج
- ۴- تماس با دندانپزشکان معتمد (لیست ذیل) و دریافت نوبت جهت معاینه
- ۵- مراجعه به دندانپزشک معتمد به همراه داشتن فرم خدمات دندانپزشکی و مدارک مورد نیاز درخواستی فرم مذکور

۶- تحویل فرم به دندانپزشک معتمد و معاینه توسط ایشان و تایید خدمات دندانپزشکی انجام شده

۷- تایید دندانپزشک معتمد و ارسال مدارک توسط دندانپزشک معتمد به بیمه تکمیلی

۸- مبلغ فاکتور خدمات تایید شده توسط دندانپزشک معتمد پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز بر اساس تعرفه مصوب قابل پرداخت می باشد .

دندانپزشکان معتمد

شماره تماس	آدرس مطب	دندانپزشک معتمد
۳۲۲۲۲۷۵۵	خ شمس آبادی، بن بست ۳۱، ساختمان کیان، طبقه دوم	رهام براهیمی
۳۲۶۷۱۷۲۸	ابتدای هشت بهشت غربی، ساختمان سینا، طبقه چهارم	رحمت ا.. خانی
۳۶۲۰۵۵۹۳	چهارباغ بالا، خ بهار آزادی، مجتمع پزشکی آزادی، طبقه ۵، واحد ۵۰۳	نسیم ضرغام
۳۴۵۰۰۷۴۰	خ کاوه، جنب کلانتری ۱۹	محمد تقی سمیع زاده

دریافت مدارک

پرسنل جهت دریافت هزینه های بیمارستانی و سرپایی لازم است مدارک مورد نظر را به مسئول امور اداری حوزه محل خدمت خود یا واحد بیمه تکمیلی شهرداری اصفهان تحویل نمایند.

مراحل بررسی مدارک ارسالی

* تحویل مدارک به واحد بیمه تکمیلی شهرداری،

* بررسی توسط کارشناس مربوطه

* هزینه های تأیید شده ظرف مدت دو هفته تا ۲۰ روز به حساب پرسنل (حساب بانک رسالت) واریز می گردد .

پرسنل می توانند جهت اطلاع از مبلغ تأیید شده به مسئولین امور اداری محل کار خود مراجعه نمایند و همچنین پس از ورود به وبسایت hrm.isfahan.ir بعد از وارد نمودن نام کاربری و رمز عبور در قسمت پرتال کارکنان بخش اطلاعات بیمه تکمیلی می توانند مبالغ تأیید و واریز شده و تعداد افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی خود را کنترل نمایند.

نام کاربری: کد ملی