باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره: ۶۱/۱۴۰۵/۱۳۳۰۴

تاریخ: ۱۴۰۵/۶/۲۴

پیوست: .....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان

۴۰۵/۴۶۳۲۲

شماره قرارداد : **تاریخ صدور :**

بیمه گزار : دانشگاه سمنان **تاریخ شروع: ۱۴۰۵/۷/۱**

تعداد بیمه شدگان : طی الحاقیه متعاقباً اعلام می گردد **تاریخ انقضاء : ۱۴۰۶/۶/۳۱**

کد معرف ۱۱۳۳۰۲۱ **تاریخ موثر :**

این قرارداد بین شرکت آتیه سازان حافظ شعبه استان سمنان به شناسه ملی ۱۰۱۰۲۱۷۳۷۲۸ و کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۴۳۹۷۸۵۱ به نمایندگی آقای محمد اسماعیل قزوهی به کد ملی ۴۵۶۸۷۵۹۷۱۴ مدیر شعبه استان سمنان که منبعد بیمه‌گر نامیده می‌شود از یک طرف و دانشگاه سمنان به شناسه ملی ۱۴۰۰۳۰۸۴۷۱۵ و کد اقتصادی ۴۱۱۴۱۴۵۵۶۱۳۳ به نمایندگی آقای دکتر محمد حسن یوسفی به سمت معاون اداری ، مالی و مدیریت منابع دانشگاه که منبعد بیمه گزار نامیده می شود از طرف دیگر، براساس قانون مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶، مقررات و آئین نامه های شورای عالی بیمه و پیشنهاد کتبی بیمه گزار که جزو لاینفک قرارداد می باشد با شرایط خصوصی ذیل با تعهد به نتیجه تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد.

فصل اول – کلیات

تعاریف و اطلاعات مذکور در این قرارداد منحصراً با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند :

ماده ۱ – بیمه گر

شرکت آتیه سازان حافظ که در این قرارداد در ازای دریافت حق بیمه با فرض مسئولیت متعهد به انجام مفاد این قرارداد می باشد.

تبصره: بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی، بیمه تامین اجتماعی نیروهای مسلح و سازمانهای مشابه به عنوان « **بیمه گر پایه** » و شرکت آتیه سازان حافظ به عنوان « **بیمه گر** » محسوب می شوند.

ماده ۲ – بیمه گزار

دانشگاه سمنان « **به نشانی : سمنان – میدان دانشگاه – روبروی پارک سوکان – پردیس شماره یک** »که متعهد ارائه لیست بیمه شدگان و پرداخت حق بیمه می باشد.

ماده ۳ – بیمه شدگان :

عبارتند از کارکنان شاغل رسمی، پیمانی و قراردادی، اعضای خانواده تحت تکفل و غیر تحت تکفل. آنها، پدر و مادر غیر تحت تکفل و تحت تکفل و بیمه شده اصلی که توسط بیمه گزار معرفی می شوند و بازنشستگان صرفاً فرد بازنشسته و افراد تحت تکفل و پدر و مادر آنها و وظیفه بگیران (به شرط پرداخت کامل مبلغ بیمه) و ایثارگران و خانواده آنها

تبصره ۳-۱- تعداد افراد مشمول بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر از شاغلین و بازنشستگان، به همراه افراد تحت تکفل؛ پدر و مادر غیر تحت تکفل آنان می باشند که بایستی برای اخذ پوشش بیمه ای معرفی گردند .

تبصره ۳-۲- منظور از اعضای خانواده : همسران دائمی، فرزندان و والدین تحت تکفل بیمه شده اصلی که به تبع وی دارای دفترچه درمانی بیمه گر اول می باشند و والدین غیر تحت تکفل. ضمناً سایر افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با ارائه مدارک قانونی از جانب مراجع ذیصلاح می توانند تحت پوشش قرار گیرند . (جهت احراز تحت تکفل، حضور پدر و مادر و ارائه مدارک مثبته الزامی است)

تبصره ۳-۳- فرزندان اناث (به شرط داشتن دفترچه بیمه) تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می باشند . و فرزندان ذکور به شرط داشتن دفترچه بیمه حداکثر تا سن ۲۵ سالگی تمام و در صورت ادامه به تحصیل دانشگاهی تا ۳۰ سالگی تمام به شرط عدم اشتغال به کار و تجرد.

آتیه سازان حافظ شعبه استان سمنان شماره ثبت ۲۹۸۷

سمنان
روبروی پارک سوکان
پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان
سازمان مرکزی
کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱
تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳
نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳
نشانی الکترونیکی:
www.semnan.ac.ir

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir

۱-۳-۳- پوشش بیمه ای فرزندانی که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده اند به شرط استمرار پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت .

تبصره ۳-۴- کلیه کارکنان اناث بیمه شده اصلی، می توانند همسر و فرزندان و پدر و مادر تحت تکفل و غیر تحت تکفل خود را همانند سایر بیمه شدگان، و با رعایت مفاد این قرارداد به شرط پرداخت کامل مبلغ بیمه در ابتدای این قرارداد بیمه نمایند .

ماده ۴– تعهدات بیمه :

عبارت است از : جبران هزینه های پزشکی و اعمال جراحی ناشی از بیماری و حوادث مشمول بیمه مازاد بر بیمه گر اول طبق شرایط مقرر در این قرارداد

فصل دوم – وظایف و تعهدات بیمه گزار

ماده ۵– حدود وظایف

بیمه گزار موظف است هنگام عقد قرارداد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز پس از امضا و مبادله قرارداد فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان را به صورت الکترونیکی و در قالب فرمت اعلام شده از طرف بیمه گر، تهیه و ارسال نماید . بدیهی است ملاک صدور معرفی نامه یا پرداخت هزینه های پزشکی، اسامی اعلام شده در لیست مذکور می باشد .

فرمت ارسال اطلاعات ضمن عقد قرارداد به بیمه گزار اعلام خواهد شد.

تبصره ۵-۱- لیست اولیه اسامی و مشخصات بیمه شدگان بایستی حاوی اطلاعات زیر باشد : شماره ردیف کد ملی – نام - نام خانوادگی – تاریخ تولد (روز / ماه/ سال) – جنسیت – نام پدر – شماره شناسنامه – نسبت هر یک از اعضای خانواده با بیمه شده اصلی – وضعیت تکفل – زیر گروه قرارداد – کد ملی بیمه شده اصلی – شماره دفترچه درمانی – نام بیمه گر اول

تبصره ۵-۲- فهرست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گزار مطابق ماده ۵ ارسال گردیده در ۲ نسخه توسط بیمه گر چاپ و به امضا طرفین رسیده، ممهور و مبادله گردد . صرفا چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت خسارت مورد استناد بیمه گر قرار خواهد گرفت .

تبصره ۵-۳- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان و هر یک از اعضای خانواده شان « **در لیست اسامی اولیه**» موضوع تبصره های ۵-۱ و ۵-۲ قرارداد درج نباشد به استناد « **از قلم افتادگی** » نمی توانند در اعداد بیمه شدگان این قرارداد قرار بگیرند. مگر بیمه گزار دلایل موجهی ارائه و مورد تایید بیمه گر واقع گردد . در این صورت شروع پوشش بیمه ای این دسته از بیمه شدگان از اولین روز ماه بعد بیمه ای بعد از اعلام کتبی بیمه گزار خواهد بود.

تبصره ۵-۴- بیمه گزار مکلف است در طول مدت قرارداد تغییرات ماهانه ناشی از افزایش و کاهش تعداد بیمه شدگان را مطابق تبصره های ۵-۱ و۵-۲ با اضافه نمودن علت تغییر وضعیت–تاریخ تغییر وضعیت–وضعیت بیمه شده–برای بیمه گر ارسال نماید.

۱-۴-۵- افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به اعداد بیمه شدگان اضافه شوند عبارتند از : افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی بازگشت از مرخصی بدون حقوق، انتصاب مجدد، زوج یا زوجه ی کارکنانی که ازدواج نموده، و افرادی که در اثنای سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار می گیرند .پوشش بیمه ای آنان منوط به اعلام بیمه گزار حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز می باشد . بدیهی است شروع پوشش بیمه ای آنان از تاریخ تغییر وضعیت خواهد بود.

۲-۴-۵- نوزادان از بدو تولد، بیمه می باشند منوط به آنکه بیمه گزار لیست آنان را حداکثر تا ۶۰ روز پس از تولد به بیمه گر اعلام نمایند.

ثبت شعبه سمنان شرکت آتیه سازان حافظ شماره ثبت ۷۷۹۸۷

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

۳-۴-۵- موارد حذف بیمه شدگان (به شرط عدم استفاده از هزینه های درمانی) عبارتند از خروج از کفالت و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه گزار قطع می شود و انتقال، استعفاء اخراج، مرخصی بدون حقوق، ماموریت به سایر دستگاه ها و خارج شدن از تحت تکفل می باشد. متوفیان از تاریخ فوت حذف می شوند تاریخ موثر برای حذف این دسته از بیمه شدگان منوط به اعلام کتبی بیمه گزار و به استناد مدارک مثبته از تاریخ فوت و یا قطع همکاری می باشد .

۴-۴-۵- بیمه شده اصلی چنانچه در طول مدت قرارداد فوت نماید پوشش بیمه ای اعضای خانواده وی مشروط به استمرار پرداخت حق بیمه، صرفا تا پایان سال بیمه ای قرارداد ادامه خواهد یافت .

ماده ۶ – میزان حق بیمه

با توجه به تعهدات بیمه گر حق بیمه ماهیانه، مبلغ ۲۰/۹۰۰/۰۰۰ ریال برای هر یک از بیمه شدگان مورد اشاره ماده ۳ می باشد.

*بیمه گزار موظف است بر اساس تعداد کل بیمه شدگان حق بیمه را محاسبه و طبق ماده ۷ در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

*طبق بخشنامه شماره ۲۰/۱۱/۲۹۵۷۷ مورخ ۱۴۰۰/۴/۱۲ مالیات بر ارزش افزوده به خدمات بیمه ای تکمیلی درمان تعلق نمی گیرد.

*مبلغ یک میلیارد تومان صندوق ذخیره فنی بدون در نظر گرفتن اضافه نرخ به عنوان آفر توسط بیمه گر ایجاد و با نامه معرفی بیمه گزار پرداخت می گردد.

*بیمه گر موظف می باشد ضمانت حسن انجام تعهدات (ضمانت نامه بانکی) معادل ده درصد مبلغ کل قرارداد را مطابق شرایط و ضوابط مورد توافق، در اختیار بیمه گزار قرار دهد.

ماده ۷– ترتیب پرداخت حق بیمه

بیمه گزار مکلف است حق بیمه قرارداد را با توجه به تعداد بیمه شدگان در پایان هر ماه و حداکثر تا یک ماه بعد در وجه بیمه گر منوط به پرداخت به موقع خسارت طبق ماده ۱۵ پرداخت نماید.

تبصره ۷-۱- حق بیمه مربوطه به تغییرات ماهانه بیمه شدگان (افزایش و کاهش) که به وسیله الحاقی تعیین می گردد که بایستی همراه با حق بیمه سایر بیمه شدگان حداکثر تا ۳۰ روز تسویه شود .

۱-۱-۷- در مورد افزایش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه کسر ماه ؛ یک ماه تمام محاسبه می شود .

۲-۱-۷- در مورد کاهش تعداد بیمه شدگان، حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی باشد.

فصل سوم : شرایط و میزان تعهدات بیمه گر

ماده ۸ – حدود تعهدات

بیمه گر متعهد است در ازای انجام وظایف و تعهدات بیمه گزار هزینه های پزشکی موضوع قرارداد را برای یک سال بیمه ای بر پایه آخرین تعرفه های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و درمان در کتاب تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی بر اساس حق تعرفه خصوصی و دولتی متناسب با نوع مرکز مراجعه شده به شرح تعهدات زیر جبران نماید :

شرکت آتیه سازان حافظ شعبه سمنان شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir

باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فنّاوری

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

جدول تعهدات

ردیف	شرح		فرانشیز
۱	جبران هزینه های اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع،جراحی های عروق بزرگ نظیر کاروتید و آئورت، جراحی قلب، آنژیوپلاستی عروق بزرگ نظیر کاروتید، آئورت و عروق کرونر، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه،پیوند قلب، پیوند مغز استخوان، تهیه و جبران اعضای طبیعی و مصنوعی بدن، جبران هزینه سوختگی (جبران هزینه های سوختگی چنانچه جنبه درمانی داشته باشد قابل بررسی و پرداخت می باشد و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۲	جبران هزینه‌های بستری،جراحی،شیمی درمانی (بستری، دارو) رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، جراحی های دیسک ستون فقرات، اعمال لاپاراسکوپیک، انواع سنگ‌شکن، جراحی های چشم، جبران هزینه های پروتز (مانند لنز که طی جراحی های مورد تعهد در داخل بدن کار گذاشته می شود) در بیمارستان و مراکز جراحی محدود CARE DAY، جبران هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال و پرداخت هزینه های داروی بیماران خاص شامل: ام اس،ALS، پارکینسون، آلزایمر، تالاسمی، خود ایمنی، ضعف عصب و عضله، پسوریازیس، آرتریت روماتوئید، دیالیزی، پیوند کلیه و کبد، هموفیلی، لوپوس وپمفیگوس و سایر مواردی که در کتاب ارزش نسبی دارای کد خدمت می باشد)، بستری بیماران اعصاب و روان پریشی،گامانایف تومورهای خوش خیم و بدخیم و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۳	جبران هزینه های زایمان طبیعی و عمل سزارین	بدون سقف	۱۰
۴	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل: هزینه های تشخیصی، درمانی و دارویی و اعمال جراحی مرتبط (میکرو انجکشن وGIF،ZIFT ،ITSE) دارویی و لاپاراسکوپی . و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۵	هزینه های پاراکلینیک نوع (۱) مانند: انواع سونوگرافی، ماموگرافی، انواع ام آر ای، انواع اسکن، انواع سی تی اسکن، سنجش تراکم استخوان (BMD) یا دانسیتومتری، انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی، سیستوسکوپی، رکتوسکوپی، آندوسونوگرافی، رینوسکوپی، انواع اکو (اکو کاردیوگرافی، استرس اکو)، پزشکی هسته ای شامل اسکن هسته ای و اسکن رادیو ایزوتوپ، FNA، تست UBT، انواع آنژیوگرافی سرپایی، انواع سی تی آنژیو گرافی و سایر خدماتی که در کتاب ارزش نسبی دارای کد خدمت می باشد. و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۶	هزینه های پاراکلینیک نوع (۲) مانند: تست ورزش، هولتر مونیتورینگ، انواع تستهای تنفسی (مانند: اسپیرومتری، بادی باکس، DLCO، آستوگرافی (تست متاکولین)، ارگواسپیرومتری، پلتیسموگرافی و غیره)، انواع نوارنگاری انواع خدمات الکترو میوگرافی و هدایت عصبی (مانند: نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، خدمات تشخیصی یورودینامیک مانند نوارمثانه (الکترومیوگرافی مثانه)، مانومتری و غیره، شنوایی سنجی (مانند: تمپانومتری، ادیومتری، ABR (بررسی عصب شنوایی)، EVOK گوش)،خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم (مانند: تستOCT،V.E.P، پریمتری چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، اپتومتری(بینایی‌سنجی)،ORBSCAN، GDX، پاکیمتری،IOLMASTER، توپوگرافی، کاردرمانی، گفتار درمانی، پنتاکم،HRT، Mapping Brain،ICG تست خواب و سایر خدماتی که در کتاب ارزش نسبی دارای کد خدمت می باشد. و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۷	هزینه های مربوط به جراحی های مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیزیون لیپوم، SMART PLUG، تزریق IVIG، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمانهای بیمه گر توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت مانند: شکستگیها، در رفتگیها، آتل گذاری، انواع گچ گیری (خرید انواع گچ، دستمزد گچ گیری ۱،۵ برابر تعرفه)، بیرون آوردن جسم خارجی فرو رفته در گوشت، کشیدن ناخن، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، انواع پاتولوژی، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی ازگوش و بینی، تزریق در داخل مفاصل، تزریقات(بدون اعمال تعرفه و فقط با کسر ۱۰ درصد فرانشیز)، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (دارو، تخت اورژانس، تزریق، ویزیت و ...)، پانسمان و سایر خدماتی که در کتاب ارزش نسبی دارای کد خدمت می باشد. و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۸	جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک، لازک و فنتولیزیک)در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای دو چشم	بدون سقف	۱۰

شرکت آتیه سازان حافظ
ثبت شعبه سمنان
شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷

سمنان
روبروی پارک سوکان
پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان
سازمان مرکزی
کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱
تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳
نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳
نشانی الکترونیکی:
www.semnan.ac.ir

باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فنّاوری

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

۹	غربالگری نوزادان پس از تولد، انواع آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، آزمایش هورمونی، انواع تستها، پاپ اسمیر، آمینوسنتز، آمینوشور، جبران هزینه های آزمایش(حتی آزمایشهای غربالگری دوران بارداری)، رادیولوژی و فیزیوتراپی (لیزر فیزیوتراپی پرتوان و کم توان) در صورت انجام فیزیوتراپی توأم با لیزر پرتوان، کم توان و مگنت تراپی قابل پرداخت می باشد و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۱۰	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری‌شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار (در زمان بستری) به سایر مراکز تشخیصی و درمانی طبق دستور پزشک معالج – خارج شهر	بدون سقف	۱۰
۱۱	جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری‌شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار (در زمان بستری) به سایر مراکز تشخیصی و درمانی طبق دستور پزشک معالج – داخل شهر	بدون سقف	۱۰
۱۲	پرداخت کلیه هزینه های دندان پزشکی(اعم از انواع ترمیم، انواع جراحی، عصب کشی، ایمپلنت، ارتودنسی، هزینه دست دندان مصنوعی، جرمگیری، روکش، کف بندی، کلسیم تراپی،هزینه لابراتور) و **سایر موارد مشابه.** تبصره : تمامی اعضای خانواده می توانند از سقف دیگر اعضای خانواده استفاده نمایند **(شناور)**	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ شناور	۱۰
۱۳	پرداخت هزینه عینک و لنز طبی با تجویز پزشک متخصص یا اپتومتریست تبصره : تمامی اعضای خانواده می توانند از سقف دیگر اعضای خانواده استفاده نمایند **(شناور)**	۸۰/۰۰۰/۰۰۰ شناور	۱۰
۱۴	هزینه های انواع سمعک و اروتز و وسایل کمک توان بخشی مانند: کمربند، جوراب واریس، بریس، زانوبند، گردنبند، اسپیلنت، کفی طبی و کفش طبی بدون در نظر گرفتن شرط جراحی، و CPOP صرفا برای بیماران با سابقه بستری و بیماریهای تنفسی و سایر موارد مشابه تا سه برابر تعرفه های مصوب و کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد. کپسول اکسیژن و تشک مواج، کلسین تراپی، داروهای هورمون رشد در موارد خاص با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل بررسی و پرداخت است. و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰
۱۵	پرداخت هزینه های داروهای در تعهد بیمه همگانی و۹۰ درصد داروهای داخلی، خارجی، مکمل و ویتامینه که در تعهد بیمه همگانی نبوده با تجویز پزشک متخصص مربوطه. همچنین داروهای پوستی در موارد درمانی و با تجویز پزشک متخصص مربوطه و تایید پزشک معتمد بیمه گر، هزینه ویزیت کلیه پزشکان، روانپزشکان، دندانپزشکان، مشاوره، تغذیه کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار، نوار تست قند خون و سرنگ انسولین (صرفا جهت بیماران انسولینی) مشاور روانپزشکی و روان درمانی (با تایید متخصص روانپزشک مربوطه و با ذکر علت و نوع بیماری و پرداخت طبق تعرفه مصوب هیئت دولت)، فصد خون با دستور پزشک، اسپری آسم، داروهای غضروف ساز و تزریقات آن، هزینه های داروهای هورمون رشد * هزینه دارو براساس فهرست داروهای مجاز کشور طبق برند تجویزی پزشک معالج مطابق با شرایط زیر قابل بررسی و پرداخت است و (استفاده از سهم بیمه گران پاییه در خصوص داروهای تحت پوشش الزامی است) (داروهای داخلی و وارداتی تحت پوشش بیمه پایه مطابق با قوانین بیمه گر پایه پس از کسر سهم بیمه گر پایه قابل بررسی و پرداخت است. (اختلاف قیمت در تعهد است)(داروهای داخلی و وارداتی در صورت عدم پوشش بیمه پایه با کسر فرانشیز بیمه نامه قابل بررسی و پرداخت می باشد)(در خصوص داروهای تخصصی تجویز متخصص مربوطه الزامی است)(حق فنی داروخانه و هزینه واکسن پرداخت نمی شود)(داروهای مکمل و ویتامین به استثناء زیبایی و پوستی، افزایش یا کاهش وزن، تقویت قوای جنسی) با تجویز پزشک متخصص قابل بررسی و پرداخت است) و **سایر موارد مشابه.**	بدون سقف	۱۰

- فرانشیز کلیه بندها درصورت عدم استفاده بیمه گر اول ۱۰ درصد می باشد.
- هزینه ها تمامی بندها براساس بالاترین تعرفه بخش خصوصی هیئت وزیران (به استثنای خرید انواع گچ، دستمزد گچگیری بند ۷ تعهدات) قابل رسیدگی وپرداخت میباشد.
- هزینه های دندانپزشکی و عینک به صورت شناور بدین معنا که یک فرد ازاعضای خانواده میتواند ازسقف تعیین شده دیگر اعضای خانواده استفاده نماید .
- حق بیمه این قرارداد جهت کلیه بیمه شدگان اعم ازشاغل(رسمی -قراردادی) بازنشسته ها و پدرو مادر یکسان میباشد .
- مدت زمان پذیرش اسناد در دوره قرارداد جهت کلیه هزینه ها ۶ ماه و پس از پایان قرارداد ۳ماه میباشد .
- بیمه گزار موظف است حق بیمه را در همین برگه درج نماید وحق دخل و تصرف در بندهای قرارداد وجود ندارد.

ضمنا در صورت تغییر تعرفه ها در طول قرارداد بیمه گر متعهد می گردد مبنای پرداختهای مربوط به هزینه های بیمه گزاران را براساس آخرین تعرفه ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و درمان پرداخت نماید.

شرکت آتیه سازان حافظ
شعبه سمنان
شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷

سمنان
روبروی پارک سوکان
پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان
سازمان مرکزی
کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱
تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳
نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳
نشانی الکترونیکی:
www.semnan.ac.ir

باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir

تبصره ۱-۸- بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی در (مطب) مندرج در فهرست پیوست را ندارد.

تبصره۲-۸- فرانشیز

فرانشیز بابت سهم بیمه گر اول مطابق مندرج جدول موضوع ماده ۸ می باشد که بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت آن ندارد.

تبصره۳-۸- بیمه‌گزار متعهد است صورت هزینه‌های درمانی، تشخیصی و پاراکلینیکی را حداکثر ظرف مدت۶ماه از تاریخ انجام هزینه (چنانچه توسط بیمه شده پرداخت شده باشد) را به بیمه گر تحویل نماید در غیر اینصورت پس از انقضاء مهلت مذکور، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت ندارد و بیمه گر حداکثر تا سه ماه پس از انقضاء قرارداد موظف به پرداخت هزینه ها به بیمه گزار می باشد.

ماده ۹- اصل حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده مکلف اند در پاسخ به پرسش های بیمه گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه گر قرار دهند . اگر بیمه گذار درپاسخ به پرسش های بیمه گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد، بیمه گر حق دارد حق بیمه را از بیمه گزار دریافت کند .

ماده ۱۰- استثنائات

جبران هزینه های پزشکی موضوع ماده ۸ قرارداد، در موارد مندرج در ماده ۶ شرایط عمومی پیوست از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد.

ماده ۱۱ -

بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان ها و مراکز درمانی مجاز مختار است . در این صورت بیمه شده پس از پرداخت هزینه های مربوطه بایستی صورتحساب بیمارستان را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده از طریق بیمه شده به بیمه گر تسلیم نماید.

ماده ۱۲ -

پذیرش در بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر به صورت آنلاین بوده و نیازی به صدور معرفی نامه نمی باشد . بیمه گر متعهد می گردد چنانچه مراکز طرف قرارداد با بیمه در حین قرارداد تقلیل یابد، نسبت به جایگزینی مرکز طرف قرارداد جدید اقدام نماید. ضمنا بیمه گر متعهد می گردد تا نسبت به عقد قرارداد با همه مراکزی که از سوی بیمه گزار اعلام می شود نیز اقدام نماید.

ماده ۱۳ – ترتیب بستری شدن بیمه شدگان

تبصره ۱۳-۱- چنانچه بیمه شدگان در بیمارستانهای غیر طرف قرارداد بستری شوند لازم است نکات زیر را رعایت کنند:

۱-۱-۱۳- حداکثر ظرف مدت پانزده روز از زمان بستری در بیمارستان، مراتب را از طریق بیمه گزار به بیمه گر اطلاع دهد.

۱-۲-۱۳- پیش پرداخت و هزینه های بیمارستان را راساً تامین نمایند.

۱-۳-۱۳- اصل مدارک و صورتحسابهای بیمارستانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده را از طریق بیمه گزار و نماینده وی به منظور محاسبه هزینه های مربوطه برای بیمه گر ارسال نمایند.

۱-۴-۱۳- بیمه شدگان بایستی ابتدا نسبت به دریافت سهم خود از سازمان خدمات درمانی، تامین اجتماعی یا سازمانهای مشابه اقدام،سپس با ارائه کپی برابر اصل مدارک بیمارستانی و کپی چک دریافتی از سازمانهای فوق الذکر، از طریق نماینده بیمه گزار به بیمه گر، هزینه های انجام شده را تا سقف های مقرر براساس مفاد این قرارداد دریافت نماید.

۱-۵-۱۳- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی که در طول قرارداد انجام می گردد جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت شش ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر دو ماه پس از دریافت چک بیمه گر اول می باشد.



باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

۱-۶-۱۳- محاسبه هزینه های درمان براساس تعرفه بیمارستان یا مراکز درمانی هم درجه طرف قرارداد با بیمه گر می باشد . در صورت عدم تعیین حق العمل جراح در صورتحساب بیمارستان این هزینه حداکثر معادل پنج برابر تعرفه درمانی محاسبه و حداکثر ظرف مدت یکماه پس از ارائه مدارک مثبته پرداخت خواهد شد .

تبصره : ۱۳-۲- چنانچه بیمه شدگان بخواهند از خدمات بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر استفاده نمایند موظفند نکات مشروح زیر را مراعات نمایند :

۱-۲-۱۳- با ارائه دستور پزشک معالج مبنی بر لزوم بستری در بیمارستان طرف قرارداد به ضمیمه درخواست کتبی بیمه گزار نسبت به اخذ معرفی نامه از بیمه گراقدام نمایند .

۲-۲-۱۳- حداکثر ظرف مدت سه روز از زمان بستری شدن بیمه شده در بیمارستان، مراتب از طریق بیمه شده به بیمه گر اطلاع داده شود.

۳-۲-۱۳- در موارد اورژانس و یا ساعات غیر اداری، بیمه شدگان می توانند از طریق کارت بیمه درمانی که در اختیار آنان گذاشته میشود مستقیماً به بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه گر مراجعه و بستری گردند و متعاقباً در اولین ساعات اداری روز بعد معرفی نامه مربوطه را اخذ و تحویل بیمارستان نمایند .

۴-۲-۱۳- هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده می باشد . اینگونه هزینه ها از تاریخ اعلام کتبی به بیمه گزار حداکثر ظرف مدت یکماه میبایست در وجه بیمه گر پرداخت شود.

۵-۲-۱۳- هزینه های بیمارستانی بیمه شدگانی که بعلت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تائید بیمه گر به خارج اعزام می گردند در صورت تایید صورتحساب توسط سفارت جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه تا سقف تعهدات سالیانه هزینه های بیمارستانی مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد .

ماده ۱۴-

بیمه گر مکلف است نسبت به معرفی نماینده جهت حضور در محل پردیس شماره یک دانشگاه به منظور تحویل و پذیرش هزینه های درمانی و پاسخگویی به کارکنان دانشگاه در همه روزهای کاری هفته (هر روز به میزان ۴ ساعت) اقدام لازم به عمل آورد. ضمناً بیمه گزار موظف به تجهیز دفتر به سیستم کامپیوتر و پرینتر اقدام نموده و بیمه گر بابت پذیرش اسناد بیمه شدگان رسید سیستمی تحویل دهد و امکان پذیرش اسناد بیمه شدگان از طریق اپلیکیشن بدون ارائه فیزیک سند محیا گردد.

ماده ۱۵-

بیمه گر متعهد می گردد پس از دریافت مدارک، حداکثر ظرف مدت ۷ روز کاری نسبت به واریز هزینه های انجام شده از سوی بیمه گزار اقدام نماید و بیمه گر موظف است از طریق ارسال پیامک یا ایمیل جزئیات مبالغ خسارات واریزی را به بیمه شده ارائه نماید و تسویه حساب حق بیمه هر ماه منوط به پرداخت به موقع خسارت طبق مدت زمان مندرج در این بند می باشد.

لذا پس از تسویه خسارات آن ماه، حق بیمه پرداخت می گردد.

ماده ۱۶-

بیمه گر موظف است نسبت به معرفی پزشک فنی به بیمه گزار اقدام نماید .

ماده ۱۷-

در صورت عدم پرداخت هزینه، مراتب به صورت مکتوب و با ارائه مستندات مربوطه در ذیل فاکتورهای تحویل شده به بیمه گزار اعلام گردد .

شرکت آتیه سازان حافظ
شعبه سمنان
شماره ثبت ۱۷۶۹۸۷

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir

باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

ماده ۱۸–

چنانچه پس از ارائه لیست؛ بیمه شوندگانی از طرف بیمه گزار، مشخص گردد تعداد بیمه شدگان (جهت محاسبه حق بیمه قطعی) کمتر از تعداد مندرج در قرارداد است بیمه گر مجاز به تغییرات در میزان تعهدات و شرایط قرارداد با توافق طرفین خواهد بود.

ماده ۱۹–

خسارت مربوط به کارکنان با تبعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند .

ماده ۲۰–

بمنظور تسریع در رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه شدگان، حق تحقیق در مورد چگونگی درمان و معالجات انجام شده و همچنین بررسی نسخ و مدارک مربوطه برای بیمه گر محفوظ می باشد رسیدگی به اشتباه در محاسبات و پرداخت حق بیمه و خسارت پرداختی حداکثر تا یکسال پس از مدت انقضاء قرارداد با درخواست کتبی بیمه گزار قابل پیگیری و انجام می باشد.

ماده ۲۱– حل اختلاف نظر

در صورت بروز هر گونه اشکال در تفسیر و نحوه اجرای قرارداد، موضوع حتی الامکان از طریق مذاکرات فیمابین حل و فصل خواهد شد . در غیر این صورت رای مراجع ذیصلاح نافذ می باشد .

ماده ۲۲–

مدت این قرارداد دوازده ماه تمام هجری شمسی است که از شروع روز ۱۴۰۵/۷/۱ آغاز و در پایان روز ۱۴۰۶/۶/۳۱ خاتمه می یابد .

ماده ۲۳– شرایط فسخ قرارداد

بیمه گر و بیمه گزار می توانند با شرایط تعیین شده آئین نامه ۹۹ بیمه درمان مصوب ۱۳۹۸/۱۰/۱۵ بیمه مرکزی درخواست فسخ قرارداد در طول مدت بیمه را بنمایند .

ماده ۲۴– شرایط تمدید قرارداد

تمدید قرارداد برای سالهای بعد در صورت رضایت بیمه گزار و بیمه گرقابل بررسی خواهد بود .

ماده ۲۵–

در کلیه مواردی که در این قرارداد ذکری به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه درمان گروهی (مصوب شورای عالی بیمه) که جزء لاینفک این قرارداد می باشد و تحویل بیمه گزار شده است و انجام تعهد وی و نیز قوانین جاری مملکت عمل خواهد شد .

ماده ۲۶ –

برای بیمه شدگان در تمام سن ها حق بیمه اضافه محاسبه نمی گردد

ماده ۲۷ –

ارائه خدمات بدون لحاظ نمودن دوره انتظار از زمان انعقاد قرارداد می باشد

-کسانیکه در دوره قبلی بیمه تکمیلی درمان نبودند و بیماری صعب العلاج دارند مدت سه ماه از زمان انعقاد قرارداد دوره انتظار شامل آنها می شود.

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir

باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

-دوره انتظار استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه است. چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زایمان اعمال نخواهد شد.

- در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء و یا حداکثر ۳۰ روز پس از پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی سال گذشته نزد بیمه گر قبلی باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.

- در صورتی که شروع این قرارداد بلافاصله بعد از انقضاء قرارداد نزد بیمه گر دیگری باشد، ارائه تصویر قرارداد و لیست بیمه شدگانی که به تایید بیمه گر قبلی رسیده باشد، جهت حذف دوره انتظار الزامی است.

ماده ۲۸ -

بیمه گر مکلف است در ابتدا قرارداد اطلاعات لازم مربوط به کتاب تعرفه های قرارداد حاضر و مدارک رقم های پرداختی را به بیمه گزار ارائه نماید.

ماده ۲۹ -

در صورت عدم انجام تعهدات مندرج در این قرارداد از طرف بیمه گر، بیمه گزار مختار است نسبت به اعمال اخذ جریمه طبق بند های ذیل اقدام نماید

الف) در مرحله ی اول بیمه گزار نسبت به اخطار بیمه گر اقدام می نماید.

ب) در مرحله ی دوم ۵٪ جریمه از رقم واریزی حق بیمه از حساب بیمه گر کسر می شود.

ج) در مرحله ی سوم ۱۰٪ جریمه از رقم واریزی حق بیمه از حساب بیمه گر کسر می شود.

د) در مرحله ی چهارم ۱۲٪ جریمه از رقم واریزی حق بیمه از حساب بیمه گر کسر می شود.

و) در مرحله ی پنجم ۱۵٪ جریمه از رقم واریزی حق بیمه از حساب بیمه گر کسر می شود.

ماده ۳۰ -

مدیر امور اداری و پشتیبانی دانشگاه به عنوان ناظر بیمه گزار معرفی می گردد.

این قرارداد مشتمل بر ۳۰ ماده و ۱۴ تبصره و در چهار نسخه که در حکم واحد می‌باشند تنظیم گردیده است ./س

بیمه گر
شرکت آتیه سازان حافظ

بیمه گزار
دانشگاه سمنان

شرکت آتیه سازان حافظ
شعبه سمنان
شماره ثبت ۱۷۴۹۸۷

دانشگاه سمنان
مدیریت امور حقوقی، قراردادها و رسیدگی به شکایات

امور قراردادها

سمنان
روبروی پارک سوکان
پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان
سازمان مرکزی
کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱
تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳
نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳
نشانی الکترونیکی:
www.semnan.ac.ir

باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی و مدیریت منابع

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir

شرایط عمومی – استثنائات قرارداد درمان

****

هزینه بیمارستانی و جراحی در موارد زیر از شمول تعهد بیمه گر خارج می باشد :

۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث بیمه شده در طی مدت بیمه باشد .

۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک متعمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد .

۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک متخصص

۴- ترک اعتیاد

۵- خودکشی، قتل و جنایت

۶- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان مگر اینکه در شرایط خصوصی به نحو دیگری توافق شده باشد

۷- جنگ، شورش اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی

۸- فعل و انفعالات هسته ای

۹- هزینه اتاق خصوصی و همراه مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر

۱۰- جنون و به طور کلی بیماریهای که شخص بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد

۱۱- جراحی فک مگر آنکه به علت وقوع حادثه تحت پوشش باشد.

۱۲- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی

۱۳- لقاح مصنوعی

۱۴- عقیم سازی (مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد.)

۱۵- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات طب کار و لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر



باسمه تعالی

وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

دانشگاه سمنان

معاونت اداری ، مالی

و مدیریت منابع

فهرست اعمال غیر مجاز سرپایی در مطب به شرح ذیل می باشد

۱- کلیه اعمالی که با بیهوشی عمومی توام باشد

۲- اعمال که برای اجرای آن باز کردن حفره شکمی ضروری باشد . (از جمله انواع فتق ها)

۳- اعمال جراحی روی استخوانهای بزرگ و طویل بدن

۴- اعمال جراحی داخل قفسه صدری – کاتتریسم قلب و عروق

۵- اعمال روی عضلات، اوتار،اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس

۶- اعمال جراحی داخل دستگاههای تناسلی و ادراری زن و مرد، گزاردن فورسیس و زایمانهای غیر طبیعی و طبیعی

۷- کلیه اعمال جراحی روی ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه

۸- اعمال جراحی وسیع استخوانهای فک و صورت و داخل حلق (منجمله شکاف کام و لب شکری، لوزتین .و سینوسها)

۹- بیوپسی انساج داخل مری، تراشه، برونشها، روده ها، مثانه، کبد، طحال

۱۰- عمل کاتاراکت، گلوکوم، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم

۱۱- عملیات وسیع گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی و غیره

۱۲- (Open Reduction) عمل جراحی استئوسنتز در شکستگی فکین

۱۳- بیرون آوردن کیست و تومورهای عمیق استخوانی فکین

۱۴- رزکسیون فک

۱۵- رزکسیون کوپزیل فک

۱۶- رزکسیون زبان

۱۷- عمل جراحی باز در آرچ زایگوما

۱۸- جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی

۱۹ جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی – فکی

۲۰- عمل جراحی روی عصب دندانی – تحتانی

۲۱- بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است .

۲۲- کلیه اعمالی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به عنوان اعمال غیر مجاز در مطب می باشند.

سمنان

روبروی پارک سوکان

پردیس شماره ۱ دانشگاه سمنان

سازمان مرکزی

کدپستی: ۱۹۱۱۱ - ۳۵۱۳۱

تلفن: ۳۳۶۵۴۰۷۰ - ۰۲۳

نمابر: ۳۳۶۵۴۰۸۰ - ۰۲۳

نشانی الکترونیکی:

www.semnan.ac.ir