



1- طرفین قرارداد:

این قرارداد فی مابین آقای / خانم دکتر - - - - - موسس - - - - - با مشخصات موجود در پیوست شماره 1 که از این پس در این قرارداد موسسه نامیده می شود از یک طرف و دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان - - - - - به نمایندگی از سازمان تأمین اجتماعی که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود منعقد می گردد .

2- موضوع قرارداد:

ارائه خدمات تشخیصی - درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت وزیران رسیده و ضوابط داخلی سازمان / نهاد

3- تعهدات موسسه:

3- الف) موسسه موظف به ارائه خدمات تشخیصی - درمانی حسب ضوابط و مقررات سازمان تأمین اجتماعی ، قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر قوانین موضوعه مرتبط با شرح وظایف موسسات پاراکلینیک مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، در حضور مسئول فنی معرفی شده به سازمان ، به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی صاحب دفترچه درمانی معتبر با رعایت تعرفه های تشخیصی - درمانی و فرانشیز مصوب و اعلامی سازمان می باشد .
تبصره: در صورت عدم حضور مسئول فنی معرفی شده در مواقع ضروری و اضطراری ، قوانین و مقررات مربوط به جانشین قابل قبول است .

3- ب) موسسه موظف به محاسبه بهای خدمات مورد تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و رعایت کلیه تعرفه ها و فرانشیز مصوب هیأت محترم وزیران براساس مواد 8 و 9 قانون بیمه همگانی می باشد .

3- ج) حق فنی مسئول فنی مؤسسه به عهده بیمه شدگان می باشد و باید حسب آخرین مصوبه قانونی محاسبه و دریافت گردد .



موضوع: قرارداد با موسسات پاراکلینیک

3-5) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرایی و ابلاغی سازمان تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مصوب هیات محترم وزیران الزامی است و موسسه میبایستی کلیه دستورالعمل های اجرایی و ابلاغی (قبل وبعد از انعقاد) در چهارچوب قرارداد فی مابین را رعایت نماید.

3-5) اعلام کتبی هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی به سازمان.

3-6) اعلام کتبی تغییر ساعت فعالیت، شیفت کاری، تغییر اطلاعات مندرج در فرم مشخصات (پیوست 1) و تعطیلی موقت یا دائم (حداکثر ظرف مدت 2 هفته) به سازمان.

3-7) اعلام کتبی هرگونه تغییر آدرس به سازمان که در این صورت سازمان درخصوص ادامه همکاری با پزشک مختار می باشد.

3-8) موسسه موظف است نسخ و صورت حساب های تنظیمی را (تأمین سقف اعلامی از سوی سازمان) هرماه حداکثر تا پایان روز دهم ماه بعد به سازمان تسلیم نماید در صورت عدم تحویل صورت حسابها در موعد مقرر موسسه باید صورت حساب مربوطه را در موعد مقرر ماه آینده تسلیم نماید و مسوولیت تأخیر پرداخت در این موارد به عهده موسسه خواهد بود و در صورت تکرار تأخیر ارسال صورت حساب بیش از دو بار در طول مدت قرارداد تصمیم گیری در خصوص ادامه قرارداد به عهده سازمان می باشد.

3-9) رعایت همکاری با نمایندگان سازمان در چارچوب این قرارداد و در محیطی صمیمانه از سوی طرفین قرارداد الزامی است و در صورت عدم همکاری، سازمان مخیر به تجدید نظر در رابطه با ادامه قرارداد خواهد بود.

3-10) در صورت محرز شدن هرگونه تخلف از مفاد قرارداد تنظیمی، سازمان طبق نظر کارشناسان ذیربط یا مراجع علمی داخل یا خارج سازمان مخیر به تجدید نظر در رابطه با ادامه قرارداد خواهد بود و می تواند براساس ماده 97 قانون تأمین اجتماعی عمل نماید.



سازمان ملی حقوق انسانی
میریت درمان استان فارس

مدیریت درمان تامین اجتماعی استان فارس

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی

کد: F / AS-pa/ 06

ویرایش: اول

صفحه: 3 از 4

موضوع: قرارداد با موسسات پاراکلینیک

4- تعهدات سازمان:

4-الف) سازمان متعهد می شود وجه صورت حساب ارسالی موسسه را بر اساس آیین نامه اجرایی قانون بیمه همگانی پس از رسیدگی مدارک به حساب موسسه واریز نماید و چنانچه در اثر اشتباه محاسبه، مبالغ کمتر یا بیشتری به حساب موسسات طرف قرارداد منظور گردد، پس از بررسی مجدد نسبت به پرداخت مبلغ کسری و یا کسر مبالغ اضافی اقدام نماید.

4-ب) سازمان متعهد می باشد پس از رسیدگی و پرداخت نسخ ارسالی، مبلغ قابل پرداخت و میزان کسورات اعمال شده را کتباً به موسسه کتباً اعلام نماید و چنانچه موسسه به وجوه واریزی و یا کسورات اعمال شده اعتراضی داشته باشد، باید مراتب را کتباً حداکثر طی مدت یک ماه از زمان ابلاغ به اطلاع سازمان برساند و در صورت لزوم اسناد مجدداً با حضور موسسه کارشناسی شده و در صورت صحت اعتراض، مطالبات مربوطه به موسسه مسترد می گردد. پس از انقضای مدت یاد شده سازمان تعهدی جهت رسیدگی به اعتراض به عمل آمده را ندارد.

4-ج) سازمان متعهد می گردد چنانچه مبلغ درخواستی موسسه کمتر از مبلغ اسناد رسیدگی شده باشد نسبت به محاسبه و واریز مبلغ محاسبه شده واقعی به حساب موسسه اقدام نماید.

4-د) سازمان متعهد می شود هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب و لیست اعمال مورد تعهد سازمان و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان را به اطلاع موسسه برساند.

5- مدت 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 پروانه تاسیس و مسئولین فنی دارای تاریخ معتبر، تمدید میگردد.

تبصره: مؤسس یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل 1 ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

این قرارداد در 5 ماده و 15 بند و 1 تبصره و 2 پیوست در 3 نسخه تنظیم که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجرا می باشد.

نام و امضاء نماینده مجاز سازمان

نام و نام خانوادگی موسس

نمونه مهر و امضاء موسسه:



موضوع : قرارداد با موسسات پاراکلینیک

شماره :

تاریخ : / /

پیوست :

کد : / / : تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

((مشخصات موسسی))

نام و نام خانوادگی :

نام موسسه :

نشانی موسسه :

تلفن موسسه :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ تاسیس :

تلفن همراه :

کد ملی :

کدپستی :

ایمیل :

ساعات فعالیت :

صبح از ساعت : تا ساعت :
عصر از ساعت : تا ساعت

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر :

تامین اجتماعی : خدمات درمانی نیروهای مسلح : بیمه سلامت : کمیته امداد : سایر :

آخرین مدرک تحصیلی :

نام دانشگاه :

تاریخ دریافت مدرک : / /

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی :

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ اعتبار :

ساعات حضور :

نمونه مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی :

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ اعتبار :

ساعات حضور :

نمونه مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی :

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ اعتبار :

ساعات حضور :

نمونه مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی :

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ اعتبار :

ساعات حضور :

نمونه مهر و امضاء :

موضوع: ضوابط و مقررات مربوط به موسسات پاراکلینیک

- 1- پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معتبر
- 2- عدم انجام هرگونه دخل و تصرف در نسخ پزشکان
- 3- عدم پذیرش دفترچه / کارت فاقد اعتبار، اعتبار گذشته، فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش
- 4- قیمت گذاری نسخ به میزان خدمات ارائه شده (قیمت گذاری تک تک خدمات درخواست شده) به بیمه شدگان در هنگام پذیرش و در حضور بیمار
- 5- رعایت و دریافت فرانشیز بر اساس آخرین مصوبات
- 6- عدم درج قیمت جهت خدمات انجام نشده در نسخ
- 7- عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیز های مصوب
- 8- تنظیم صورتحساب مطابق با خدمات ارائه شده و ارسال به موقع آن به دفتر اسناد پزشکی / اداره کل در چارچوب مفاد قرارداد
- 9- تحویل دفترچه های جامانده / کارت درمانی در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه .
- 10- در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر به مدت 3 ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و اسناد موسسه از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج خواهد شد. در مورد برقراری مجدد منوط به کسب مجوز می باشد.
- 11- در صورت ارسال نمودن صورتحساب به مدت 6 ماه، قرارداد فی مابین لغو و برقراری مجدد آن منوط به کسب موافقت کمیته عقد قرارداد می باشد.
- 12- امضاء و ممهور نمودن ظهر نسخ توسط مسئول فنی
- 13- جدا نمودن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان (فاقد درخواست)
- 14- درج عنوان (همکاری با سازمان تأمین اجتماعی) بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر به نحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد
- 15- رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آیین نامه ها و دستورالعمل های اجرایی و ابلاغی سازمان تأمین اجتماعی
- 16- هماهنگی با سازمان / نهاد و ارسال رونوشت قرارداد فی مابین در خصوص خدماتی که در آن موسسه قابل انجام نبوده و به موسسه دیگری ارجاع داده میشود (مربوط به آزمایشگاه های تشخیصی طبی) ضمناً هرگونه تغییر موسسه ارجاع شونده می باید در اسرع به اطلاع سازمان / نهاد رسانده شود
- 17- رعایت کلیه ضوابط و دستورالعمل های اجرائی ابلاغی سازمان / نهاد
- 18- رعایت کلیه آیین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- 19- موسسات فیزیوتراپی علاوه بر ضوابط و مقررات در نظر گرفته شده برای موسسات پاراکلینیک، بایستی دستورالعمل و ضوابط رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی ابلاغی سازمان را نیز رعایت نمایند.
- 20- کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استانداردهای فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.
- 21- مهلت پذیرش نسخ بیمه شدگان توسط مراکز پاراکلینیک حداکثر تا پایان ماه بعد می باشد.
- 22- تنظیم و ارسال صورتحساب، اصل نسخ به همراه فایل الکترونیک آن به سازمان / نهاد (نسخ غیر وبی)
- 23- اعلام کتبی هرگونه تغییر آدرس، تغییر ساعت فعالیت، شیفت کاری و تعطیلی موقت یا دائم، حداکثر ظرف مدت 2 هفته به سازمان
- 24- اعلام کتبی هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی به سازمان



موضوع: قرارداد با موسسات پاراکلینیک

- 25- در کارشناسی مکانیزه موارد کد ملی خدمت، تعداد و قیمت خدمت ارائه شده، شماره سریال 18 رقمی دفترچه، شماره نظام پزشکی و تاریخ (ویزیت، مراجعه و اعتبار) که در فایل ارسالی مرکز ارائه می گردد، مورد بررسی قرار می گیرد. (نسخ غیر وبی)
- 26- مابه التفاوت بهای خدمات در بخش خصوصی و خیریه به عهده بیمه شدگان بوده و باید بر اساس تعرفه های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و دریافت گردد.
- 27- عدم ارائه خدمات به نسخ بدون وجود دفترچه
- 28- عدم پذیرش نسخ تاریخ آینده و تاریخ گذشته (نسخ تجویزی تا پایان ماه بعد از تاریخ ویزیت قابل پذیرش خواهد بود)
- 29- خدمات ارائه شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخ کاغذی باشد و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می گردد.
- 30- رعایت ضوابط مربوط به تأیید نسخ دارای سقف ریالی یا تعدادی ابلاغی از طرف سازمان / نهاد
- 31- ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید
- 32- عدم ارائه خدمات به دفاتر / کارت بیمه فاقد عکس که بالای 2 سال سن دارند.
- 33- نحوه محاسبه و پرداخت نسخ تجویز شده توسط اینترن ها با شماره اینترنی و مهر بیمارستان آموزشی، همانند پزشکان عمومی بوده و صرفاً در مراکز تصویربرداری و آزمایشگاهی همان مرکز آموزشی درمانی دانشگاه با درج مهر مرکز قابل محاسبه و پرداخت است.
- 34- رعایت ضوابط و مقررات برنامه پزشک خانواده

کد مرکز:

نام کاربری:

رمز عبور:

واحد کامپیوتر

در دفاتر مالی ثبت گردید.

امور مالی



سازمان تامین اجتماعی
مدیریت درمان استان فارس

مدیریت درمان تامین اجتماعی استان فارس

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی

کد: F / AS-pa/ 06

ویرایش: اول

صفحه: 3 از 3

موضوع: قرارداد با موسسات پاراکلینیک

مواردی که نسخ موسسه مشمول کسورات می گردد:

- * نسخ مخصوص پزشک و بیمار و نسخ تجویز شده با مداد یا خودکار قرمز و نسخ کپی و نسخ مربوط به سازمان های بیمه ای دیگر
- * نسخ فاقد تاریخ، تاریخ گذشته، تاریخ آینده، تاریخ مخدوش (بدون تصحیح و مهر و امضای پزشک) و فاقد اعتبار یا ویزیت
- * اضافه قیمت ثبت شده جهت خدمات ارائه شده
- * نسخ فاقد مهر و امضاء پزشک معالج و نسخه فاقد مهر و امضاء مسئول فنی موسسه و مهر موسسه
- * ارائه خدمات خارج از لیست مورد تعهد سازمان
- * هرگونه اشتباه در ثبت نسخ کامپیوتری و یا صورتحساب های تنظیمی در صورتی که توسط پردازشگر دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی قابل پردازش نباشد.
- * در صورتی که قیمت گذاری مخدوش باشد، بایستی قیمت صحیح درج شده به تایید مجدد مسئول فنی در پشت برگ بیمه برسد.
- * نسخ با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد
- * نسخ مربوط به معاینات ادواری و چکاپ
- * اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل
- * نسخ فاقد مهر و امضاء پزشک معالج و نسخ فاقد مهر و امضاء مسئول فنی / قائم مقام مسئول فنی
- * عدم درج مهر مسئول فنی موسسه و مهر موسسه
- * عدم رعایت ضوابط و مقررات برنامه پزشک خانواده
- * کارشناسان مامایی مجاز به تجویز برخی از خدمات آزمایشگاهی می باشند که عبارتند از:

U/C - U/A - BG - RH - HBS Ag - FBS - VDRL - HCT - HB - DIFF - CBC - BHCG - BT - CT - PAPSMEAR - GRAVINDEX

نام و نام خانوادگی مسئول فنی

نام و نام خانوادگی موسس

نمونه مهر و امضاء مسئول فنی:

نمونه مهر و امضاء موسسه: