



سرشماری اینترنتی، صحت، دقت، صرفه جوئی

به: مدیریت / اداره آموزش و پرورش شهرستان / منطقه

موضوع: بیمه درمان تکمیلی سال ۹۵-۹۶

با سلام و احترام؛

با عنایت به اتمام قرارداد بیمه درمان تکمیلی و اهتمام وزارت متبوع برای تداوم و استمرار این پوشش و تأمین سلامت کارکنان آموزش و پرورش تفاهم نامه بیمه درمان تکمیلی فی مابین این وزارت و شرکت آتیه سازان حافظ با همکاری شرکت بیمه معلم منعقد و برای اجرا از تاریخ ۹۵/۰۷/۰۱ ارسال می گردد.

ضرورت دارد هریک از ادارات آموزش و پرورش، ضمن رعایت دقیق شیوه نامه ی پیوست و موارد ذیل، تمام تلاش و مساعی خویش را برای اجرای هرچه بهتر این امر و کسب رضایت بیمه شدگان معمول دارند.

۱- کلیه فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده اند از تاریخ ۹۵/۰۷/۰۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان خواهند بود و می توانند طبق روال گذشته از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد بهره مند گردند.

۲- همکارانی که در سال جاری تمایل به عضویت و بهره مندی از پوشش درمان تکمیلی را دارند، می توانند ضمن مراجعه به کارشناسی تعاون و امور رفاهی اداره محل خدمت خود، با تکمیل فرم درخواست، تحت پوشش قرار گیرند.

۳- ضمن تأکید بر ادامه پوشش درمان تکمیلی برای همه فرهنگیان محترم و افراد تحت تکفل ایشان، ضروری است در صورت انصراف هر یک از کارکنان، نسبت به **تکمیل فرم انصراف واخذ و ابطال هلوگرام** از آنها اقدام شود. مسئولیت هرگونه استفاده از هلوگرام از تاریخ انصراف یا بازنشستگی توسط افرادی که به هرنحوی از پوشش درمان تکمیلی خارج شده اند به عهده افراد ذی نفع و ادارات آموزش و پرورش مربوطه خواهد بود.

۴- ادارات آموزش و پرورش مکلفند فرم های درخواست انصراف همکاران را نگهداری و لیست اسامی آنان را به **تفکیک** و در قالب فرمت excel طبق فایل های ضمیمه حداکثر تا تاریخ **۹۵/۰۸/۱۲** به این اداره کل ارسال نمایند. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، فقط بر اساس موارد تعیین شده در ماده ۱۲ تفاهم نامه مشروط به ارائه مستندات مربوطه در زمان مقرر (حداکثر ۴۵ روز از تاریخ وقوع) اقدام خواهد شد.

ضمناً موارد حذف شامل فوت، بازنشستگی، قطع رابطه همکاران یا استخدامی افراد و یا ازدواج و اشتغال فرزندان تحت تکفل می باشد که زمان موثر جهت حذف، تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود. بدیهی است موارد فوق بایستی **به صورت مکتوب به اداره کل** اعلام تا پس از مکاتبه با شرکت بیمه اعمال گردد.

تبصره: لیست همکاران تحت پوشش بیمه انتقال یافته به سایر استان ها نیز به صورت جداگانه به اداره کل ارسال گردد.

۵- با توجه به مفاد بخشنامه شماره ۷۳۰/۱۸۶۷۰۰/۹ مورخ ۹۴/۰۹/۲۵ و به جهت لزوم رعایت عدالت در ارایه خدمات به بیمه

شدگان، کلیه متقاضیان این پوشش می باید به همراه تمام افراد خانواده خود (برابر با تعداد افراد اصلی بیمه پایه سلامت) تحت پوشش قرار گیرند. بدیهی است مسئولیت اجرای دقیق مفاد بخشنامه مذکور به عهده آن مدیریت / اداره می باشد.

۶- نرخ سرانه ماهانه کارکنان رسمی و پیمانی و افراد خانواده آنان برای هر نفر ۱۸۵۰۰۰ ریال سهم بیمه شده و ۱۸۵۰۰۰ ریال سهم وزارت متبوع می باشد. (به دلیل تاخیر در تخصیص اعتبارات مربوطه در مهرماه و جلوگیری از وقفه در ارائه خدمات، سهم بیمه شده و دولت در مهرماه از حقوق بیمه شدگان کسر و پس از ابلاغ اعتبار سهم دولت مسترد خواهد شد).

۷- نرخ سرانه ماهانه برای هر نفر از کارکنان قراردادی و افراد خانواده ایشان، هم چنین والدین غیر تحت تکفل و همسر کارکنان مونث (قرارداد نوع دوم) ۳۷۰۰۰۰ ریال می باشد که کل این مبلغ می باید توسط بیمه شدگان پرداخت گردد.

تبصره-ارائه هلوگرام به بیمه شدگان موضوع ماده ۷ ممنوع می باشد.

۸- کارکنانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند در صورت رعایت بند (ه) تبصره ۵ ماده ۴ (مندرج در صفحه ۴ تفاهم نامه) می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

۹- در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول مدت تفاهم نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه ای متوفی از پوشش این بیمه خارج و ادارات آموزش و پرورش می بایست برای بهره مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری معرفی نمایند.

۱۰- ادارات آموزش و پرورش می بایست هر ماهه نسبت به اعلام امار بیمه شدگان و مبلغ سرانه کسر شده از حقوق همکاران به ادارات تعاون و امور مالی اداره کل اقدام نمایند.

۱۱- لازم به ذکر است نشان بیمه درمان تکمیلی فرهنگیان از تاریخ ۹۵/۰۹/۰۱ تغییر خواهد نمود. لیکن به دلیل جلوگیری از هر گونه وقفه در ارائه خدمات به بیمه شدگان، نشان بیمه درمان (هلوگرام) تا تاریخ ۹۵/۰۸/۳۰ معتبر بوده و همکاران می توانند از مزایای آن بهره مند گردند.

*نشان جدید بیمه درمان تکمیلی در موعد مقتضی به بیمه شدگان ارائه خواهد شد.

۱۲- در خصوص جانبازان محترم نیز با عنایت به مفاد بخشنامه شماره ۷۳۰/۱۹۶۰۰۰/۹ مورخ ۹۳/۱۰/۰۶ معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی وزارت متبوع و با توجه به پوشش بیمه تکمیلی این عزیزان توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران در صورت تمایل عضویت در بیمه تکمیلی فرهنگیان با پرداخت حق بیمه مربوطه به مانند سایر بیمه شدگان بلامانع می باشد. مسئولیت حسن اجرای بخشنامه مذکور به عهده ادارات آموزش و پرورش می باشد.

۱۳- براساس ماده ۱۶ تفاهم نامه حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی توسط افراد تحت پوشش، در طول قرارداد و حداکثر تا تاریخ ۹۶/۰۹/۳۰ می باشد.

۱۴- با توجه به ضرورت تکمیل فرم در خواست عضویت (کسانی که از سنوات قبل تحت پوشش بوده ولیکن فرم مذکور را تکمیل



وزارت آموزش و پرورش
اداره کل آموزش و پرورش استان سمنان

شماره: ۶۰۳ / ۶۱۵۱۸/۶۳۱/۹۵

تاریخ: ۱۳۹۵ / ۰۷ / ۲۵

پیوست: دارد

نکرده اند) همچنین اطلاع رسانی دقیق به بیمه شدگان ترتیبی اتخاذ تا تمامی کارکنان با اطلاع کامل از نرخ حق بیمه و مفاد قرارداد تحت پوشش قرار گیرند.

محمد رضا جهان
مدیرکل آموزش و پرورش استان سمنان
از طرف: عبدالرضا محمودی