

۰/۷۱۵۲۳

شماره:
تاریخ:
پرست:

دانشگاه آزاد اسلامی



سازمان مرکزی

با اسمه تعالیٰ

رؤسای محترم واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی استانها، رؤسای واحدهای مراکز آموزشی و معاونت آموزش عمومی و مهارتی (سما)

موضوع: تمدید قرارداد صندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه (اعم از هیات علمی و غیر هیات علمی)

باسم وصلوات بر محمد و آل محمد (ص)

بیرو پخشنامه شماره ۵۰/۴۴۳۰۵ مورخ ۹۷/۸/۳ به پیوست شیوه نامه صندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان درخصوص تمدید قرارداد صندوق تامین هزینه مازاد درمان کارکنان (هیات علمی و غیر هیات علمی) برای مدت یکسال از تاریخ ۹۷/۱۰/۱ لغایت ۹۸/۹/۳ ارسال می گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی حداقل تا تاریخ ۹۷/۱۲/۱۰ نسبت به واریز حق عضویت کلیه اعضاء و ارسال تصویر حواله واریزی به سازمان مرکزی مطابق با دستورالعمل آین نامه پیوست اقدام معمول بعمل آورند. بدینهی است رعایت حسن اجرای این بخشنامه به عهده روسا و معاونان توسعه مدیریت و منابع واحدهای دانشگاهی خواهد بود.

۱)

دکتر مجید مشکنی
معاون توسعه مدیریت و منابع



شیوه فامه صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه

ماده ۱- شرایط عضویت و نحوه پرداخت حق عضویت:

افراد واجد شرایط:

۱/۱- کلیه کارکنان و اعضای هیات علمی تمام وقت که دارای دفترچه درمانی از سوی دانشگاه آزاد اسلامی می باشند و افراد تحت تکفل آنان و افراد مشمول تبصره ۳ در شمول استفاده از مزایای این طرح می باشند.

تبصره ۱- افراد تحت تکفل عبارتند از همسر، فرزندان (فرزندان ذکور حداقل تا سن ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا پایان سن ۲۵ سالگی) و فرزندان اناث تا زمان ازدواج)، پدر، مادر و هر یک از افراد خانواده که تحت تکفل کارکنان می باشند.

تبصره ۲- ملاک تکفل ارائه دفترچه درمانی افراد تحت تکفل (در صورتی که دفترچه درمانی فرد تحت تکفل توسط بیمه شده اصلی اخذ شده باشد) می باشد.

تبصره ۳- در صورتی که پدر، مادر، همسر و فرزندان (فرزندان ذکور حداقل تا سن ۲۰ سالگی و در صورت اشتغال به تحصیل تا پایان سن ۲۵ سالگی و فرزندان اناث تا زمان ازدواج) تحت تکفل نباشند مجازند با پرداخت کل حق عضویت (سهم کارمند و دانشگاه) توسط عضو اصلی به عضویت این صندوق درآیند.

تبصره ۴- بازنیستگان شاغل در دانشگاه مشمول استفاده از این طرح نمی باشند.

تبصره ۵- استفاده از مزایای صندوق مازاد درمان در مدت زمان مخصوصی بدون حقوق، منوط به داشتن دفترچه درمانی و پرداخت یکجا حق عضویت به صندوق امکان پذیر می باشد، لیکن بدینهی است دوره مخصوصی استعلامی حالت اشتغال محسوب گردیده و کارکنانی که از مخصوصی استعلامی استفاده می نمایند در صورت عضویت می توانند از مزایای صندوق با رعایت مقررات بهره مند شوند.

۱/۲- متقاضیان بایستی تمايل عضویت خود در صندوق تأمین هزینه مازاد درمان را حداقل تا تاریخ ۹۷/۱۱/۳۰ با مراجعت به سامانه ساجد به آدرس sajed.iau.ir و انجام احراز هویت اولیه نسبت به ثبت نام خود و افراد زیر مجموعه در قسمت مازاد درمان اعلام نمایند.

۱/۳- حق عضویت برای هر یک از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان در صندوق عادی ماهانه معادل ۲۱۰,۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۶۰,۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوطه و مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ریال به طور سرانه بر عهده متقاضی می باشد. در صندوق ویژه حق عضویت معادل ۴۲۰,۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۱۲۰,۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی و مبلغ ۳۰۰,۰۰۰ ریال آن توسط شخص پرداخت می شود.

دانشگاه آزاد اسلامی



سازمان مرکزی

۱/۴- حداکثر سن مشمول این طرح ۶۵ سال بوده و حق عضویت افراد بالای ۶۵ تا ۷۵ سال با ۵۰ درصد افزایش در صندوق عادی ۳۱۵/۰۰۰ ریال و در صندوق ویژه ۶۳۰/۰۰۰ ریال و برای افراد بالای ۷۵ سال با ۱۰۰ درصد افزایش در صندوق عادی ۴۲۰/۰۰۰ ریال و در صندوق ویژه ۸۴۰/۰۰۰ ریال می باشد.

۱/۵- کل حق عضویت افراد مشمول تبصره ۳ بند ۱ ماده ۱ بر عهده عضو اصلی می باشد و سهمی برای این دسته از اعضاء بر عهده دانشگاه نخواهد بود.

۱/۶- به منظور تأمین نقدینگی صندوق جهت انجام به موقع تعهدات و پرداخت هزینه های درمانی کارکنان واحدها مکلفند کل حق عضویت سالانه (اعم از سهم کارمند و دانشگاه) را یکجا و برای کل مدت قرارداد طی یک فقره حواله حداکثر تا دهم ماه سال جاری مطابق با دستورالعمل بختنام شماره ۵۰/۲۰۶۲۴ مورخ ۹۷/۴/۱۶ به حساب سیا شماره ۱۰۴۴۵۰۴۴۵۰۰۲ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان نزد بانک ملی شعبه دانشگاه (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و نسخه ای واضح و خوانا از حواله واریزی را ضمن ثبت در سامانه اشاره شده در بند ۱/۲، به اداره کل امور مالی سازمان مرکزی ارسال نمایند.

۱/۷- در صورت عدم واریز به موقع حق عضویت، جبران خسارتهای احتمالی مستقیماً بر عهده مسئولین مربوط بوده و صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان تعهدی جهت پرداخت هر گونه خسارتنی نخواهد داشت.

۱/۸- عضویت کارکنان فقط در ابتدای قرارداد امکان پذیر بوده و به هیچ وجه در طول مدت قرارداد نمی توانند درخواست عضویت خود را اعلام نمایند.

۱/۹- افرادی که در طول مدت قرارداد صاحب فرزند شده یا ازدواج می کنند موظفند حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز نسبت به ارائه تصویر شناسنامه یا تصویر عقدنامه به واحد دانشگاهی اقدام تا مدارک با رعایت ضوابط مذکور به همراه تصویر حواله واریزی حق عضویت متعلقه از زمان تولد یا ازدواج تا پایان قرارداد به صندوق مرکزی اعلام گردد.

۱/۱۰- کارکنان مامور و یا جدید الاستخدام در صورت تمایل به عضویت در صندوق، موظفند حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از زمان شروع بکار در دانشگاه نسبت به ارائه تصویر حکم کارگزینی و تصویر دفترچه درمانی به واحد دانشگاهی جهت ثبت نام اقدام لازم معمول گردد.

۱/۱۱- افرادی که از تاریخ شروع این قرارداد از کارگذاری کامل و دائم باشند نمی توانند از مزایای این طرح استفاده نمایند.

تبصره ۱- عضویت در صندوق تأمین هزینه مازاد درمان از شروع قرارداد سالانه امکان پذیر می باشد و تغیر عضویت از صندوق عادی به ویژه و بالعکس نیز باید از شروع قرارداد صورت پذیرد.

تبصره ۲- افراد تحت تکفل از لحاظ عضویت در نوع صندوق تابع عضو اصلی می باشند.

تبصره ۳- اعضا تا زمانی که انصراف خود را در سامانه مازاد درمان ثبت نموده اند (فقط در بازه زمانی عضو گیری) عضو صندوق محسوب بوده و حق عضویت از آنان کسر می شود و نیازی به تجدید ثبت نام و اعلام عضویت برای دوره های آتی نمی باشد.



ماده ۲- مدت قرارداد:

مدت قرارداد یکساله بوده و از ابتدای دی ماه سال جاری آغاز و در پایان آذر ماه سال بعد خاتمه می‌یابد.

ماده ۳- فرانشیز:

۱/۳- این طرح مازاد بر پوشش بیمه پایه می‌باشد و از این رو اعضای صندوق باید ابتدا به مرجع مذکور مراجعه و پس از دریافت سهم خسارتم از بیمه گر پایه، تصویر برابر اصل شده مدارک مربوط به انضمام تصویر سند دریافتی را به کمیته رفاهی واحد تحويل نمایند.

۲/۳- کارکنانی که از بیمه تکمیلی شرکت های بیمه گر استفاده کرده‌اند می‌توانند با ازانه اصل صورت حساب به بیمه تکمیلی مربوطه و یا تصویر برابر اصل شده صورت حساب و چک دریافتی از بیمه مزبور نسبت به دریافت سهم صندوق دانشگاه اقدام نمایند.

۳/۳- در صورت مراجعه شخص به مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی غیر طرف قرارداد با بیمه گر پایه و عدم مراجعت به سازمان مزبور برای دریافت سهم اولیه از هزینه‌های انجام شده ۳۰ درصد در عضویت عادی و ۲۰ درصد در عضویت ویژه به عنوان فرانشیز پس از اطلاع با تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت کسر خواهد شد.

ماده ۴- شرایط استفاده از تعهدات صندوق:

۱/۴- کلیه کارکنان دانشگاه که در سال گذشته عضویت بیمه مازاد درمان دانشگاه را داشته‌اند بدون مشمولیت دوره انتظار و به دلیل وجود تداوم عضویت می‌توانند از مزایای صندوق با رعایت ضوابط مربوط بهره‌مند گردند.

۲/۴- کارکنانی که در سال قبل تحت پوشش صندوق مازاد درمان کارکنان دانشگاه نبوده‌اند و یا وقفه‌ای در عضویت آنها ایجاد گردیده است در صورت عضویت در صندوق فوق در سال جاری بایستی برای کلیه هزینه‌ها حداقل سه ماه و برای زایمان و کورتاژ و سزارین حداقل ۹ ماه دوره انتظار را سپری کنند.

تعمره ۱- سابقه‌ی عضویت با هر یک از تعهدات عادی یا ویژه را می‌توان به عنوان دوره‌ی انتظار محسوب کرد.

ماده ۵- تعهدات صندوق

در قبال افرادی که به عضویت صندوق درآمده باشند و واحد نسبت به واریز حق عضویت به موقع اقدام نموده باشند تا سقفهای تعیین شده صندوق تعهداتی به شرح زیر به عهده دارد:

تعهدات صندوق عادی:

۱/۵- جبران هزینه‌های شش عمل جراحی اصلی شامل مغز و اعصاب (به استثناء دیسک و ستون فقرات) قلب باز و آنژیوپلاستی، پیوند کبد، کلیه، ریه و مغزاستخوان حداقل تا مبلغ:

۲/۵- جبران هزینه‌های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداقل تا مبلغ:



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

- ۵/۳- جبران هزینه های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۴- جبران هزینه های سزارین حداکثر تا مبلغ: ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۵- جبران هزینه های جراحی نازابی و ناباروری حداکثر تا مبلغ: ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۶- جبران هزینه های پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ: ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۷- جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید چشم هر دو چشم (نموده هر چشم حداقل ۳ باشد) حداکثر تا مبلغ: ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

تعهدات صندوق ویژه:

- ۵/۱- جبران هزینه های شش عمل جراحی اصلی شامل مغز و اعصاب (به استثناء دیسک و ستون فقرات) قلب باز و آنژیوپلاستی، پیوند کبد، کلیه، ریه و مغراستخوان حداکثر تا مبلغ: ۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۲- جبران هزینه های درمان بیمارستانی و اعمال جراحی حداکثر تا مبلغ: ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۳- جبران هزینه های زایمان طبیعی حداکثر تا مبلغ: ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۴- جبران هزینه های سزارین حداکثر تا مبلغ: ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۵- جبران هزینه های جراحی نازابی و ناباروری حداکثر تا مبلغ: ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۶- جبران هزینه های پاراکلینیکی حداکثر تا مبلغ: ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۷- جبران هزینه های دارویی بیماریهای خاص حداکثر تا مبلغ: ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۸- جبران هزینه رفع عیوب انکساری دید هر دو چشم (نموده هر چشم حداقل ۳ باشد) حداکثر تا مبلغ: ۳۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۵/۹- جبران هزینه های دندانپزشکی حداکثر تا مبلغ: ۷/۰۰۰/۰۰۰ ریال

تصویره ۱- کلیه هزینه های پرداختی توسط صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان بر اساس تعریفهای مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و حداکثر تا سقف تعیین شده پس از کسر سهم یمه گر اویل پرداخت خواهد شد.

تصویره ۲- برای کلیه جراحی های فک و صورت، ترمیم ریشه، عصب کشی، جراحی دندان نهفته، روکش، ایمپلنت و ارتودنسی عکس رادیولوژی قبل و بعد و برای پر کردن های بالای ۵ دندان در یک نوبت عکس قبل از انجام کار نیاز می باشد. ضمناً از تاریخ عکس تا تاریخ درمان حداکثر ۲ ماه فاصله مجاز می باشد.

تصویره ۳- در صورت نیاز بیمار به عکس رادیولوژی جهت ادامه درمان، تصویر واضحی از عکس با ذکر نام و نام خانوادگی و تاریخ جهت دریافت هزینه درمانی کافی می باشد. مستولیت برسی و تایید مدارک و اسناد استان مربوطه می باشد.

در ضمن جهت اطلاع و توضیحات بیشتر به تعریف سندیکای یمه گران مراجعه گردد.

دانشگاه آزاد اسلامی



سازمان مرکزی

ماده ۶- استثنایات:

موارد زیر جزو تعهدات صندوق نمی باشد.

۶/۱- هزینه های جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد مگر اینکه ناشی از حادثه در طی مدت قرارداد باشد

۶/۲- از بین بردن عیوب مادرزادی و بیماریهایی که قبل از انعقاد قرارداد پیمه مشخص بوده و بیماریها و عیوبی که قبل از شروع این طرح پیمه گذار از آن مطلع شده باشد

۶/۳- سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج

۶/۴- ترک اعتیاد

۶/۵- خودکشی، قتل و جنایت

۶/۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشسوزی

۶/۷- جنگ، شورش، اختناش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی

۶/۸- فعل و انفعالات هسته ای

۶/۹- اتاق حضوضی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج

۶/۱۰- بیماریهای روانی

۶/۱۱- وسائل کمک توانبخشی اعم از جوراب واریس، لنز، عینک، سمعک، شکم بند، آتل و غیره ...

۶/۱۲- کلیه هزینه های اعضای مصنوعی (پروتز) برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن

۶/۱۳- کلیه هزینه های مربوط به طب فیزیکی ، طب سوزنی ، گفتار درمانی ، کاردرمانی ، واکسن ، ویزیت، پانسمان ، IUD و AIU در مطب، تزریقات و دارو (به استثنای داروهای خاص در صندوق ویژه)

۶/۱۴- هزینه های متفرقه، جانی، تشکیل پرونده و خدمات در بیمارستان

۶/۱۵- بیماریهای اپیدمی (فراگیر)

ماده ۷- مدارک مورد نیاز گمیته پرداخت خسارت صندوق مرکزی جهت بررسی و تأیید هزینه های انجام شده :

۷/۱- تکمیل فرم ۵۳/۱۱۷ با رعایت کلیه شرایط بخشنامه با بررسی و تأیید گمیته رفاهی واحد

۷/۲- فرم تکمیل شده ۵۳/۱۱۸ توسط پزشک معالج و بیمارستان (در موارد جراحی و بیمارستانی)

۷/۳- اصل فاکتورها و مدارک درمانی پاراکلینیکی یا بیمارستانی

۷/۴- دستور پزشک معالج جهت انجام هزینه های پاراکلینیکی انجام شده منضم به اصل رسید دریافت وجه مرکز تشخیصی و درمانی مربوط با ذکر مبلغ سهم یمه گر اول و سهم بیمار به تفکیک

نمره ۱- در تمامی هزینه های پاراکلینیکی تخصصی مانند فیزیوتراپی، نوار مغز، اکو، نوار عصب و عضله و ... ارائه دستور پزشک متخصص الزامی می باشد.

شماره:
تاریخ:
پیوست:



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

۷/۵- اصل فاکتور پر فرایز شده ممهور به مهر داروخانه برای هزینه های دارویی بیماران خاص

۷/۶- تصویر دفترچه درمانی بیمه شده اصلی و بیمار

۷/۷- تصویر برابر اصل شده کلیه مدارک بیمارستانی به همراه سند وجه اخذ شده از بیمه گر پایه در صورت استفاده از بیمارستانهای غیر طرف قرارداد با سازمان مذکور

تذکرات:

(الف) حداکثر مهلت ارسال مدارک و صورت هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی کارکنان دو ماه بعد از انجام هزینه بوده و واحدها مکلفند در مدت تعیین شده نسبت به ارسال مدارک اقدام نمایند. ضمناً پرونده هایی که به علت رفع نقص از سوی سازمان اعاده می گردند نیز می بایست پس از رفع نقص ظرف مدت یک ماه مجدداً ارسال گردد. بدیهی است صندوق در برابر هزینه پرونده هایی که پس از مدت مذکور ارسال گردد هیچگونه تعهدی ندارد.

(ب) با توجه به حجم زیاد پرونده های درمانی واحدهای سراسر کشور و به منظور تسريع و تسهیل پرداخت خسارت و جلوگیری از مکاتبات اضافی کلیه واحدها ضمن بررسی دقیق و تکمیل پرونده ها و تطبیق آن با مفاد بخشنامه از ارسال مدارک به صورت ناقص و یا موارد غیرقابل شمول جداً خودداری کنند.

با اسمه تعالی

دانشگاه آزاد اسلامی

تاریخ:

شماره:

واحد

اینچنانچه	نام و نام خانوادگی بیمار	نوبت با عضو اصلی	کارمند شاغل در قسمت	عضو صندوق عادی صندوق ویژه	درخواست دریافت هزینه های مازاد درمان ذیل را دارد.	به شماره پرسنلی
مبلغ هزینه	تاریخ هزینه	نوع هزینه	نام کارمند	نام کارمند	نام کارمند	
امضاء و تاریخ تحویل:						
<p>پذینو سیله گواهی می شود بیمه شده اصلی و بیمار فوق در سال گذشته و جاری نیز عضویت پوشش مازاد درمان کارکنان دانشگاه را داشته اند/نداشته اند.</p> <p>صدندوق عادی شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: عضو اصلی بیمار</p> <p>بیمار شماره کدهای عضویت در فوارداد جدید: عضو اصلی</p> <p>بیمار شماره کدهای عضویت در پوشش سال گذشته: عضو اصلی بیمار شماره کدهای عضویت در فوارداد جدید: عضو اصلی</p>						
<p>امضاء دبیر کمیته</p> <p>تایید استان</p> <p>مهر دانشگاه</p>						
<p>حق عضویت سالانه طی حواله شماره</p> <p>(به حروف:) به حساب جاری ۱۰۴۴۵.۴۴۵۰۰۲ به نام صندوق تأمین هزینه مازاد درمان کارکنان دانشگاه نزد</p> <p>بانک ملی شعبه دانشگاه واریز و رسید آن طی نامه شماره</p> <p>موrex</p> <p>به اداره کل امور اداری و منابع انسانی دانشگاه ارسال گردیده است.</p> <p>مهر-امضاء-تاریخ:</p>						
<p>نام بیمار:</p> <p>نام عضو اصلی:</p> <p>نوع هزینه/ عمل:</p> <p>شده به مبلغ:</p> <p>بیمه پایه به مبلغ:</p> <p>کمیته به مبلغ:</p>						
<p>صورت هزینه های ارائه</p> <p>کد عمل جراحی:</p> <p>ریال)</p> <p>ریال)</p> <p>ریال)</p> <p>امضای اعضای کمیته رفاهی :</p>						
شناسه و ارزی	شماره حساب	کد شعبه	نام شعبه	بانک	ملی	
<p>درج شماره حساب الزامی می باشد.</p>						
<p>کسورات:</p> <p>مبلغ قابل پرداخت:</p>						
<p>تائید و امضاء کارشناس</p>						

تذکر: در تعیین نوع عضویت بیمه شده درینکی از صندوق های عادی یا ویژه نهایت دقت به عمل آیدمیثولیت هرگونه خسارت در صورت بروز مشکل بعهده دبیر کمیته رفاهی می باشد.

فوم پستوی شدن در بیمارستان

عضو محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحویل فرمائید . به فرمهای که ناقص، تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد .

<p>نام و نام خانوادگی بیمار</p> <p>تاریخ شروع پوشش درمانی</p> <p>نام پدر</p> <p>تایید استان:</p>	<p>شماره شناسنامه</p> <p>نسبت با عضو اصلی ساکن شهرستان</p> <p>گواهی می شود نامبرده عضو اصلی / افراد تحت تکفل عضو اصلی با شماره پرسنلی شماره شناسنامه</p> <p>تحت پوشش صندوق هزینه</p> <p>تاریخ تولد روز ماه سال در تاریخ استخدام و از تاریخ</p> <p>مازاد درمان قرار گرفته و تازمان بستري شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است . نام وی در صفحه و دیف صورت اسامی اعضای صندوق تامین هزینه های مازاد درمان درج گردیده است . ضمناً علت بستري شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است .</p> <p>تاریخ و مهر امضاء واحد :</p> <p>امضاء ییمه شده اصلی :</p>
<p>گواهی می شود خانم / آقای</p> <p>توسط اینجانب دکتر</p> <p>جهت بستري شدن به بیمارستان</p> <p>نوع عمل جراحی :</p>	<p>به شماره شناسنامه</p> <p>به شماره نظام پزشکی</p> <p>به شماره نظام پزشکی</p> <p>علت بستري شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد / نمیباشد .</p> <p>کد جراحی :</p> <p>(با توجه به کتاب ارزشیابی نسبی مشخص شود)</p>
<p>گواهی میشود خانم / آقای</p> <p>طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر</p> <p>به این بیمارستان معرفی و از تاریخ</p> <p>دریافت گردیده است .</p>	<p>در تاریخ</p> <p>محل صدور</p> <p>به شماره شناسنامه</p> <p>بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه</p> <p>روز بستري و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت</p> <p>رسال از وی</p> <p>لغایت</p> <p>بمدت</p> <p>رسال (بحروف)</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان :</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می باشد لذا مستولیت هر گونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود .</p> <p>درصورتیکه هر یک از اعضاء بعلت حادثه در بیمارستان بستري گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه ، علت و تاریخ وقوع حادثه می بايست بیوست این فرم ارائه گردد .</p>	<p>در تاریخ</p> <p>محل صدور</p> <p>به شماره شناسنامه</p> <p>بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه</p> <p>روز بستري و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت</p> <p>رسال از وی</p> <p>لغایت</p> <p>بمدت</p> <p>رسال (بحروف)</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان :</p>