

تاریخ: ۱۳۹۴/۶/۱

شماره: ۲۱۰/ص/۱۲۲۳۵

پیوست:

دولت و ملت، بهمنی و بهزبانی

ذی‌حسابی / امور مالی / امور اداری

وزارت، سازمان، موسسه، شرکت

موضوع: بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان و وظیفه بگیران مشترک صندوق بازنشستگی کشوری

با سلام و احترام،

نظربه اینکه قرارداد بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان و وظیفه بگیران مشترک صندوق بازنشستگی کشوری با شرکت بیمه آتیه سازان حافظ از تاریخ ۱۳۹۴/۶/۱ لغایت ۱۳۹۵/۵/۳۱ منعقد گردیده است، لذا ضمن اعلام موارد ذیل خواهشمند است به طرق مقتضی به بازنشستگان و وظیفه بگیران آن دستگاه اطلاع رسانی شده و اقدامات لازم را معمول فرمایند.

الف - تعاریف و اصطلاحات

۱- بیمه شدگان: بازنشستگان و ازکارافتادگان و وراث وظیفه بگیر مشترک صندوق بازنشستگی کشوری که دارای شماره دفتر کل می باشند بعنوان بیمه شدگان اصلی به‌مراه افراد تحت تکفل بازنشستگان که دارای دفترچه بیمه پایه باشند و اسامی آنان در سامانه بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری درج و قابل مشاهده می باشد.

۲- افراد تحت تکفل:

الف - زوجه دائمی

ب - فرزندان ذکور حداکثر تا پایان سن ۲۲ سالگی (در مورد دانشجویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا پایان سن ۲۵ سالگی و در مورد دانشجویان مقطع دکتری حداکثر تا پایان سن ۲۶ سالگی)

ج - فرزندان اناث به شرط نداشتن شوهر و شغل.

تاریخ: ۱۳۹۴/۶/۱

شماره: ۲۱۰/ص/۱۲۲۳۵

پیوست:

- د - فرزندان بیمه شدگان که از کارافتاده و یا معلول ذهنی، جسمی و ... شده یا می شوند با ارائه کارت بهزیستی یا گواهی معتبر از پزشکی قانونی بدون لحاظ شرایط بندهای ب و ج .
- ه - نوادگانی که پدرشان در قید حیات نبوده و از طریق مراجع ذی صلاح تحت تکفل بازنشسته می باشند (با رعایت شرایط بند ب و ج)
- و- نوادگان علیل و ناقص العضو تحت تکفل بیمه شده اصلی با ارائه کارت بهزیستی یا گواهی معتبر از پزشکی قانونی بدون لحاظ شرایط بندهای ب و ج .
- ز - شوهر علیل و از کارافتاده و همچنین فرزندان زن بازنشسته فاقد همسر با ارائه دفترچه بیمه پایه و با مدارک مستند از سوی مراجع ذی صلاح مبنی بر تحت تکفل بودن شوهر .
- ح - پدر و مادر بازنشستگان و از کارافتادگان (زن و مرد) با ارائه مدارک مستند از سوی مراجع ذی صلاح مبنی بر تحت تکفل بودن .

۳- مدت قرارداد :

تاریخ شروع قرارداد از ساعت صفر مورخ ۱۳۹۴/۶/۱ تا ساعت ۲۴ مورخ ۱۳۹۵/۵/۳۱

۴- نرخ حق بیمه تکمیلی درمان :

حق بیمه تکمیلی درمان بصورت سالانه می باشد که سهم مشارکت بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان و هریک از وراثت و وظیفه بگیر درحق بیمه تکمیلی درمان به طور اقساط و به ازاء هرنفر ماهیانه مبلغ ۲۰۰/۰۰۰ ریال تعیین و همه ماهه از حقوق بازنشستگی یا وظیفه کسر خواهد شد .

در ضمن از بازنشستگانی که حقوق ماهیانه دریافتی آنان کمتر از ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال می باشد و وظیفه بگیرانی که مجموع حقوق دریافتی آنان کمتر از مبلغ مذکور است فقط بابت سه نفر حق بیمه تکمیلی کسر می گردد و از سایر افراد بیمه شده (مازاد بر ۳ نفر) مبلغی بابت بیمه تکمیلی کسر نمی گردد.

تاریخ: ۱۳۹۴/۶/۱

شماره: ۲۱۰/ص/۱۲۲۳۵

پیوست:

عروق، مغز و اعصاب، جراحی های ستون فقرات و هزینه های بستری طبی و اعمال جراحی بیماری های خاص (تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی، MS، پارکینسون، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، بیماری های ضعف عصب و عضله، بیماری های خود ایمنی، بیماری های پوستی، بیماری های نوروپاتی، انواع سرطان و پری کانسر، و پری لوسمی) و هم چنین هزینه داروهای تخصصی بیماری های خاص و داروهای درمان عوارض جانبی بیماری های خاص حسب تشخیص و تجویز پزشک معالج، برای هر نفر تا سقف ۱۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در طول مدت قرارداد.

- پرداخت هزینه جراحی دیسک و سایر اعمال جراحی و درمان طبی در بیمارستانها و مراکز دی کلینیک تا سقف ۷۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر.
- هزینه انتقال بیمار با آمبولانس در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار می گردد در موارد داخل شهری برای هر نوبت ۵۰۰,۰۰۰ ریال و انتقال توسط آمبولانس یا هواپیما به مراکز درمانی بین شهری برای هر نوبت ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طول مدت قرارداد در سقف تعهدات بستری.
- هزینه های پزشکی و تشخیصی، درمانی غیر بیمارستانی تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر نفر.
- هزینه خدمات آزمایشگاهی تا سقف ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال برای هر نفر.
- هزینه های مربوط به اعمال جراحی مجاز سرپایی تا سقف ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال برای نفر.
- سایر موارد طبق قرارداد منعقد.

ب - وظایف بیمه شدگان و دستگاه اجرایی

- ۱- کلیه بیمه شدگانی که طبق قرارداد قبلی بیمه آنان تا تاریخ ۹۴/۵/۳۱ تداوم داشته است در قرارداد جدید نیز کماکان مشمول بیمه تکمیلی درمان می باشند. این افراد می توانند با مراجعه به سامانه بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری به نشانی www.cspf.ir نام خود و افراد تحت تکفل را مشاهده کنند.
- ۲- بازنشستگان و وظیفه بگیریانی که نام آنان در سامانه بیمه تکمیلی درمان سایت صندوق درج می باشد، در صورت عدم تمایل به شمول بیمه مذکور می توانند از تاریخ ۹۴/۶/۱ لغایت ۹۴/۸/۱۵ درخواست انصراف خود را کتباً به امور مالی دستگاه متبوع اعلام نمایند. امور مالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

- سامانه مذکور درج گردیده و از حقوق بازنشستگی یا وظیفه حق بیمه تکمیلی درمان کسر نگردد.
- ۳- بازنشستگان برای حذف نام افراد تحت تکفل خود که شرایط شمول بیمه تکمیلی را از دست داده اند می بایست به فوریت با اسناد مثبت به شعب شرکت آتیه سازان مراجعه نمایند و حداکثر مهلت حذف اسامی افراد تحت تکفل تا ۹۴/۸/۲۵ می باشد در صورتیکه تاریخ حذف افراد تحت تکفل حسب مورد (به دلیل از دست دادن شرایط برخورداری از خدمات بیمه تکمیلی درمان) بعد از خاتمه مهلت مقرر باشد، بعلت قطعی شدن اسامی بیمه شدگان حق بیمه مکسوره از بازنشسته به هیچ وجه قابل استرداد نمی باشد.
- ۴- بازنشستگان و وظیفه بگیرانی که در قرارداد قبلی تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان نبوده اند، در صورت تمایل می توانند از تاریخ ۹۴/۶/۱ تحت پوشش بیمه مذکور قرار گیرند. این افراد می بایست درخواست کتبی خود را حداکثر تا تاریخ ۹۴/۸/۱۵ به امور مالی دستگاه متبوع تحویل نمایند تا امور مالی طبق ردیف ۲ این بند اقدام لازم بعمل آورد. و برای تحت پوشش قرار گرفتن افراد تحت تکفل با در دست داشتن کارت ملی، دفترچه خدمات درمانی و شناسنامه تمام افراد به شعب شرکت آتیه سازان حافظ مراجعه نمایند. حق بیمه ایشان از تاریخ ۹۴/۶/۱ کسر خواهد شد و بعد از تاریخ ۹۴/۸/۲۵ امکان افزایش بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان و وظیفه بگیران برای بهره مندی از بیمه تکمیلی درمان تحت هیچ شرایطی مقدور نمی باشد.
- ۵- بازنشستگان خانم و آقا (زن و شوهر) که هر دو مشترک صندوق بازنشستگی کشوری می باشند: در صورت کسر سرانه درمان از هر دو دفتر کل بابت بیمه تکمیلی درمان زن (از دفتر کل خودش بعنوان بازنشسته اصلی و از دفتر کل شوهر بعنوان همسر) زن در صورت عدم دریافت هزینه خسارت درمان از دفتر کل خود می تواند در مهلت مقرر با مراجعه به امور مالی دستگاه متبوع نسبت به اعلام انصراف از بیمه تکمیلی درمان خود اقدام نماید.
- ضمناً بازنشستگان زن که تنها ورثه وظیفه بگیر شوهر مرحوم خود می باشند و یا وظیفه بگیرانی که از قبل پدر و مادر متوفی خود از دو دفتر کل حقوق دریافت می نمایند در صورت کسر سرانه بیمه تکمیلی درمان از هر دو دفتر کل با مراجعه به امور مالی دستگاه متبوع نسبت به انصراف از

بیمه تکمیلی درمان از یکی از دفتر کل های مربوطه (در صورت عدم دریافت هزینه خسارت درمان از دفتر کل مذکور) در مهلت مقرر اقدام نمایند.

۶- بازنشستگان مشمول بیمه تکمیلی درمان که اسامی افراد واجد شرایط تحت تکفل آنان در سامانه صندوق بازنشستگی کشوری درج نگردیده، می توانند از تاریخ ۹۴/۶/۱ لغایت ۹۴/۸/۲۵ با مراجعه به شعب شرکت آتیه سازان حافظ اسامی افراد تحت تکفل واجد شرایط خود را اعلام و با تکمیل فرم مربوطه و ارائه اصل شناسنامه، کارت ملی و دفترچه بیمه پایه تا پایان قرارداد آنان را تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان قرار دهند. پس از اتمام تاریخ مذکور تحت هیچ عنوان امکان پوشش افراد تحت تکفل میسر نمی باشد.

۷- پدر و مادر بازنشستگان یا شوهر زن بازنشسته که بر اساس قرارداد قبلی تحت پوشش بیمه تکمیلی بوده اند نیاز به ارائه مدارک از مراجع ذیصلاح مبنی بر تحت تکفل بودن آنان نمی باشد.

۸- از حقوق بازنشستگی و وظیفه افرادی که از تاریخ ۱۳۹۴/۶/۱ به بعد حسب مورد بازنشسته و یا وظیفه بگیر می شوند و تمایل خود را در ردیف ۲۱ فرم اطلاعات مورد نیاز برای برقراری حقوق بازنشستگی و وظیفه و... (فرم شماره یک پیوست) اعلام می نمایند همه ماهه مبلغ ۲۰۰/۰۰۰ ریال به ازاء هر نفر کسر و این افراد حداکثر سه ماه از تاریخ صدور حکم برقراری حقوق بازنشستگی و یا وظیفه فرصت دارند با مراجعه به شعب شرکت آتیه سازان حافظ نسبت به تحت پوشش قراردادن افراد تحت تکفل خود با ارائه حکم مذکور و مدارک مندرج در بند ۸ اقدام نمایند.

۹- ملاک پوشش بیمه شدگان اسامی مندرج در سامانه صندوق بازنشستگی کشوری به نشانی www.cspf.ir می باشد. لذا بازنشستگان و وظیفه بگیران به منظور اطلاع از وضعیت بیمه خود به سایت مذکور مراجعه و پرینت اطلاعات بیمه ای خود را دریافت نمایند. در ضمن کاهش و یا افزایش افراد صرفاً در مهلت مقرر (۹۴/۶/۱ لغایت ۹۴/۸/۲۵) امکان پذیر می باشد.

۱۰- دستگاه مکلف است در فیش حقوقی صادره مبلغ سرانه حق بیمه را براساس لیست دریافتی از مدیریت استانی صندوق بازنشستگی کشوری درج نماید.

تاریخ: ۱۳۹۴/۶/۱

شماره: ۲۱۰/ص/۱۲۲۳۵

پیوست:

۱۱- در پایان تاکید می شود که به منظور تسریع در انجام امور ، کاهش هزینه درمان و از بین بردن زمینه دریافت هزینه مازاد بر تعرفه توسط مراکز درمانی ، بازنشستگان و وظیفه بگیران با دریافت معرفی نامه از شرکت آتیه سازان حافظ به بیمارستان های طرف قرارداد بیمه سلامت ایران (بیمه پایه) و شرکت مذکور مراجعه نمایند. بدیهی است در غیر اینصورت می بایست کلیه هزینه درمان بصورت آزاد (عدم رعایت تعرفه های مصوب توسط مرکز درمانی وعدم امکان نظارت) ابتدا توسط بیمار پرداخت و پس از ارائه اسناد مربوطه به اداره کل بیمه سلامت استان متبوع و دریافت هزینه مربوطه، کپی برابر اصل اسناد را بهمراه کپی چک و یا حواله وجه دریافتی به شرکت آتیه سازان حافظ تحویل تا هزینه خسارت درمان را بر اساس بالاترین تعرفه های دولتی و خصوصی (اصل همترازی) دریافت نمایند. بدیهی است در این قبیل موارد ما به التفاوت هزینه های پرداختی بعهده بیمه شده می باشد .



محمود اسلامیان
مدیر عامل