



به نام خدا



ضوابط اجرائی ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی



سازمان تأمین اجتماعی

بخشنامه

۱۰۰۰/۹۰/۵۱۸۳۷

۱۳۹۰/۱۱/۱۸







سازمان تأمین اجتماعی

کارگروه تخصصی: کارگروه تخصصی اصلاح، روان سازی و تلخیص بخشنامه ها و دستورالعمل های ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی	موضوع پروژه: ضوابط اجرائی ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی
اعضای کارگروه تخصصی:	سفارش دهنده: سازمان تأمین اجتماعی
۱- قاسم قضایی	حوزه تخصصی: مشترک بیمه ای و درمان
۲- اکبر محمد پور	مجری: مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی
۳- احمد کتابی	ادارات تخصصی همکار: اداره کل امور فنی بیمه شدگان / دفتر قوانین و مقررات
۴- پرینان رضایی	/ دفتر امور حقوقی و دعاوی / اداره کل درمان مستقیم / اداره کل مستمری ها
۵- سهراب صفایی	ناظر تخصصی اصلاح، روان سازی و تلخیص بخشنامه: شورای تنقیح مقررات
۶- علی مصلی	
۷- سید محمد رضا مشکاتی	
۸- علی سبز طجری	شروع جلسات: ۱۳۹۴/۹/۰۲
۹- سعید شیری	خاتمه جلسات: ۱۳۹۶/۰۷/۱۲
اعضای شورای تنقیح مقررات:	تعداد جلسات برگزارشده کارگروه تخصصی: ۲۹ جلسه
۱- محمد حسن زدا	تعداد جلسات برگزارشده شورای تنقیح مقررات: ۵ جلسه
۲- فرخ ملک وندفرد	مجموع نفر ساعت: ۴۲۵ ساعت
۳- شهرام غفاری	بخشنامه و دستورالعمل بازنگری شده: ۴ مورد
۴- عمران نعیمی	
۵- محمدرضا جوان جعفری	
۶- منصور آتشی	
۷- احمد پایور	
۸- رضا معینی	
۹- رسول رضایی	



فهرست مطالب

	۶	مقدمه
۵۱	بخش ششم	فرم‌های بخشنامه شماره ۱۹ بیمه‌شدگان
۶۷	بخش چهارم	بخشنامه شماره ۱۹/۱ امور فنی بیمه‌شدگان منضم به فرم‌های مربوطه
۷۵	بخش پنجم	بخشنامه سیستم جامع کمیسیون‌های پزشکی منضم به فرم‌های مربوطه
	۸	بخش اول ضوابط اجرائی ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی
	۲۱	بخش دوم فرم‌های بخشنامه ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی
	۲۹	بخش سوم معرفی بیمه‌شدگان به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۱۹ قانون تأمین اجتماعی





۱۳۹۰/۱۱/۱۸

سازمان تأمین اجتماعی، بزرگترین و محوریت‌ترین نهاد در نظام تأمین اجتماعی کشور از حیث جمعیت تحت پوشش و گستره فعالیت محسوب می‌شود و به عنوان یک نهاد اجتماعی - اقتصادی مؤثر با بخش قابل توجهی از جامعه ارتباط تنگاتنگ دارد، از سوی دیگر، تنوع خدمات بیمه‌ای ضرورت پاسخگویی به تعهدات قانونی سازمان در جهت رضایت‌مندی شرکای اجتماعی را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. بر همین اساس و در راستای شفاف‌سازی مقررات سازمانی، ایجاد وحدت رویه، بهبود مستمر و روزآمد امور و آگاهی مخاطبین سازمان از حقوق و تکالیف مقرر، پروژه مهم اصلاح، روان‌سازی و تلخیص کلیه بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم‌الاجرا با محوریت مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و مشارکت معاونت‌ها و ادارات کل تخصصی با لحاظ چشم‌انداز سازمان در افق برنامه ۱۴۰۴ به عنوان سازمانی پایدار، بویا، چابک و سرآمد در پاسخگویی، با فرآیندهای هوشمند ارائه خدمات کیفی و بهنگام، در دستور کار سازمان قرار گرفت. در این راستا ضمن بازنگری در مفاد بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های اداری در حوزه‌های بیمه‌ای و درمان و اعمال اصلاحات اساسی منطبق با تغییرات مرتبط با قوانین موضوعی و قوانین بالادستی، دستورالعمل اجرایی ماده ۹۰، قانون تأمین اجتماعی، با حضور نمایندگان تشکلهای اقتصادی و تشکلهای کارگری تنظیم و تدوین و از تاریخ صدور، جایگزین بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های اداری گذشته خواهد شد.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل تأمین اجتماعی استان‌ها، مدیریت‌های درمان، معاونین بیمه‌ای ادارات کل و رئیس و کارشناسان ارشد امور فنی بیمه‌شدگان، امور فنی مستمری‌ها، نام‌نویسی و حساب‌های انفرادی، وصول حق بیمه و فرابری داده‌های ادارات کل، کارشناسان ارشد و متخصص بهداشت حرفه‌ای مدیریت‌های درمان، رؤسا و معاونین شعب،

مسئولین امور فنی بیمه‌شدگان، امور فنی مستمری‌ها، نام‌نویسی و حساب‌های
انفرادی و وصول حق بیمه شعب، کارگزاری‌ها و سایر مسئولین و کارشناسان
مرتبط خواهند بود.
امید است این دستاورد در تلاش جمعی همکاران سازمان و در عمل، رضایتمندی
شرکای اجتماعی و تسهیل و بهبود فرآیندها در حوزه بیمه‌ای سازمان را موجب
شود.

دکتر سید تقی نوربخش
مدیرعامل سازمان

قوانین و مقررات مرتبط

- ۱- بندهای ۱، ۴، ۷ و ۸ ماده ۲ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴؛
- ۲- بند الف ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴؛
- ۳- ماده ۵۰ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴؛
- ۴- ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴؛
- ۵- ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴.
- ۶- بخشنامه‌های صادره به شماره‌های ۱۹-۱ و ۱۹/۱

نظر به اهمیت انجام معاینات قبل از استخدام توسط کارفرمایان در جهت اطمینان از قابلیت و استعداد جسمانی متناسب با کارهای مرجوع و همین‌طور حفظ و صیانت از نیروی کار و پیشگیری از حوادث و تشدید بیماری‌ها و عوارض و به منظور فراهم نمودن بستر مناسب اجرای صحیح ضوابط مقرر در ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی و در راستای تعامل و همکاری با کارفرمایان در جهت رعایت حقوق قانونی آنان و بیمه‌شدگان توجه واحدهای اجرائی را به رعایت موارد ذیل جلب می‌نماید:



فصل اول : تعاریف و مواد قانون تأمین اجتماعی

بند ۱ ماده ۲ ق.ت.ا: بیمه شده شخصی است که رأساً مشمول مقررات ق.ت.ا بوده و با پرداخت مبلغی بعنوان حق بیمه حق استفاده از مزایای مقرر در این قانون را خواهد داشت .

بند ۴ ماده ۲ ق.ت.ا: کارفرما شخص حقیقی یا حقوقی است که بیمه شده به دستور یا به حساب او کار می کند . کلیه کسانی که به عنوان مدیر یا مسئول عهده دار اداره کارگاه هستند نماینده کارفرما محسوب می شوند و کارفرما مسئول انجام کلیه تعهداتی است که نمایندگان مزبور در قبال بیمه شده به عهده می گیرند .

بند ۷ ماده ۲ ق.ت.ا: بیماری وضع غیر عادی جسمی یا روحی است که انجام خدمات درمانی را ایجاب می کند یا موجب عدم توانائی موقت اشتغال بکار یا اینکه موجب هر دو در آن واحد می گردد .

بند ۸ ماده ۲ ق.ت.ا: حادثه اتفاقی است پیش بینی نشده که تحت تأثیر عامل یا عوامل خارجی در اثر عمل یا اتفاق ناگهانی رخ می دهد و موجب صدماتی بر جسم یا روان بیمه شده می گردد .

بند الف ماده ۴ ق.ت.ا: افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می کنند (به غیر از مشمولین سایر نظام های حمایتی) مشمول ق.ت.ا می باشند.

ماده ۵۰ ق.ت.ا: مطالبات سازمان بابت حق بیمه و خسارات تأخیر و جریمه های نقدی که ناشی از اجرای این قانون یا قوانین سابق بیمه های اجتماعی و ... می باشد همچنین هزینه های انجام شده طبق مواد ۶۶ و ۹۰ و خسارات مذکور در مواد ۹۸ و ۱۰۰ این قانون در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم الاجرا بوده و طبق مقررات مربوط به اجرای مفاد اسناد رسمی به وسیله مأمورین اجرای سازمان قابل وصول می باشد ...

ماده ۹۰ ق.ت.ا: افراد شاغل در کارگاهها باید قابلیت و استعداد جسمانی متناسب با کارهای مرجوع را داشته باشند، بدین منظور کارفرمایان مکلفند قبل از بکار

گماردن آنها ترتیب معاینه پزشکی آنها را بدهند. در صورتی که پس از استخدام مضمولین قانون معلوم شود نامبردگان در حین استخدام قابلیت و استعداد کار مرجوع را نداشته و کارفرما در معاینه پزشکی آنها تعلل کرده است و بالنتیجه بیمه شده دچار حادثه شده و یا بیماریش شدت یابد، این سازمان مقررات قانونی را درباره بیمه شده اجرا و هزینه‌های مربوط را از کارفرما طبق ماده ۵۰ ق.ت.ا، مطالبه و وصول خواهد نمود.

تعریف نامنویسی اولین بار: فرآیند ثبت اولیه اطلاعات هویتی و بیمه‌ای افرادی که در زمان نامنویسی به‌عنوان بیمه شده اصلی عضو سازمان تأمین اجتماعی نبوده و برای مرتبه اول شماره تأمین اجتماعی دریافت می‌نمایند.

فصل دوم: ضرورت انجام معاینات

با عنایت به اینکه هدف از معاینات مورد اشاره، ارزیابی توانائی انجام کار مرجوعی افراد قبل از بکارگماری می‌باشد ضرورت دارد معاینات، قبل از بکارگیری و یا حداکثر ظرف یکسال اول اشتغال فرد در کارگاه تعیین تکلیف گردد. بدین منظور در موارد ذیل **الزام و ضرورت** اخذ نتیجه معاینات وجود دارد:

۱- کلیه بیمه‌شدگان اصلی که از تاریخ صدور این بخشنامه برای اولین بار نامنویسی شده و شماره تأمین اجتماعی SSN به آنان اختصاص داده می‌شود، دفترچه درمانی حداکثر با اعتبار یک ماهه صادر گردد تا نسبت به ارائه نتیجه معاینات اقدام نمایند. بدیهی است اعتبار مربوطه با نظر رئیس شعبه حداکثر تا یک ماه دیگر قابل تمدید می‌باشد.

تبصره: عدم انجام معاینات مانع از دریافت لیست حق بیمه نمی‌باشد.

۲- کلیه بیمه‌شدگان اصلی (صرف نظر از میزان سابقه پرداخت حق بیمه) که نسبت به تغییر شغل (در همان کارگاه و یا کارگاه دیگر) اقدام نموده و درخواست صدور یا تمدید دفترچه درمانی را دارند، مدت اعتبار دفترچه

درمانی مشابه شرایط ذکر شده در بند ۱ خواهد بود.

تبصره: منظور از تغییر شغل، تغییر ماهیتی در نوع شغل می‌باشد (از یک حرفه به حرفه دیگر) بعنوان نمونه در مشاغلی چون: آهن‌بر (کد شغلی ۰۰۰۷۳)، آهن‌ساز (کد شغلی ۰۰۰۷۴)، آهن‌کار (کد شغلی ۰۰۰۷۵)، آهن-کش (کد شغلی ۰۰۰۷۶) و آهنگر (کد شغلی ۰۰۰۷۷)، تغییر شغلی برای بیمه شده متصور نمی‌باشد.

۳- در صورت عدم ارائه نتیجه معاینات در مهلت مقرر، مراتب کتباً به کارفرما طی فرم شماره ۷ ابلاغ و پس از تصویربرداری و ثبت در سیستم مربوطه طبق مقررات اعتبار دفاتر درمانی قابل تمدید می‌باشد.

۴- کلیه بیمه‌شدگان اصلی با سابقه اشتغال و بیمه پردازی کمتر از یکسال در آخرین کارگاه که جهت استفاده از تعهدات کوتاه مدت نظیر: غرامت دستمزد ایام بیماری (به غیر از مصادیق نکات راهبردی بخشنامه ۱۴ تلخیص-شده امور فنی بیمه‌شدگان و حوادث) مقرر بیمه‌بیکاری، اروتز و پروتز، ایام بارداری، کمک ازدواج و معرفی به کمیسیون پزشکی مراجعه و مدارک ارائه می‌نمایند.

تبصره: انجام معاینات ماده ۹۰ ق.ت.ا و ارائه نتیجه معاینات بیمه شده‌ای که بواسطه بیماری در بیمارستان بستری باشد پس از ترخیص از بیمارستان بلامانع خواهد بود.

۵- هر چند که معاینات ماده ۹۰ ق.ت.ا باید قبل از استخدام و بکارگیری افراد انجام پذیرد لیکن پذیرش نتیجه معاینات آن دسته از مستخدمینی که کارفرمای آنان در اثناء یک سال اول اشتغال و بیمه‌پردازی مبادرت به معرفی آنان به مراکز معاین جهت انجام معاینات نموده‌اند نیز بلامانع خواهد بود.

۶- چنانچه معاینات قبل از استخدام در موعد مقرر (حداکثر ظرف یکسال اول اشتغال) توسط کارفرما انجام گردیده ولی تحویل شعبه نشده باشد پذیرش آن با کنترل رعایت ضوابط مربوطه بلامانع است.

۷- در صورت عدم تغییر شغل افراد به صرف جابجائی کارگاه و یا تغییر

کارفرما، نیازی به اخذ نتیجه و یا تکرار معاینات پزشکی موضوع ماده ۹۰ ق.ت.ا از طرف شعب نمی‌باشد مگر آنکه بیش از یکسال قطع ارتباط بیمه‌ای داشته باشند. (صیادان، کارگران فصلی و ...)

۸- چنانچه معاینات بدو استخدام بیمه‌شده‌ای توسط کارفرما انجام و نتیجه آن تحویل شعبه گردیده باشد لیکن طبق لیست ارسالی کارفرما مشخص گردد که شغل بیمه شده تغییر یافته است در صورت تأیید مجدد نتیجه معاینات توسط مراکز مجاز، ضرورتی به تکرار آزمایشات مربوط به معاینات نمی‌باشد مشروط به اینکه از تاریخ انجام اولین معاینات بدو استخدام بیش از یکسال سپری نشده باشد.

۹- واحدهای درآمد حق بیمه شعبه در هنگام تشکیل پرونده مطالباتی فرم اطلاع رسانی (فرم شماره ۶ پیوست) را به رؤیت و مهر و امضاء کارفرما رسانده و در پرونده ضبط یا اسکن نماید.

۱۰- به منظور اطلاع رسانی مؤثر شرکت خدمات ماشینی تأمین مکلف است اصلاحات لازم را در پورتال سیستم‌های لیست و بازرسی الکترونیک، مبنی بر ارائه پیغام و اطلاعات لازم در اجرای ماده ۹۰ ق.ت.ا جهت اعلام به کارفرما بعمل آورد.

فصل سوم: نحوه اعمال مقررات در زمان ارائه تعهدات قانونی

۱۱- چنانچه کارفرما معاینات بدو استخدام را درمورد بیمه‌شده انجام داده و توانائی انجام کار آن بدون هیچگونه قید و شرطی تأیید شده باشد، از حیث پیگیری ضوابط اجرائی ماده ۹۰ ق.ت.ا معاف می‌باشد.

۱۲- درمواردیکه حسب ضوابط مقرر در بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ ق.ت.ا معرفی و مشمول برقراری مستمری از کارافتادگی کلی، جزئی و یا غرامت نقص مقطوع عضوگردیده باشد و یا بازماندگان بیمه‌شده متوفی برای دریافت

مستمری بازماندگان مراجعه نمایند چنانچه بیمه‌شده فاقد مستند معاینات اولیه پزشکی (موضوع ماده ۹۰ ق.ت.ا) در خصوص شغل ارجاعی باشد لازم است مراتب به مدیریت درمان ارسال گردد.

تبصره ۱: اظهار نظر مدیریت درمان در بررسی قصور یا عدم قصور کارفرما در انجام معاینات اولیه و تأثیر آن در وقوع حادثه و یا تشدید بیماری به سبب ارجاع کار نامناسب در بدو استخدام خواهد بود.

تبصره ۲: چنانچه حسب نظر مدیریت درمان، بیمه شده به‌طور کلی فاقد توانائی انجام کار در بدو استخدام تشخیص داده شود مراتب جهت اظهار نظر نهائی به مرجعی که متعاقباً اعلام خواهد گردید، ارجاع می‌گردد.

۱۳- واحد امور فنی مستمری‌های شعبه مکلف است پس از برقراری مستمری از کارافتادگی کلی و یا بازماندگان مراتب را طی فرم شماره ۲ به واحد امور فنی بیمه‌شدگان (جهت ارسال به مدیریت درمان) اعلام نماید. بدیهی است در مورد از کارافتادگی جزئی و نقص مقطوع عضو، استخراج مدارک از پرونده فنی توسط واحد امور فنی بیمه‌شدگان صورت خواهد پذیرفت. (در صورت عدم تصویر برداری)

۱۴- واحد امور فنی بیمه‌شدگان مکلف است مدارک پرونده‌های اعلامی از واحد مستمری (از کارافتادگی کلی و بازماندگان) و موارد از کارافتادگی جزئی و نقص مقطوع و موضوع مندرج در بند ۱۶ را پس از بررسی، انطباق و احراز مصادیق به جز مشمولین مقرر در بند ۱۸ طبق فرم شماره ۳ پیوست (با ارسال رونوشتی از نامه به واحد درآمد شعبه) به مدیریت درمان منعکس نماید.

۱۵- چنانچه اجرای ماده ۹۰ ق.ت.ا در خصوص بیمه شده در دست بررسی باشد تا حصول نتیجه نهائی، صدور هرگونه مفاصا حساب منوط به اخذ تعهد محضری از کارفرما می‌باشد.

۱۶- بیمه‌شده‌ای که با سابقه بیمه‌پردازی کمتر از یک سال در آخرین کارگاه مشمول دریافت مقرری بیمه بیکاری می‌گردد، چنانچه با پیگیری‌های بعمل آمده در خصوص ضرورت ارائه نتیجه معاینات قبل از استخدام،

مشخص شود که نتیجه معاینات وی "عدم صلاحیت جهت اشتغال در حرفه مربوطه" بوده و یا فاقد مستند معاینات اولیه پزشکی باشد (ماده ۹۰ ق.ت.ا) لازم است پس از برقراری مقرری، پرونده به مدیریت درمان ارسال تا در صورت قصور کارفرما، اقدامات آتی صورت پذیرد.

۱۷- مدیریت درمان موظف است پس از دریافت مدارک بیمه شده از واحدهای اجرائی با اخذ سایر مدارک پزشکی مراتب را از طریق کارشناسان ذیربط بررسی و چنانچه به دلیل عدم تناسب شغلی فرد بطور کلی و یا عدم تناسب شغل ارجاعی با توانائی جسمی و روحی در بدو استخدام موجب تشدید بیماری، از کارافتادگی یا فوت وی شده باشد مراتب را طی فرم شماره ۴ به واحد اجرائی اعلام نماید.

۱۸- در موارد ذیل نیازی به ارسال پرونده به مدیریت درمان نخواهد بود:

۱-۱۸- بیمه شده ای که بواسطه حادثه غیر ناشی از کار، از کارافتاده کلی شده یا فوت نموده است.

۲-۱۸- بیمه شده ای که معاینات قبل از استخدام وی توسط کارفرمای مربوطه در آخرین شغل انجام گرفته و توانائی کلی انجام کار آن بدون هیچگونه قید و شرطی تأیید شده باشد.

۳-۱۸- با امعان نظر به بخشنامه شماره ۵۱۸۳۷/۹۰/۱۰۰۰ مورخ ۹۰/۱۱/۱۸، بیمه شده ای که بعد از تاریخ ۹۰/۱۱/۱۸ معاینات قبل از استخدام خود را در مراکز مجاز مربوطه انجام داده و توانائی کلی انجام کار وی بدون هیچگونه قید و شرطی تأیید شده باشد.

۴-۱۸- پرونده بیمه شده موارد خاص بیمه ای از کارافتاده کلی که فاقد معاینات بدو قرارداد بوده لیکن تاریخ تشدید یا ابتلاء به بیماری منجر به از کارافتادگی وی (تعیین شده در کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ ق.ت.ا) مربوط به مقطع زمانی اشتغال و ارتباط با کارفرمای قبلی نباشد.

۵-۱۸- پرونده بیمه شده ای که کارفرمای مربوطه در اجرای ماده ۶۶ ق.ت.ا در وقوع حادثه ناشی از کار به میزان صد در صد در مورد وی مقصر

شناخته شده باشد .

۶-۱۸- پرونده مقرری‌بگیر بیمه بیکاری که تاریخ ابتلاء یا تشدید بیماری تعیین شده منجر به از کارافتادگی وی مربوط به مقطع زمانی ارتباط او با کارفرما نباشد .

۷-۱۸- پرونده بیمه‌شده‌ای که در رابطه با ماده ۹۳ ق.ت.ا (افزایش میزان درجه از کارافتادگی جزئی) به کمیسیون پزشکی معرفی می‌گردد. (در راستای حسن اجرای ماده ۵۶ قانون تأمین اجتماعی)

۸-۱۸- پرونده بیمه‌شده‌ای که در اثر عوامل و عوارض غیر قابل پیش‌بینی مانند انواع سکنه‌های مغزی و قلبی و سرطان‌ها از کارافتاده کلی و یا فوت شده و تاریخ مدارک و مستندات درمانی آن ناظر بر بعد از تاریخ اشتغال در کارگاه می‌باشد . به‌استثناء پرونده آن‌دسته از بیمه‌شدگانی که به‌علت بیماری فوت کرده و تمام یا بخشی از سوابق مؤثر در برقراری مستمری بازماندگان، پس از فوت در اجرای آراء مراجع قانونی از جمله ماده ۱۴۸ قانون کار و یا دستور اداری شماره ۵۳۹/۵۰۰ مورخ ۸۸/۰۶/۲۱، ایجاد شده باشد .

۹-۱۹- چنانچه طبق نظر مدیریت درمان موضوع از مصادیق ماده ۹۰ ق.ت.ا تشخیص داده شود، واحد امور فنی‌بیمه‌شدگان و امور فنی مستمری‌های شعبه حسب مورد هزینه‌های مربوطه (غرامات، مستمری و ...) را طبق ضوابط مقرر تعیین و طی فرم شماره ۵ پیوست به واحد درآمد حق بیمه اعلام می‌نمایند .

۲۰- شعبه مکلف است بدهی را به‌صورت اخطاریه به کارفرما ابلاغ و طبق ماده ۵۰ ق.ت.ا و آئین‌نامه مربوطه مورد مطالبه و وصول قرار دهد .

۲۱- هزینه‌های آتی مرتبط با انجام تعهدات بلندمدت، در دوره‌های زمانی سه ماهه از سوی واحد امور فنی مستمری‌ها محاسبه و به واحد درآمد حق بیمه اعلام می‌گردد .

۲۲- به منظور مساعدت، کارفرما می‌تواند با ارائه تقاضا نسبت به پرداخت ۱۰ سال مستمری و سایر مزایای پرداختی بصورت یکجا بر اساس سال

تقاضا، از این حیث بری‌الذمه گردد. تاریخ مبنای محاسبه، تاریخ ثبت درخواست کارفرما (با مهلت اعتبار یک ماهه جهت تعیین تکلیف بدهی) خواهد بود مگر آنکه خسارت با تأخیر به کارفرما ابلاغ شده باشد که در اینصورت مبنای محاسبه از تاریخ وصول نظریه مدیریت درمان (ثبت در دبیرخانه شعبه) خواهد بود.

۲۳- واحدهای اجرائی (درمانی و بیمه‌ای) مکلفند ظرف یک ماه نسبت به ارسال و بررسی پرونده‌های مربوطه و اعلام بدهی به کارفرما اقدام نمایند در غیر اینصورت علت عدم اقدام را می‌بایست به اداره کل استان مربوطه گزارش نمایند.

۲۴- کد حساب شماره ۶۳۱۸۰۰۰۰۰۰ تحت عنوان " خسارت وصول شده در اجرای ماده ۹۰ ق.ت.ا " بعنوان کد مالی مرتبط با ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی، اعلام می‌گردد.

۲۵- پرونده بیمه‌شده‌ای که منجر به برقراری مستمری شده و مشمول اجرای ماده ۹۰ ق.ت.ا باشد می‌بایست قبل از ارسال به شعبه محل سکونت، فرم شماره ۲ در پرونده مستمری ضبط و نگهداری (تصویر برداری) شود.

بدیهی است شعبه مقصد مجاز به پذیرش پرونده‌هایی خواهد بود که فرم مورد اشاره درخصوص پیگیری مقررات ماده ۹۰ ق.ت.ا در آن ضبط شده باشد. (در صورت عدم تصویر برداری)

۲۶- اطلاعات ذیل در سایت رسمی سازمان پیش‌بینی شده لذا رئیس اداره / رئیس و کارشناس ارشد امور فنی بیمه‌شدگان اداره کل استان مکلف است با هماهنگی مسئولین روابط عمومی و فرابری‌داده‌ها مراتب را به اطلاع کارفرمایان حوزه عمل برسانند :

▲ لیست اطلاعات مراکز مجاز انجام معاینات و فرایند اجرائی آن

▲ فرم‌های معاینات (تصاویر پیوست) که قابلیت دسترسی و چاپ آن برای کارفرمایان فراهم باشد.

▲ تأکید بر انجام معاینات ادواری و نگهداری مستندات آن

▲ ضرورت انجام معاینات اولیه معلولین به منظور اطمینان از توانائی انجام کار آنان

▲ فرم اطلاع‌رسانی به کارفرما (فرم شماره ۶ پیوست).

۲۷- بیمه‌شده‌ای که فاقد شرایط قانونی لازم برای معرفی به کمیسیون پزشکی و یا برقراری مستمری از کارافتادگی و یا بازماندگان بوده و از طریق ماده ۱۴۸ قانون کار اقدام به ادعای سابقه می‌نماید، مطالبه نتیجه معاینات از کارفرمای مربوطه و اطلاع‌رسانی به کارفرما در خصوص تبعات قانونی آن، قبل یا حین تشکیل جلسات مراجع حل اختلاف ادارات تعاون، کار و رفاه اجتماعی (هیأت‌های تشخیص و حل اختلاف) توسط نماینده سازمان ضروری می‌باشد. بدین‌منظور نمایندگان موصوف موظفند وضعیت این‌گروه از بیمه‌شدگان را قبل از بررسی در مراجع مذکور مشخص و اطلاعات لازم را به اعضاء هیأت‌های مذکور ارائه نمایند.

فصل چهارم: ضوابط و اقدامات مرتبط با مراکز انجام معاینات

۲۸- به منظور آگاهی کارفرمایان از اطلاعات مراکزی که معاینات ماده ۹۰ ق.ت.ا در آن انجام می‌پذیرد لازم است لیست مراکز انجام معاینات (ارسالی از مدیریت‌های درمان) در معرض دید کارفرمایان حوزه عمل شعب و کارگزاری‌ها قرار گیرد (نظارت مستمر بر این موضوع به‌عهده واحد امور فنی بیمه‌شدگان می‌باشد).

تبصره: چنانچه در لیست ارسالی مدیریت درمان، شهرستانی فاقد پزشک مربوطه است، از خدمات مراکز و یا پزشکان نزدیک‌ترین شهرستان استفاده گردد.

۲۹- پذیرش نتیجه معایناتی که به تأیید و مهر و امضاء کارفرما نرسیده باشد مجاز نیست.

۳۰- چنانچه شغل مندرج در فرم معاینات با کد شغل اعلام شده در لیست

کارفرما انطباق نداشته باشد (تغییر ماهیت شغل)، پذیرش آن مجاز نبوده و ضرورت اصلاح آن توسط کارفرما و مرکز معاینه وجود دارد.

۳۱- پس از کنترل نتیجه معاینات و ثبت آن در سیستم مربوطه و تصویربرداری و درج مهر (اسکن شد)، اصل نتیجه معاینات، تحویل کارفرما یا نماینده وی می‌گردد.

۳۲- مدیریت درمان مکلف است ضمن هماهنگی با مراکز مجاز انجام معاینات، ترتیبی اتخاذ نماید تا چنانچه نتیجه معاینات "عدم صلاحیت‌های لایت" (عدم قابلیت و استعداد جسمانی) برای اشتغال در حرفه موردنظر باشد، مراتب بصورت اداری به شعبه ذیربط منعکس گردیده و از اعلام نتیجه و تحویل آن به بیمه‌شده خودداری گردد. ضمناً واحد امور فنی بیمه‌شدگان شعبه مربوطه مکلف است نتیجه معاینات این قبیل از افراد را پس از تصویربرداری کتباً به کارفرمای مربوطه اعلام نماید.

۳۳- به منظور امکان بررسی‌های لایت و کنترل نحوه عملکرد مراکز انجام معاینات، واحد امور فنی بیمه‌شدگان شعبه موظف است در موارد ذیل که نتیجه معاینات "بلامانع" گزارش شده باشد، مدارک و مستندات مربوطه را به مدیریت درمان ارسال تا مطابق مفاد تفاهم نامه منعقد شده با مراکز مذکور اقدام نمایند :

۳۳-۱- چنانچه بیمه شده پس از مدت زمان کوتاهی از اشتغال و بیمه پردازی (کمتر از یکسال) و در خصوص بیماری مزمن نسبت به ارائه استراحت پزشکی اقدام نماید. (انجام اقدامات قانونی حسب ضوابط بخشنامه شماره ۱۴ تلخیص شده امور فنی بیمه‌شدگان به قوت خود باقیست)

۳۳-۲- در صورتیکه علت اخراج بیمه شده پس از مدت زمان کوتاه اشتغال در کارگاه (کمتر از یک سال) برای دریافت مقرری بیمه بیکاری، در متن رأی هیأت‌های تشخیص و حل اختلاف ادارات تعاون، کار و رفاه اجتماعی عدم توانائی انجام کار به واسطه بیماری درج شده باشد.

۳۳-۳- در مواردیکه علت بروز حادثه ناشی از کار برای بیمه شده عدم توانائی انجام شغل مربوطه ذکر گردد. (براساس: گزارش حادثه، گزارش

بررسی حادثه، نظریه بازرس کار، نظریه پزشک قانونی و ...)

۳۳-۴ - چنانچه درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ ق.ت.ا پس از مدت زمان کوتاهی از اشتغال و بیمه پردازی (کمتر از یکسال) به واسطه بیماری مزمّن و تاریخ مدارک درمانی نیز قبل از اشتغال فرد در آخرین کارگاه باشد .

۳۴ - برای اجرای بهینه فرایند ضوابط اجرائی ماده ۹۰ ق.ت.ا فرم‌های شماره ۱ الی ۷ پیش‌بینی شده است که برحسب موضوع مورد استفاده قرار خواهد گرفت .

۳۵ - شرکت خدمات ماشینی تأمین مکلف است ضمن فراهم نمودن امکانات مربوط به اعلام سیستم غیرحضور (اطلاع رسانی از طریق ارسال پیامک و یا ایمیل به کارفرمایان و پیمانکاران جهت انجام معاینات)، در اسرع وقت نسبت به ساخت نرم افزار مربوطه اقدام نماید .



فرم‌های بخشنامه ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱

استعلام از کارفرما درخصوص انجام معاینات قبل از
به کارگماردن افراد

شماره:

تاریخ:

پیوست:

موضوع ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

بخشنامه شماره مورخ

جناب آقای / خانم

کارفرمای محترم

باسلام

نظر به اینکه آقای / خانم به شماره بیمه با سابقه اشتغال در آن کارگاه فاقد معاینات اولیه پیش از استخدام در پرونده فنی می باشد، لذا خواهشمند است ضمن اعلام شغل دقیق نامبرده نسخه ای از معاینات پزشکی بدو استخدام و ادواری و اندازه گیری عوامل زیان آور به عمل آمده از ایشان را ظرف مدت یک هفته از تاریخ وصول این نامه به این شعبه ارسال نمایید.

تأمین اجتماعی شعبه

رئیس شعبه

مسئول امور فنی بیمه شدگان

پاسخ کارفرما:

ریاست محترم تأمین اجتماعی شعبه تاریخ

باسلام

احتراماً بازگشت به نامه شماره مورخ بدینوسیله پاسخ موارد درخواستی به شرح ذیل اعلام می گردد:

۱- عنوان شغل بیمه شده

۲- معاینات قبل از استخدام انجام شده و به تعداد برگ پیوست می باشد.

انجام نشده است

معاینات ادواری انجام شده و به تعداد برگ به پیوست می باشد.

انجام نشده است .

۳- عوامل زیان آور محیط کار ارزیابی شده است، در برگ به پیوست می باشد.

مهر و امضاء کارفرما



سازمان تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۲

فرم ارسال مدارک به واحد امور فنی بیمه شدگان
و پیگیری اجرای ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

شماره:

تاریخ:

موضوع بخشنامه شماره مورخ

پیوست:

واحد امور فنی بیمه شدگان شعبه

باسلام

احتراماً، بدینوسیله مدارک مربوط به: آقای / خانم به شماره بیمه در خصوص پیگیری ضوابط اجرایی ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی ارسال می گردد:

۱- آراء و سوابق قبلی شرکت در کمیسیون پزشکی دارد و تصویر آن در برگ به پیوست می باشد. ندارد.

۲- تصویر گواهی فوت

۳- تصویر گزارش حادثه و بررسی آن در برگ

۴- معاینات ماده ۹۰ قانون دارد و تصویر آن در برگ به پیوست می باشد. ندارد.

۵- معاینات ادواری دارد و تصویر آن در برگ به پیوست می باشد.

۶- تصویر فرم درخواست شرکت در کمیسیون پزشکی (نمونه ۱) در برگ به پیوست می باشد.

۷- کارت معافیت پزشکی از خدمت سربازی دارد و تصویر آن به پیوست می باشد. ندارد.

واحد امور فنی مستمری ها

توجه: پس از تصویربرداری اوراق کاغذی، مدارک مورد اشاره از طریق سیستم قابل دسترس می باشد.



سازمان تأمین باجتهایی

فرم پیوست شماره ۳

فرم ارسال مدارک به مدیریت درمان
موضوع ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

شماره:
تاریخ:
پیوست:

بخشنامه شماره مورخ

مدیریت محترم درمان استان

باسلام

احتراماً، نظربه اینکه آقای / خانم به شماره بیمه طبق رأی مورخ کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون ازکارافتاده شناخته شده / در تاریخ فوت شده / خواهشمنداست در اجرای ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی درخصوص توانائی انجام کار بیمه شده به طور کلی و یا قابلیت و عدم قابلیت و استعداد جسمانی انجام کار مرجوعه و میزان تأثیر آن در عارضه ایجادشده که منجر به ازکارافتادگی / فوت وی گردیده است اظهار نظر فرمائید. ضمناً مدارک مشروحه ذیل به پیوست ارسال می گردد:

- ۱- گزارش کل سوابق بیمه پردازی به تفکیک کارگاه در برگ
- ۲- گزارش حادثه و بررسی حادثه / دارد و تصویر آن در برگ پیوست می باشد. / ندارد.
- ۳- نتیجه معاینات قبل از به کار گماردن (ماده ۹۰ قانون) / دارد و تصویر آن در برگ پیوست می باشد. / ندارد.
- ۴- نتیجه معاینات ادواری انجام / شده و تصویر آن در برگ پیوست می باشد. / ندارد.
- ۵- نتیجه عوامل زیان آور محیط کار ارزیابی / شده و تصویر آن در برگ پیوست می باشد. / ندارد.
- ۶- تصویر فرم استعلام از کارفرما و پاسخ آن (فرم شماره ۱)
- ۷- رأی / آراء کمیسیون های پزشکی / دارد و تصویر آن در برگ پیوست می باشد. / ندارد.
- ۸- تصویر گواهی فوت
- ۹- کارت معافیت پزشکی از خدمت سربازی / دارد، تصویر آن پیوست می باشد. / ندارد.
- ۱۰- فرم درخواست شرکت در کمیسیون پزشکی (نمونه ۱) / دارد و تصویر آن در برگ پیوست می باشد. / ندارد.
- ۱۱- آخرین شغل بیمه شده
- ۱۲- شغل قبلی بیمه شده

تأمین اجتماعی شعبه
مسئول امور فنی بیمه شدگان
رئیس شعبه

رونوشت به: واحد درآمد شعبه جهت اطلاع و اقدام مقتضی حسب بند ۱۵ بخشنامه



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۴

فرم اعلام نتیجه ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

شماره:

موضوع بخشنامه شماره مورخ:

پیوست:

شعبه

باسلام

احتراماً، بازگشت به نامه شماره مورخ در مورد آقای/ خانم به شماره بیمه اعلام می‌دارد: براساس بررسی به عمل آمده طبق نظریه کارشناسی و با در نظر گرفتن مدارک، شواهد و مستندات مربوطه: کارفرما به میزان درصد (به حروف: درصد) مقصر می‌باشد.

مدیریت درمان استان



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۵

فرم اعلام میزان بدهی کارفرما به واحد درآمد شعبه
جهت پیگیری اجرای ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

موضوع بخشنامه شماره مورخ

واحد درآمد شعبه

موضوع: آقای / خانم کارفرمای کارگاه / شرکت

باسلام

احتراماً، پیرو رونوشت نامه شماره مورخ نظر به اینکه کارفرمای مذکور در اجرای ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی به علت: فوت / ازکارافتادگی نقص عضو آقای / خانم به شماره بیمه به میزان درصد مقصر شناخته شده لذا بدینوسیله خواهشمند است نسبت به اعلام و وصول بدهی وی بالغ بر

ریال بابت خسارت ناشی از پرداخت:

غرامت دستمزد ایام بیماری از تاریخ لغایت

اورتیز و پروتیز

مقرری بیمه بیکاری از تاریخ لغایت

مستمری ازتاریخ لغایت

حسب ضوابط قانونی اقدام لازم معمول نمایند. ضمناً شایان ذکر است کارفرمای موصوف حسب بند شماره ۲۲ بخشنامه در صورت تمایل می تواند با پرداخت ۱۰ سال مستمری بصورت یکجا از این بابت بری الذمه شود.

واحد امور فنی بیمه شدگان / امور فنی مستمری ها



سازمان تأمین اجتماعی

فرم تعهد
ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۶

شماره:

تاریخ:

پیوست:

ریاست محترم تأمین اجتماعی شعبه

باسلام

احتراماً، اینجانب، کارفرما / مدیرعامل / کارگاه / شرکت

..... به کد و نشانی:

..... بدینوسیله متعهد می گردم در

اجرای ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی، قبل از به کار گماردن پرسنل نسبت به انجام معاینات پزشکی آنان از طریق مراکز طب کار مجازی که لیست آن در شعبه وجود دارد اقدام و نتیجه را همراه با اولین لیست حق بیمه به شعبه ارائه نمایم. بدیهی است در صورت عدم انجام معاینات، چنانچه افراد به کار گرفته شده از کار افتاده شده و یا بیماری آنان تشدید شود و یا فوت نمایند و این موضوع ناشی از عدم تناسب شغل محوله با وضعیت جسمی و روحی آنان تشخیص داده شود سازمان تأمین اجتماعی مخیر خواهد بود تا حسب مقررات مربوطه نسبت به وصول خسارات ناشی از پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری، اورتز و پروتز، مستمری ها و سایر حمایت ها از اینجانب اقدام نماید.

مهر و امضاء کارفرما / مدیرعامل / شرکت



سازمان تأمین اجتماعی

عدم ارائه نتیجه معاینات
ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۷

شماره:

تاریخ:

پیوست:

جناب آقای / سرکار خانم

کارفرمای محترم

موضوع: آقای / خانم بیمه شده شماره

باسلام

احتراماً، نظر به اینکه نتیجه معاینات پیش از استخدام نامبرده علیرغم اطلاع رسانی‌های صورت گرفته، تاکنون به این سازمان ارائه نگردیده لذا بدینوسیله مجدداً به آگاهی می‌رساند مسئولیت و تبعات آتی عدم رعایت شرایط مقرر در ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی بعهدہ جنابعالی خواهد بود.

تأمین اجتماعی شعبه

محل ابلاغ و مهر و امضاء کارفرما:



بخشنامه شماره ۲۹ امور
فنی بیمه شدگان (نحوه
معرفی بیمه شدگان به
کمیسیون پزشکی)

معرفی بیمه‌شدگان به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۱۹ قانون تأمین اجتماعی

قوانین و مقررات مرتبط

به منظور ایجاد وحدت رویه در اجرای مقررات مربوط به آن دسته از مواد قانون تأمین اجتماعی (۲-۵۴-۵۸-۷۰-۷۲-۷۵-۹۰-۹۱-۹۳ و ...) و مفاد آئین نامه اجرائی کمیسیونهای پزشکی که در مقام تبیین تعاریف و نحوه معرفی بیمه‌شدگان و عندالزوم افراد خانواده وی به کمیسیون پزشکی و ارزیابی میزان از کارافتادگی و تغییرات آن برآمده است و به منظور تسهیل در ارائه خدمات، افزایش رضایت مندی و حفظ حقوق قانونی بیمه‌شدگان، رعایت دقیق موارد ذیل از تاریخ وصول این بخشنامه که جایگزین کلیه مقررات ناظر بر نحوه معرفی بیمه‌شدگان به کمیسیون پزشکی می‌باشد، الزامی خواهد بود.



۱- بیمه شده: شخصی است که راساً مشمول مقررات قانون تامین اجتماعی بوده و با پرداخت مبالغی به عنوان حق بیمه حق استفاده از مزایای مقرر در این قانون را خواهد داشت.

۲- خانواده بیمه شده: شخص یا اشخاصی هستند که به تبع بیمه شده از مزایای قانون تامین اجتماعی استفاده می کنند.

۳- بیماری: وضع غیرعادی جسمی یا روحی است که انجام خدمات درمانی را ایجاب می کند یا موجب عدم توانائی موقت اشتغال بکار یا اینکه موجب هر دو در آن واحد می گردد.

۴- از کار افتادگی کلی: عبارتست از کاهش قدرت کاربیمه شده به نحوی که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کار دیگری بیش از یک سوم از درآمد قبلی خود را بدست آورد (درجه کاهش قدرت کار بیمه شده ۶۶٪ و بیشتر).

۵- از کار افتادگی جزئی: عبارتست از کاهش قدرت کاربیمه شده به نحوی که با اشتغال به کار سابق یا کار دیگر فقط قسمتی از درآمد قبلی خود را بدست آورد (میزان کاهش قدرت کار بیمه شده بین ۳۳ تا ۶۶٪ و به علت حادثه‌ی ناشی از کار باشد).

۶- غرامت مقطوع نقص عضو: مبلغی است که بطور یکجا برای جبران نقص عضو یا جبران تقلیل درآمد بیمه شده به شخص او داده می شود (درجه کاهش قدرت کار بیمه شده بین ۱۰ تا ۳۳٪ و موجب آن حادثه ناشی از کار باشد).

بخش دوم: واجدین شرایط اعزام به کمیسیون پزشکی

معرفی بیمه شدگان به کمیسیون پزشکی با لحاظ نوع و علت بروز عارضه و بیماری، نوع درخواست، نحوه بیمه پردازی، نسبت با بیمه شده اصلی و ... از تنوع و ویژگیهای خاصی برخوردار می باشند که عناوین عمده واجدین شرایط عبارتند از:

۷- بیمه شده اصلی که به علت ابتلاء به بیماری عادی و یا حرفه‌ای طبق نظر پزشک معالج و شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تامین اجتماعی، بیماری آن غیر قابل علاج تشخیص داده شده باشد.

۸- بیمه شده اصلی که به علت عوارض حاصل از حادثه غیرناشی از کار و طبق نظر پزشک معالج و شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تامین اجتماعی، عارضه آن غیر قابل علاج تشخیص داده شده باشد.

۹- بیمه شده اصلی که به علت عوارض حاصل از حادثه ناشی از کار و طبق نظر پزشک معالج و شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تامین اجتماعی، عارضه آن غیر قابل علاج تشخیص داده شده باشد.

۱۰- متقاضیان تعیین فرسایش جسمی و روحی که شغل آنان در کمیته مربوطه جزء مشاغل سخت و زیان آور شناخته شده است.

۱۱- بیمه شده اصلی که به علت ابتلاء به بیماری یا عوارض حادثه و طبق نظر پزشک معالج توسط کارفرمای مربوطه جهت تغییر نوع کار، محل کار و ساعات کار به شعبه معرفی می‌گردد.

۱۲- بیمه شده اصلی که حسب مورد در اجرای بند ۴ و ۵ نکات راهبردی بخشنامه شماره ۱۴ امورفنی بیمه‌شدگان به منظور اظهار نظر صرفاً درخصوص توانائی انجام کار در بدو بیمه شدن (بند ۵) و از طریق مکاتبه اداری و بدون تکمیل فرم‌های از کارافتادگی به کمیسیون معرفی می‌گردد. لازم به ذکر است ضرورتی به استعلام و اعلام تاریخ شروع بیماری منجر به از کارافتادگی در این خصوص نخواهد بود.

بند ۴ نکات راهبردی بخشنامه شماره ۱۴ امورفنی بیمه‌شدگان:
استراحت‌های پزشکی بیمه‌شدگانی که پرداخت تمام یا بخشی از غرامت دستمزد منجر به احراز شرایط برقراری مستمری بازماندگان یا از کارافتادگی کلی می‌گردد را به اداره کل استان مربوطه ارسال و پس از بررسی و تایید استحقاق بیمه‌شده توسط اداره کل استان به شورای پزشکی و در صورت صلاحدید شورای مذکور، به کمیسیون پزشکی ارسال گردد. ضمناً در خصوص استراحت‌های مربوط به حوادث ناشی از کار طبق روال گذشته عمل شده و نیاز به بررسی نخواهد بود.

بند ۵ نکات راهبردی بخشنامه شماره ۱۴ امورفنی بیمه‌شدگان:

در برخی از موارد مشاهده می‌گردد افرادی که قادر بکار نبوده و از کارافتاده کلی می‌باشند و در سنوات گذشته نیز فاقد هر گونه سابقه پرداخت حق بیمه می‌باشند به جهت استفاده از حمایت‌های قانون تامین اجتماعی در کارگاهی مشغول بکار گردیده و یا از طرف برخی از کارفرمایان بابت آنان لیست و حق بیمه ارسال می‌گردد، لذا واحدهای اجرائی مکلفند در مواردیکه بیمه شده از اوایل استخدام اقدام به ارائه استراحت‌های پزشکی طولانی مدت به دلیل بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج می‌نمایند، بیمه شده را همراه با استراحت پزشکی و سایر مدارک لازم به کمیسیون پزشکی، معرفی نامیزان از کارافتادگی بدو اشتغال در کارگاه توسط کمیسیون مشخص گردد. بدیهی است پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری در صورت از کارافتاده کلی شناخته شدن بیمه شده توسط کمیسیون پزشکی امکان پذیر نخواهد بود، ضمناً احراز اشتغال بیمه شده از طریق بازرسی و تحقیق و بررسی از کارگاه الزامی خواهد بود.

۱۳- بیمه شده‌ای که پس از صدور و قطعی شدن آراء کمیسیون پزشکی به هر دلیل از دیوان عدالت اداری حکم بر شرکت مجدد در کمیسیون پزشکی دریافت می‌نماید.

۱۴- متقاضیان ادامه بیمه در قالب بیمه‌های توافقی یا با ماهیت اختیاری ... به منظور سنجش میزان از کارافتادگی اولیه.

۱۵- مستمری بگير از کارافتاده کلی و جزئی حسب ماده ۹۳ قانون تامین اجتماعی برای تغییرات درجه از کارافتادگی.

۱۶- فرزندان بیمه شده اصلی که بر اثر بیماری یا نقص عضو قادر بکار نباشند.

۱۷- پدر و مادر بیمه شده اصلی که بر اثر بیماری یا نقص عضو قادر بکار نباشند.

۱۸- شوهر بیمه شده زن که مبتلا به بیماری غیرقابل علاج بوده و معاش وی توسط بیمه شده زن تامین می‌گردد.

۱۹- کارکنان سازمان به منظور بررسی استراحت پزشکی در ایام اشتغال و همچنین تعیین میزان از کارافتادگی جهت بهره مندی از بازنشستگی پیش از موعد، طبق ضوابط مربوطه و سایر افرادی که به موجب مقررات و

دستورالعمل‌های مربوطه ضرورت معرفی آنان به کمیسیون پزشکی وجود داشته و یا خواهد داشت .

بخش سوم : شرایط و نکات راهبردی مورد توجه در معرفی بیمه‌شدگان اصلی به کمیسیون پزشکی

۲۰- ارائه درخواست توسط بیمه شده یا وکیل (دارای وکالتنامه از دفاتر اسناد رسمی) یا قیم (دارای قیم نامه از مراجع قضائی) و یا ولی قهری وی منضم به اصل گواهی پزشک معالج جهت معرفی به کمیسیون پزشکی طبق فرم نمونه شماره ۱ (برای هر بیماری) که ثبت دبیرخانه شعبه گردیده است .

۲۱- احراز هویت و بررسی وضعیت بیمه پردازی بیمه شده از لحاظ نوع بیمه، مدت سابقه پرداخت حق بیمه و نرخ آن، سوابق شرکت در کمیسیون پزشکی و اطمینان از عدم تکفل بودن بواسطه رای کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون و درخواست به سبب همان بیماری.

۲۲- اخذ تصویر کلیه مدارک درمانی بیماری مربوطه طی فرم نمونه شماره ۵ پس از طی دو مرحله فوق .

۲۳- از آنجائی که سابقه پرداخت حق بیمه، بیمه شده متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی می‌بایست از حیث بهره مندی از تعهد از کارافتادگی معتبر باشد . بنابراین بیمه‌شدگان با سابقه پرداخت حق بیمه، ادامه بیمه بطور اختیاری با نرخ ۱۲٪ و ۱۴٪ (که حسب مقررات قبلی اعمال می‌گردیده است) و همچنین سابقه پرداخت حق بیمه، صاحبان حرف و مشاغل آزاد با نرخ ۱۲٪ و ۱۴٪ سهم بیمه شده و سابقه جزئی موضوع بخشنامه ۶۰۴ فنی که مابه‌التفاوت آن پرداخت نگردیده است، حائز شرایط معرفی به کمیسیون پزشکی نمی‌باشند.

۲۴- بیمه‌شدگان اعم از توافقی (کارفرمای مجازی)، ادامه بیمه به طور اختیاری، کارفرمایان، رانندگان، کارگران ساختمانی، بافندگان قالی و ... چنانچه

در معاینات قبل از عقد قرارداد، بواسطه یک یا چند بیماری از کارافتاده کلی شناخته شده باشند، امکان معرفی آنان به کمیسیون پزشکی در خصوص موضوع از کارافتادگی اولیه آنان وجود ندارد.

توجه: در موارد نادری که متقاضیان موارد خاص بیمه‌ای یا توافقی دارای سابقه پرداخت حق بیمه با نرخ کامل بوده و مدارک و مستندات درمانی موضوع ماده ۷۰ قانون آنان دال بر از کارافتادگی و ابتلاء و غیر قابل علاج بودن بیماری در مقطع سوابق بیمه پردازی قبلی باشد. چنانچه در معاینات بدو قرارداد از کارافتاده کلی شناخته گردند و سپس متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی ماده ۹۱ قانون باشند لازم است واحد اجرائی پرونده متقاضی را بدو به اداره کل استان ارجاع تا پس از بررسی‌های لازم و هماهنگی با ستاد مرکزی یا کمیسیون پزشکی، مجوز معرفی را صادر نمایند.

۲۵- بیمه‌شدگانی که قبل از بیمه شدن (مستند به تاریخ مدارک) مبتلا به عارضه یا بیماری خاصی بوده باشند صرفاً در صورت ارائه مدارک دال بر اقدامات درمانی (طبق فرم نمونه ۵) پس از شمول مقررات قانون تامین اجتماعی (مدارک موضوع ماده ۷۰ قانون) و رعایت سایر شرایط مقرر در این بخشنامه امکان معرفی آنان به کمیسیون پزشکی وجود دارد.

۲۶- باتوجه به اهمیت نرخ و نوع سوابق پرداخت حق بیمه در بررسی شرایط متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی و تامین حقوق بیمه شده در اعتراض به رای کمیسیون پزشکی بدوی در مهلت مقرر (عدم احراز شرایط استفاده از مستمری با توجه به تاریخ ابتلاء به بیماری منجر به از کارافتادگی) ضروری است همزمان با اخذ و تکمیل مدارک مربوطه در مورد استعلام یا جمع آوری سوابق پرداخت حق بیمه نیز اقدام و در زمان معرفی کل سوابق بیمه پردازی را به تفکیک نوع و نرخ آن به رویت و تایید متقاضی در ذیل گزارش سوابق خام بیمه شده برسانند تا بیمه شده اطمینان حاصل نماید که کل سوابق وی در سازمان جمع آوری گردیده است.

اضافه می‌نماید مسئولیت اجرائی این بند با همکاری واحدهای ذیربط نهایتاً بعهده مسئول امور فنی بیمه‌شدگان شعبه مربوطه می‌باشد.

۲۷- در رابطه با معرفی بیمه‌شدگانی که بر اثر حوادث غیر ناشی از کار آسیب دیده‌اند باید توجه گردد که معرفی آنان منوط به این است که قبل از وقوع حادثه غیر ناشی از کار شرایط مقرر در قانون از نظر میزان سابقه را داشته باشند و در غیر این صورت معرفی آنها مورد نخواهد داشت

توجه: در مورد حوادث غیر ناشی از کار، تاریخ وقوع حادثه با توجه به مدارک درمانی و بیمارستانی و گزارش مقامات قضائی و انتظامی (پلیس راه، راهنمایی و رانندگی، نیروی انتظامی، آتش نشانی، پزشکی قانونی و ...) حسب مورد تعیین می‌گردد.

۲۸- چنانچه در ادامه وقوع حادثه غیر ناشی از کار به مرور زمان و ضمن اشتغال بکار برای بیمه شده عوارض ثانوی ایجاد گردد، (بیمه شده در تاریخ حادثه فاقد شرایط قانونی برای بهره‌مندی از حمایت از کارافتادگی می‌باشد) در این صورت معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی در خصوص عوارض مورد اشاره بعنوان بیماری عادی با احراز سایر شرایط قانونی مربوطه بلامانع می‌باشد.

۲۹- معرفی بیمه شده‌ای که در اثر حادثه ناشی از کار دچار عارضه گردیده است، محدودیت زمانی نداشته و در صورت ارائه مدارک و مستندات موضوع ماده ۷۰ قانون و تایید حادثه انجام خواهد پذیرفت .

۳۰- در مورد بیمه شده‌ای که دارای حداقل سابقه بیمه پردازی یا پرداخت حق بیمه بصورت متناوب بوده و به علت بیماری عادی و مزمن متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی می‌باشند، هر چند احراز شرایط از حیث سابقه پرداخت حق بیمه برای بهره‌مندی از حمایت از کارافتادگی، موکول به اعلام تاریخ «ابتلاء به بیماری منجر به از کارافتادگی» توسط کمیسیون پزشکی می‌باشد اما بعضاً شرایط و وضعیت پرونده بصورتی است که «شروع بیماری منجر به از کارافتادگی» در هر تاریخی که واقع شده باشد بیمه شده شرایط برقراری مستمری را احراز نخواهد کرد، ضروری است در زمان معرفی، وضعیت پرونده را از نظر میزان سابقه مقرر در قانون مورد بررسی دقیق قرارداد داده و چنانچه بطور قطع و یقین محرز گردد که در هر

حال شرایط استفاده از مستمری حاصل نخواهد شد معرفی وی به کمیسیون پزشکی موردی نخواهد داشت. بطور مثال:

الف) بیمه شده‌ای که طبق تاریخ‌های مندرج در مدارک درمانی، یک سال پس از قطع رابطه بیمه‌ای دچار بیماری گردیده و پس از آن نیز فاقد اشتغال و سابقه بیمه پردازی می‌باشد.

ب) بیمه شده‌ای که کل سابقه پرداخت حق بیمه آن کمتر از یکسال می‌باشد.

ج) بیمه شده‌ای که مستند به مفاد ماده ۷۰ قانون در خصوص غیرقابل علاج بودن بیماری پس از شمول مقررات قانون تامین اجتماعی فاقد مدارک درمانی بوده و به عبارت دیگر غیرقابل علاج بودن عارضه یا بیماری وی طبق نظر پزشک معالج، در مقطع بیمه پردازی واقع نشده باشد.

۳۱- بیمه شده‌ای که علیرغم قطع ارتباط بیمه‌ای، غیرقابل علاج بودن بیماری یا عارضه آن (بیماری عادی) طبق نظر پزشک معالج و مستند به تاریخ مدارک و مستندات درمانی در مقطعی واقع گردد که حائز شرایط معرفی از نظر میزان سابقه بیمه پردازی باشد، به کمیسیون پزشکی معرفی می‌گردد. بدیهی است کمیسیون پزشکی در صورت تایید نظر پزشک معالج نسبت به بررسی و صدور رای اقدام خواهد نمود.

۳۲- ضرورت دارد وضعیت بیمه شده‌ای که دارای حداقل سابقه بیمه‌پردازی یا پرداخت حق بیمه بصورت متناوب بوده و به علت بیماری عادی و مزمن متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی می‌باشند، از حیث احراز صحت اشتغال و همینطور تاریخ مدارک درمانی و بستری و انطباق آن با تاریخ روزهای پرداخت حق بیمه، قبل از معرفی به کمیسیون، کنترل و در صورت تایید، گزارش مربوطه ضمیمه مدارک معرفی گردد.

تذکر: چنانچه خارج از مهلت مقرر در ماده ۳۹ قانون و حسب تاریخ مدارک درمانی و یا سایر مستندات نسبت به صحت سوابق اشتغال بیمه شده تردید ایجاد گردد، لازم است مدارک مربوطه در اسرع وقت به اداره کل امور فنی بیمه‌شدگان ارسال تا پس از بررسی سه جانبه توسط نمایندگان معاونت‌های فنی و درآمد، درمان، حقوقی و امور مجلس نسبت به معرفی بیمه شده به

کمیسیون پزشکی و یا طرح پرونده رسیدگی به سوابق در مراجع قضائی اقدام گردد.

۳۳- در خصوص آن دسته از بیمه شدگانی که قبل از معافیت از خدمت سربازی فاقد هر گونه سابقه بیمه پردازی (موثر در بهره مندی از تعهد از کارافتادگی) می باشند، رویت و کنترل کارت معافیت (پزشکی) از خدمت سربازی و استعلام علت معافیت از سازمان نظام وظیفه عمومی، در تصمیم گیری برای اعمال ماده ۷۰ قانون و در هنگام معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی اثرگذار می باشد. بدین جهت لازم است بدواً چنین افرادی با الصاق تصویر کارت معافیت و پاسخ استعلام سازمان نظام وظیفه و از طریق مکاتبه اداری و بدون تکمیل فرم های از کارافتادگی و به منظور اظهار نظر در خصوص سنجش میزان از کارافتادگی به کمیسیون پزشکی معرفی شوند. بدیهی است در صورت تایید صحت اشتغال و عدم از کارافتادگی کلی بواسطه موضوع بیماری مورد معافیت (طبق نظر کمیسیون پزشکی) معرفی وی به کمیسیون پزشکی با اخذ مدارک دال بر انجام اقدامات درمانی و رعایت ماده ۷۰ قانون در خصوص بیماری موضوع معافیت، بلامانع خواهد بود.

۳۴- نظر باینکه بیماری های ارثی، مادرزادی، از دوران طفولیت و قبل از شمول بیمه پردازی الزاماً وضعیت ثابت و یکسانی نداشته و همواره ممکن است در حد از کارافتاده کلی نباشند و در سال های بعد ممکن است علائم و عوارض مربوط به آنها با تغییراتی همراه گردد، لذا نحوه برخورد با این گروه از بیمه شدگان نیز طبق بند ۳۳ خواهد بود.

۳۵- در مورد بیمه شده های که قبل از بیمه شدن فاقد یکی از اعضاء قرینه بدن (چشم، کلیه و گوش) بوده و به صرف فقدان یکی از اعضاء مذکور و قبل از بیمه پردازی، از کارافتاده کلی نبوده و پس از شمول مقررات قانون تامین اجتماعی و بیمه پردازی و بعد از احراز شرایط مقرر، چنانچه عضو قرینه دیگر دچار بیماری یا عارضه گردد و بواسطه آن متقاضی شرکت در کمیسیون پزشکی به علت بیماری عضو قرینه باشد، اعزام وی به کمیسیون پزشکی به علت بیماری هر دو عضو قرینه جهت تعیین میزان از کارافتادگی هر دو عضو بلامانع خواهد بود.

۳۶- پس از شناسائی و احراز شرایط اولیه بیمه‌شدگان، واحد اجرایی با توجه به مندرجات برگ درخواست و با استفاده از فرم نمونه شماره ۴، شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تامین اجتماعی را از پزشک معالج بیمه شده استعلام خواهد نمود.

۳۷- در مواردی که بیمه شده به علت وقوع حادثه یا بر اثر بیماری که به آن مبتلا گردیده به بیش از یک عارضه دچار شده باشد، استعلام از پزشکان متخصص معالج مربوطه توسط شعبه در خصوص همه بیماریها الزامی خواهد بود. بدیهی است برای هر عارضه یا بیماری می‌بایست بیمه شده دارای پزشک معالج بوده و مستند به مدارک درمانی مربوط به بیماری فرایند مقرر در ماده ۷۰ قانون را سپری نموده باشد لذا در این گونه موارد بدون ارائه مدارک برای هر بیماری و همچنین اظهار نظر یک پزشک در خصوص چندین بیماری غیر مرتبط با تخصص پزشکی مربوطه مورد پذیرش نخواهد بود.

۳۸- با توجه به اینکه ارائه پاسخ استعلام توسط پزشک معالج و همچنین کلیه مستندات درمانی مربوطه به عنوان مدارک لازم جهت اجرای ماده ۷۰ قانون، از جمله ضروریات معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی محسوب می‌گردد، بنابراین واحد اجرایی پس از اخذ مدارک درمانی (فرم نمونه شماره ۵) و همینطور دریافت پاسخ فرم نمونه شماره ۴ و کنترل آن، فرم‌های از کارافتادگی نمونه شماره ۶ را برای هر عارضه یا بیماری در ۴ نسخه (۳ نسخه برای ارسال به کمیسیون و ۱ نسخه سابقه واحد اجرایی) جهت تکمیل توسط پزشک/ پزشکان معالج در اختیار بیمه شده قرار خواهد داد. تا در مواردی که بیمه شده برای بیش از یک بیماری معرفی می‌گردد، کمیسیون پزشکی رای نهائی را با اشاره به نظریه هر کدام از جلسات در خصوص هر بیماری در آخرین جلسه انشاء و به همراه رای نهائی و نتیجه سایر جلسات توسط واحد اجرایی در پرونده فنی ضبط می‌گردد.

۳۹- چنانچه مندرجات پاسخ استعلام از پزشک معالج به صراحت حاکی از درج نوع بیماری یا عارضه، خلاصه درمان‌های انجام شده، نتیجه درمان، خاتمه درمان (درمان موثر در بهبودی) و غیر قابل علاج بودن بیماری

یا عارضه نباشد (ماده ۷۰) و یا اینکه علیرغم پیگیری که جهت اخذ مدارک مربوطه انجام خواهند داد مشخص گردد که فاقد مدارک و مستندات درمانی بوده یا مدارک مخدوش گردیده است؛ در این صورت تحویل فرم‌های از کارافتادگی به بیمه شده و معرفی به کمیسیون پزشکی موضوعیت ندارد .

۴۰- از آنجائیکه گواهی استراحت پزشکی بیمه‌شدگان مشمول دریافت تعهد غرامت دستمزد ایام بیماری دربررسی فرایند اقدامات درمانی مقرر در ماده ۷۰ قانون تامین اجتماعی توسط اعضاء کمیسیون پزشکی مؤثر می‌باشد، ضروری است واحدهای اجرایی ترتیبی اتخاذ نمایند تا قبل و یا همزمان با معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی، کلیه استراحت‌های پزشکی تعیین تکلیف گردیده و ارائه گواهی‌های مورد اشاره به بعد از صدور نظریه کمیسیون پزشکی در خصوص از کارافتادگی بیمه شده موکول نگردد .

۴۱- درمورد بیمه شده‌ای که بر اثر وقوع حادثه از ناحیه چند عضو دچار آسیب شده، ضروری است گواهی خاتمه درمان مربوط به تمامی اعضای آسیب دیده از پزشکان معالج اخذ و سپس بیمه شده به کمیسیون پزشکی معرفی گردد تا امکان ارزیابی کاهش قدرت کار وی با توجه به جمیع عوارض فراهم گردد .

۴۲- در مورد بیمه شده‌ای که قبلاً به‌علت حادثه ناشی از کار دارای درصد از کارافتادگی می‌باشد (زیر ۱۰٪، ۱۰ تا ۳۳٪، ۳۳ تا ۶۶٪) در صورت وقوع مجدد حادثه ناشی از کار ضرورت دارد هنگام معرفی به کمیسیون پزشکی، گواهی پزشک معالج اخذ و فرم‌های از کارافتادگی در ارتباط با عوارض حوادث قبلی و جدید تکمیل گردیده تا کمیسیون پزشکی با لحاظ نمودن عوارض منتج از کلیه حوادث، درصد از کارافتادگی واحدی را معین نماید .

۴۳- بیمه شده‌ای که قبلاً به‌علت حادثه ناشی از کار دارای درصد از کارافتادگی می‌باشد چنانچه به علت ابتلاء به بیماری عادی متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی جهت از کارافتادگی باشد، ضرورت دارد در صورت احراز شرایط قانونی، بدو گواهی پزشک معالج اخذ و سپس فرم‌های از کارافتادگی

در ارتباط با عوارض حوادث قلبی و بیماری عادی جهت تکمیل توسط پزشک معالج به وی ارائه گردد تا کمیسیون پزشکی با لحاظ نمودن تاثیر کلیه عوارض بر توانائی بیمه شده، در خصوص از کارافتادگی کلی عادی ایشان اظهار نظر نماید.

۴۴- معرفی مجدد بیمه شده اصلی که در کمیسیون پزشکی از کارافتاده کلی شناخته نشده است، موکول به احراز شرایط زیر بطور توامان خواهد بود .

الف - ادامه پرداخت حق بیمه بعد از صدور رای عدم از کارافتادگی.

ب - ارائه نظریه جدید پزشک معالج (موضوع ماده ۷۰ قانون) که مطابق با ضوابط مقرر در این بخشنامه صادر شده باشد .

ج - ارائه مدارک و مستندات مبنی بر نتیجه اقدامات تشخیصی، درمانی و توان بخشی در خصوص تشدید بیماری یا عارضه به شعبه مربوطه.

توجه : بیمه شده‌ای که مدارک موضوع بند ب و ج را به واحد اجرائی ارائه می‌نماید و در زمان ارائه مدارک کماکان شرایط معرفی از حیث سابقه بیمه پردازی را دارا باشد و همچنین بیمه شده‌ای که در زمان معرفی اولیه وی به کمیسیون پزشکی موفق به ارائه بخشی از مدارک و مستندات درمانی نشده است، از شمول بند الف در معرفی مجدد به کمیسیون پزشکی معاف می‌باشد.

۴۵- معرفی مجدد بیمه شده‌ای که شرایط معرفی به کمیسیون پزشکی را طبق مفاد این بخشنامه احراز نموده ولی مطابق رای صادره از کمیسیون پزشکی تاریخ ابتلاء به بیماری منجر به از کارافتادگی وی در مقطعی واقع شده است که شرایط برقراری مستمری از کارافتادگی کلی را احراز نمی‌نماید، به کمیسیون پزشکی در صورتی میسر خواهد بود که شرایط زیر را احراز نماید:

الف- اشتغال و ادامه پرداخت حق بیمه بعد از صدور رای از کارافتادگی.

ب- ابتلا به بیماری دیگری غیر از بیماری ها و یا عوارضی که قبلاً براساس آن از کارافتاده کلی شناخته شده است .

ج - ارائه نظریه پزشک معالج (موضوع ماده ۷۰ قانون) و کلیه مدارک و

مستندات طبق ضوابط مقرر در این بخشنامه .

۴۶- در مورد بیمه شده‌ای که بابت میزان نقص عضو، غرامت دریافت نموده، حسب مقررات قانونی معرفی مجدد وی به کمیسیون پزشکی بابت آن عارضه به تنهائی امکان پذیر نمی باشد مگر آنکه مستند به مدارک درمانی در مقطع وقوع حادثه عضو دیگری در اثر همان حادثه دچار آسیب گردیده باشد لیکن در رای کمیسیون پزشکی لحاظ نشده است که در این صورت بیمه شده به کمیسیون اعزام و رای جدید جایگزین نظریه قبلی می‌گردد.

۴۷- نظر باینکه طبق بند ۲ ماده ۹۳ قانون، تغییر درجه از کارافتادگی جزئی که قبلاً توسط کمیسیون پزشکی تعیین و بر اساس آن مستمری برقرار گردیده، امکان پذیر می‌باشد، بنابراین معرفی مستمری بگيران از کارافتاده جزئی به کمیسیون پزشکی جهت ارزیابی تغییر درجه از کارافتادگی (اعم از کاهش، افزایش یا زایل شدن) موکول به مراجعه شخص بیمه شده و ارائه درخواست و نظریه پزشک معالج و مدارک و مستندات لازم مطابق با مفاد ماده ۷۰ قانون می‌باشد .

۴۸- در مواردی که در متن رای کمیسیون پزشکی تاریخی برای ارزیابی و مراجعه بعدی بیمه شده ظرف ۵ سال در خصوص از کارافتادگی جزئی درج شده باشد می‌بایست بیمه شده را مجدداً به کمیسیون پزشکی معرفی نمایند.

۴۹- معرفی بیمه شده به منظور افزایش درجه از کارافتادگی جزئی ، منحصرأ در صورت تشدید عوارض مرتبط با حادثه امکان پذیر بوده و دارای محدودیت زمانی نمی باشد لیکن کاهش درجه از کارافتادگی جزئی، حداکثر ظرف پنج سال از تاریخ برقراری میسر خواهد بود.

۵۰- بیمه شده‌ای که در کمیسیون پزشکی از کارافتاده کلی شده است، در صورت اشتغال مجدد برای اظهار نظر در خصوص کاهش درجه از کارافتادگی (حوادث ناشی از کار) و یا اعاده سلامتی (بیماری عادی) به کمیسیون پزشکی معرفی می‌گردد .

۵۱- در مواردیکه رأی کمیسیون پزشکی بدوی یا تجدیدنظر حاکی از ادامه درمان باشد، بیمه شده باید پس از سیر و تکمیل اقدامات درمانی و

مشخص شدن نتیجه آن (ماده ۷۰ قانون) با مراجعه مجدد به شعبه و ارائه مدارک لازم (مطابق شرایط مقرر در این بخشنامه) به کمیسیون پزشکی بدوی معرفی گردد.

۵۲- چنانچه بیمه شده‌ای اقدامات درمانی خویش را در استان یا شهر دیگری به غیر از شهر محل بیمه پردازی، سپری می‌نماید و طبق گواهی پزشک معالج، امکان مراجعه به کمیسیون پزشکی استان مربوطه را نداشته باشد، لازم است واحد اجرائی با اخذ گواهی مورد اشاره و درخواست کتبی و رعایت کلیه مقررات و از طریق اداره کل استان بیمه شده را به مدیریت درمان استان محل مورد تقاضا (محل درمان) جهت طرح موضوع در کمیسیون پزشکی مربوطه معرفی نماید.

۵۳- معرفی بیمه‌شدگان به کمیسیون پزشکی هم عرض بواسطه آرای دیوان عدالت اداری با توجه به نوع رای کمیسیون پزشکی نقض شده حسب مورد بدوی و یا تجدیدنظر به صورت موردی به کمیسیون بدوی و یا تجدیدنظر انجام خواهد پذیرفت.

۵۴- واحد اجرائی مکلف است با توجه به مفاد ماده ۹۰ قانون تامین اجتماعی، نتیجه معاینات قبل از استخدام بیمه شده را از کارفرمای مربوطه مطالبه نماید.

یادآوری می‌نماید عدم انجام، عدم ارائه نتیجه معاینات و یا عدم دسترسی به کارفرما، مانع از معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی نخواهد بود.

بخش چهارم: شرایط و نکات راهبردی مورد توجه در معرفی

بیمه‌شدگان تبعی به کمیسیون پزشکی

الف) بیمه‌شدگان (اجباری، اختیاری، توافقی، مستمری‌بگیر بازنشسته و از کارافتاده کلی) که متقاضی کفالت افراد خانواده خود می‌باشند:

۵۵- چنانچه فرزند ذکور یا پدر و یا مادر بیمه شده به دلیل عدم احراز شرایط سنی مقرر در تبصره یک ماده ۷۲ قانون تامین اجتماعی و شوهر بیمه شده زن بواسطه ابتلاء به بیماری یا داشتن عارضه، متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی باشند لازم است پس از اطمینان از عدم اشتغال به کار و داشتن سابقه پرداخت حق بیمه، با رعایت مفاد این بخشنامه و مدارک مشروحه ذیل به ترتیب از بیمه شده اصلی اخذ و سپس متقاضی به کمیسیون پزشکی معرفی گردد.

الف) اخذ درخواست (فرم نمونه شماره ۲).

ب) گزارش بازرسی کفالت شعبه مبنی بر تأیید تامین معاش توسط بیمه شده اصلی .

ج) تکمیل فرم‌های از کارافتادگی نمونه شماره ۸ و معرفی نمونه شماره ۱۱ .

توجه: در اجرای ماده ۸۶ قانون تامین اجتماعی معرفی فرزندان اناث بیمه شده به کمیسیون پزشکی به منظور دریافت حق عائله‌مندی از کارفرمای مربوطه با اخذ مدارک بندهای الف و ج مورد اشاره و رعایت سایر مقررات بلامانع می‌باشد.

ب) افرادی که ادعای تحت تکفل بودن از طریق بیمه شده متوفی را دارند:

۵۶- چنانچه شوهر یا فرزند ذکور یا پدر و یا مادر بیمه شده متوفی، به دلیل عدم احراز شرایط سنی مقرر در مواد ۸۱ و ۸۲ قانون تامین اجتماعی و بواسطه ابتلاء به بیماری یا داشتن عارضه، متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی باشند لازم است پس از اطمینان از عدم اشتغال و سابقه

بیمه پردازی، مدارک مشروحه ذیل به ترتیب اخذ و سپس به کمیسیون پزشکی معرفی گردند.

الف) اخذ درخواست (فرم نمونه شماره ۳).

ب) گزارش بازرسی کفالت شعبه مبنی بر تأیید تامین معاش توسط بیمه شده اصلی در زمان حیات.

ج) نظریه پزشک معالج مبین ابتلاء به بیماری در مقطع زمانی حیات بیمه شده باشد.

د) ارائه مدارک و مستندات درمانی مبنی بر وقوع عارضه یا ابتلاء به بیماری در مقطع زمانی حیات بیمه شده.

ه) تکمیل فرم‌های از کارافتادگی نمونه شماره ۸ و معرفی نمونه شماره ۱۱.

توجه ۱: چنانچه افراد یادشده (مدعی کفالت) دارای سابقه پرداخت حق بیمه باشند ضرورت دارد حسب ضوابط مقرر در خصوص معرفی بیمه شده اصلی به کمیسیون پزشکی، وضعیت آنان بررسی و در صورت عدم احراز شرایط قانونی مراتب به متقاضی اعلام و سپس درخواست کفالت و معرفی وی به کمیسیون پزشکی مورد رسیدگی قرار گیرد.

توجه ۲: چنانچه بیمه شده اصلی به هر دلیلی از تقاضای کفالت اعضاء خانواده جهت معرفی به کمیسیون پزشکی امتناع ورزد، واحد اجرائی حسب حکم صادره از مرجع قضائی نسبت به معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی اقدام خواهد نمود.

بخش پنجم: شرایط معرفی بیمه شده به کمیسیون

پزشکی تجدیدنظر

نظر به اینکه معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی تجدید نظر مستلزم ابلاغ رای کمیسیون پزشکی بدوی و اعتراض به آن می‌باشد بنابراین ابتدا مهمترین نکات مربوط به ابلاغ و اعتراض و سپس چگونگی معرفی بیمه شده به کمیسیون تجدید نظر در پی خواهد آمد.

۵۷- رأی کمیسیون پزشکی بدوی توسط دبیر کمیسیون در همان روز و بعد از اتمام جلسه، در ذیل رای صادره به بیمه شده حاضر در جلسه ابلاغ و امضاء یا اثر انگشت وی اخذ گردیده و یک نسخه از رای صادره تسلیم بیمه شده می‌گردد.

۵۸- در مورد افراد خانواده بیمه شده رای کمیسیون پزشکی بدوی به شخص بیمه شده اصلی یا فرد تبعی ابلاغ خواهد شد.

۵۹- در مورد افرادی که تقاضای معرفی آنان به کمیسیون پزشکی توسط غیر بیمه شده و افراد مندرج در بند ۲۰ این بخشنامه صورت پذیرفته است، رای کمیسیون بدوی به آنان ابلاغ می‌گردد. در چنین مواردی اعتراض به رای صادره توسط بیمه شده یا وکیل قانونی وی و یا صرفاً توسط ولی قهری و قیم مطابق مقررات پذیرفته خواهد شد.

۶۰- در موارد بسیار اندک که امکان ابلاغ رای از طریق کمیسیون پزشکی به بیمه شده مقدور نمی‌گردد و علت عدم توفیق در ابلاغ رای به همراه رای کمیسیون پزشکی (نسخه اول و سوم) به شعبه منعکس می‌شود، در این صورت شعب سازمان مکلفند در اسرع وقت و در صورت مراجعه بیمه شده به شعبه حضوراً و یا با مراجعه به محل سکونت یا محل کار وی، رای صادره را (نسخه سوم) ابلاغ نمایند.

۶۱- تاریخ ابلاغ رای به شعبه تاریخ ثبت آن در دفتر شعبه خواهد بود.

۶۲- در صورتی که بیمه شده یا شعبه نسبت به رای کمیسیون پزشکی

بدوی معترض باشند می‌توانند حداکثر ظرف مهلت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ رای، اعتراض کتبی خود را تسلیم و ثبت دفتر شعبه نمایند. به منظور تسهیل و ایجاد وحدت رویه در اعتراض به رای کمیسیون پزشکی بدوی فرم‌های نمونه شماره ۱۲ و ۱۳ فنی تهیه گردیده که جهت استفاده (حسب مورد توسط بیمه شده یا شعبه) پیوست می‌باشد.

۶۳- با وصول رای کمیسیون پزشکی بدوی رئیس شعبه رای مربوطه را به واحد امور فنی بیمه‌شدگان ارجاع و با مدنظر قرارداد مهلت قانونی اعتراض نظر مسئولین امور فنی بیمه‌شدگان و امور فنی مستمری‌ها را در خصوص انطباق رای صادره با ضوابط و مقررات قانونی اخذ و در مورد اعتراض شعبه به رای کمیسیون پزشکی بدوی مستند به دلایل و مدارک موجود در پرونده دستور ثبت را صادر خواهد نمود.

۶۴- اعتراض شعبه می‌تواند به مواردی مانند عدم رعایت ترکیب اعضاء کمیسیون پزشکی مطابق مفاد آئین نامه اجرائی، صدور رای در خصوص عارضه یا بیماری که از طرف پزشک معالج مورد درخواست نبوده و یا از طرف واحد اجرائی در خصوص آن بیماری بیمه شده معرفی نشده باشد، مطابق مدارک درمانی پزشک معالج عضو کمیسیون پزشکی بدوی باشد، صدور رای از کارافتادگی ناشی از کار بواسطه عوارض غیر ناشی از کار صورت پذیرد و ... باشد.

۶۵- در مورد افراد خانواده بیمه شده، برگ اعتراض باید توسط شخص بیمه شده یا فرد تبعی ذیربط در ظرف مهلت مقرر به شعبه ارائه گردد.

۶۶- به استناد تبصره ذیل ماده ۸ آیین نامه اجرائی کمیسیونهای پزشکی، رای کمیسیون پزشکی مبنی بر ضرورت ادامه درمان قابل اعتراض نخواهد بود.

۶۷- روز ابلاغ رای جزء مهلت ۳۰ روز مقرر جهت اعتراض به رای کمیسیون پزشکی محسوب نمی‌گردد، به عبارت دیگر مهلت مقرر از فرادای روز ابلاغ آغاز می‌گردد.

۶۸- روز اقدام برای ثبت اعتراض جزء مهلت ۳۰ روزه محسوب نمی‌گردد و همینطور چنانچه آخرین روز مهلت مذکور مصادف با روز تعطیل باشد آن

روز نیز جزء مهلت ۳۰ روز محسوب نگردیده و اولین روز اداری پس از آن، آخرین روز مهلت محسوب و ملاک عمل می‌باشد.

۶۹- رای کمیسیون پزشکی بدوی چنانچه در مهلت قانونی مورد اعتراض قرار نگیرد قطعی و لازم الاجرا تلقی خواهد شد.

۷۰- رای کمیسیون پزشکی بدوی که در مهلت قانونی مقرر مورد اعتراض قرار گرفته، قابل استناد نمی‌باشد و وضعیت بیمه شده می‌بایست در کمیسیون پزشکی تجدید نظر مورد بررسی قرار گیرد.

۷۱- با اعتراض بیمه شده یا شعبه نسبت به رای کمیسیون پزشکی بدوی، حسب مورد با تکمیل فرم‌های از کارافتادگی (نمونه شماره ۷ یا ۹) و معرفی (نمونه شماره ۱۰ یا ۱۱) پرونده به کمیسیون پزشکی تجدیدنظر ارسال می‌گردد.

سایر مقررات

۷۲- واحد اجرائی مکلف است در صورت عدم احراز شرایط قانونی معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی ضمن ضبط تصاویر برابر اصل مدارک و مستندات درمانی مربوطه در پرونده فنی و اعاده اصل آن، علت عدم امکان معرفی به کمیسیون پزشکی را حداکثر ظرف ۳۰ روز اداری به متقاضی کتباً اعلام نماید.

۷۳- واحدهای اداری کمیسیون پزشکی و نمایندگان فنی (مشاور) سازمان در کمیسیون پزشکی مکلفند چنانچه ضوابط مندرج در این بخشنامه در موقع معرفی رعایت نگردیده باشد ضمن اعاده پرونده به واحد اجرائی ذریبط به منظور رفع نقص، مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع اداره کل تامین اجتماعی استان مربوطه برسانند.

۷۴- برای اظهار نظر اعضاء کمیسیون پزشکی در خصوص مواردی که ضرورتی به تکمیل و یا درج نظریه در فرم از کارافتادگی وجود ندارد (بندهای

۱۲، ۲۴، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۴۸، ۵۰ و ۵۳) فرم شماره ۱۴ طراحی گردیده است که مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۷۵- جهت آمادگی، مطالعه و آموزش عوامل اجرایی تاریخ اجرای این بخشنامه از مورخ ۹۳/۱۱/۱ می‌باشد.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل تامین اجتماعی استان‌ها، معاونین بیمه‌ای، روسا و کارشناسان ارشد امور فنی بیمه‌شدگان، روسا و کارشناسان ارشد کمیسیون‌های پزشکی و طب کار، روسا و معاونین شعب و مسئولان و کارشناسان ذریبط و نمایندگان فنی (مشاور) سازمان در کمیسیون‌های پزشکی خواهند بود.



فرم‌های بخشنامه
شماره ۱۹ بیمه‌شدگان



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی
(بیمه شده اصلی)

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

باسلام

نظریه اینکه اینجانب خانم / آقای بیمه شده شماره
به علت بیماری / عارضه از تاریخ تحت معالجه
خانم/ آقای دکتر متخصص بیماری های بوده و هم اکنون
به علت خاتمه درمان و طبق نظر ایشان (اصل گواهی و مدارک درمانی پیوست) توانائی انجام کار ندارم لذا
خواهشمند است دستور فرمائید در صورت احراز شرایط قانونی اقدام لازم در خصوص معرفی به کمیسیون
پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی معمول نمایند. ضمناً گواهی می نمایم تحت تکفل شخص
دیگری نبوده و همینطور مشمول هیچ کدام از صندوق های بازنشستگی نمی باشم و متعهد می گردم در روند
رسیدگی به پرونده، اطلاعات و مدارک پزشکی لازم را صادقانه در اختیار مسئولین قرار دهم . بدیهی است در
صورت اثبات خلاف ادعا مسئولیت جبران خسارات وارده را عهده دار خواهیم بود .

آدرس و تلفن محل سکونت :

آدرس و تلفن محل اشتغال :

عنوان دقیق شغل و ساعات کار :

معاینات قبل از استخدام و دوره ای :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستان های محل بستری، علت بستری و تاریخ بستری :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها :

تحت پوشش نهاد حمایتی به علت بیماری های مورد درخواست :

کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی (به علت بیماری های مورد درخواست) :

مدارک پیوست: آزمایش سونوگرافی ام ار ای سی تی اسکن نوار قلب نوار ریه
 نوار عصب و عضله سایر مدارک

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده

یا وکیل قانونی



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۲

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی
(متقاضی کفالت بیمه شده، مستمری بگیر)

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

باسلام

نظریه اینکه خانم / آقای فرزند، پدر، مادر ، شوهر اینجانب خانم / آقای بیمه شده /مستمری بگیر به شماره به علت بیماری /عارضه از تاریخ تحت معالجه خانم/آقای دکتر متخصص بیماری های بوده و به علت خاتمه درمان و طبق نظر ایشان (اصل گواهی و مدارک درمانی پیوست) توانائی انجام کار ندارد لذا خواهشمند است با توجه به گزارش بازرسی کفالت و در صورت احراز مقررات نسبت به معرفی وی به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی اقدام نمایید. ضمناً گواهی می نمایم مشارالیه اشتغال بکار نداشته و تحت تکفل شخص دیگری نبوده و همینطور مشمول هیچ کدام از صندوق های بازنشستگی نمی باشد. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا مسئولیت جبران خسارات وارده را عهده دار می باشم .

آدرس و تلفن محل سکونت :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستان های محل بستری، علت بستری و تاریخ بستری :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها :

تحت پوشش نهاد حمایتی به علت بیماری های مورد درخواست :

کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی (به علت بیماری های مورد درخواست) :

مدارک پیوست: آزمایش سونوگرافی ام ار آی سی تی اسکن نوار قلب نوار ریه نوار عصب و عضله سایر مدارک

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده

یا وکیل قانونی



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۳

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی
(متقاضی کفالت بازمانده)

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

باسلام

نظربه اینکه اینجانب خانم / آقای..... فرزند، پدر، مادر، شوهر
..... خانم / آقای..... مستمري بگيرشماره
..... که در تاریخ فوت نموده اند و اینجانب به علت
بیماری /عارضه از تاریختحت معالجه خانم/آقای
دکتر متخصص بیماری های..... بوده و طبق نظر
ایشان (اصل گواهی و مدارک درمانی پیوست) قبل از فوت بیمه شده اصلی توانائی انجام کار نداشته ام.
لذا خواهشمند است با توجه به گزارش بازرسی کفالت و در صورت احراز مقررات نسبت به معرفی اینجانب
به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی اقدام نمایید. ضمناً گواهی می نمایم اینجانب
اشتغال بکار نداشته و تحت تکفل شخص دیگر نبوده و همینطور مشمول هیچ کدام از صندوق های
بازنشستگی نمی باشم و متعهد می گردم در روند رسیدگی به پرونده، اطلاعات و مدارک پزشکی لازم را صادقانه
در اختیار مسئولین قرار دهم. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا مسئولیت جبران خسارات وارده را
عهده دار می باشم.

آدرس و تلفن محل سکونت :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستان های محل بستری، علت بستری و تاریخ بستری :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها :

تحت پوشش نهاد حمایتی به علت بیماری های مورد درخواست :

کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی (به علت بیماری های مورد درخواست) :

مدارک پیوست: آزمایش سونوگرافی ام ار آی سی تی اسکن نوار قلب نوار ریه
 نوار عصب و عضله سایر مدارک

نام و نام خانوادگی و امضاء بازمانده

یا وکیل قانونی



سازمان تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۴

محل الصاق عکس

فرم استعلام از پزشک معالج

سرکار خانم / آقای دکتر متخصص محترم..... نظر به اینکه آقای / خانم دارای شغل بر اساس گواهی صادره توسط آن جناب بعنوان پزشک معالج میادرت به درخواست ازکارافتادگی نموده است لذا با توجه به اینکه می بایست فرآیند اقدامات تشخیصی و درمانی را تحت نظر پزشک معالج طی نموده باشد، خواهشمند است در صورت تایید مراتب اطلاعات مندرج درجدول زیر را تکمیل فرمایند.

ضمناً چنانچه تخصص جنابعالی با انجام اقدامات درمانی و توانبخشی تکمیلی جهت علاج بیماری نامبرده مرتبط نمی باشد و یا دوره درمانی کافی را جهت علاج بیماری طی نکرده باشد، از تکمیل فرم و معرفی مشارالیه اجتناب فرمائید.

..... شعبه تأمین اجتماعی

۱- عنوان تشخیص قطعی بیماری یا عارضه :
۲- اولین تاریخ مراجعه به جنابعالی : ۳- تاریخ پیدایش علائم ناتوانی انجام کار :
۴- آیا حداقل زمان لازم برای درمان بیماری سپری شده است :
۵- خلاصه اقدامات توانبخشی و درمان های انجام شده توسط جنابعالی :
۶- مستندات پاراکلینیکی مبنی بر تشخیص بیماری :
۷- آیا اقدامات درمانی و توانبخشی پیشنهادی جنابعالی برای آینده بیمار (مصرف دارو، عمل جراحی، تغییر شرایط شغلی، استراحت پزشکی، تجویز پروتز و ...) تغییری در راستای بهبودی و علاج بیماری خواهد کرد؟
۸- چنانچه بیمار به درمان های انجام شده (موثر در بهبودی) پاسخ مناسب نداده و بیماری غیر قابل علاج می باشد، در اینصورت آیا منجر به کاهش توانائی انجام کار و ازکارافتادگی وی شده است؟
آدرس و شماره تماس پزشک
تاریخ تکمیل
مهر و امضای پزشک معالج



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۵

شماره :
تاریخ :

فرم درخواست پرونده و مدارک پزشکی

ریاست محترم مرکز درمانی / بیمارستان

با سلام

نظر به اینکه آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه بیمه شده / متقاضی کفالت این سازمان مدعی است که در آن مرکز درمانی / بیمارستانی در سال تحت درمان قرار گرفته لذا به منظور معرفی نامبرده به کمیسیون پزشکی خواهشمند است دستور فرمائید تصویری برابر اصل از کلیه اوراق پرونده بستری یا سرپائی و سایر مستندات مربوطه را به این شعبه ارسال فرمایند.

با تشکر از همکاری و دستور مساعدی که در این مورد صادر خواهید فرمود.

رئیس شعبه تأمین اجتماعی



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۶

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو کمیسیون بدوی
(بیمه شده اصلی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی:
شماره بیمه: نوع بیمه پردازی:
آخرین شغل: نام کارگاه:

نظریه نهایی پزشک معالج:

مهر و امضاء پزشک معالج

نظریه کمیسیون پزشکی بدوی تاریخ تشکیل

درجه ازکارافتادگی	تاریخ وقوع حادثه	ابتلاء به بیماری منتجر به ازکارافتادگی	تاریخ خاتمه معالجات	تاریخ تحقق ازکارافتادگی
تاریخ شروع بکار: تغییر شغل به مدت کاهش ساعت کار به مدت				
تاریخ شرکت مجدد در کمیسیون پزشکی (در صورت امکان کاهش درجه ازکارافتادگی جزئی ظرف ۵ سال آینده)				

مهر و امضاء رئیس کمیسیون
مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه
مهر و امضاء عضو ثابت
مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)

مهر و امضاء

مشاور طب کار / بهداشت حرفه ای

رأی کمیسیون پزشکی بدوی در تاریخ به اینجانب ابلاغ گردید،
در صورتی که نسبت به رأی صادره معترض باشم ظرف مهلت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ رأی به شعبه سازمان
مراجعه و اعتراض خود را به طور کتبی اعلام خواهم نمود.

(توجه: برقراری مستمری ازکارافتادگی، موکول به احراز شرایط قانونی است و نتیجه نهایی پس از بررسی
توسط شعبه تامین اجتماعی مربوطه و قبل از اتمام مهلت ۳۰ روزه اعتراض مشخص و اعلام خواهد شد)

امضاء و اثر انگشت بیمه شده یا وکیل



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۷

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو کمیسیون تجدیدنظر
(بیمه شده اصلی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی:
شماره بیمه: نوع بیمه پردازی:
آخرین شغل: نام کارگاه:

متن نظریه کمیسیون پزشکی بدوی مورخ

اعتراض به رأی کمیسیون بدوی
 توسط بیمه شده . شماره ثبت تاریخ ثبت
 توسط شعبه . شماره ثبت تاریخ ثبت

نظریه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر - تاریخ تشکیل

درجه ازکارافتادگی	تاریخ وقوع حادثه	ابتلاء به بیماری منجر به ازکارافتادگی	تاریخ خاتمه معالجات	تاریخ تحقق ازکارافتادگی
تاریخ شروع بکار: تغییر شغل به مدت				
کاهش ساعت کار به مدت:				
تاریخ شرکت مجدد در کمیسیون پزشکی (در صورت امکان کاهش درجه ازکارافتادگی جزئی ظرف ۵ سال آینده)				

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------------------



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۸

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو کمیسیون بدوی
(متقاضی کفالت)

نام و نام خانوادگی متقاضی: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کدملی:
نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: شماره بیمه شده اصلی:
شماره مستمری بگیر: نسبت با بیمه شده اصلی و یا مستمری بگیر:

نظریه نهایی پزشکی معالج:

مهر و امضاء پزشک معالج

نظریه کمیسیون پزشکی بدوی تاریخ تشکیل

Blank area for the medical opinion and commission decision.

درجه ازکارافتادگی تاریخ تحقق ازکارافتادگی

مهر و امضاء رئیس کمیسیون
مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه
مهر و امضاء عضو ثابت
مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)

رای کمیسیون پزشکی بدوی در تاریخ به اینجانب ابلاغ گردید،
در صورتی که نسبت به رای صادره معترض باشم ظرف مهلت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ رای به شعبه سازمان
مراجعه و اعتراض خود را به طور کتبی اعلام خواهم نمود.
(توجه: برقراری مستمری ازکارافتادگی، موکول به احراز شرایط قانونی است و نتیجه نهایی پس از بررسی
توسط شعبه تامین اجتماعی مربوطه و قبل از اتمام مهلت ۳۰ روزه اعتراض مشخص و اعلام خواهد شد)
امضاء و اثر انگشت متقاضی / بیمه شده / وکیل



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۹

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو کمیسیون تجدیدنظر
(متقاضی کفالت)

نام و نام خانوادگی متقاضی: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی:
نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: شماره بیمه شده اصلی:
شماره مستمری بگیر: نسبت با بیمه شده اصلی و یا مستمری بگیر:

متن نظریه کمیسیون پزشکی بدوی مورخ

اعتراض به رأی کمیسیون بدوی

توسط بیمه شده . شماره ثبت تاریخ ثبت

توسط شعبه . شماره ثبت تاریخ ثبت

نظریه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر - تاریخ تشکیل

.....
درجه ازکارافتادگی تاریخ تحقق ازکارافتادگی

مهر و امضاء رئیس کمیسیون
مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه
مهر و امضاء عضو ثابت
مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)



سازمان تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱۰

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی
(بیمه شده اصلی)

محل الصاق عکس

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدینوسیله به پیوست برگ فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو مربوط به آقای / خانم
نام پدر: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کدملی: شماره بیمه :
شماره سریال شناسنامه : نوع بیمه پردازی:
به علت: بیماری عادی، حادثه ناشی از کار، حادثه غیر ناشی از کار، سایر (ذکر گردد)
جهت سنجش ازکارافتادگی و اعلام نتیجه معرفی می گردد.

ضمناً تعداد برگ تصاویر مدارک مرتبط نیز به شرح زیر پیوست می باشد.

۱- فرم درخواست متقاضی.

۲- استعلام از پزشک معالج (فرم تکمیل شده نمونه ۴ فنی)

۳- اوراق پرونده های بستری و سرپایی و سایر مدارک مربوطه به تعداد برگ.

۴- برگ سنجش ازکارافتادگی اولیه (در رابطه با موارد خاص بیمه ای) به تعداد برگ.

۵- برگ معاینات اولیه (موضوع ماده ۹۰) به تعداد برگ.

۶- تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی . به تعداد برگ.

۷- مدارک مربوط به وقوع حادثه: گزارش حادثه، گزارش بررسی حادثه، گزارش بازرسی کار، گزارش مقامات انتظامی، گزارش پزشکی قانونی به تعداد برگ.

۸- نظریه های قبلی کمیسیون پزشکی: • بدوی، • تجدیدنظر به تعداد برگ.

۹- تصویر فرم ثبت سوابق استفاده از غرامت دستمزد ایام بیماری (فرم شماره ۵ ساماندهی بایگانی فنی) به تعداد برگ.

۱۰- گزارش چاپی از سوابق پرداخت حق بیمه به تعداد برگ.

۱۱- برگ اعتراض به رأی کمیسیون بدوی: توسط بیمه شده، توسط سازمان.

۱۲- سایر موارد (ذکر گردد)

آدرس بیمه شده و شماره تلفن:

شعبه تأمین اجتماعی



سازمان تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱۱

فرم معرفی به کمیسیون پزشکی
(متقاضی کفالت)

محل الصاق عکس

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدینوسیله به پیوست برگ فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو مربوط به آقای / خانم
..... فرزند، پدر، مادر، شوهر متقاضی کفالت
آقای / خانم بیمه شده اصلی / مستمری
بگیر / بازمانده به شماره: به علت: بیماری عادی، حادثه غیر ناشی از کار
جهت سنجش ازکارافتادگی و اعلام نتیجه معرفی می گردد.

ضمناً تعداد برگ تصویر مدارک مرتبط به شرح زیر پیوست می باشد.

۱- فرم درخواست متقاضی .

۲- استعلام از پزشک معالج (فرم تکمیل شده نمونه ۴ فی)

۳- اوراق پرونده های بستری و سرپایی و سایر مدارک مربوطه به تعداد برگ

۴- تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی . به تعداد برگ

۵- برگ اعتراض به رأی کمیسیون بدوی : توسط بیمه شده، توسط سازمان .

۶- سایر موارد (ذکر گردد)

آدرس و تلفن محل سکونت:

شعبه تأمین اجتماعی



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱۲

فرم اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی بدوی

ریاست محترم شعبه

باسلام

بدینوسیله اینجانب : نام نام خانوادگی
بیمه شده شماره / متقاضی کفالت اعتراض خود را
نسبت به رأی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ اعلام و خواهشمند است دستور فرمائید
با رعایت مقررات در مورد معرفی اینجانب به کمیسیون پزشکی تجدید نظر اقدام نمایند.

ضمناً موضوع و علت اعتراض اینجانب عبارتست از :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

نام و امضاء یا اثر انگشت بیمه شده/متقاضی کفالت
یا وکیل قانونی



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱۳

نسخه دوم جهت اطلاع رئیس شعبه می باشد.

فرم اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی بدوی
(توسط شعبه)

ریاست محترم شعبه

باسلام

در اجرای مقررات آئین نامه اجرایی کمیسیون های پزشکی و با توجه به بند ۶۳ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه شدگان اینجانبان:

۱- نام نام خانوادگی مسئول امور فنی بیمه شدگان شعبه

۲- نام نام خانوادگی مسئول امور فنی مستمری های شعبه

به اتفاق اعتراض خود را نسبت به مفاد رأی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ که در مورد خانم / آقای بیمه شده شماره / متقاضی کفالت این شعبه صادر گردیده اعلام و خواهشمند است دستور فرمائید موضوع جهت رسیدگی مجدد به کمیسیون پزشکی تجدید نظر ارجاع گردد.

توضیحات (موضوع و علت اعتراض حسب ضرورت):

نام و امضای

مسئول امور فنی مستمری ها

نام و امضای

مسئول امور فنی بیمه شدگان



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱۴

سازمان تامین اجتماعی
صورتجلسه کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

پرونده آقای/خانم بیمه شده شماره در جلسه مورخ
مطرح و نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می گردد:

Empty box for the medical commission report.

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
مهر و امضاء مشاور طب کار / بهداشت حرفه ای			





بخشنامه شماره ۱۹/۱
امور فنی بیمه شدگان
منضم به فرم‌های مربوطه

اداره کل تأمین اجتماعی استان.....

مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان.....

با سلام

به منظور ایجاد تسهیلات لازم در خصوص آن دسته از متقاضیان شرکت در کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی که شرایط مقرر در بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان را احراز ننموده لیکن درخواست بهره‌مندی از مزایای بازنشستگی مقرر در قانون "تعیین تکلیف تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق بیمه پرداخت کرده‌اند" (مصوب ۹۲/۷/۱۷ مجلس شورای اسلامی) موضوع بخشنامه شماره ۶۵ مستمری‌ها را دارند، نحوه اقدام واحدهای اجرائی در مورد آنان به ترتیب ذیل خواهد بود :

۱) بررسی و اعلام احراز و یا عدم احراز شرایط قانونی به متقاضی حسب بند ۷۲ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان با توجه به مدارک و سوابق پرداخت حق بیمه .

۲) اخذ درخواست شرکت در کمیسیون پزشکی به منظور برخورداری از مزایای قانون تعیین تکلیف تأمین اجتماعی اشخاصی که ۱۰ سال و کمتر حق بیمه پرداخت کرده اند. مطابق فرم نمونه شماره ۱/۱ پیوست.

۳) استعلام از کمیسیون پزشکی مطابق فرم نمونه شماره ۱۰/۱ پیوست .

۴) اظهار نظر اعضای کمیسیون پزشکی صرفاً در خصوص از کارافتادگی کلی متقاضی و یا عدم آن بدون درج تاریخ شروع و یا ابتلاء به بیماری در فرم شماره ۱۴/۱ و ۱۴/۲ پیوست و ارسال به واحد اجرائی مربوطه.

لازم به یادآوری است چنانچه متقاضی حسب معاینات انعقاد اولین قرارداد موارد خاص بیمه‌ای و یا به هر دلیلی (فاقد هر گونه سابقه بیمه پردازی معتبر برای از کارافتادگی قبل از ورود به نظام بیمه‌ای) از کارافتاده کلی شناخته گردیده باشد از شمول این بخشنامه خارج خواهد بود.

۵) در صورتیکه اعضای کمیسیون پزشکی حسب بررسی‌های بعمل آمده پرونده متقاضی را مشمول بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان تلقی نماید،

مراتب به واحد اجرائی کتباً اعلام تا حسب مقررات مربوطه نسبت به معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی اقدام گردد.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل تامین اجتماعی استانها، معاونین بیمه ای، روسا و کارشناسان ارشد امور فنی بیمه شدگان، روسا و کارشناسان ارشد کمیسیونهای پزشکی و طب کار، روسا و معاونین شعب و مسئولان و کارشناسان ذیربط و نمایندگان فنی (مشاور) سازمان در کمیسیونهای پزشکی خواهند بود.



سازمان تامین اجتماعی

اداره کل تامین اجتماعی استان
شعبه

فرم نمونه شماره ۱/۱

فرم درخواست شرکت در کمیسیون پزشکی

به منظور برخورداری از مزایای قانون " تعیین تکلیف تامین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق بیمه پرداخت کرده اند "

محل الصاق عکس

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

با سلام

نظربه اینکه اینجانب خانم / آقای بیمه شده شماره
حسب نامه شماره..... مورخ..... آن مرجع محترم فاقد شرایط قانونی لازم به منظور معرفی به کمیسیون پزشکی جهت برخورداری از مستمری ازکارافتادگی کلی غیر ناشی ازکار می باشم . لذا با اطلاع کامل از ضوابط و مقررات قانون فوق الذکر و برای تعیین میزان ازکارافتادگی ، متقاضی شرکت در کمیسیون پزشکی به منظور برخورداری از مزایای بازنشستگی به نسبت سابقه پرداخت حق بیمه می باشم .

آدرس و تلفن محل سکونت :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستان های محل بستری

علت بستری

تاریخ بستری

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان دارم ندارم

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها : دارم ندارم

تحت پوشش نهاد حمایتی به علت بیماری های مورد درخواست: می باشم نمی باشم

مدارک پیوست درخواست: آزمایش سونوگرافی ام ار آی سی تی اسکن

نوار قلب نوار ریه نوار عصب و عضله سایر مدارک

نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت بیمه شده

یا وکیل قانونی



سازمان تأمین اجتماعی

اداره کل تأمین اجتماعی استان
شعبه

فرم نمونه شماره ۱۰/۱

فرم استعلام از کمیسیون پزشکی

به منظور برخورداری از مزایای قانون " تعیین
تکلیف تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال
و کمتر حق بیمه پرداخت کرده اند "

شماره :
تاریخ :

محل الصاق عکس

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدینوسیله به پیوست یک برگ گواهی پزشک معالج مربوط به آقای / خانم
نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
کدملی: شماره بیمه: شماره سریال شناسنامه:
نوع بیمه پردازی:

به علت: بیماری عادی، حادثه غیر ناشی از کار
جهت سنجش ازکارافتادگی و اعلام نتیجه معرفی می گردد.
ضمناً تصاویر مدارک مرتبط نیز به شرح زیر پیوست می باشد.

۱- فرم درخواست متقاضی.

۲- مکاتبه این شعبه با متقاضی مبنی بر عدم احراز شرایط قانونی بخشنامه ۱۹ امور فنی بیمه شدگان
(موضوع بند ۷۲)

۳- اوراق پرونده‌های بستری و سرپایی و سایر مدارک مربوطه به تعداد برگ.

۴- برگ سنجش ازکارافتادگی اولیه (در رابطه با موارد خاص بیمه ای) به تعداد برگ.

۵- برگ معاینات اولیه (موضوع ماده ۹۰) به تعداد برگ.

۶- نظریه‌های قبلی کمیسیون پزشکی: بدوی، تجدیدنظر به تعداد برگ.

۷- گزارش چاپی از سوابق پرداخت حق بیمه به تعداد برگ.

۸- برگ اعتراض به رأی کمیسیون بدوی توسط بیمه شده (فرم شماره ۱۲/۱).

۹- سایر موارد (ذکر گردد)

آدرس بیمه شده و شماره تلفن:

شعبه تأمین اجتماعی



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱۴/۱

صورتجلسه کمیسیون پزشکی بدوی مورخ

به منظور برخورداری از مزایای قانون " تعیین تکلیف
تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق
بیمه پرداخت کرده اند "

پرونده آقای/خانم بیمه شده شماره مطرح وبه همراه مدارک درمانی مورد
معاینه قرار گرفت که نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می گردد:

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------------------

رأی کمیسیون پزشکی بدوی در تاریخ به اینجانب ابلاغ گردید، در صورتی
که نسبت به رأی صادره معترض باشم ظرف مهلت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ رأی به شعبه سازمان مراجعه و اعتراض
خود را به طور کتبی اعلام خواهم نمود.

امضاء و اثر انگشت بیمه شده یا وکیل



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱۴/۲

صورتجلسه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر مورخ

به منظور برخورداری از مزایای قانون " تعیین تکلیف
تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق
بیمه پرداخت کرده اند "

پرونده آقای/خانم بیمه شده شماره مطرح وبه همراه مدارک درمانی مورد
معاینه قرار گرفت که نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می گردد:

مهر و امضاء
نماینده فنی (مشاور)

مهر و امضاء
عضو ثابت

مهر و امضاء
متخصص بیماری مربوطه

مهر و امضاء
رئیس کمیسیون



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱۲/۱

فرم اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی بدوی

به منظور برخورداری از مزایای قانون "تعیین تکلیف
تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق
بیمه پرداخت کرده اند"

ریاست محترم شعبه

باسلام

بدینوسیله اینجانب : نام نام خانوادگی بیمه شده شماره
اعتراض خود را نسبت به رأی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ مبنی بر عدم اذکارافتادگی
کلی اعلام و خواهشمند است دستور فرمائید با رعایت مقررات در مورد معرفی اینجانب به کمیسیون پزشکی
تجدید نظر اقدام نمایند.

نام و امضاء یا اثر انگشت بیمه شده

یا وکیل قانونی



بخشنامه سیستم جامع
کمیسیون های پزشکی
منضم به فرم های مربوطه

اداره کل تأمین اجتماعی استان.....

مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان.....

با سلام

احتراماً در راستای تسهیل و روانسازی امور، کاهش ایستگاههای کاری، جلوگیری از تردهای غیر ضرور و افزایش رضایتمندی و رفاه حال بیمه شدگان و افراد خانواده آنان و همچنین استقرار خدمات نوین الکترونیکی با هدف ارتقای سرعت، دقت و کیفیت فرآیندهای مربوط به حوزه کمیسیونهای پزشکی اعم از رسیدگی به پروندههای متقاضیان شرکت در کمیسیون و شوراهای پزشکی، موارد مرتبط با معاینات موارد خاص بیمه‌ای (غیر اجباری) و پزشکان معتمد و فراهم شدن شرایط اجرای پایلوت بخش بیمه‌ای سیستم مذکور در شعب منتخب و آغاز فعالیت مشترک بخش درمان و بیمه‌ای در قالب سیستم جامع کمیسیونهای پزشکی، توجه واحدهای اجرائی را به رعایت نکات ذیل جلب می‌نماید :

۱- از آنجائیکه فرم‌های ۶، ۷، ۸ و ۹ پیوست بخشنامه مشترک شماره ۱۹ امور فنی بیمه شدگان به صورت مکانیزه در مراکز تشکیل کمیسیون پزشکی تولید و پس از صدور رأی و مهر و امضاء اعضای کمیسیون پزشکی و چاپ شناسه رأی به شعب مربوطه ارسال می‌گردد لذا از این پس ضرورتی به تحویل فرم‌های مذکور به بیمه شده جهت تکمیل توسط پزشک معالج و ارسال آن به کمیسیون پزشکی نمی‌باشد .

۲- در بخش اظهار نظر پزشک معالج در فرم تعیین میزان از کارافتادگی (فرم‌های شماره ۶ و ۸) علاوه بر مشخصات پزشک معالج، شماره و تاریخ ثبت فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی و فرم استعمال از پزشک معالج برای هر بیماری (فرم‌های نمونه شماره ۱، ۲، ۳ و ۴) درج می‌گردد لذا تأکید می‌گردد فرم‌های مذکور کماکان در دبیرخانه شعبه ثبت گردد .

۳- فرم‌های معرفی به کمیسیون پزشکی (فرم‌های شماره ۱۰ و ۱۱ پیوست بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه شدگان)، فرم استعمال از پزشک معالج (فرم شماره ۴) و فرم‌های شماره ۱۴ و ۱۴/۱ طبق نمونه پیوست تغییر یافته که

لازم است جایگزین فرم‌های قبلی گردد.

۴- نظر به اینکه مقرر گردیده در فرم معرفی بیمه شده به کمیسیون پزشکی به بند مربوطه در بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان اشاره گردد لذا لازم است واحدهای اجرائی پس از احراز شرایط قانونی برای ارجاع پرونده بیمه‌شدگان اصلی به کمیسیون پزشکی، پرونده متقاضی را با مفاد یکی از بندهای: ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۵، ۴۲، ۴۸، ۵۱ و ۵۲، انطباق و در فرم معرفی درج نمایند. بدیهی است برای افراد متقاضی کفالت از بند ۵۵ و توجه آن و یا بند ۵۶ و در موقع معرفی به کمیسیون پزشکی تجدید نظر به بند ۷۱ اشاره خواهد گردید.

۵- در راستای رعایت مفاد آئین‌نامه اجرائی کمیسیون‌های پزشکی در فرآیند صدور رأی و ثبت دقیق مستندات آراء کمیسیون‌های پزشکی، لازم است بدو پیش‌نویس رأی طبق فرم ج (نمونه پیوست) توسط اعضاء کمیسیون-پزشکی تکمیل و بلافاصله توسط کارشناسان و کاربران مربوطه در سیستم ثبت گردد. بدیهی است بعد از ثبت رأی نهائی و چاپ آن و مهر و امضاء اعضاء در ذیل فرم‌های فوق‌الذکر، امکان هیچ‌گونه تغییر و حذف اطلاعات ثبت‌شده در سیستم وجود نخواهد داشت. یادآوری می‌نماید در موارد بسیار اندک و در صورت ضرورت، اصلاح و بازنگری پیش‌نویس رأی قبل از ثبت و صدور رأی نهائی با نظر اعضاء کمیسیون پزشکی امکان پذیر خواهد بود.

۶- هرگونه ممیزی محتوایی بعد از صدور رأی نهائی در کمیسیون پزشکی مطابق مقررات نبوده و رؤسا و کارشناسان ارشد کمیسیون پزشکی، کارشناسان ذیربط و نمایندگان فنی (مشاور) باید صرفاً در چارچوب آئین‌نامه اجرائی کمیسیون‌های پزشکی به خصوص مواد ۶، ۸ و تبصره ذیل ماده ۱۱، قبل از طرح پرونده و صدور رأی نهائی در کمیسیون‌های پزشکی کنترل‌های قانونی را جهت اطمینان از کفایت مدارک، صحت آراء و انجام اقدامات ضروری منجمله اقدامات پیش‌بینی شده در بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان معمول نمایند. لذا در راستای حسن اجرای بند ۷۳ بخشنامه مذکور نیز فرم

شماره ۱۳/۱ پیوست جهت درج گزارش کارشناسی برای انعکاس به مبادی ذیربط پیش‌بینی گردیده است تا اقدامات آتی حسب بند ۶۳ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی-بیمه‌شدگان صورت پذیرد

۷- درخصوص مشمولین بند ۶۰ بخشنامه شماره ۱۹ فنی (نحوه ابلاغ رأی)، چنانچه رأی کمیسیون پزشکی به دلیل عدم حضور در پایان جلسه، به بیمه شده یا قیم و یا وکیل قانونی وی ابلاغ نگردیده و بیمه شده مزبور به سایت سازمان مراجعه و خواهان ابلاغ رأی از طریق سایت باشد، تاریخ ابلاغ رأی در سامانه، وقتی برای بررسی مهلت اعتراض معتبر است که بیمه شده در فرم اعتراض به رأی بدوی (فرم نمونه شماره ۱۲ بخشنامه ۱۹ امور فنی-بیمه-شدگان) تاریخ ابلاغ رأی از طریق سامانه را به صورت کتبی اعلام نماید، در غیر اینصورت ابلاغ اینترنتی صرفاً جنبه اطلاع رسانی داشته و تاریخ ابلاغ اینترنتی ملاک محاسبه مهلت اعتراض نخواهد بود.

۸- همانگونه که در بند ۱۰۴ راهنمای سامانه کمیسیون‌های پزشکی ورژن ۱۹۵۰۱ اشاره شده امکان ثبت نتایج آراء هر کمیسیون پزشکی در سیستم فراهم شده و لازم است در هر جلسه نتیجه فرآیند ثبت و صدور رأی طبق بند ۵ این بخشنامه انجام گردد ولیکن نظر به اینکه براساس آئین نامه اجرایی کمیسیون‌های پزشکی امکان اعتراض به آراء "توصیه به ادامه درمان" وجود ندارد لذا چنانچه متقاضی با بیش از یک بیماری در کمیسیون پزشکی شرکت و درخصوص یک و یا بخشی از بیماری‌ها از کارافتاده کلی شناخته گردیده و درخصوص عارضه یا بیماری دیگر رأی به ادامه درمان صادر گردد رأی صادره مبنی بر از کارافتادگی کلی به واحد اجرایی ارسال خواهد شد در غیر اینصورت و در صورت عدم از کارافتادگی کلی صرفاً رأی توصیه به ادامه درمان به شعب ارسال خواهد گردید تا پس از خاتمه معالجات مطابق بند ۴۴ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی-بیمه‌شدگان به کمیسیون پزشکی معرفی تا من حیث المجموع درخصوص از کارافتادگی بیمه شده اظهار نظر نهائی انجام پذیرد.

۹- طبق بند ۱۰۵ راهنمای سامانه، برای ثبت رأی فردی که هم مبتلا به بیماری عادی است و هم در اثر وقوع حادثه ناشی از کار دچار عارضه

گردیده، باید به این نکته توجه شود که ثبت رأی بیماری عادی صرفاً وقتی مجاز است که رأی مربوط به حادثه ناشی از کار قبلاً در سیستم ثبت شده باشد در غیر اینصورت امکان طرح پرونده و صدور رأی وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر چنانچه علیرغم مفاد بند ۴۳ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان واحد اجرائی نسبت به معرفی همزمان بیماری عادی و حادثه ناشی از کار اقدام نماید امکان بررسی وجود نداشته و می‌بایست پرونده ضمن تذکر توسط نماینده فنی سازمان (مشاور فنی) به شعبه مربوطه اعاده گردد تا بدو در خصوص عارضه ناشی از کار به کمیسیون پزشکی معرفی و پس از قطعیت رأی صادره و برخورداری از تعهدات قانونی مربوطه، در صورت درخواست در خصوص بیماری عادی و حادثه با رعایت ضوابط مقرر در بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان معرفی به کمیسیون پزشکی صورت پذیرد.

۱۰- در خصوص بیمه‌شدگانی که اقدامات درمانی خود را در استان یا شهر دیگری به غیر از شهر محل بیمه پردازی، سپری می‌نمایند و طبق گواهی پزشک معالج، امکان مراجعه به کمیسیون پزشکی استان محل بیمه پردازی را نداشته باشند (مشمولین بند ۵۲ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان) شعب اجرائی مکلفند پس از اخذ مدارک و رعایت کلیه مقررات و ضوابط مربوطه، پرونده را از طریق اداره کل به مدیریت درمان استان ارسال تا اقدامات آتی جهت ارجاع پرونده برای طرح در کمیسیون پزشکی استان محل درمان صورت پذیرد.

۱۱- از تاریخ ابلاغ این بخشنامه شعب مراکز پایلوت (کلیه شعب استان همدان و شعبه ۱۳ تهران) مکلفند فرآیندهای پیش‌بینی شده در بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان و مفاد این بخشنامه را در قالب سیستم جامع کمیسیون‌های پزشکی انجام داده و هر گونه ارسال پرونده و دریافت آراء می‌بایست به صورت سیستمی انجام گردد.

۱۲- کلیه مراکز استقرار شورای پزشکی مکلفند در قالب سامانه کمیسیون‌ها و شوراهای پزشکی مبادرت به صدور رأی نمایند و شعب سازمان مجاز به پذیرش آرای غیر سیستمی شورای پزشکی (استرحت پزشکی و پروتز و

اورتز) و آراء فاقد شناسه ماشینی و چاپی صدور رأی نمی باشند .

۱۳- شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تأمین مکلف است بستر لازم برای اجرای دقیق مفاد این دستور و ثبت تقاضای اینترنتی بیمه‌شدگان متقاضی از کارافتادگی، غرامت دستمزد ایام بیماری / بارداری، دریافت هزینه پروتز و اورتز فراهم نموده و ارتباط مکانیزه بین سیستم‌های مرتبط و مؤثر در رسیدگی به پرونده متقاضیان را فراهم نماید .

مسئول حسن اجرای این بخشنامه، مدیران کل مرتبط ستادی، مدیران کل بیمه‌ای، مدیریت‌های درمان، معاونین آنان، رؤسای واحدهای اجرائی بیمه‌ای و درمانی مربوطه، رؤسا و کارشناسان ارشد و نمایندگان فنی (مشاور) کمیسیون‌های پزشکی، مسئولین امور فنی بیمه‌شدگان و سایر مسئولین و کارشناسان بوده و با عنایت به نگارش جدید دستورالعمل شماره ۱ سامانه بخش درمان و بیمه‌ای، صرفاً آن قسمت از مفاد بخشنامه شماره ۱ سامانه کمیسیون‌های پزشکی به شماره ۴۰۱۰/۹۵/۳۷۳۶ مورخ ۹۵/۰۵/۱۱ که مغایر با مفاد این بخشنامه نمی‌باشد، به‌قوت خود باقیست .



سازمان تامین اجتماعی

فرم نمونه شماره ۱۰

شماره:

تاریخ:

فرم معرفی به کمیسیون پزشکی
(بیمه شده اصلی)

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدینوسیله به پیوست..... برگ فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو مربوط به قای / خانم
نام پدر:..... تاریخ تولد:..... شماره شناسنامه:.....
کدملی:..... شماره بیمه:..... شماره سریال شناسنامه:.....
نوع بیمه پردازی:.....

به علت: بیماری عادی، حادثه ناشی از کار حادثه غیر ناشی از کار، سایر (ذکر گردد).....
جهت سنجش ازکارافتادگی و اعلام نتیجه معرفی می گردد.

ضمناً تعداد..... برگ تصاویر مدارک مرتبط نیز به شرح زیر پیوست می باشد.

۱- فرم درخواست متقاضی.

۲- استعلام از پزشک معالج (فرم تکمیل شده نمونه ۴ فنی)

۳- اوراق پرونده های بستری و سرپایی و سایر مدارک مربوطه به تعداد..... برگ.

۴- برگ سنجش ازکارافتادگی اولیه (در رابطه با موارد خاص بیمه ای) به تعداد..... برگ.

۵- برگ معاینات اولیه (موضوع ماده ۹۰) به تعداد..... برگ.

۶- تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی. به تعداد..... برگ.

۷- مدارک مربوط به وقوع حادثه: گزارش حادثه، گزارش بررسی حادثه، گزارش بازرسی کار،
 گزارش مقامات انتظامی، گزارش پزشکی قانونی به تعداد..... برگ.

۸. نظریه های قبلی کمیسیون پزشکی: بدوی، تجدیدنظر به تعداد..... برگ.

۹- تصویر فرم ثبت سوابق استفاده از غرامت دستمزد ایام بیماری (فرم شماره ۵ ساماندهی بایگانی فنی) به
تعداد..... برگ.

۱۰- گزارش چایی از سوابق پرداخت حق بیمه به تعداد..... برگ.

۱۱- برگ اعتراض به رأی کمیسیون بدوی: توسط بیمه شده، توسط سازمان.

۱۲- سایر موارد (ذکر گردد)

آدرس بیمه شده و شماره تلفن.....

شعبه تأمین اجتماعی.....



سازمان تأمین اجتماعی

فرم نمونه شماره ۱۱

فرم معرفی به کمیسیون پزشکی
(متقاضی کفالت)

محل الصاق عکس

شماره :

تاریخ :

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدینوسیله به پیوست برگ فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو مربوط به آقای / خانم فرزند، پدر، مادر، شوهر متقاضی کفالت آقای / خانم بیمه شده اصلی / مستمری بگیر / بازمانده به شماره: به علت: بیماری عادی، حادثه غیر ناشی از کار جهت سنجش ازکارافتادگی و اعلام نتیجه معرفی می گردد. ضمناً تعداد برگ تصویر مدارک مرتبط به شرح زیر پیوست می باشد.

۱- فرم درخواست متقاضی.

۲- استعلام از پزشک معالج (فرم تکمیل شده نمونه ۴ فنی)

۳- اوراق پرونده های بستری و سرپایی و سایر مدارک مربوطه به تعداد برگ

۴- تصویر کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی . به تعداد برگ

۵- برگ اعتراض به رأی کمیسیون بدوی : • توسط بیمه شده، • توسط سازمان .

۶- سایر موارد (ذکر گردد)

آدرس و تلفن محل سکونت :

شعبه تأمین اجتماعی



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۴

فرم اعلام نتیجه ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

موضوع بخشنامه شماره

شماره:

مورخ

تاریخ:

پیوست:

شعبه

باسلام

احتراماً، بازگشت به نامه شماره مورخ در مورد آقای / خانم به شماره بیمه اعلام می‌دارد: براساس بررسی به عمل آمده طبق نظریه کارشناسی و با در نظر گرفتن مدارک، شواهد و مستندات مربوطه:

کارفرما به میزان درصد (به حروف: درصد) مقصر می‌باشد.

مدیریت درمان استان



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱۴

صورتجلسه کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

پرونده آقای/خانم بیمه شده شماره در جلسه مورخ
مطرح و نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می گردد:
محل تشکیل کمیسیون: شماره پرونده: شماره مراجعه:
نوع مراجعه: علت مراجعه:

Large empty rounded rectangular box for the main content of the report.

مهر و امضاء رئیس کمیسیون مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه مهر و امضاء عضو ثابت مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)

مهر و امضاء مشاور طب کار/ بهداشت حرفه ای

شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی:
توجه: این برگ بدون شماره سیستمی فاقد اعتبار است.



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱/۱۴

صورتجلسه کمیسیون پزشکی بدوی مورخ.....

به منظور برخورداری از مزایای قانون "تعیین تکلیف
تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق
بیمه پرداخت کرده اند"

پرونده آقای/خانم بیمه شده شماره در جلسه مورخ مطرح
و نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می گردد:
محل تشکیل کمیسیون: شماره پرونده: شماره مراجعه:
شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی:

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------------------

مهر و امضاء
مشاور طب کار / بهداشت حرفه ای

توجه: این برگ بدون شماره سیستمی فاقد اعتبار است.



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی
کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون
تأمین اجتماعی
محل استقرار کمیسیون پزشکی :

فرم شماره ۱/۱۴

فرم گزارش نظریه کارشناسی

پرونده آقای/خانم.....بیمه شده شماره.....متقاضی :.....معرفی شده از
شعبه :.....از توابع اداره کل :.....به شماره پرونده :.....و شماره مراجعه :
در تاریخ :.....مورد بررسی قرارگرفت که نظریه کارشناسی به شرح ذیل اعلام می گردد :

کد شناسائی (شماره کارمندی)

نام و نام خانوادگی کارشناس / نماینده فنی :

مخاطب گزارش :

سمت:

مهر و امضاء

تاریخ ثبت :

شماره ثبت :

کاربرگ رسیدگی به پرونده متقاضیان شرکت در کمیسیون های پزشکی فرم ج

نام و نام خانوادگی متقاضی :		نام پدر :		تاریخ تولد :	
شماره بیمه :		آخرین عنوان شغلی :		شماره مراجعه :	
محل تشکیل کمیسیون پزشکی :		شماره پرونده سیستمی		جمع کل سابقه پرداخت حق بیمه :	
تاریخ کمیسیون :		شناسه جلسه :		تخصص جلسه	
				تخصص مرتبط با متقاضی	
پیش نویسنده نظریه کمیسیون پزشکی : کلیه اقدامات درمانی لازم انجام شده است <input type="checkbox"/> بیماری/عارضه مطروحه در کاهش کارایی شغلی فرد موثر است <input type="checkbox"/>					
عنوان مستندات میزان از کارافتادگی :					
عنوان مستندات تاریخ ابتلاء بیماری :					
درجه از کارافتادگی		تاریخ وقوع حادثه		تاریخ ابتلاء به بیماری منجر به از کارافتادگی	
مهر و امضاء و توضیحات رئیس		مهر و امضاء و توضیحات متخصص مرتبط		تاریخ خاتمه معالجات	
مهر و امضاء و توضیحات		مهر و امضاء و توضیحات عضو ثابت		مهر و امضاء و توضیحات نماینده فنی (مشاور)	
				تاریخ تحقق از کارافتادگی	
بررسی نماینده فنی (مشاور) :					
۱- فرم ها و مدارک ارسالی از شعبه کامل است . بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۲- با توجه به بند ۲۲ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه شدگان مدارک درمانی به طور کامل دریافت و پیوست شده است بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۳- مشمول بند ۳۲ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه شدگان <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> می باشد و تصویر گزارش بازرسی تحقیقی پیوست است.					
۴- وضعیت معاینات اولیه بررسی و نتایج معاینات اولیه ارسالی از شعبه به تعداد برگ که مربوط به دفعه معاینه اولیه است کنترل گردید <input type="checkbox"/>					
۵- آراء قبلی کمیسیون پزشکی در خصوص بیماری مورد تقاضا به تعداد برگ کنترل گردید <input type="checkbox"/>					
۶- درخواست بیماری فوق الذکر غرامت دستمزد ایام بیماری دریافت نموده است بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۷- بخشنامه های لازم الاجرا در معرفی متقاضی رعایت گردیده و امکان طرح پرونده مطابق بخشنامه ۱۹ <input type="checkbox"/> ۱/۱۹ فنی وجود دارد <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۸- پیش نویسنده رای و مستندات به طور کامل تکمیل شده و انشای رای مطابق با ضوابط بوده و رای ثبت سیستم گردید <input type="checkbox"/>					
۹- ضرورتی به تکمیل گزارش کارشناسی نمی باشد <input type="checkbox"/> به تعداد برگ گزارش کارشناسی پیوست گردید					
مهر و امضاء		مهر و امضاء			
بررسی مشاور بهداشت حرفه ای / طب کار					
شرایط شغلی متقاضی براساس مدارک و مندرجات پرونده و مصاحبه با متقاضی بررسی و به اعضاء گزارش گردید .					
مهر و امضاء					



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۶

کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی
محل استقرار کمیسیون پزشکی :

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو
کمیسیون بدوی (بیمه شده اصلی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی: شماره بیمه:
نوع بیمه پردازی: آخرین شغل: نام کارگاه:
مرکز ارجاع دهنده: شعبه: شهر: از توابع اداره کل
تأمین اجتماعی استان:

نام پزشک معالج: تخصص پزشک معالج:
شماره نظام پزشکی پزشک معالج: شماره ثبت فرم درخواست:
شماره ثبت فرم ۴ در شعبه: تاریخ تکمیل فرم اعلام از پزشک معالج:
عنوان گروه بیماری با توجه به اظهار نظر پزشک معالج:

نظریه کمیسیون پزشکی بدوی استان محل تشکیل
کمیسیون تاریخ تشکیل شماره پرونده
شماره مراجعه شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی :

درجه ازکارافتادگی	تاریخ وقوع حادثه	ابتلاء به بیماری منجر به ازکارافتادگی	تاریخ خاتمه معالجات	تاریخ تحقق ازکارافتادگی
.....
تاریخ شروع بکار تغییر شغل به مدت کاهش ساعت کار به مدت				
تاریخ شرکت مجدد در کمیسیون پزشکی (در صورت امکان کاهش درجه ازکارافتادگی جزئی ظرف ۵ سال آینده)				

مهر و امضاء مهر و امضاء مهر و امضاء مهر و امضاء مهر و امضاء
رئیس کمیسیون متخصص بیماری مربوطه عضو ثابت نماینده فنی (مشاور) مشاور طب کار/بهداشت حرفه ای

رای کمیسیون پزشکی بدوی در تاریخ به اینجانب ابلاغ گردید، در صورتی که نسبت به
رای صادره معترض باشم ظرف مهلت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ رای به شعبه سازمان مراجعه و اعتراض خود را
به طور کتبی اعلام خواهم نمود.

(توجه ۱: برقراری مستمری ازکارافتادگی، موکول به احراز شرایط قانونی است و نتیجه نهایی پس از بررسی
توسط شعبه تأمین اجتماعی مربوطه و قبل از اتمام مهلت ۳۰ روزه اعتراض مشخص و اعلام خواهد شد)

توجه ۲: این برگ بدون شناسه سیستمی فاقد اعتبار است. امضاء و اثر انگشت بیمه شده یا وکیل



سازمان تامین اجتماعی

سازمان تامین اجتماعی

کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی

محل استقرار کمیسیون پزشکی :

فرم شماره ۷

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو
کمیسیون تجدیدنظر (بیمه شده اصلی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: تاریخ تولد:
شماره شناسنامه: کدملی: شماره بیمه:
نوع بیمه پردازی: آخرین شغل: نام کارگاه:
مرکز ارجاع دهنده: شعبه شهر از توابع اداره کل تامین اجتماعی
استان

متن نظریه نهایی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ

اعتراض به رأی کمیسیون بدوی توسط بیمه شده . شماره ثبت تاریخ ثبت
 توسط شعبه . شماره ثبت تاریخ ثبت
علت اعتراض : اعتراض کلی به رأی بدوی اعتراض به میزان درصد از کارافتادگی اعتراض به تاریخ
ابتلاء به بیماری

نظریه کمیسیون پزشکی تجدیدنظر استان محل تشکیل کمیسیون
تاریخ تشکیل شماره پرونده شماره مراجعه
شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی :

درجه ازکارافتادگی	تاریخ وقوع حادثه	ابتلاء به بیماری منجر به ازکارافتادگی	تاریخ خاتمه معالجات	تاریخ تحقق ازکارافتادگی

تاریخ شرکت مجدد در کمیسیون پزشکی بدوی (در صورت امکان کاهش درجه
ازکارافتادگی جزئی ظرف ۵ سال آینده)

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------------------

توجه: این برگ بدون شناسه سیستمی فاقد اعتبار است .



سازمان تامین اجتماعی

سازمان تامین اجتماعی

کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی
محل استقرار کمیسیون پزشکی :

فرم شماره ۸

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص
عضو کمیسیون بدوی (متقاضی کفالت)

نام و نام خانوادگی متقاضی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
کدملی: نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:
شماره بیمه شده اصلی: شماره مستمری بگیر: نسبت با بیمه
شده اصلی و یا مستمری بگیر: مرکز ارجاع دهنده: شعبه شهر
..... از توابع اداره کل تامین اجتماعی استان

نام پزشک معالج: تخصص پزشک معالج:
شماره نظام پزشکی پزشک معالج شماره ثبت فرم درخواست:
تاریخ ثبت فرم درخواست: شماره ثبت فرم ۴ در شعبه: تاریخ تکمیل فرم
استعلام از پزشک معالج:
عنوان گروه بیماری با توجه به اظهار نظر پزشک معالج

نظریه کمیسیون پزشکی بدوی استان محل تشکیل
کمیسیون تاریخ تشکیل شماره پرونده
شماره مراجعه شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی :

درجه ازکارافتادگی تاریخ تحقق ازکارافتادگی

مهر و امضاء رئیس کمیسیون مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه مهر و امضاء عضو ثابت مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)

رأی کمیسیون پزشکی بدوی در تاریخ به اینجانب ابلاغ گردید، در صورتی که نسبت به
رأی صادره معترض باشم ظرف مهلت ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ رأی به شعبه سازمان مراجعه و اعتراض خود را
به طور کتبی اعلام خواهم نمود.
(توجه ۱: برقراری مستمری ازکارافتادگی، موکول به احراز شرایط قانونی است و نتیجه نهایی پس از بررسی
توسط شعبه تامین اجتماعی مربوطه و قبل از اتمام مهلت ۳۰ روزه اعتراض مشخص و اعلام خواهد شد)
توجه ۲: این برگ بدون شناسه سیستمی فاقد اعتبار است.

امضاء و اثر انگشت بیمه شده یا وکیل



سازمان تامین اجتماعی

سازمان تامین اجتماعی

فرم شماره ۹

کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی

محل استقرار کمیسیون پزشکی :

محل الصاق عکس

فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو
کمیسیون تجدیدنظر (متقاضی کفالت)

نام و نام خانوادگی متقاضی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
کدملی: نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: شماره بیمه شده
اصلی: شماره مستمری بگیر: نسبت با بیمه شده اصلی و یا
مستمری بگیر: مرکز ارجاع دهنده: شعبه شهر از توابع اداره کل
تامین اجتماعی استان

متن نظریه نهایی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ

اعتراض به رأی کمیسیون بدوی توسط بیمه شده . شماره ثبت تاریخ ثبت
 توسط شعبه . شماره ثبت تاریخ ثبت
علت اعتراض : اعتراض کلی به رأی بدوی اعتراض به میزان درصد از کارافتادگی اعتراض به تاریخ
ابتلاء به بیماری

نظریه کمیسیون پزشکی تجدید نظر استان محل تشکیل کمیسیون
تاریخ تشکیل شماره پرونده شماره مراجعه
شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی :

درجه ازکارافتادگی تاریخ تحقق ازکارافتادگی

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------------------

توجه: این برگ بدون شناسه سیستمی فاقد اعتبار است .



سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱۴/۲

نظریه تخصصی پزشکی تعیین وضعیت احراز شرایط قانونی

پرونده آقای/خانم بیمه شده شماره در جلسه مورخ مطرح
و نظریه تخصصی پزشکی به شرح ذیل اعلام می گردد:
محل تشکیل کمیسیون: شماره پرونده: شماره مراجعه:

مهر و امضاء رئیس کمیسیون	مهر و امضاء متخصص بیماری مربوطه	مهر و امضاء عضو ثابت	مهر و امضاء نماینده فنی (مشاور)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------	------------------------------------

شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی:
توجه: این برگ بدون شماره سیستمی فاقد اعتبار است.

