



# ضوابط و دستورالعمل های یکسان بجهه های پایه

تابستان ۹۴

ویرایش اول



## قرارداده



..... تاریخ:

..... شماره:

## با اسمه تعالی

### قرارداد همکاری با پزشک / دندانپزشک

#### مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادها فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین آقا / خانم ..... با مشخصات و آدرس ذیل که از این پس پزشک / دندانپزشک نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره) ..... آقا / خانم ..... به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد ..... با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

#### ماده ۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی و درمانی توسط پزشک / دندانپزشک به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان / نهاد و قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

#### ماده ۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ ..... به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پرونده مطب دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد.



تبصره: پزشک / دندانپزشک یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

### ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعریفه و فرانشیز مصوب سالانه هیأت محترم وزیران می باشد.

### ماده ۴) تعهدات پزشک / دندانپزشک

۱-۴) پزشک / دندانپزشک با عنایت به آشنائی با خدمات تشخیصی - درمانی مورد تعهد سازمان / نهاد موظف به پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی - درمانی به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت درمانی معتبر با رعایت قوانین سازمان نظام پزشکی و سایر قوانین موضوعه مرتبط با شرح وظایف پزشکان / دندانپزشکان مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۲-۴) پزشک / دندانپزشک موظف به رعایت تعریفه های پزشکی و درمانی و فرانشیز مصوب هیأت محترم وزیران براساس مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی می باشد.

۳-۴) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعملهای اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد جزء لاینفک این قرارداد می باشد الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان / نهاد از جانب پزشک / دندانپزشک، محدودیت های انضباطی بر اساس آئین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد.

۴-۴) اعلام کتبی تعطیلی موقت یا دائم حداکثر ظرف مدت دو هفته قبل توسط پزشک به سازمان / نهاد و در صورت هرگونه تغییری در موارد مذکور، سازمان / نهاد در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.

۵-۴) پزشک / دندانپزشک موظف است هرگونه تغییر آدرس را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نماید.

۶-۴) پزشک / دندانپزشک موظف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هرماه را حداکثر تا پایان روز پانزدهم ماه بعد به سازمان / نهاد تحويل نماید. ضمناً در صورت عدم تحويل صورتحسابها، حسب ضوابط و دستورالعملهای اجرایی سازمان / نهاد ، اقدام می گردد. همچنین در صورت هرگونه اشکال در نسخ ارائه شده با صورتحسابهای تنظیمی سازمان / نهاد می تواند راساً نسبت به کسر مبالغ درخواست اقدام نماید.

تبصره: حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۷-۴) رعایت همکاری با نمایندگان و بازرسین سازمان / نهاد الزامی بوده و در صورت تخطی از آن ، طبق آئین نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد .

۸-۴) در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان / نهاد مانند کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب کتبی "حداکثر طی مدت یکماه از زمان اعلام به اطلاع نمایندگی سازمان / نهاد مربوطه رسیده و با انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی در قبال پاسخگوئی به اعتراض بعمل آمده توسط پزشک / دندانپزشک را ندارد .

۹-۴) پزشک / دندانپزشک متعهد می گردد کلیه دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمان / نهاد را رعایت نماید

۱۰) خدمات ذیل بعنوان خدمات قابل انجام در مطب مورد توافق طرفین می باشد:

-۱

-۲

-۳

.

.

.

## ماده ۵) تعهدات سازمان / نهاد

۱-۵) سازمان / نهاد متعهد می شود وجه صورتحساب ارسالی پزشک / دندانپزشک را پس از رسیدگی نهایی براساس ضوابط و مقررات به حساب پزشک / دندانپزشک واریز نماید .

۲-۵) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه ، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب پزشک / دندانپزشک منظور گردد، به سازمان / نهاد و کالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات آتی پزشک / دندانپزشک اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه پزشک / دندانپزشک درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط پزشک / دندانپزشک ، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می شود.

۳-۵) پرداخت های سازمان / نهاد صرفاً در وجه پزشک / دندانپزشک طرف قرارداد صورت می پذیرد. سازمان / نهاد موظف است در صورت تامین اعتبار صورتحساب طرف قرارداد را بعد از بررسی اسناد حداکثر ظرف مدت سه ماه پرداخت نماید.



۴-۵) هر گونه تغییر در تعریفهای مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به پزشکان طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می‌گردد.

۵-۵) سازمان / نهاد متعهد می‌شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به پزشک / دندانپزشک اعلام نماید و چنانچه پزشک / دندانپزشک به وجوده واریزی و یا کسورات اعمال شده اعتراضی داشته باشد، بایستی مراتب را کتابی حداکثر طی مدت یک ماه از زمان اعلام به اطلاع سازمان / نهاد برساند و در صورت لزوم، عملکرد ایشان مجددًا با حضور پزشک / دندانپزشک بررسی شده و در صورت صحت اعتراض، مطالبات مربوطه را به وی مسترد نماید.

#### ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد :

در صورت وقوع هرگونه تخلف به تشخیص سازمان / نهاد که منجر به خسارت ناشی از عملکرد پزشک / دندانپزشک به سازمان / نهاد شود، سازمان / نهاد مجاز است میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده را راساً از طریق کمیته فنی سازمان / نهاد محاسبه و از مطالبات آن کسر نماید. بدیهی است چنانچه عملکرد پزشک / دندانپزشک مغایر با ضوابط سازمان / نهاد بوده، سازمان / نهاد می‌تواند بر اساس قوانین و ضوابط خود اقدام نماید.

#### ماده ۷) حل اختلاف:

در صورت بروز اختلاف بین سازمان / نهاد و پزشک / دندانپزشک صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی توسط سازمان / نهاد و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای متشكل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه گر حسب مورد، دانشگاه علوم پزشکی، انجمن مربوطه (بدون حق رای) تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود.

این قرارداد در ۷ ماده ۱۵ بند و ۲ تبصره، ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می‌باشد.

امضا و مهر نماینده مجاز سازمان / نهاد

امضاء و مهر پزشک / دندانپزشک

## ضوابط و مقررات مربوط به پزشکان / دندانپزشکان :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معابر
۲. رعایت و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. تنظیم صورتحساب، اصل نسخ به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن به سازمان / نهاد
۴. تحويل دفترچه / کارت جامانده در مطب در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۵. درصورت ارسال ننمودن صورتحساب حداقل بمدت ۳ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، استناد پزشک / دندانپزشک از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می‌گردد.
۶. درصورت ارسال ننمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعليق می‌گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
۷. درصورت ارسال ننمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می‌گردد.
۸. در صورتیکه پزشک حسب صلاحیت در یک یا چند نوبت ویزیت در یک روز تجویزهای مختلف اعم از دارو یا پاراکلینیک را بنماید، صرفاً بعنوان یک ویزیت محاسبه و پرداخت می‌گردد.
۹. در مواردی که پزشک معالج همزمان ویزیت و خدمت / خدمات جنبی به بیمه شده ارائه می‌نماید چنانچه تعریف ویزیت بالاتر از خدمت جنبی باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعریفه ویزیت بوده و در صورتی که تعریف خدمت جنبی بالاتر از تعریفه ویزیت باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعریفه خدمت جنبی خواهد بود.
۱۰. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۱. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملها ای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۱۲. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران درخصوص پزشک / دندانپزشک
۱۳. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۱۴. نسخ و لیست های ارسالی می بایست ممهور به مهر و امضا پزشک باشد



۱۵. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۶. در صورتیکه پزشک پس از ویزیت بیمار، تجویزی را صلاح نبیند می باشد برگه مخصوص داروخانه یا پاراکلینیک به همراه برگه مخصوص پزشک با قید <sup>\*</sup> ویزیت شد <sup>\*</sup> عنوان یک ویزیت به دفتر استناد پزشکی / اداره ارسال نماید.

۱۷. پزشک می باشد حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از نوشتن داروهای درخواستی بیمار خودداری نماید.

۱۸. هرگونه قلم خوردگی در نسخه تجویزی و یا مشخصات بیمه شده می باشد توسط پزشک تصحیح و مهر وامضاء گردد .

۱۹. پزشک مجاز به تجویز در تاریخ های آینده، گذشته و بدون تاریخ نمی باشد.

۲۰. تجدید ننمودن نسخ مخصوص پیراپزشکان یا پزشکان دیگر

۲۱. عدم ارسال نسخ مخصوص بیمار و داروخانه

۲۲. ارسال نسخ صرفاً از طریق محل هایی که در قرارداد فی مابین مشخص شده است

۲۳. عدم ارسال نسخ ویزیت شده مخصوص پزشک که با خودکار یا مداد نوشته شده است

۲۴. نوشتن نسخ جدا شده از دفترچه

۲۵. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعریفه ها و فرانشیزهای مصوب

۲۶. جدا ننمودن نسخ مخصوص پزشک توسط پزشک جانشین غیر طرف قرارداد

۲۷. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در موسسه مربوطه

۲۸. پزشک / دندانپزشک می تواند جهت ادامه درمان به سطوح بالاتر از نسخ مربوطه جهت ارجاع استفاده و می باشد جهت محاسبه و پرداخت عنوان یک ویزیت به کمیته امداد ارسال نمایند.(صرف این پزشک طرف

قرارداد کمیته امداد امام (ره ))



## پیوست ۱

### مشخصات پزشک / دندانپزشک

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام : نام خانوادگی :

نام پدر: ..... شماره شناسنامه : ..... محل صدور : .....

کد ملی .....:

تاریخ تولد: ..... شماره نظام پزشکی : ..... جنسیت :  
مذکور ..... مؤنث

آخرین مدرک تحصیلی : ..... تاریخ دریافت آن : ..... نام دانشگاه محل تحصیل  
.....

<input type="checkbox"/> فوق تخصص	<input type="checkbox"/> فلوشیپ	<input type="checkbox"/> متخصص	<input type="checkbox"/> پزشک عمومی
رشته	رشته:.....	رشته:.....	دانپزشک عمومی

شماره پروانه مطب : ..... تاریخ اعتبار پروانه مطب : ..... برد تخصصی:  
 بله  خیر

عضو هیأت علمی دانشگاه : بله  استاد  استادیار  دانشیار  اسستاد  ) خیر   
ساعات فعالیت : صبح از ساعت ..... تا ساعت ..... عصر از ساعت ..... تا ساعت .....  
سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر:

تأمین اجتماعی  خدمات درمانی نیروهای مسلح  سازمان بیمه سلامت  کمیته امداد  سایر

توضیحات : .....  
نام و نشانی دقیق محل کار : .....

نشانی مطب : ..... کد پستی : .....  
تلفن ثابت : .....

نوع مالکیت مطب : شخصی  استیجاری

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی : .....

آدرس پست الکترونیک : .....



تلفن همراه: دورنگار:

کد اقتصادی:

شماره حساب پزشک / دندانپزشک:

شماره شبا پزشک / دندانپزشک:

فعالیت خارج از مطب:

عنوان مؤسسه	ساعت کار در مرکز مربوطه	نشانی محل کار
دانشگاهی:		
دولتی		
خصوصی:		
خبریه:		
نظامی		
عمومی غیردولتی		