

به نام خدا



تلخیص و تجميع بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌ها
و دستورهای اداری مربوط به نحوه تشکیل
شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به
استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی

بخشنامه شماره

۱۰۰۰/۹۹/۱۲۰۹۸

مورخ

۱۳۹۹/۱۲/۲۰



سازمان تامین اجتماعی



سازمان تأمین اجتماعی

اعضای شورای تنقیح مقررات سازمان تأمین اجتماعی:

فرخ ملکوند فرد	عمران نعیمی
روزبه کردونی	محمد رضا جوان جعفری
مصطفی صادق	محمد مهدی صداقت

موضوع پروژه: تلخیص و تجميع بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌ها و دستورهای اداری مربوط به نحوه تشکیل شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی

سفارش دهنده: سازمان تأمین اجتماعی (اداره کل حقوقی و قوانین)

مجری پروژه تنقیح مقررات:

مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

ادارات تخصصی مسئول تدوین

بخشنامه‌ها: اداره کل درمان مستقیم / اداره کل امور حقوقی و قوانین

ناظر تخصصی و مرجع بررسی نهایی:

شورای تنقیح مقررات

بخشنامه و دستورالعمل بازنگری شده:

۱۷ مورد و سایر مکاتبات و دستورات اداری صادره از سوی ادارات تخصصی مربوط

فهرست مطالب

	۶	مقدمه	
۱۶	بخش پنجم	نحوه بررسی وسایل کمک پزشکی (پروتز و اورتوز)	
۱۸	بخش ششم	وظایف واحدهای اجرایی بیمه‌ای	
۲۳	بخش هفتم	بخشنامه و دستورالعمل‌های مرتبط	
۲۵	پیوست		
	۸	بخش اول	مبانی قانونی و تعاریف
	۱۰	بخش دوم	مراجع پزشکی معتمد
	۱۲	بخش سوم	نحوه رسیدگی به استراحت‌های پزشکی
	۱۴	بخش چهارم	نحوه رسیدگی به استراحت‌های پزشکی مرتبط با ایام بارداری و مرخصی زایمان





در راستای رعایت اصل قانونمداری و شفاف‌سازی مقررات سازمانی، جلوگیری از انباشت بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های تکراری، مشابه و مغایر، اطلاع شرکای اجتماعی سازمان از حقوق و تکالیف مقرر، با هدف رضایت بیمه‌شدگان، مستمری‌بگیران و کارفرمایان، رعایت قوانین و مقررات جدید و همچنین آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، کاهش شکایات علیه سازمان در مراجع نظارتی و قضایی، برنامه «تنقیح بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم‌الاجرا» در اولویت برنامه‌های سازمان قرار دارد. با توجه به کارایی و اثربخشی برنامه مذکور در اصلاح فرایندهای ارائه خدمات و تعهدات سازمان و جلب رضایت ذی‌نفعان، این برنامه به عنوان یکی از طرح‌های کاندید جایزه تجربه موفق سازمان‌های عضو ایسا در منطقه آسیا و اقیانوسیه سال ۲۰۱۸، معرفی شد و موفق به کسب گواهی تجربه موفق از ایسا گردید.

به‌منظور تنقیح و تلخیص بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به هر موضوع که در سنوات گذشته صادر گردیده است، این موضوعات در کمیته‌های تخصصی فرعی و کمیته تنقیح مقررات سازمان متشکل از مدیران و کارشناسان و با مشارکت نمایندگان ذی‌نفعان در جهت تحقق رویکرد سه‌جانبه‌گرایی در سازمان، مورد بررسی قرار می‌گیرند و پس از تدوین، متن نهایی توسط اینجانب صادر می‌گردد و بدین ترتیب کلیه بخشنامه‌های متعدد قبلی تبدیل به یک بخشنامه واحد شده و بخشنامه تنقیحی ملاک عمل سازمان خواهد بود. ضمناً پس از صدور بخشنامه مربوطه و همزمان با اجرایی شدن آن در سازمان، در راستای شفافیت و آگاهی‌بخشی ذی‌نفعان و مشمولان، بخشنامه موردنظر در

سایت سازمان تحت عنوان «دسترسی آزاد به بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها» منتشر و در دسترس عموم قرار می‌گیرد.

بخشنامهٔ تنقیحی حاضر با تجمیع، تلخیص و تنقیح تعداد زیادی بخشنامه و دستورالعمل به صورت سند واحد گردآوری شده و در تدوین آن، آخرین قوانین و مقررات مصوب در کشور به همراه جدیدترین آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مورد توجه قرار گرفته است. همچنین در تدوین این بخشنامه سعی شده علاوه بر جلب نظر ذی‌نفعان، مشکلات و ابهامات واحدهای اجرایی سازمان نیز در این زمینه مرتفع گردد.

مصطفی سالاری

مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی

بخش اول: مبانی قانونی و تعاریف

فهرست قوانین، آیین‌نامه و تصویب‌نامه‌های مرتبط که در نگارش این بخشنامه مورد استفاده قرار گرفته است:

- قانون تأمین اجتماعی (مصوب سال ۱۳۵۴) به همراه اصلاحات بعدی.
- قانون الحاق تبصره (۳) به ماده (۳) قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی (مصوب ۱۳۸۰/۱۲/۲۲).
- تبصره الحاقی به ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی قانون ترویج تغذیه با شیرمادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی - (مصوب ۱۳۸۱/۶/۲۴ هیات وزیران).
- ضابطه اجرایی مرخصی و معذوریت کارکنان صندوق (مواد ۵۴ تا ۶۱ آیین‌نامه استخدامی).
- قانون بیمه اجتماعی رانندگان حمل‌ونقل بار و مسافر بین‌شهری (مصوب ۱۳۷۹/۲/۱۸).
- قانون اصلاح قانون بیمه اجتماعی رانندگان (مصوب ۱۳۸۰/۵/۳۱ مجلس شورای اسلامی).
- قانون حمایت از مسلولین (مصوب بهمن ماه ۱۳۳۳).



• قانون اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده (مصوب ۱۳۹۲/۳/۲۰).

• سایر قوانین مرتبط با این بخشنامه.

مبانی قانونی

۱- بند (۷) ماده (۲): بیماری، وضع غیرعادی جسمی یا روحی است که انجام خدمات درمانی را ایجاب می‌کند یا موجب عدم توانایی موقت اشتغال به‌کار می‌شود یا اینکه موجب هر دو در آن واحد می‌گردد.

۲- بند (۹) ماده (۲): غرامت دستمزد به وجوهی اطلاق می‌شود که در ایام بارداری، بیماری و عدم توانایی وقت اشتغال به‌کار و عدم دریافت مزد یا حقوق به حکم این قانون به جای مزد یا حقوق به بیمه‌شده پرداخت می‌شود.

۳- بند (۱۰) ماده (۲): وسایل کمک‌پزشکی (پروتز و اورتوز) وسایلی هستند که به منظور اعاده سلامت یا برای جبران نقص جسمانی یا تقویت یکی از حواس به‌کار می‌روند.

۴- ماده (۵۹): بیمه‌شدگانی که تحت معالجه و یا درمان‌های توانبخشی قرار می‌گیرند و بنا به تشخیص سازمان موقتاً قادر به کار نیستند به شرط عدم اشتغال به‌کار و عدم دریافت مزد یا حقوق استحقاق دریافت غرامت دستمزد را با رعایت شرایط زیر خواهند داشت:

الف) بیمه‌شده بر اثر حوادث ناشی از کار و غیرناشی از کار یا بیماری‌های حرفه‌ای تحت درمان قرار گرفته باشد.

ب) در صورتی که بیمه‌شده به سبب بیماری و طبق گواهی پزشک احتیاج به استراحت مطلق یا بستری شدن داشته باشد و در تاریخ اعلام بیماری مشغول به‌کار بوده و یا در مرخصی استحقاقی باشد.

۵- به استناد بند (۲) ماده (۶۲) قانون، پرداخت غرامت دستمزد تا زمانی که بیمه‌شده به تشخیص سازمان قادر به کار نبوده و به موجب مقررات این قانون از کارافتاده شناخته نشده باشند، ادامه خواهد یافت.

تعاریف:

۶- پزشکی معالج: دانش آموخته رشته پزشکی و دندانپزشکی مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که مجوز و صلاحیت لازم جهت تشخیص و درمان بیمار را دارا می‌باشد که بیمه‌شده بیمار زیر نظر او تحت معالجه و درمان قرار گرفته و نیاز به استراحت یا معذوریت پزشکی و یا نیاز به وسایل کمک پزشکی (پروتز و اورتوز) توسط وی با صدور گواهی تجویز شده باشد.

۷- استراحت پزشکی ایام بیماری: منظور از استراحت پزشکی ایام بیماری در این بخشنامه وضعیتی است که بنا به تشخیص و تجویز پزشک معالج مرتبط و ضرورت درمانی بیمه‌شده به علت ابتلای به بیماری و یا وقوع حادثه موقتا قادر به اشتغال نبوده و نیاز به استراحت پزشکی داشته باشد.

۸- استراحت ایام بارداری: منظور از استراحت ایام بارداری در این بخشنامه وضعیتی است که بیمه‌شده به واسطه بارداری و در چارچوب ضوابط مربوطه استحقاق استفاده از غرامت دستمزد ایام بارداری را دارد.

۹- پروتز: اندام مصنوعی یا پروتز، به وسایل کمک پزشکی گفته می‌شود که در صورت فقدان تام و یا قسمتی از عضو، به منظور جبران این کمبود مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۱۰- اورتوز: به وسایل کمک پزشکی گفته می‌شود که برای بهبود عملکرد عضوی که دچار اختلال شده است به کار می‌رود.

بخش دوم: مراجع پزشکی معتمد

۱۱- مراجع پزشکی معتمد: منظور از مراجع پزشکی معتمد، پزشکان معتمد و شوراهای پزشکی هستند که بنابر شرایط این بخشنامه انتخاب و وظیفه بررسی و اظهار نظر در خصوص موارد ارجاعی (استراحت پزشکی، پروتز و اورتوز و...) را به عهده دارند.

۱۲- انتخاب پزشکان جهت آغاز، تداوم یا لغو فعالیت به عنوان مراجع

پزشکی معتمد موضوع این بخشنامه و تعیین محل استقرار مراجع مذکور، پس از پیشنهاد رئیس اداره شوراها و کمیسیون‌های پزشکی به‌عهده مدیران درمان می‌باشد.

ترکیب و صدور ابلاغ مراجع پزشکی معتمد

۱۳- پزشک معتمد: با ابلاغ مدیر درمان استان (طبق فرم ۱ و ۴ پیوست) برای پزشکان سازمانی و فرم قرارداد (پیوست شماره ۲) برای پزشکان آزاد.

۱۴- شورای پزشکی: شورایی است مرکب از افراد ذیل که با ابلاغ مدیر درمان استان (طبق فرم ۳ پیوست) انتخاب می‌شوند:

- یک نفر پزشک به عنوان عضو و رئیس.
- یک نفر پزشک متخصص داخلی به عنوان عضو.
- یک نفر پزشک متخصص مرتبط به عنوان عضو.
- یک نفر دبیر با شرایط مندرج در این بخشنامه بدون حق رای.

تبصره: در صورت محدودیت و عدم امکان جذب پزشک متخصص مرتبط در شهرها و مراکز غیر برخوردار جهت شرکت در جلسات شورای پزشکی، تشکیل جلسات شورای پزشکی با حضور رئیس شورای پزشکی، یک نفر پزشک متخصص داخلی و یک نفر پزشک متخصص در رشته‌های جراحی (ترجیحاً جراحی عمومی) به استثنای موارد مندرج در بند (۱۵) این بخشنامه که لازم است متخصص مرتبط با بیماری در جلسه حضور داشته باشد بلامانع است.

۱۵- تشکیل شوراهای پزشکی در موارد ذیل مستلزم این است که حداقل یکی از اعضای شورای مذکور متخصص مرتبط با بیماری بیمه‌شده باشد:

الف- استراحت‌های پزشکی مرتبط به دوران بارداری.

ب- استراحت‌های پزشکی بیش از ۱۲۰ روز مرتبط با بیماری‌های اعصاب و روان.

ج- استراحت‌های پزشکی بیش از ۱۸۰ روز.

د- استراحت‌های پزشکی بیش از ۶۰ روز در سال که تاریخ پایان استراحت پزشکی ارائه شده مربوط به شش ماه قبل از تاریخ ارائه به شعبه مربوطه می‌باشد.

۱۶- دبیر شورای پزشکی فردی آگاه، متعهد و آموزش دیده از میان کارکنان سازمان است که به پیشنهاد رئیس اداره شوراها و کمیسیون‌های پزشکی و ابلاغ مدیر درمان استان بدون حق رأی در جلسات شورای پزشکی شرکت می‌نماید و مکلف به ایفای وظایف مندرج در ابلاغ مذکور می‌باشد.

۱۷- مدیران درمان حایز شرایط عضویت در شورای پزشکی و یا فعالیت به‌عنوان پزشک معتمد با ابلاغ مدیر کل درمان مستقیم منصوب می‌گردند.

۱۸- در صورت عدم امکان جذب پزشک متخصص داخلی جهت عضویت در شوراهای پزشکی استفاده از پزشک متخصص قلب به جایگزینی پزشک متخصص داخلی بلامانع است.

بخش سوم: نحوه رسیدگی به استراحت‌های پزشکی

۱۹- استراحت پزشکی ایام بیماری مشروط بر آنکه در هر نوبت از ۳ روز و در مجموع از ۱۰ روز (استراحت جدید ارائه‌شده با استراحت تأیید و ثبت شده در شعبه ذی‌ربط) طی یک سال (۳۶۵ روز) قبل از شروع استراحت پزشکی جدید تجاوز ننماید براساس گواهی پزشک معالج معتبر بوده و نیازی به تأیید ندارد.

تبصره: شعب سازمان در صورت تردید در اصالت و صحت گواهی‌های مذکور می‌توانند گواهی‌های استراحت موضوع این بند را جهت بررسی به پزشکان معتمد ارجاع نمایند.

۲۰- استراحت‌های پزشکی مازاد بر سه روز در هر نوبت و بیش از ۱۰ روز در سال تا ۶۰ روز پس از بررسی و تأیید پزشک معتمد معتبر است.

۲۱- استراحت پزشکی رانندگان درون و برون شهری تا سقف ۳۰ روز در سال پس از بررسی و تأیید پزشک معتمد، معتبر بوده و بیشتر از آن

به‌عهدده شورای پزشکی است.

۲۲- اگر مجموع استراحت پزشکی جدید ارائه‌شده با استراحت تأیید و ثبت شده در شعبه مربوطه طی یک سال قبل از شروع استراحت پزشکی اخیر، بیشتر از ۶۰ روز باشد، گواهی استراحت پس از بررسی و تأیید شورای پزشکی معتبر می‌باشد.

۲۳- نحوه رسیدگی مراجع معتمد پزشکی در خصوص استراحت پزشکی ایام بیماری، مرخصی زایمان و سایر معذوریت‌های پزشکی همکاران سازمان تابع دستور اداری شماره ۲۰۰۰/۹۸/۲۸۶۴ مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۳۰ با موضوع «اصلاحیه ضابطه مرخصی و معذوریت کارکنان صندوق (ماده ۵۴ لغایت ۶۱ آیین‌نامه استخدای)» می‌باشد.

۲۴- استراحت‌هایی که به‌دلیل انجام جراحی‌ها و اقدامات مرتبط با زیبایی تجویز می‌گردد بیماری محسوب نگردیده و قابل پذیرش و طرح در مراجع پزشکی معتمد نمی‌باشد.

۲۵- پزشکان معتمد به‌طور کلی باید در چارچوب ضوابط ابلاغی سازمان اظهارنظر نمایند، در مواردی که با بررسی استراحت پزشکی ارائه‌شده و معاینات بالینی انجام شده برای پزشک معتمد محرز گردد که بیمه‌شده نیازمند تأیید استراحت پزشکی بیشتر از سقف تعیین شده در چارچوب ضوابط مزبور می‌باشد، لازم است مراتب به شورای پزشکی مربوطه ارجاع گردد.

۲۶- چنانچه یک فرد براساس ضوابط ابلاغی از حداکثر میزان استراحت پیش‌بینی‌شده برای یک بیماری استفاده کرده باشد، در صورت تحقق شرایط جدید در روند بیماری، به استناد مدارک و اقدامات درمانی جدید و ارائه گواهی پزشک متخصص مرتبط با بیماری، می‌تواند برای بیماری مذکور مجدداً تقاضای بررسی استراحت پزشکی نماید.

۲۷- در مواردی که در شهر محل سکونت و یا شهر محل بستری و درمان متقاضی، شورای پزشکی وجود نداشته باشد. شعب هر استان مکلفند بیمه‌شده را به نزدیک‌ترین شورای پزشکی همان استان که نزدیک محل

سکونت متقاضی می‌باشد معرفی نمایند.

۲۸- بررسی گواهی استراحت پزشکی بیمه‌شدگانی که به استناد رأی کمیسیون پزشکی از کارافتاده کلی گردیده‌اند در حد فاصل معرفی تا تاریخ تشکیل کمیسیون در صورت احراز شرایط قانونی به عهده کمیسیون صادرکننده رأی از کارافتاده کلی می‌باشد.

۲۹- بررسی استراحت پزشکی بیمه‌شدگانی که پزشک معالج آنان (مستند به مدارک درمانی ارائه شده) عضو مرجع پزشکی معتمد بررسی‌کننده استراحت پزشکی / پروتز و اورتوز بیمه‌شده باشد فاقد اعتبار بوده و ضروری است در این گونه موارد موضوع جهت بررسی به مرجع پزشکی معتمد هم‌تراز ارجاع گردد.

۳۰- آرای شوراهای پزشکی و پزشکان معتمد باید به صورت مکانیزه و از طریق سامانه کمیسیون‌های پزشکی صادر گردد و آرابی که خارج از سامانه مذکور صادر شده و دارای شناسه سیستمی نباشند در شعب تأمین اجتماعی فاقد اعتبار می‌باشند.

۳۱- کلیه مراکز سازمانی که به عنوان محل استقرار مراجع پزشکی معتمد، انتخاب می‌شوند مکلفند با استفاده از امکانات و نیروی انسانی خود، شرایط پذیرش، تعیین و اعلام نوبت بررسی، ثبت و صدور آرا در سامانه کمیسیون‌ها و شوراهای پزشکی را فراهم نمایند.

بخش چهارم: نحوه رسیدگی به استراحت‌های پزشکی مرتبط با ایام بارداری و مرخصی زایمان

۳۲- در مواردی که مدت مرخصی زایمان که از سوی بیمه‌شدگان زن ارائه می‌گردد صرفاً در حد مقرر در قوانین مربوطه می‌باشد، نیازی به اخذ تأییدیه از مراجع معتمد پزشکی نبوده و با اخذ گواهی پزشک ذی‌ربط یا بیمارستان و تصویر گواهی ولادت یا شناسنامه فرزند قابل قبول می‌باشد.

۳۳- جهت تسهیل در پرداخت مرخصی زایمان در صورتی که بارداری بیمه‌شده منجر به زایمان شده باشد و فرزند و مادر در قید حیات باشند، نیازی به اخذ گواهی شیردهی نخواهد بود.

۳۴- مدت مرخصی زایمان برای زایمان‌های سه قلو و بیشتر یک سال می‌باشد.

۳۵- بیمه‌شده زن می‌تواند براساس گواهی پزشک معالج حداکثر به میزان ۳ ماه از مدت مرخصی زایمان را (به شرط آنکه متصل به تاریخ زایمان باشد) قبل از زایمان استفاده نماید.

۳۶- چنانچه بیمه‌شده زن در طول ایام بارداری (۹ ماه بارداری) به عوارضی دچار شود که سلامتی مادر و فرزند را تهدید نماید و طبق نظر پزشک معالج نیاز به استراحت پزشکی قبل از شروع استراحت زایمان داشته باشد، استراحت تجویزی بدون توجه به مدت آن می‌بایست در شورای پزشکی مطرح و در صورتی که مورد تأیید شورای مزبور قرار گیرد، مشمول استفاده از غرامت دستمزد ایام بارداری (مربوط به قبل از زایمان) خواهد بود.

۳۷- در صورتی که استراحت پزشکی ارائه شده متصل به تاریخ شروع مرخصی زایمان باشد، شورای پزشکی می‌بایست بر اساس مدارک و مستندات مربوطه، مدت استراحت پزشکی مورد نیاز و تاریخ شروع استراحت مربوط به زایمان را (که قطعاً مدتی قبل از زایمان خواهد بود) به صورت جداگانه تعیین نمایند.

۳۸- چنانچه فرزند بیمه‌شده زن، بعد از هفته ۲۲ بارداری فوت نماید پس از تأیید در شورای پزشکی، مدت مرخصی زایمان مطابق با ماده (۶۷) قانون تأمین اجتماعی، ۱۲ هفته (۸۴ روز) خواهد بود.

۳۹- مدت استراحت پزشکی مربوط به دوران بارداری که به تأیید شورای پزشکی رسیده از مدت مرخصی زایمان کسر نخواهد شد.

۴۰- در ارتباط با نحوه پرداخت غرامت دستمزد ایام بارداری (استراحت‌های طول دوره بارداری) همکاران زن سازمان همانند سایر بیمه‌شدگان رفتار و غرامت دستمزد ایام مزبور از طریق شعبه محل بیمه‌پردازی پرداخت خواهد شد.

بخش پنجم: نحوه بررسی وسایل کمک پزشکی (پروتز و اورتوز)

۴۱- مدارک لازم برای بررسی اقلام پروتز و اورتوز متقاضیان به شرح ذیل می باشد:

الف) اصل گواهی پزشک معالج مرتبط، مشتمل بر مشخصات بیمار، تاریخ تجویز، نوع اورتوز و پروتز و ضرورت نیاز به آن.

ب) اصل فاکتور خرید که مشخصات بیمار و مشخصات کامل پروتز در آن درج شده باشد و مههور به مهر فروشنده معتبر دارای پروانه کسب از مراجع ذیصلاح شده باشد.

ج) مدارک و مستندات تشخیصی و درمانی مورد استناد پزشک معالج.

۴۲- سقف اختیارات مراجع معتمد پزشکی جهت بررسی اقلام پروتز و اورتوز بر اساس بخشنامه مدیرعامل سازمان متناسب با میزان هزینه پرداختی بابت اقلام مذکور به مراجع پزشکی تعیین می گردد.

۴۳- کلیه مراجع پزشکی معتمد مکلفند پس از رویت پروتز و اورتوز و اصل مدارک و مستندات درمانی براساس جدول اقلام پروتز و اورتوز ابلاغ شده اظهارنظر نمایند و در مواردی که پروتز و اورتوز مورد درخواست در جدول مذکور پیش‌بینی نشده باشد براساس نوع کاربرد و استفاده، امکان مشابه‌سازی و تعیین پروتز و اورتوز مشابه از جدول مزبور میسر می باشد.

۴۴- گواهی تجویز عینک توسط کارشناسان بینایی سنجی (اپتومتریست‌ها) و تجویز پروتز دندان توسط دندان‌سازان تجربی دارای مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان جایگزین گواهی پزشک معالج قابل پذیرش می باشد.

۴۵- در صورتی که مجموع عیب انکساری دو چشم از ده نمره بالاتر باشد و یا اختلاف قدرت انکساری دو چشم بیش از ۴ نمره باشد و یا بیمه شده مبتلا به قوز قرنیه باشد بهای کنتاکت لنز با تجویز پزشک متخصص معالج (چشم پزشک) و تأیید شورای پزشکی قابل پرداخت خواهد بود و در این

قبیل موارد بهای پروتز عینک پرداخت نخواهد شد.

۴۶- تأیید پروتزهای دندان‌های دندان‌پزشکان معتمد است و در مناطق محروم در صورت عدم دسترسی به دندان‌پزشک معتمد، به عهده پزشکان معتمد می‌باشد.

۴۷- وسایل کمک پزشکی (پروتز و اورتوز) مشمول مواردی که در حین عمل جراحی در بدن بیماران کار گذاشته می‌شود (آندوپروتز) نمی‌گردد، بررسی موارد مذکور در چارچوب ضوابط مربوطه به عهده دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی بوده و پرداخت هزینه پمپ دیسفرال بیماران تالاسمی نیز به عهده دفاتر مذکور می‌باشد.

۴۸- مرجع بررسی و تأیید نیاز بیمه‌شده به سمعک، **پزشک معتمد متخصص گوش و حلق و بینی** می‌باشد.

۴۹- در خصوص متقاضیان دریافت هزینه سمعک رعایت نکات ذیل ضروری می‌باشد:

الف) تجویز سمعک باید الزاماً توسط **پزشک متخصص گوش و حلق و بینی**، برای کم‌شنوایی‌های حسی - عصبی و یا انتقالی غیر قابل درمان انجام شده باشد.

ب) ارائه نتیجه ارزیابی ABR و یا ASSR و یا PTA (ادیوگرام) ضروری است.

ج) ارائه تصویر کارت گارانتی سمعک شامل مشخصات، تاریخ شروع و خاتمه گارانتی به همراه اسم و مدل و شماره سریال (اصل کارت باید به رویت شعبه و مرجع پزشکی معتمد بررسی‌کننده برسد).

د) متقاضیان بالای ۶ سال سن، با متوسط افت شنوایی ۴۰ دسی بل و بالاتر برای هر گوش (با در نظر گرفتن سن و شغل) و متقاضیان کمتر از ۶ سال سن که با متوسط افت شنوایی ۲۵ دسی بل و بالاتر در صورت وجود ضرورت و تشخیص پزشکی در چارچوب این بخشنامه حایز شرایط می‌باشند.

۵۰- پرداخت هزینه سمعک صرفاً بابت یک گوش ممکن بوده، لیکن استفاده بیمه‌شدگان تبعی تا قبل از اتمام ۶ سالگی از سمعک بابت هر

دوگوش در صورت تأیید مرجع پزشکی مربوطه مبنی بر نیاز به سمعک بابت هر دوگوش بلامانع خواهد بود. چنانچه بیمه‌شدگان موصوف قبلا یکبار از هزینه سمعک استفاده نموده باشند، پرداخت هزینه سمعک دوم تا قبل از اتمام ۶ سالگی در صورت تأیید مرجع پزشکی مذکور منعی ندارد.

۵۱- استفاده مجدد از سمعک برای کودکان ۶ سال به بالا تابع ضوابط مقرر در دستور اداری مربوطه می باشد، ضمنا به منظور مساعدت به آن دسته از بیمه‌شدگان تبعی که قبل از ۶ سالگی به طور هم‌زمان بابت هر دو گوش از سمعک استفاده نموده‌اند، تاریخ صدور سند اولین سمعک پرداختی مبنای دوره تمدید (۱۰ سال) می باشد.

بخش ششم: وظایف واحدهای اجرایی بیمه‌ای

۵۲- بررسی تقاضای بیمه‌شده، مستلزم ارائه گواهی از پزشک معالج می باشد که در گواهی صادره ضرورت استفاده از استراحت پزشکی به سبب بیماری یا نیاز به پروتز و اورتوز تجویز شده باشد.

۵۳- ضروری است در گواهی پزشک معالج، مشخصات بیمار، نوع بیماری، تاریخ تجویز، شروع و پایان استراحت پزشکی یا نوع پروتز و اورتوز مورد نیاز درج شده و گواهی ممه‌ور به مهر و امضای پزشک معالج شده باشد.

۵۴- بیمه‌شده موظف است مستندات کلینیکی و پاراکلینیکی (خلاصه پرونده بستری، آزمایشات و...) مورد استناد پزشک معالج را به همراه گواهی مذکور ارائه نماید.

۵۵- گواهی‌های مربوط به استراحت پزشکی بایستی ظرف مدت ۷ روز اداری از تاریخ شروع استراحت یا ترخیص از بیمارستان به شعب سازمان ارائه گردد، در صورت عدم ارائه به موقع گواهی استراحت پزشکی (بعد از مدت ذکر شده) و مرتفع شدن آثار و علائم بیماری و عدم تأیید آن توسط مراجع پزشکی معتمد، مسئولیتی متوجه سازمان نخواهد بود. واحدهای اجرایی بیمه‌ای و سایر مراجع ذیربط سازمانی موظفند در این خصوص به نحو مناسب و مؤثر به کارفرمایان و بیمه‌شدگان اطلاع رسانی نمایند.

۵۶- رؤسای شعب موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا حداکثر ظرف ۳ روز اداری از تاریخ تحویل و ثبت گواهی استراحت پزشکی، ضمن اعلام مدت استراحت‌های تأییدشده و تأیید نشده طی یک سال قبل، نسبت به ارسال گواهی مذکور و ضمائم آن (مستندات درمانی و...) به مراجع پزشکی معتمد اقدام گردد.

۵۷- در اجرای بند (۴۰) بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان، از آنجایی که گواهی استراحت پزشکی بیمه‌شدگان مشمول دریافت تعهد غرامت دستمزد ایام بیماری در بررسی فرایند اقدامات درمانی مقرر در ماده (۷۰) قانون تأمین اجتماعی توسط اعضای کمیسیون پزشکی موثر می‌باشد، ضروری است واحدهای اجرایی ترتیبی اتخاذ نمایند تا قبل و یا هم زمان با معرفی بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی، کلیه استراحت‌های پزشکی تعیین تکلیف گردیده و ارائه گواهی‌های مورد اشاره به بعد از صدور نظریه کمیسیون پزشکی در خصوص از کارافتادگی بیمه‌شده موکول نگردد.

۵۸- در مواردی که بیمه‌شده از اوایل استخدام و ماه‌های اولیه بیمه‌پردازی اقدام به ارائه استراحت پزشکی طولانی مدت به دلیل بیماری مزمن یا صعب‌العلاج می‌نمایند، واحدهای اجرایی موظفند بدوا موضوع احراز اشتغال بیمه‌شده را از طریق بازرسی تحقیقی از کارگاه مشخص نمایند و در صورت تأیید اشتغال به کار، بیمه‌شده را همراه با استراحت پزشکی و سایر مدارک لازم به کمیسیون‌های پزشکی معرفی نمایند تا میزان از کارافتادگی توسط **کمیسیون تخصصی** مربوطه مشخص گردد. در صورت عدم از کارافتادگی کلی بیمه‌شده در زمان شروع شروع بیمه‌پردازی، اظهار نظر در خصوص استراحت پزشکی توسط کمیسیون مذکور بلامانع و در صورت از کارافتادگی کلی، بررسی استراحت پزشکی و اظهار نظر فاقد موضوعیت می‌باشد.

۵۹- در خصوص بررسی استراحت بیمه‌شدگانی که بیش از ۹ ماه قطع رابطه بیمه‌ای داشته‌اند و به واسطه اشتغال مجدد در کارگاه قبلی یا کارگاه جدید از ماه‌های اولیه مبادرت به ارائه استراحت پزشکی طولانی مدت

به دلیل بیماری مزمن یا صعب‌العلاج می‌نمایند، در صورت تأیید اشتغال به کار از طریق بازرسی تحقیقی بیمه‌شده را همراه با استراحت پزشکی و سایر مدارک لازم به کمیسیون‌های پزشکی معرفی نمایند تا میزان از کارافتادگی توسط کمیسیون تخصصی مربوطه مشخص گردد. در صورت عدم از کارافتادگی کلی بیمه‌شده در زمان شروع بیمه‌پردازی جدید، اظهار نظر در خصوص استراحت پزشکی توسط کمیسیون مذکور بلامانع و در صورت از کارافتادگی کلی، بررسی استراحت پزشکی و اظهار نظر فاقد موضوعیت می‌باشد.

۶۰- استراحت‌های پزشکی بیمه‌شدگانی که پرداخت تمام یا بخشی از آن منجر به احراز شرایط برقراری مستمری بازماندگان یا از کارافتادگی کلی می‌گردد، در صورت تأیید اشتغال به کار بیمه‌شده از طریق بازرسی تحقیقی از کارگاه، به اداره کل استان مربوطه ارسال و پس از بررسی و تأیید اداره کل استان به **کمیسیون پزشکی** ارسال می‌گردد.

۶۱- بررسی استراحت پزشکی بیمه‌شدگانی که سوابق بیمه‌پردازی آنان قبل از شروع استراحت متناوب می‌باشد یکسال قبل از شروع استراحت در برخی از ماه‌ها دارای لیست و برخی فاقد لیست بوده و صحت و سقم اشتغال بیمه‌شده مورد تردید باشد) منوط به تأیید اشتغال به کار از طریق بازرسی تحقیقی خواهد بود.

۶۲- چنانچه بیمه‌شده‌ای وفق رأی کمیسیون پزشکی تخصصی از کارافتادگی کلی نشده باشد و بعد از تاریخ کمیسیون مبادرت به ارائه استراحت پزشکی نماید در صورت حفظ اشتغال و بیمه‌پردازی و ارائه مدارک و مستندات درمانی بررسی استراحت پزشکی مذکور بلامانع خواهد بود.

۶۳- با توجه به تعریف گرامت دستمزد ایام بیماری (بند ۹ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی) رعایت موارد ذیل جهت پرداخت گرامت دستمزد ایام بیماری، ایام بارداری (استراحت‌های دوران بارداری) و مرخصی زایمان الزامی می‌باشد:

الف) بیمه‌شده براساس گواهی پزشک معالج که به تأیید مراجع پزشکی معتمد سازمان رسیده، نیاز به استراحت داشته باشد. تحت نظر و تحت درمان بودن به منزله استراحت نخواهد بود.

ب) بیمه‌شده در زمان شروع یا در ایام استراحت بازخرید، مستغفی، اخراج و... نشده باشد و برای وی مزد مطرح باشد.

ج) بیمه‌شده از کارافتاده کلی نباشد.

د) بیمه‌شده در مدت استراحت حقوق و مزد خود را از کارفرما دریافت ننموده باشد.

هـ) بیمه‌شده در تاریخ شروع استراحت مشغول به کار بوده یا در مرخصی استحقاقی باشد.

۶۴- در اجرای ضوابط مقرر در بند (۱) ماده (۶۲) قانون تأمین اجتماعی در موارد زیر غرامت‌دستمزد ایام بیماری بدون کسر سه روز اول پرداخت خواهد شد:

الف) استراحت‌هایی که در دوره بیماری مربوطه، بیمه‌شده در بیمارستان بستری شده باشد (حتی به مدت چند ساعت).

ب) استراحت‌هایی که به علت بیماری حرفه‌ای، حوادث ناشی از کار یا غیر ناشی از کار و یا عواقب بعدی آن تجویز می‌گردد.

ج) استراحت‌های پزشکی جانبازان انقلاب اسلامی (که به تأیید کمیسیون پزشکی جانبازان رسیده است).

د) در مواردی که کارفرما براساس ضوابط و مقررات مربوطه حقوق و مزایای ۳ روز اول بیماری بیمه‌شده را پرداخت نموده باشد.

۶۵- چنانچه مجموع استراحت ارائه شده و استراحت‌های قبلی بیمه‌شده ظرف دو سال قبل از شروع استراحت جدید بیش از یک سال باشد، پرداخت استراحت مذکور منوط به تأیید اداره کل استان خواهد بود.

۶۶- کلیه استراحت‌های پزشکی که در خارج از کشور تجویز می‌گردد،

می‌بایست توسط سفارت و یا کنسولگری و حسب مورد نمایندگی سیاسی حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در کشور مزبور تأیید و به همراه ترجمه رسمی و مستندات درمانی متقن با رعایت ضوابط مربوطه در شورای پزشکی یا کمیسیون‌های پزشکی تخصصی مورد بررسی قرار گیرد.

سایر موارد:

۶۷- از تاریخ لازم‌الاجرا شدن قانون اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده (مصوب ۱۳۹۲/۳/۲۰ مجلس محترم شورای اسلامی) کلیه محدودیت‌های مقرر در قانون تنظیم خانواده و جمعیت (مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶) لغو گردیده است.

۶۸- بررسی استراحت پزشکی بیمه‌شدگانی که پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری آنها به عهده کارفرما می‌باشد توسط مراجع معتمد پزشکی، در صورت معرفی از طریق شعبه مربوطه و پس از دریافت تعرفه که میزان آن متعاقباً تعیین می‌گردد، در چارچوب این بخشنامه بلامانع است.

۶۹- شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تأمین مکلف است شرایط اجرای این بخشنامه و اعمال فرم‌های پیوست (شماره ۱ الی ۱۳) را در سامانه کمیسیون‌های پزشکی، شوراهای پزشکی و پزشکان معتمد پورتال معاونت درمان و سیستم متمرکز نام‌نویسی و حساب‌های انفرادی را در اسرع وقت فراهم آورد و کلیه واحدهای اجرایی درمانی و بیمه‌ای و... مکلفند پس از عملیاتی شدن بستر مکانیزه فرایندهای این بخشنامه را به صورت سیستمی اجرا نمایند.

۷۰- آن بخش از مقررات و دستورالعمل‌های قبلی ابلاغ شده منجمله موارد مورد اشاره در بخش هفتم پیوست این بخشنامه (فهرست قوانین، بخشنامه و دستورالعمل‌های مرتبط) که مغایر با مفاد این بخشنامه می‌باشد ملغی می‌گردد.

مسئولیت حسن اجرای این بخشنامه به عهده مدیران کل بیمه‌ای، مدیران درمان، معاونین ذی‌ربط، رؤسای ادارات شوراها و کمیسیون‌های پزشکی و

امور بیمه‌شدگان، رؤسای مراکز درمانی، رؤسای شعب، کارشناسان مربوطه و اعضای مراجع معتمد پزشکی می‌باشد.

بخش هفتم: بخشنامه و دستورالعمل‌های مرتبط

بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌هایی که در تدوین این بخشنامه مورد استفاده قرار گرفته و این بخشنامه جایگزین آنها گردیده است.

- بخشنامه شماره ۱۴/۲۱۷۷۰ مورخ ۱۳۷۱/۷/۱۸ با موضوع «نحوه بررسی استراحت ایام بیماری بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی»
- بخشنامه شماره ۶/۴۷۷۱۱ مورخ ۱۳۷۲/۱۲/۸ با موضوع «ضرورت تأییدگواهی استراحت پزشکی»
- بخشنامه شماره ۵۱/۲۹۴۸۹ مورخ ۱۳۷۴/۱۰/۱۶، با موضوع «نحوه بررسی استراحت ایام بیماری و بارداری بیمه‌شدگان»
- بخشنامه ۶۲۵/۱ فنی با موضوع «نحوه اجرای تبصره‌های الحاقی به قانون و آیین‌نامه ترویج تغذیه با شیر مادر»
- بخشنامه شماره ۹۰/۸۲۰۶۹ مورخ ۱۳۷۴/۱۲/۲۷ با موضوع «اصلاح مواد (۱) و (۹) دستورالعمل شماره ۵۱/۲۹۴۸۹ مورخ ۱۳۷۴/۱۰/۱۶ در مورد نحوه انتخاب و نیز حقوق و اختیارات پزشکان معتمد و شورای پزشکی»
- بخشنامه شماره ۵۱/۲۹۷۵۶ مورخ ۱۳۷۵/۱۰/۱۹ با موضوع «نمونه فرم مربوط به استراحت پزشکی بیمه‌شدگان به منظور تأیید پزشک معتمد یا شورای پزشکی»
- دستور اداری شماره ۵۰۰۰/۲۶۶۰۶ مورخ ۸۴/۳/۲۹ با موضوع «کمک بارداری»
- دستور اداری شماره ۵۰۰۰/۳۴۰۸۶ مورخ ۸۵/۴/۱۱ با موضوع «کمک باراری»

- بخشنامه ۶۲۵ فنی به شماره ۵۸۷۴۳/۵۰۰ مورخ ۸۶/۶/۱۲ با موضوع «کمک بارداری»
- دستور اداری ۴۰۱۰/۹۴/۶۷۳ مورخ ۱۳۹۴/۲/۵ با موضوع «بررسی استراحت پزشکی بیمه‌شدگان»
- دستور اداری ۴۰۱۰/۹۷/۵۶۲۰ مورخ ۱۳۹۷/۸/۲۱
- بخشنامه شماره ۴۰۱۰/۹۸/۴۳۷۶ مورخ ۱۳۹۸/۷/۱۵ با موضوع «چگونگی صدور احکام عضویت در شورای پزشکی و پزشک معتمد (بررسی استراحت پزشکی و اورتوز و پروتز)»
- دستور اداری ۴۰۱۰/۹۶/۷۱۵۵ مورخ ۱۳۹۶/۹/۲۷
- دستور اداری ۵۰۱۰/۹۶/۳۸۷۹ مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۱
- بخشنامه ۱۰۰۰/۹۷/۱۴۵۸۴ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۰
- بخشنامه به شماره ۵۰۱۰/۹۶/۲۵۹۵ مورخ ۱۳۹۶/۸/۷ با موضوع «استراحت‌راندگان درون و برون‌شهری»
- دستور اداری شماره ۱۰۰۰/۹۳/۹ مورخ ۱۳۹۳/۱/۵ با موضوع «پروتز و اورتوز»



پیوست‌ها

بسمه تعالی
مدیریت درمان استان



شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم شماره ۱

دکتر.....

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان

رونوشت:

- ۱- اداره کل درمان مستقیم جهت استحضار.
- ۲- مدیرکل محترم تأمین اجتماعی استان جهت استحضار.

ادامه فرم شماره ۱

شماره :

تاریخ :

پیوست :

فرم شماره ۲- قرارداد

پزشکان معتمد غیرسازمانی

قرارداد همکاری پزشکان معتمد سازمان تأمین اجتماعی

جهت بررسی پروتز و اورتوز، استراحت پزشکی بیمه‌شدگان و کارکنان سازمان تأمین اجتماعی

در اجرای بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص نحوه تشکیل شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی بیمه‌شدگان، این قرارداد فی مابین سازمان تأمین اجتماعی به نمایندگی آقای/خانم.....مدیریت درمان استان.....به نشانی.....که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می‌شود از یک طرف، آقای/ خانم دکتر.....پزشک عمومی/متخصص.....به شماره نظام پزشکی.....و مشخصات مندرج در فرم پیوست (شماره ۵) که از این پس در این قرارداد پزشک معتمد نامیده می‌شود از طرف دیگر منعقد می‌گردد.

ماده ۱: موضوع قرارداد

بررسی گواهی پزشک معالج تجویزکننده استراحت پزشکی و یا پروتز و اورتوز، معاینه بالینی متقاضیان مربوطه و اظهارنظر در چارچوب بخشنامه فوق‌الذکر.

ماده ۲: مدت قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت ۲ سال می باشد.

ماده ۳: مبلغ قرارداد

مبلغ قرارداد بر اساس بند (۳۷) دستورالعمل شماره ۴۰۱۰/۹۴/۲۱۷ مورخ ۱۳۹۴/۱/۱۷ سازمان و اصلاحات و تغییرات بعدی آن، تا ۶۰ مورد (۱ استراحت پزشکی، اورتوز و پروتز) در ماه به‌ازای هر مورد یک تعرفه دولتی و به ازای هر مورد مازاد بر ۶۰ مورد اولیه، ۵۰٪ تعرفه دولتی قابل پرداخت می باشد.

تبصره (۱): سازمان مجاز است حسب صلاحدید مدیریت درمان استان تا ده درصد از مبلغ حق‌الزحمه کارکرد پزشک معتمد در هر دوره را نزد خود نگه دارد و در صورت تأیید حسن انجام کار در پایان هر سال با رعایت ضوابط قانونی به پزشک معتمد اعاده نماید.

ماده ۴: تعهدات پزشک معتمد

۴-۱: پزشک معتمد موظف به پذیرش و ارائه خدمات موضوع این قرارداد به متقاضیان دارای معرفی‌نامه معتبر از سازمان طبق ضوابط مربوطه می‌باشد.

۴-۲: پزشک معتمد مکلف است خدمات موضوع ماده (۱) این قرارداد را برای شعب ذی‌ربط و در زمان و مکان مورد تأیید سازمان انجام دهد.

فرم شماره ۲- قرارداد پزشکان معتمد غیرسازمانی

۴-۳: پزشک معتمد مکلف است یک هفته قبل از تعطیلی موقت یا دائم و یا تغییر آدرس محل استقرار مراتب را به اطلاع سازمان برساند.

۴-۴: پزشک معتمد مکلف است مطب خود را به امکانات لازم جهت اظهارنظر و ثبت نظریه در سامانه متمرکز مربوطه تجهیز نمایند.

۴-۵: رعایت قانون تأمین اجتماعی در مباحث مرتبط با موضوع این قرارداد و کلیه ضوابط، مقررات و دستورالعمل‌های اجرایی ابلاغی از سوی سازمان و سایر قوانین و ضوابط لازم‌الاجراء جزء لاینفک این قرارداد می باشد. در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب پزشک معتمد، سازمان بر اساس مقررات مربوطه عمل خواهد نمود. دستورالعمل‌ها و مقررات بعدی ابلاغی از سوی سازمان حاکم بر این قرارداد است.

۴-۶: پزشک معتمد در برابر سازمان مسئول و پاسخگوی نظرات خود می باشد و در صورت صدور گواهی و یا نظریه خلاف واقع، مسئولیت قانونی و جبران خسارت وارده به سازمان به عهده پزشک معتمد است. سازمان می تواند راسا از محل ده درصد حسن انجام کار یا مطالبات پزشک نزد سازمان، خسارت خود را جبران کند.

۴-۷: پزشک معتمد شخصا و مباشرتا مکلف به ایفای تعهدات قراردادی است و حق واگذاری موضوع قرارداد به صورت جزئی یا کلی به دیگران را ندارد.

ماده ۵: تعهدات سازمان

۵-۱: سازمان موظف است هرگونه تغییر در تعرفه را به نحو مقتضی به اطلاع پزشک معتمد برساند.
۵-۲: سازمان مکلف است در صورت اعمال هرگونه کسورات قانونی مراتب را در زمان پرداخت به اطلاع پزشک معتمد برساند.

ماده ۶: در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین توسط پزشک معتمد ضروریست وی مراتب را حداقل ۲ ماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع سازمان برساند. سازمان می تواند قرارداد را به صورت یک طرفه فسخ نماید که در این صورت مراتب را به اطلاع پزشک معتمد می رساند. در صورت فسخ قرارداد توسط سازمان، پزشک معتمد هیچ گونه اعتراضی در محاکم اداری و قضایی و استنادی و... دولت جمهوری اسلامی ایران نخواهد داشت.

ماده ۷: این قرارداد هیچ گونه تعهدی اعم از استنادی و یا هر تعهدی به جز تعهدات مندرج در این قرارداد را برای سازمان ایجاد نمی نماید.

ماده ۸: سازمان مجاز است در صورت اثبات عدم رعایت موازین قانونی و علمی توسط پزشک معتمد قرارداد را برای مدت مشخصی به حالت تعلیق درآورد و یا به طور یک طرفه فسخ نماید.
این قرارداد مشتمل بر ۸ ماده و ۴ نسخه تنظیم و کلیه نسخ دارای اعتبار یکسان می باشد.



فرم شماره ۲- قرارداد
پزشکان معتمد غیرسازمانی

پزشک معتمد

سازمان تأمین اجتماعی

مدیر درمان

۱. اداره کل درمان مستقیم جهت استحضار.
۲. مدیرکل محترم تأمین اجتماعی استان جهت استحضار.

ادامه فرم شماره ۲



فرم شماره ۳

جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....

پزشک محترم.....

موضوع: ابلاغ شورای پزشکی

باسلام

احتراما؛ در اجرای بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص نحوه تشکیل شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی بیمه شدگان به مدت ۲ سال به عنوان عضو..... شورای پزشکی این مدیریت جهت معاینات و بررسی گواهی پزشکی معالج و مدارک درمانی مشمولین ذی‌ربط شعب شهرستان منصوب می‌شود تا تحت نظارت مسئولین مربوطه، وظایف پیش‌بینی‌شده در بخشنامه مذکور و سایر مقررات و ضوابط مرتبط را ایفا نماید. محل فعالیت شما تعیین می‌گردد. بدیهی است حق‌الزحمه شما وفق مقررات از محل اعتبارات مربوطه و برابر مقررات جاری قابل پرداخت می‌باشد.

اهم وظایف محوله به جنابعالی/ سرکارعالی طبق موارد ذیل اعلام می‌گردد:

۱- حضور به‌موقع در جلسات شورای پزشکی

۲- احراز هویت متقاضی و کنترل مدارک درمانی و گواهی پزشکی معالج و سایر مدارک مورد اشاره در بخشنامه فوق‌الذکر

۳- پذیرش و ارائه خدمات پیش‌بینی‌شده به متقاضیان دارای معرفی‌نامه معتبر از سازمان طبق ضوابط مربوطه

۴- رعایت قانون تأمین اجتماعی در مباحث مرتبط با موضوع معاینات و کلیه ضوابط، مقررات و دستورالعمل‌های اجرایی ابلاغی از سازمان و سایر قوانین و ضوابط لازم‌الاجرا.

دکتر.....

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان ...

رونوشت:

۱- اداره کل درمان مستقیم جهت استحضار.

۲- مدیر کل محترم تأمین اجتماعی استان جهت استحضار



شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم شماره ۴

جناب آقای / سرکار خانم دکتر.....

پزشک محترم متخصص گوش، حلق و بینی

موضوع: ابلاغ پزشک معتمد سازمانی

بِسْمِ

احتراماً؛ در اجرای بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص نحوه تشکیل شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی بیمه‌شدگان به مدت ۲ سال به عنوان پزشک معتمد این مدیریت جهت معاینات و بررسی گواهی پزشک معالج مبنی بر نیاز به سمعک و مدارک درمانی مشمولین ذی‌ربط شعب..... شهرستان..... منصوب می‌شوید تا تحت نظارت مسئولین وظایف پیش‌بینی شده در بخشنامه مذکور و سایر مقررات و ضوابط مرتبط را ایفا نمایید. محل فعالیت شماتعیین می‌گردد. بدیهی است حق الزحمه شما وفق مقررات از محل اعتبارات مربوطه و برابر مقررات جاری قابل پرداخت می‌باشد.

اهم وظایف محوله به جنابعالی / سرکارعالی طبق موارد ذیل اعلام می‌گردد:

۱- احراز هویت متقاضی و کنترل مدارک درمانی و گواهی پزشک معالج و سایر مدارک مورد اشاره در بخشنامه فوق‌الذکر

۲- پذیرش و ارائه خدمات پیش‌بینی شده به متقاضیان دارای معرفی‌نامه معتبر از سازمان طبق ضوابط مربوطه

۳- رعایت قانون تأمین اجتماعی درمباحث مرتبط با موضوع معاینات و کلیه ضوابط، مقررات و دستورالعمل‌های اجرایی ابلاغی از سازمان و سایر قوانین و ضوابط لازم‌الاجرا



فرم شماره ۴

(شایان ذکر است مسئولیت اظهارنظر پزشک معتمد به عهده خود او است. پزشک معتمد در مقابل سازمان مسئول و پاسخگوی نظرات خود می باشد و در صورت صدور گواهی و یا نظریه خلاف واقع، مسئولیت قانونی و جبران خسارات وارده به سازمان به عهده پزشک معتمد است)

.....**دکتر**.....

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان

رونوشت:

- ۱- اداره کل درمان مستقیم جهت استحضار.
- ۲- مدیر کل محترم تأمین اجتماعی استان جهت استحضار



فرم اعلام همکاری پزشکان جهت عضویت در مراجع معتمد پزشکی

مشخصات:

نام نام خانوادگی نام پدر

کد ملی تاریخ تولد شماره نظام پزشکی

شماره تلفن مطب: شماره موبایل

آدرس ایمیل: شماره حساب همراه با نک رفاه

آدرس مطب:

آدرس محل کار (بیمارستان - درمانگاه)

سابقه کار پزشکی: سال

دارای رابطه استخدامی با سازمان: بلی خیر سابقه عضویت در کمیسیون پزشکی سازمان ندارم دارم سال/ماه

سابقه عضویت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها را ندارم دارم سال

سابقه فعالیت به عنوان پزشک معتمد سازمان را ندارم دارم سال

سابقه فعالیت به عنوان پزشک معتمد سایر نهادها را ندارم دارم سال

آخرین مدرک تحصیلی: تاریخ دریافت آن نام دانشگاه:

پزشک عمومی متخصص فلوشیپ فوق تخصص
 رشته: رشته: رشته:

شماره پروانه مطب: تاریخ اعتبار پروانه مطب: کد اقتصادی:

برد تخصصی: بلی خیر عضو هیأت علمی: بلی (استاد یار دانشیار استاد خیر

در مراکز ملکی سازمان چه روزهایی می‌توانید به عنوان پزشک معتمد همکاری نمایند؟

شنبه یکشنبه دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنج شنبه

در مراکز ملکی سازمان چه ساعاتی از روز می‌توانید همکاری نمایند: (یک یا چند گزینه را انتخاب فرمائید)

۸-۱۰ ۱۰-۱۲ ۱۲-۱۴ ۱۴-۱۶ ۱۶-۱۸

در مطب خود چه روزهایی می‌توانید به عنوان پزشک معتمد همکاری نمائید؟

شنبه یکشنبه دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنج شنبه

در مطب چه ساعاتی از روز می‌توانید همکاری فرمائید: (یک یا چند گزینه را انتخاب فرمائید)

۸-۱۰ ۱۰-۱۲ ۱۲-۱۴ ۱۴-۱۶ ۱۶-۱۸

در چه شهرستان‌هایی از استان می‌توانید با سازمان همکاری نمائید:

.....

تجهیزات کامپیوتری و سخت افزاری مطب:

سیستم کامپیوتری ارتباط با اینترنت چاپگر اسکنر سایر

مهر و امضای پزشک

تاریخ تکمیل فرم

ادامه فرم شماره ۵



فرم شماره ۶

آقای/ خانم

موضوع: ابلاغ دبیر شورای پزشکی

باسلام

احتراما؛ در اجرای بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص نحوه تشکیل شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی بیمه‌شدگان به موجب این ابلاغ به عنوان دبیر شورای پزشکی مستقر در شهرستان منصوب می‌شوید تا تحت نظارت مسئولین مربوطه وظایف پیش‌بینی شده در بخشنامه مذکور و سایر مقررات و ضوابط مرتبط را ایفا نمایید. بدیهی است حق‌الزحمه شما وفق مقررات از محل اعتبارات مربوطه و برابر مقررات جاری قابل پرداخت می‌باشد.
اهم وظایف شما در این سمت به شرح ذیل ابلاغ می‌گردد:

- ۱- هماهنگی در برنامه‌ریزی جلسات، دعوت از پزشکان و متقاضیان
- ۲- پذیرش و ارائه خدمات پیش‌بینی‌شده به متقاضیان دارای معرفی‌نامه معتبر از سازمان طبق ضوابط مربوطه
- ۳- احراز هویت متقاضیان و بررسی صحت مدارک ارائه‌شده
- ۴- انجام امور مربوط به اتوماسیون شوراهای پزشکی
- ۵- طرح پرونده متقاضیان مشتمل بر مدارک کلینیکی و پاراکلینیکی و شرح و سابقه بیماری و وضعیت آرای قبلی کمیسیون، شورای پزشکی و پزشکان معتمد
- ۶- ارائه آمارهای فصلی طبق فرم‌های ابلاغ‌شده
- ۷- رعایت قانون تأمین اجتماعی درمباحث مرتبط با موضوع معاینات و کلیه ضوابط، مقررات و دستورالعمل‌های اجرایی ابلاغی از سازمان و سایر قوانین و ضوابط لازم‌الاجرا
- ۸- تعامل و هماهنگی با شعبه تأمین اجتماعی و اداره شوراها و کمیسیون های پزشکی
- ۹- سایر وظایف محوله براساس ابلاغ مقام ما فوق

دکتر.....

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان

رونوشت:

۱- مدیرکل محترم تأمین اجتماعی استان جهت استحضار



سازمان تامین اجتماعی

بسمه تعالی

اداره کل تأمین اجتماعی استان
شعبه تأمین اجتماعی شهر

محل الصان عكس

فرم شماره ۷

فرم معرفی به مرجع پزشکی معتمد بررسی استراحت پزشکی

شماره :

تاریخ :

شورای پزشکی / پزشک معتمد

باسلام

احتراماً؛ در اجرای بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص نحوه تشکیل شوراهای پزشکی، تعیین پزشکان معتمد و رسیدگی به استراحت‌ها و وسایل کمک پزشکی بیمه‌شدگان بدین‌وسیله بیمه‌شده با مشخصات:

نام و نام‌خانوادگی: کد ملی: عنوان شغلی:

شماره بیمه: شماره سریال درخواست:

سابقه بیمه: روز میزان سابقه بیمه در یک سال اخیر:

تاریخ اولین بیمه‌پردازی تاریخ شروع آخرین دوره بیمه‌پردازی:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج: تخصص پزشک معالج:

شماره نظام پزشکی پزشک معالج: شماره تماس:

تاریخ شروع استراحت درخواستی: تاریخ خاتمه استراحت درخواستی:

میزان استراحت استفاده‌شده در یک سال قبل از تقاضا:

جهت بررسی استراحت پزشکی معرفی می‌گردد.

ضمناً تعداد برگ مدارک به‌شرح ذیل به پیوست ارسال می‌گردد:

- ۱- گواهی پزشک معالج: برگ
- ۲- مدارک و مستندات پزشکی: برگ
- ۳- سایر: برگ

شعبه تأمین اجتماعی



تأمین اجتماعی

بسمه تعالی

اداره کل تأمین اجتماعی استان
شعبه تأمین اجتماعی شهر

محل امضاء مکتب

بسمه تعالی

فرم معرفی به مرجع پزشکی معتمد بررسی پروتز و اورتوز شماره ۸

شماره:

تاریخ:

شورای پزشکی / پزشک معتمد

با سلام

احتراماً؛ در اجرای بخشنامه پروتز و اورتوز به شماره شناسه ۶۱۰۴۰۹۵۰ بدین وسیله متقاضی با مشخصات:

نام و نام خانوادگی: کد ملی: عنوان شغلی:

شماره بیمه: شماره سریال درخواست:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج: تخصص پزشک معالج:

شماره نظام پزشکی پزشک معالج: شماره تماس:

نوع بیمه شده: اصلی تبعی

جهت بررسی پروتز/ اورتوز معرفی می‌گردد.

ضمناً تعداد برگ مدارک به شرح ذیل به پیوست ارسال می‌گردد:

- ۱- گواهی پزشک معالج: برگ
- ۲- فاکتور خرید برگ
- ۳- کارت گارانتی: برگ
- ۴- گواهی کارشناس: برگ
- ۵- مدارک و مستندات پزشکی: برگ
- ۶- سایر: برگ

شعبه تأمین اجتماعی



بستر عالی

محل اتمام عملی

فرم شماره ۹

مدیریت درمان تأمین اجتماعی
شورای پزشکی / شهر

صورت جلسه شورای پزشکی بررسی استراحت پزشکی

نام و نام خانوادگی بیمه شده:	نام پدر:	تاریخ تولد:
شماره شناسنامه:	کد ملی:	نوع بیمه پردازی:
آخرین شغل:	نام کارگاه:	شماره بیمه:
مرکز ارجاع دهنده:	شعبه	شهر..... اداره کل تأمین اجتماعی استان

نام پزشک معالج:	تخصص پزشک معالج:	شماره نظام پزشکی پزشک معالج:
شماره معرفتی نام:	تاریخ معرفتی نامه:	نوع تقاضا:
استراحت پزشکی مورد درخواست		

نظریه شورای پزشکی محل تشکیل شورای پزشکی تاریخ تشکیل شماره پرونده شماره مراجعه ...
شناسه سیستمی:

مهر و امضاء
عضو

مهر و امضاء
متخصص بیماری مربوطه

مهر و امضاء
رئیس شورا



بِسْمِ تَعَالَى

محل الصاق عکس

فرم شماره ۱۰

مدیریت درمان تأمین اجتماعی

شورای پزشکی / شهر

صور تجلسه شورای پزشکی بررسی پروتز و اورتوز

نام و نام خانوادگی بیمه شده:	نام پدر:	تاریخ تولد:
شماره شناسنامه:	شماره بیمه:	نوع بیمه پردازی:
آخرین شغل:	نام کارگاه:	
مرکز ارجاع دهنده: شعبه شهر اداره کل تأمین اجتماعی استان		

نام پزشک معالج:	تخصص پزشک معالج:	شماره نظام پزشکی پزشک معالج:
نام کارشناس ارجاع دهنده:	رشته:	شماره نظام پزشکی / کد فعالیت:
شماره معرفی نامه:	تاریخ معرفی نامه:	نوع تقاضا:

تظریه شورای پزشکی محل تشکیل شورای پزشکی ... تاریخ تشکیل شماره پرونده شماره مراجعه ...
 شناسه سیستمی:

با توجه به نتیجه معاینات بالینی و بررسی مدارک پزشکی، نیاز نامبرده به پروتز / اورتوزهای با کداکدهای
 مورد تأیید است / مورد تأیید نمی باشد.

مهر و امضاء
عضو

مهر و امضاء
متخصصی بیماری مربوطه

مهر و امضاء
رئیس شورا



سرسه تعالی

محل الماتق عكس

مدیریت درمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱۱

شورای پزشکی / شهر

نظریه پزشک معتمد در خصوص پروتز و اورتوز

نام و نام خانوادگی بیمه شده:	نام پدر:	تاریخ تولد:
شماره شناسنامه:	شماره بیمه :	نوع بیمه پردازی:
آخرین شغل:	نام کارگاه:	کد ملی:
مرکز ارجاع دهنده :	شعبه	شهر..... اداره کل تأمین اجتماعی استان

نام پزشک معالج:	تخصص پزشک معالج:	شماره نظام پزشکی پزشک معالج:
نام کارشناس ارجاع دهنده:	رشته:	شماره نظام پزشکی اكد فعالیت:
شماره معرفی نامه:	تاریخ معرفی نامه:	نوع تقاضا:

نظریه پزشک معتمد محل استقرار پزشک معتمد تاریخ بررسی شماره پرونده شماره مراجعه
 شناسه سیستمی: تعداد صورتحلّسه پیوست :

با توجه به نتیجه معاینات بالینی و بررسی مدارک پزشکی، نیاز نامبرده به پروتز/ اورتوزهای با کد/اکدهای مورد تأیید است/ مورد تأیید نمی‌باشد.

دکتر

پزشک معتمد مرکز شهر



سازمان تامین اجتماعی

بسمتعالی

محل الصاق عکس

فرم شماره ۱۲

مدیریت درمان تأمین اجتماعی

پزشک معتمد / شهر

نظریه پزشک معتمد بررسی استراحت پزشکی

نام و نام خانوادگی بیمه شده:	نام پدر:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
کد ملی:	شماره بیمه:	نوع بیمه پردازی:	آخرین شغل:
نام کارگاه:	مرکز ارجاع دهنده : شعبه شهر..... اداره کل تأمین اجتماعی استان		

نام پزشک معالج:	تخصص پزشک معالج:	شماره نظام پزشکی پزشک معالج:
شماره معرفي نامه:	تاریخ معرفي نامه:	نوع تقاضا:
استراحت پزشکی مورد درخواست		

نظریه پزشک معتمد محل استقرار پزشک معتمد تاریخ بررسی شماره پرونده شماره مراجعه
 شناسه سیستمی:

دکتر
 پزشک معتمد مرکز شهر



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



Handwriting practice lines consisting of 18 horizontal dotted lines.