

اطلاعیه

به اطلاع کلیه اعضای محترم هیأت علمی و کارکنان محترم دانشگاه می‌رساند؛ نماینده شرکت بیمه کوثر از روز دوشنبه ۱۳۹۹/۱۰/۱ در محل های ذیل آماده دریافت مدارک و هزینه های پزشکی می باشد.

– از شنبه تا سه شنبه هر هفته از ساعت ۹ تا ۱۲ در محل طبقه همکف سازمان مرکزی

– روزهای چهارشنبه هر هفته از ساعت ۹ تا ۱۲ در محل دانشکده کشاورزی

– تمام روزهای هفته از ساعت ۸ تا ۱۳ در محل شعبه سرپرستی بیمه کوثر به آدرس

خیابان توحید – توحید ۵

– در سایر استانها به سرپرستی شرکت بیمه کوثر مراجعه فرمایند.

ضمناً مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه کوثر در استان خراسان جنوبی و مدارک مورد

نیاز جهت دریافت خسارات، به شرح پیوست جهت استحضار تقدیم می‌گردد

اداره رفاه و بازنشستگی دانشگاه بیرجند

مراکز درمانی طرف قرارداد در استان خراسان جنوبی

نام مرکز	آدرس	ساعات مراجعه
بینایی سنجی آترین	بیرجند - نبش خ طالقانی ۱۵	۹ الی ۱۳ و ۱۷-۲۱
اپتومتریست معتمد خانم حاجیان	بیرجند - نبش خ طالقانی ۱۵	۱۷ الی ۲۱
آزمایشگاه پاتوبیولوژی شفا	بیرجند ، میدان طالقانی ، ساختمان شفا	۷ الی ۲۲
دندانپزشک معتمد (دکتر هنرور)	بیرجند ، خ فردوسی ، پلاک ۶۰	روزهای زوج ۱۱۵ الی ۲۱ روزهای فرد ۹ الی ۱۵
دندانپزشکی (دکتر هنرور)	بیرجند ، خ فردوسی ، پلاک ۶۰	روزهای زوج ۱۱۵ الی ۲۱ روزهای فرد ۹ الی ۱۵
دندانپزشکی (خانم دکتر امینیان فر) بهماهنگی قبلی (۰۹۱۵۶۷۰۹۴۰۴)	بیرجند ، تقاطع غفاری و ابوریحان ، ساختمان بوعلی ، طبقه ۴ واحد ۱۱ (مطب ۰۳۲۴۲۰۸۱۶)	روزهای فرد ۱۱۶ الی ۲۰ روزهای زوج ۹ الی ۱۲/۳۰
فیزیوتراپی ولی عصر (عج)	بیرجند ، خ شیرین ، بین شیرین ۶ و ۸ ، پلاک ۵۲	۸ الی ۱۲ و ۱۶ الی ۲۱
مرکز پزشکی هسته ای بیرجند	بیرجند ، خ پاسداران پایین تر از میدان جانبازان	۸ الی ۱۳ و ۱۶ الی ۲۱
آزمایشگاه پاتوبیولوژی پیشگام	بیرجند ، خ مفتح ، نبش مفتح ۴	۷ الی ۲۲
عینک سازی و بینایی سنجی نور	بیرجند ، خ طالقانی ، طالقانی ۱۲ پلاک ۶	۹ الی ۱۲ و ۱۸ الی ۲۱



مربوطه باید صورت حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را به بیمه‌گر تحویل شود. این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۰- ترتیب بستری شدن بیمه‌شدگان:

۱-۱۰) بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد:

۱-۱-۱۰) حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر اطلاع دهند.

۲-۱-۱۰) پیش پرداخت و هزینه‌های بیمارستانی را راساً تامین نمایند.

۳-۱-۱۰) مدارک مورد نیاز را ترجیحاً از طریق نماینده بیمه‌گذار جهت اخذ خسارت درمان برای بیمه‌گر ارسال نمایند.

۴-۱-۱۰) بیمه‌شدگان می‌توانند ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از بیمه‌گر اول (سازمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی یا خدمات درمانی نیروهای مسلح) اقدام و سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و تأییدیه پرداخت بیمه‌گر پایه، از طریق نماینده بیمه‌گذار به بیمه‌گر، هزینه‌های انجام شده را با رعایت ماده ۷ تا سقف مقرر بر اساس مفاد این قرارداد دریافت نمایند.

۵-۱-۱۰) در مواردی که بیمه شده از مزایای پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول استفاده نمی‌نمایند، حداقل ۳۰ درصد از خسارت ارزیابی شده به عنوان فرانشیز کسر خواهد شد.

۲-۱۰) بیمارستان‌های طرف قرارداد:

۱-۲-۱۰) با ارائه مدارک مورد نیاز بیمه‌شدگان می‌توانند ضمن رعایت مفاد اعلامیه مربوط به نحوه سرویس‌دهی درمان در این شرکت مستقیماً به بیمارستان‌های طرف قرارداد مراجعه و بستری گردند.

۲-۲-۱۰) هزینه‌های خارج از تعهد و خارج از سقف برعهده بیمه‌شده می‌باشد و در صورت پرداخت اینگونه هزینه‌ها توسط بیمه‌گر، از تاریخ اعلام کتبی آن به بیمه‌گذار، مبلغ اعلام شده می‌بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت شود.

۳-۱۰) مدارک لازم جهت پرداخت خسارت:

۱-۳-۱۰) بستری و جراحی بیمارستانی:

- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و صندوق
- اصل صورتحساب پزشکان ممهور به مهر بیمارستان و صندوق
- اصل گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی گزارش اتاق عمل الزامی می‌باشد).
- اصل گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور
- اصل گواهی بیهوشی یا برگه بیهوشی اتاق عمل
- اصل قبوض یا ریز آزمایشات، رادیولوژی، سی‌تی‌اسکن و...
- اصل نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح مبنی بر استفاده پروتز).
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار
- تصویر کارت ملی بیمار
- کلیه مدارک مورد نیاز به درخواست کارشناس بیمه‌گر، شرکت ارزیاب و یا پزشک معتمد بیمه‌گر

تبصره یک: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورتحساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق ممهور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.



محل مهر "دارای اعتبار"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.



۱-۳-۲) شیمی درمانی در مطب:

- گواهی پزشک فوق تخصص آنکولوژی مبنی بر نوع شیمی درمانی و مبلغ دریافتی
- فاکتور داروهای خریداری شده
- جواب پاتولوژی
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمار

تیمبره دو: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه‌گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه‌گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق مسمور به مهر بیمه‌گر اول، نامه و پرینت از سایت بیمه‌گر پایه الزامیست.

۱-۳-۳) هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی (آندوسکوپی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام آر آی):

- اصل قبض (فاکتور) مسمور به مهر مرکز و صندوق
- دستور پزشک مسمور به مهر پزشک معالج
- تصویر جواب
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه، ارائه اصل دستور پزشک (پرگه سبز دفترچه) الزامیست.

۱-۳-۴) هزینه آزمایش:

- اصل قبض آزمایشگاه مسمور به مهر آزمایشگاه
- دستور پزشک مسمور به مهر پزشک معالج
- تصویر جواب آزمایش (در صورتی که پرداخت هزینه آزمایش منوط به تجویز پزشک متخصص باشد، ارائه گواهی پزشک معالج الزامی است).
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۱-۳-۵) هزینه ویزیت:

- اصل گواهی پزشک مبنی بر مبلغ دریافتی جهت ویزیت به همراه تاریخ و ذکر نام بیمار و مسمور به مهر پزشک معالج در سرنسخه
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

۱-۳-۶) هزینه فیزیوتراپی:

- اصل قبض (فاکتور) مسمور به مهر مرکز فیزیوتراپی (ذکر تعداد جلسات و اندامها الزامی می‌باشد).
- کاردکس جلسات فیزیوتراپی با درج تاریخ و مسمور به مهر مرکز فیزیوتراپی
- تصویر درخواست پزشک معالج برای انجام فیزیوتراپی
- تصویر کارت ملی بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می‌باشد.

محل مهر "دارای اعتبار"





شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)

کدمدرک: KIC-506-GCF-001-01

صفحه: ۸ از ۲۲

شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان گروهی

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگ سبز دفترچه) الزامیست.

۱-۳-۷) هزینه دارو:

- هزینه داروهای قابل پرداخت مربوط به داروهایی می باشد که در تعهد بیمه گر اولیه باشد.
 - بیمه گر تعهد مینماید هزینه های مربوط به دارو و همچنین مکملها ، مولتی ویتامینها و داروهای ویتامینهای که توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص تجویز گردد در صورتی که جنبه درمانی داشته باشد، با ارائه مدارک بیماری و در صورت نیاز تایید پزشک معتمد (داخلی بودن ۱۰۰ درصد و در صورت خارجی بودن ۵۰ درصد) محاسبه و پرداخت نماید.
 - بیمه گر تعهد مینماید کلیه هزینه ها و خرید داروهای بیماریهای خاص (بیماران پیوندی ، ام اس ، هیپاتیت و ...) و صعب العلاج را برای تعداد ۲ درصد از بیمه شدگان را تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت نماید.
 - ارائه نسخه دارو و ممهور به مهر داروخانه و پزشک معالج و درج قیمت توسط داروخانه و ارائه ریز فاکتور داروخانه
 - در مورد داروهای خارجی در صورت تعهد در بیمه نامه، تجویز شده توسط پزشک معالج متخصص، گواهی پزشک معالج جهت ضرورت و طول دوره مصرف آن در پشت نسخه یا سرنسخه پزشک معالج مربوطه الزامی می باشد.
 - تصویر کارت ملی بیمار
 - تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار
- تبصره سه: جهت دریافت هزینه داروهای تزریقی خاص (MS، شیمی درمانی و ...) ارائه گواهی تزریق با مهر بیمارستان و یا کلینیک معتبر الزامی است.

تبصره چهار: ارائه گواهی تزریق توسط پزشک معالج جهت داروهای تزریقی خاص مانند داروی تزریق داخل مفاصل الزامی است.

توجه: در صورت عدم محاسبه سهم بیمه پایه ارائه اصل دستور پزشک (برگ سبز دفترچه) الزامیست.

۱-۳-۸) هزینه عینک:

- اصل قبض (فاکتور) عینک سازی با سربرگ معتبر ممهور به مهر مرکز مربوطه و در صورت درخواست بیمه گر تایید اپتومتریست معتمد
 - اصل درخواست پزشک معالج ممهور به مهر پزشک معالج
 - تصویر کارت ملی بیمار
 - تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار
- ❖ بیمه شدگان می بایست در صورت درخواست بیمه گر با در دست داشتن عینک، فاکتور خرید عینک و نیز دستور پزشک برای دریافت تأییدیه به اپتومتریست های معتمد معرفی شده در سایت مراجعه نموده و پس از دریافت تأییدیه، به شعب بیمه کوثر مراجعه نمایند. لیست اپتومتریست های معتمد را می توانید از قسمت مراکز طرف قرارداد در پورتال بیمه کوثر دریافت نمایید.
- ❖ بیمه شدگان محترم دارای دفترچه خدمات درمانی نیروهای مسلح ضمن مراجعه به دفاتر ساتا و دریافت سهم بیمه پایه با ارائه تصویر دستور پزشک، تصویر فاکتور عینک ممهور به مهر سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و مشخص نمودن سهم سازمان مربوطه بدون تأیید اپتومتریست معتمد تا سقف مندرج در بیمه نامه می توانند از تعهد عینک استفاده نمایند.

هر گونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر "دارای اعتبار"





شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)

شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان گروهی

کد مدرک: KIC-506-GCF-001-01

صفحه: ۹ از ۲۲

۱-۳-۹) هزینه های جراحی مجاز سرپایی، ختنه، لیزر درمانی و ...

• گواهی پزشک معالج با ذکر توضیحات کامل مبنی بر نوع جراحی و با خدمت انجام شده جهت بیمار و ذکر مبلغ دریافت شده از بیمار (در خصوص موارد جراحی همراه با آکزیون و خارج سازی بافت از بدن بیمار، ارسال جواب پاتولوژی الزامیست).

• تصویر کارت ملی بیمار

• تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

توجه: موارد جراحی همراه با آکزیون و خارج سازی بافت از بدن بیمار ارائه جواب پاتولوژی الزامیست.

تبصره پنجم: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق مسمور به مهر بیمه گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.

۱-۳-۱۰) رادیوتراپی:

• دستور پزشک متخصص طب هسته ای یا متخصص آنکولوژی

• فاکتور صادر شده توسط مرکز با ذکر تعدادشان های مصرفی

• جواب پاتولوژی

• تصویر کارت ملی بیمار

• تصویر صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

تبصره ششم: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق مسمور به مهر بیمه گر اول، نامه و یا پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.

۱-۳-۱۱) سمعک:

• دستور پزشک متخصص یا فوق تخصص گوش و حلق و بینی

• ارائه شنوایی سنجی

• ارائه فاکتور معتبر از نمایندگی های فروش مجاز و اداری مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا ذکر کامل مشخصات سمعک مورد نظر در فاکتور مربوطه

• تصویر کارت ملی بیمار

• تصویر صفحه اول برگه دفترچه بیمه بیمار

تبصره هفتم: در صورت مراجعه به مراکز خصوصی و عدم محاسبه سهم بیمه گر پایه در صورت حساب، مراجعه به بیمه گر پایه و ارائه تصویر مدارک فوق مسمور به مهر بیمه گر اول، نامه و پرینت از سایت بیمه گر پایه الزامیست.



محل مهر "دارای اعتبار"

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.



شرکت بیمه کوثر شماره ۱۰۱

شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه درمان گروهی

کدمدرک: KIC-506-GCF-001-01

صفحه: ۱۰ از ۲۲

۱۰-۳-۱۲) دندانپزشکی:

بیمه شدگان می توانند با رعایت موارد ذیل به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد با بیمه گر مراجعه نمایند.

- هزینه های انجام کار، در مراکز غیر طرف قرارداد با بیمه گر، طبق تعرفه های دندانپزشکی اعلام شده از سوی بیمه گر، محاسبه و پرداخت می گردد.
- هزینه های انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد دندانپزشکی از تاریخ انجام خدمت در طول قرارداد بمدت شش ماه و پس از پایان قرارداد، بمدت سه ماه معتبر بوده و پس از این مدت به هیچ عنوان قابل پرداخت نمی باشد.

❖ نسخ صادره از سوی دندانپزشک غیر طرف قرارداد می بایست شامل موارد ذیل باشد:

- نام و نام خانوادگی کامل بیمار بدون خط خوردگی
- تاریخ انجام خدمت بدون خط خوردگی
- توضیح کامل جزئیات و شرح درمان صورت گرفته به همراه مبلغ دریافتی، بدون خط خوردگی
- مهر نظام پزشکی و امضاء دندانپزشک ارائه دهنده خدمت
- موارد ذکر شده بالا می بایست در سرپرگ رسمی دندانپزشک ارائه دهنده خدمت، که شامل آدرس مطب ایشان می باشد، ثبت و ذکر گردد.
- ارائه ریز خدمات در سر نسخه دندانپزشک دارای مبلغ هر خدمت بصورت جداگانه و مسهور به مهر دندانپزشک
- ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از خدمت طبق دستورالعمل ارائه شده به بیمه گذار
- دریافت تاییدیه از دندانپزشک معتمد جهت خدمات انجام شده در مراکز غیر طرف قرارداد
- تصویر کارت ملی و تصویر صفحه اول برگه دفترچه بیمه بیمار
- در مواردی که کار صورت گرفته برای بیمار شامل چندین مرحله می باشد، باید پس از پایان انجام تمام کارها توسط دندانپزشک، صورتحساب و نسخه صادر گردد و لذا در صورتی که کار انجام یافته توسط دندانپزشک ناقص باشد، هزینه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- در مورد خدمات درمان ریشه دندان (عصب کشی) و جراحی های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است.
- برای جراحی لثه، رادیوگرافی OPG الزامی بوده و این عمل صرفاً می بایست توسط متخصص لثه پریدونتیسیت صورت بگیرد.
- خدمات فضا نگهدارنده ثابت و متحرک صرفاً توسط متخصصین دندانپزشکی کودکان (اطفال) قابل انجام می باشد.
- هزینه های جرم گیری و بروساز کامل هر یک یکبار در سال قابل پرداخت است.
- تمامی خدمات دندانپزشکی ارائه شده به بیمار در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد در سیستم مکاتیزه ثبت می گردد، لذا خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.
- تمامی مدارکی که در لیست جدول شرح خدمات و تعرفه های دندانپزشکی (پیوستی قرارداد) جهت دریافت خسارت توسط مراکز طرف قرارداد ذکر گردیده است برای مراکز غیر طرف قرارداد نیز لازم الاجرا می باشد.
- در صورت انجام درمان دندانپزشکی و پرداخت سهم بیمه گر اول (همچون بیمه مکمل درمان) فرانشیز کسر نمی گردد.
- کلیه تعهدات دندانپزشکی در این قرارداد به صورت شناور می باشد.

❖ ۱۰-۴) استثنائات دندانپزشکی:

- عیوب مادرزادی که قبل از انعقاد قرارداد بیمه مشخص بوده و بیمه گذار از آن مطلع شده باشد.
- خدمات تکراری قابل پرداخت نمی باشد.

ماده ۱۱: فهرست اعمال غیر معجز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت درمان، آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می گردد.

هرگونه تکثیر و کپی برداری ممنوع می باشد.

محل مهر "دارای اعتبار"

