

به نام خدا



ضوابط اجرائی
ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی

بخشنامه شماره

۱۰۰۰/۹۶/۸۰۳۹

مورخ

۱۳۹۶/۷/۲۶



سازمان تأمین اجتماعی





سازمان تامین اجتماعی

اعضای شورای تنقیح مقررات سازمان تامین اجتماعی:

فرخ ملکوند فرد
شهرام غفاری
محمد رضا جوان جعفری
رسول رضایی
محمد حسن زدا
عمران نعیمی
منصور آتشی

اعضای کارگروه تنقیح مقررات:

- ۱- قاسم قضایی
- ۲- اکبر محمدپور
- ۳- احمد کتابی
- ۴- پرریان رضایی
- ۵- سهراب صفایی
- ۶- علی مصلی
- ۷- سید محمد رضا مشکاتی
- ۸- علی سبزطجری
- ۹- سعید شیرینی

مدعوین صاحب نظر:

- ۱- رضا معینی
- ۲- احمد پایور

موضوع پروژه: ضوابط اجرایی ماده ۹۰
قانون تأمین اجتماعی

سفارش دهنده: سازمان تأمین اجتماعی
(اداره کل حقوقی و قوانین)

مجری پروژه تنقیح مقررات:

مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

ادارات تخصصی مسئول تدوین

بخشنامه‌ها:

اداره کل امور مستمری‌ها / اداره کل امور
بیمه‌شدگان / اداره کل درمان مستقیم /
اداره کل حقوقی و قوانین

ناظر تخصصی و مرجع بررسی نهایی:

شورای تنقیح مقررات

بخشنامه و دستورالعمل بازنگری شده:

۴ مورد و سایر مکاتبات و دستورات
اداری صادره از سوی ادارات تخصصی
مربوط



فهرست مطالب

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





در راستای رعایت اصل قانونمداری و شفاف‌سازی مقررات سازمانی، جلوگیری از انباشت بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های تکراری، مشابه و مغایر، اطلاع شرکای اجتماعی سازمان از حقوق و تکالیف مقرر، با هدف رضایت بیمه‌شدگان، مستمری‌بگیران و کارفرمایان، رعایت قوانین و مقررات جدید و همچنین آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، کاهش شکایات علیه سازمان در مراجع نظارتی و قضایی، برنامه «تنقیح بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم‌الاجرا» در اولویت برنامه‌های سازمان قرار دارد. با توجه به کارایی و اثربخشی برنامه مذکور در اصلاح فرایندهای ارائه خدمات و تعهدات سازمان و جلب رضایت ذی‌نفعان، این برنامه به عنوان یکی از طرح‌های کاندید جایزه تجربه موفق سازمان‌های عضو ایسا در منطقه آسیا و اقیانوسیه سال ۲۰۱۸، معرفی شد و موفق به کسب گواهی تجربه موفق از ایسا گردید.

به‌منظور تنقیح و تلخیص بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به هر موضوع که در سنوات گذشته صادر گردیده است، این موضوعات در کمیته‌های تخصصی فرعی و کمیته تنقیح مقررات سازمان متشکل از مدیران و کارشناسان و با مشارکت نمایندگان ذینفعان در جهت تحقق رویکرد سه‌جانبه‌گرایی در سازمان، مورد بررسی قرار می‌گیرند و پس از تدوین، متن نهایی توسط اینجانب صادر می‌گردد و بدین ترتیب کلیه بخشنامه‌های متعدد قبلی تبدیل به یک بخشنامه واحد شده و بخشنامه تنقیحی ملاک عمل سازمان خواهد بود. ضمناً پس از صدور بخشنامه مربوطه و همزمان با اجرایی شدن آن در سازمان، در راستای شفافیت و آگاهی‌بخشی ذی‌نفعان و مشمولان، بخشنامه موردنظر در

سایت سازمان تحت عنوان «دسترسی آزاد به بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها» منتشر و در دسترس عموم قرار می‌گیرد.

بخشنامهٔ تنقیحی حاضر با تجمیع، تلخیص و تنقیح تعداد زیادی بخشنامه و دستورالعمل به صورت سند واحد گردآوری شده و در تدوین آن، آخرین قوانین و مقررات مصوب در کشور به همراه جدیدترین آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مورد توجه قرار گرفته است. همچنین در تدوین این بخشنامه سعی شده است علاوه بر جلب نظر ذینفعان، مشکلات و ابهامات واحدهای اجرایی سازمان نیز در این زمینه مرتفع گردد.

مصطفی سالاری

مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی

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- 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: بیمه‌شده شخصی است که رأساً مشمول مقررات ق.ت.ا بوده و با پرداخت مبلغی به‌عنوان 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 بیمه‌شده به دستور یا به حساب او کار می‌کند. کلیه کسانی که به‌عنوان مدیر یا مسئول عهده‌دار اداره کار گاه هستند نماینده کارفرما محسوب می‌شوند و کارفرما مسئول انجام کلیه تعهداتی است که نمایندگان مزبور در قبال بیمه‌شده به عهده می‌گیرند.

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

بند ۸ ماده ۲ ق.ت.ا: حادثه اتفاقی است پیش‌بینی‌نشده که تحت تأثیر عامل یا عوامل خارجی در اثر عمل یا اتفاق ناگهانی رخ می‌دهد و موجب صدماتی بر جسم یا روان بیمه‌شده می‌گردد.

بند الف ماده ۴ ق.ت.ا: افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می‌کنند (به‌غیر از مشمولین سایر نظام‌های حمایتی) مشمول ق.ت.ا می‌باشند.

ماده ۵۰ ق.ت.ا: مطالبات سازمان بابت حق بیمه و خسارات تأخیر و جریمه‌های نقدی که ناشی از اجرای این قانون یا قوانین سابق بیمه‌های اجتماعی و... می‌باشد همچنین هزینه‌های انجام‌شده طبق مواد ۶۶ و ۹۰ و خسارات مذکور در مواد ۹۸ و ۱۰۰ این قانون در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم‌الاجرا بوده و طبق مقررات مربوط به اجرای مفاد اسناد رسمی به‌وسیله مأمورین اجرای سازمان قابل وصول می‌باشد...

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

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 بیمه‌شده دچار حادثه‌شده و یا بیماریش شدت یابد، این سازمان مقررات قانونی را درباره بیمه‌شده 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 بیمه‌شده 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 به‌کارگیری می‌باشد ضرورت دارد معاینات، قبل از به‌کارگیری 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 نام‌نویسی‌شده 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 ذکرشده در بند ۱ خواهد بود.

تبصره: منظور از تغییر شغل، تغییر ماهیتی در نوع شغل می‌باشد (از یک حرفه به حرفه دیگر) به‌عنوان 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 بیمه‌شده 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 بیمه‌پردازی 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 تلخیص‌شده امور فنی بیمه‌شدگان و حوادث) مقرر بیمه‌بیکاری، اُرتز 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 بیمه‌شده‌ای که به‌واسطه 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 به‌کارگیری افراد انجام پذیرد لیکن پذیرش نتیجه معاینات آن‌دسته 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 به‌صرف 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 بیمه‌شده 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 به عمل 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 تأییدشده باشد، از حیث پیگیری ضوابط اجرائی ماده ۹۰ ق.ت.ا معاف می‌باشد.

۱۲- در مواردی که 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 عضو گردیده 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 به طور کلی فاقد توانایی انجام کار در بدو استخدام تشخیص داده شود مراتب جهت اظهار نظر نهائی به مرجعی که متعاقباً اعلام خواهد گردید، ارجاع می گردد.

۱۳- واحد امور فنی مستمری های شعبه مکلف است پس از برقراری مستمری از کارافتادگی کلی و یا بازماندگان مراتب را طی فرم شماره ۲ به واحد امور فنی بیمه شدگان (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 بیمه شدگان صورت خواهد پذیرفت. (در صورت عدم تصویر برداری)

۱۴- واحد امور فنی بیمه شدگان مکلف است مدارک پرونده های 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 هر گونه مفاصا حساب منوط به اخذ تعهد محضری از کارفرما می باشد.

۱۶- بیمه شده ای که با سابقه بیمه پردازی کمتر از یک سال در آخرین کارگاه مشمول دریافت مقرری بیمه بیکاری می گردد، چنانچه با پیگیری های به عمل 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:

۱۸-۱- بیمه شده‌ای که به واسطه حادثه غیر ناشی از کار، از کارافتاده کلی شده یا فوت نموده است.

۱۸-۲- بیمه شده‌ای 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.

۱۸-۳- با اعلان نظر به بخشنامه شماره ۵۱۸۳۷/۹۰/۱۰۰۰ مورخ ۹۰/۱۱/۱۸، بیمه شده‌ای 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.

۱۸-۴- پرونده بیمه شده موارد خاص بیمه‌ای 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.

۱۸-۵- پرونده بیمه شده‌ای 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.

۱۸-۶- 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.

۱۸-۷- 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)

۱۸-۸- پرونده بیمه‌شده‌ای که در اثر عوامل و عوارض غیر قابل پیش‌بینی مانند انواع سکتته‌های 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. به استثناء پرونده آن دسته از بیمه‌شدگانی که به علت 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 ۵۰۰۰/۵۳۹ مورخ ۸۸/۰۶/۲۱ ایجاد شده باشد.

۱۹- چنانچه طبق نظر مدیریت درمان موضوع از مصادیق ماده ۹۰ ق.ت.ا تشخیص داده شود، واحد امور فنی بیمه‌شدگان 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 به صورت 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 بلند مدت، 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 به صورت 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 این صورت مبنای محاسبه از تاریخ وصول نظریه مدیریت درمان (ثبت در دبیرخانه شعبه) خواهد بود.

۲۳- واحدهای اجرائی (درمانی و بیمه‌ای) مکلف‌اند ظرف یک ماه نسبت به ارسال و بررسی پرونده‌های مربوطه و اعلام بدهی به کارفرما اقدام نمایند در غیر این صورت 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" به عنوان 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 (تصویربرداری) شود.

بدیهی است شعبه مقصد مجاز به پذیرش پرونده‌هایی خواهد بود که فرم مورد اشاره در خصوص 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 فرابری داده‌ها 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 (هیئت‌های تشخیص و حل اختلاف) توسط نماینده سازمان ضروری می‌باشد. بدین‌منظور نمایندگان موصوف موظف‌اند وضعیت این‌گروه از بیمه‌شدگان را قبل از بررسی در مراجع مذکور مشخص و اطلاعات لازم را به اعضاء هیئت‌های 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 اعلام‌شده 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 (اسکن‌شده)، 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 به صورت 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:

۱- ۳۳- چنانچه بیمه‌شده پس از مدت زمان کوتاهی از اشتغال و بیمه‌پردازی (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 باقی است)

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

۳- ۳۳- در مواردی که علت بروز حادثه ناشی از کار برای بیمه‌شده عدم توانائی انجام شغل مربوطه ذکر گردد. (براساس: گزارش حادثه، گزارش بررسی حادثه، نظریه بازرس کار، نظریه پزشک قانونی و...)

۴- ۳۳- چنانچه درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱

ق.ت.ا پس از مدت زمان کوتاهی از اشتغال و بیمه‌پردازی (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 غیر حضوری (اطلاع رسانی از طریق ارسال پیامک و یا ایمیل به کارفرمایان و بیمانکاران جهت انجام معاینات)، در اسرع وقت نسبت به ساخت نرم افزار مربوطه اقدام نماید.



فرم‌های بخشنامه ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی



سازمان تأمین 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..... بدین وسیله 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 تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۲

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

شماره:

تاریخ:

پیوست:

موضوع بخشنامه شماره مورخ

واحد امور فنی بیمه شدگان شعبه

باسلام

احتراماً، بدین وسیله 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 تامین اجتماعی

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، نظر به اینکه آقای / خانم..... به شماره بیمه..... طبق رأی مورخ..... کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون ازکارافتاده شناخته شده / در تاریخ..... فوت شده / خواهشمند است در اجرای ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی در خصوص 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 ایجاد شده 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.....

رئیس شعبه

مسئول امور فنی بیمه شدگان

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:..... تاریخ:.....

پیوست:.....

شعبه:.....

باسلام

احتراماً، بازگشت به نامه شماره..... مورخ..... درمورد 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 بدین وسیله خواهشمند است نسبت به اعلام و وصول بدهی وی بالغ بر..... ریال بابت خسارت ناشی از پرداخت:

غرامت دستمزد ایام بیماری از تاریخ..... لغایت.....

اُرتز و پروتز

مقرری بیمه بیکاری از تاریخ..... لغایت.....

مستمری از تاریخ..... 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 به صورت یکجا از این بابت بری الذمه شود.

واحد امور فنی بیمه شدگان / امور فنی مستمری ها



سازمان تامین 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:.....
بدین وسیله 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، ارتز و پروتز، مستمريها و سایر حمایتها 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 بدین وسیله مجدداً به آگاهی می‌رساند مسئولیت و تبعات آتی عدم رعایت شرایط مقرر در ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی به‌عهده 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)

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 آئین‌نامه 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.



بخش اول: تعاریف

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

۲- **خانواده بیمه‌شده:** شخص یا اشخاصی هستند که به تبع بیمه‌شده از مزایای قانون تأمین اجتماعی استفاده می‌کنند.

۳- **بیماری:** وضع غیرعادی جسمی یا روحی است که انجام خدمات درمانی را ایجاب می‌کند یا موجب عدم توانائی موقت اشتغال به کار یا اینکه موجب هر دو در آن واحد می‌گردد.

۴- **از کارافتادگی کلی:** عبارت است از کاهش قدرت کاربیمه‌شده به نحوی که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کار دیگری بیش از یک سوم از درآمد قبلی خود را به دست آورد (درجه کاهش قدرت کار بیمه‌شده ۶۶٪ و بیشتر).

۵- **از کارافتادگی جزئی:** عبارت است از کاهش قدرت کاربیمه‌شده به نحوی که با اشتغال به کار سابق یا کار دیگر فقط قسمتی از درآمد قبلی خود را به دست آورد (میزان کاهش قدرت کار بیمه‌شده بین ۳۳ تا ۶۶٪ و به علت حادثه‌ی ناشی از کار باشد).

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

بخش دوم: واجدین شرایط اعزام به کمیسیون پزشکی

معرفی بیمه‌شدگان به کمیسیون پزشکی با لحاظ نوع و علت بروز عارضه و بیماری، نوع درخواست، نحوه بیمه‌پردازی، نسبت با بیمه‌شده اصلی و... از تنوع و ویژگی‌های خاصی برخوردار می‌باشند که عناوین عمده واجدین شرایط عبارت‌اند از:

۷- بیمه‌شده اصلی که به‌علت ابتلاء به بیماری عادی و یا حرفه‌ای طبق نظر پزشک معالج و شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی، بیماری آن غیر قابل علاج تشخیص داده‌شده باشد.

۸- بیمه‌شده اصلی که به‌علت عوارض حاصل از حادثه غیرناشی از کار و طبق نظر پزشک معالج و شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی، عارضه آن غیر قابل علاج تشخیص داده‌شده باشد.

۹- بیمه‌شده اصلی که به‌علت عوارض حاصل از حادثه ناشی از کار و طبق نظر پزشک معالج و شرایط مقرر در ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی، عارضه آن غیر قابل علاج تشخیص داده‌شده باشد.

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

۱۱- بیمه‌شده اصلی که به‌علت 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- بیمه‌شده 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 تأیید 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 مورفنی بیمه‌شدگان:

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

۱۳- بیمه‌شده‌ای که پس از صدور و قطعی شدن آراء کمیسیون پزشکی به هر دلیلی 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 تأمین اجتماعی برای تغییرات درجه از کارافتادگی.

۱۶- فرزندان بیمه‌شده اصلی که بر اثر بیماری یا نقص عضو قادر به کار نباشند.

۱۷- پدر و مادر بیمه‌شده اصلی که بر اثر بیماری یا نقص عضو قادر به کار نباشند.

۱۸- شوهر بیمه‌شده زن که مبتلا به بیماری غیرقابل علاج بوده و معاش

وی توسط بیمه‌شده زن تأمین می‌گردد.

۱۹- کارکنان سازمان به منظور بررسی استراحت پزشکی در ایام اشتغال و همچنین تعیین میزان از کارافتادگی جهت بهره‌مندی 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 بیمه‌شده یا وکیل (دارای وکالتنامه از دفاتر اسناد رسمی) یا قیم (دارای قیم‌نامه 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 بیمه‌پردازی بیمه‌شده از لحاظ نوع بیمه، مدت سابقه پرداخت حق بیمه و نرخ آن، سوابق شرکت در کمیسیون پزشکی و اطمینان از عدم تکفل بودن به واسطه رأی 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، بیمه‌شده متقاضی معرفی به کمیسیون پزشکی می‌بایست از حیث بهره‌مندی از تعهد از کارافتادگی معتبر باشد. بنابراین بیمه‌شدگان با سابقه پرداخت حق بیمه، ادامه بیمه به‌طور 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 بیمه‌شده 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، به واسطه یک یا چند بیماری از کارافتاده کلی شناخته‌شده 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 بیمه‌پردازی 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 بدواً 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 تأمین 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 تأمین حقوق بیمه‌شده در اعتراض به رأی 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 جمع‌آوری سوابق پرداخت حق بیمه نیز اقدام و در زمان معرفی کل سوابق بیمه‌پردازی را به تفکیک نوع و نرخ آن به رؤیت و تأیید متقاضی در ذیل گزارش سوابق خام بیمه‌شده برسانند تا بیمه‌شده اطمینان حاصل نماید که کل سوابق وی در سازمان جمع‌آوری گردیده است.

اضافه می‌نماید مسئولیت اجرائی این بند با همکاری واحدهای ذی‌ربط نهایتاً به‌عهده 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 به کار برای بیمه‌شده عوارض ثانوی ایجاد گردد، (بیمه‌شده در تاریخ حادثه فاقد شرایط قانونی برای بهره‌مندی از حمایت از کارافتادگی می‌باشد) در این صورت معرفی بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی در خصوص عوارض مورد اشاره به‌عنوان بیماری عادی با احراز سایر شرایط قانونی مربوطه بلامانع می‌باشد.

۲۹- معرفی بیمه‌شده‌ای 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 تأیید حادثه انجام خواهد پذیرفت.

۳۰- در مورد بیمه‌شده‌ای که دارای حداقل سابقه بیمه‌پردازی یا پرداخت حق بیمه به‌صورت 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 «ابتداء به بیماری منجر به از کارافتادگی» توسط کمیسیون پزشکی می‌باشد اما بعضاً شرایط و وضعیت پرونده به‌صورتی است که «شروع بیماری منجر به از کارافتادگی» در هر تاریخی که واقع شده باشد بیمه‌شده 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 قرارداده و چنانچه به‌طور قطع و یقین محرز گردد که در هر حال شرایط استفاده از مستمری حاصل نخواهد شد معرفی وی به کمیسیون پزشکی موردی نخواهد داشت. به‌طور مثال:

الف) بیمه‌شده‌ای 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 بیمه‌پردازی می‌باشد.

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

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

۳۱- بیمه‌شده‌ای 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 بیمه‌پردازی باشد، به کمیسیون پزشکی معرفی می‌گردد. بدیهی است کمیسیون پزشکی در صورت تأیید نظر پزشک معالج نسبت به بررسی و صدور رأی اقدام خواهد نمود.

۳۲- ضرورت دارد وضعیت بیمه‌شده‌ای که دارای حداقل سابقه بیمه‌پردازی یا پرداخت حق بیمه به‌صورت 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 تأیید، 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 بیمه‌شده 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 بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی و یا طرح پرونده رسیدگی به سوابق در مراجع قضائی اقدام گردد.

۳۳- در خصوص آن‌دسته از بیمه‌شدگانی که قبل از معافیت از خدمت سربازی فاقد هر گونه سابقه بیمه‌پردازی (مؤثر در بهره‌مندی از تعهد از کارافتادگی) می‌باشند، رویت و کنترل کارت معافیت (پزشکی) از خدمت سربازی و استعلام علت معافیت از سازمان نظام وظیفه عمومی، در تصمیم‌گیری برای اعمال ماده ۷۰ قانون و در هنگام معرفی بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی اثرگذار می‌باشد. 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 فرم‌های از کارافتادگی و به منظور اظهار نظر در خصوص سنجش میزان از کارافتادگی به کمیسیون پزشکی معرفی شوند. بدیهی است در صورت تأیید صحت اشتغال و عدم از کارافتادگی کلی به واسطه 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، بلا مانع خواهد بود.

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

۳۵- در مورد بیمه‌شده‌ای که قبل از بیمه شدن فاقد یکی از اعضاء قرینه بدن (چشم، کلیه و گوش) بوده و به صرف فقدان یکی از اعضای مذکور و قبل از بیمه‌پردازی، از کارافتاده کلی نبوده و پس از شمول مقررات قانون تأمین اجتماعی و

بیمه‌پردازی و بعد از احراز شرایط مقرر، چنانچه عضو قرینه دیگر دچار بیماری یا عارضه گردد و به واسطه 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 تأمین اجتماعی را از پزشک معالج بیمه‌شده استعلام خواهد نمود.

۳۷- در مواردی که بیمه‌شده 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 بیمه‌شده 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 بیمه‌شده 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 بیمه‌شده قرار خواهد داد. تا در مواردی که بیمه‌شده برای بیش از یک بیماری معرفی می‌گردد، کمیسیون پزشکی رأی نهائی را با اشاره به نظریه هر کدام از جلسات در خصوص هر بیماری در آخرین جلسه انشاء و به همراه رأی 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 انجام‌شده، نتیجه درمان، خاتمه درمان (درمان مؤثر 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 بیمه‌شده و معرفی به کمیسیون پزشکی موضوعیت ندارد.

۴۰- از آنجائی که گواهی استراحت پزشکی بیمه‌شدگان مشمول دریافت تعهد غرامت دستمزد ایام بیماری دربررسی فرایند اقدامات درمانی مقرر در ماده ۷۰ قانون تأمین اجتماعی توسط اعضاء کمیسیون پزشکی مؤثر می‌باشد، ضروری است واحدهای اجرایی ترتیبی اتخاذ نمایند تا قبل و یا همزمان با معرفی بیمه‌شده 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 بیمه‌شده موکول نگردد.

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

۴۲- در مورد بیمه‌شده‌ای 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- بیمه‌شده‌ای 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 قبلی و بیماری عادی جهت تکمیل توسط پزشک معالج به وی ارائه گردد تا کمیسیون پزشکی با لحاظ نمودن تأثیر کلیه عوارض بر توانائی بیمه‌شده، در خصوص از کارافتادگی کلی عادی ایشان اظهار نظر نماید.

۴۴- معرفی مجدد بیمه‌شده اصلی که در کمیسیون پزشکی از کارافتاده کلی شناخته نشده است، موقوف به احراز شرایط زیر به طور توأمان خواهد بود.

الف - ادامه پرداخت حق بیمه بعد از صدور رأی 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: بیمه‌شده‌ای که مدارک موضوع بند «ب» و «ج» را به واحد اجرائی ارائه می‌نماید و در زمان ارائه مدارک کماکان شرایط معرفی از حیث سابقه بیمه‌پردازی را دارا باشد و همچنین بیمه‌شده‌ای 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 بیمه‌شده‌ای که شرایط معرفی به کمیسیون پزشکی را طبق مفاد این بخشنامه احراز نموده ولی مطابق رأی 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 رأی از کارافتادگی.

ب- ابتلا به بیماری دیگری غیر از بیماری‌ها و یا عوارضی که قبلاً براساس

آن از کارافتاده کلی شناخته شده است.

ج- ارائه نظریه پزشکی 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 تنهایی امکان پذیر نمی‌باشد مگر آنکه مستند به مدارک درمانی در مقطع وقوع حادثه عضو دیگری در اثر همان حادثه دچار آسیب گردیده باشد لیکن در رأی کمیسیون پزشکی لحاظ نشده است که در این صورت بیمه شده به کمیسیون اعزام و رأی 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 بگیران 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 رأی 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، منحصراً در صورت تشدید عوارض مرتبط با حادثه امکان پذیر بوده و دارای محدودیت زمانی نمی‌باشد 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 مواردی که رأی کمیسیون پزشکی بدوی یا تجدیدنظر حاکی از ادامه درمان باشد، بیمه‌شده 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 بیمه‌شده‌ای اقدامات درمانی خویش را در استان یا شهر دیگری به غیر از شهر محل بیمه‌پردازی، 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 بیمه‌شده 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 هم‌عرض به واسطه آرای دیوان عدالت اداری با توجه به نوع رأی 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 تأمین اجتماعی، نتیجه معاینات قبل از استخدام بیمه‌شده را از کارفرمای مربوطه مطالبه نماید.

یادآوری می‌نماید عدم انجام، عدم ارائه نتیجه معاینات و یا عدم دسترسی به کارفرما، مانع از معرفی بیمه‌شده 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 بیمه‌شده به دلیل عدم احراز شرایط سنی مقرر در تبصره یک ماده ۷۲ قانون تأمین اجتماعی و شوهر بیمه‌شده زن به واسطه 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 بیمه‌شده 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 تأمین معاش توسط بیمه‌شده اصلی.

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

توجه: در اجرای ماده ۸۶ قانون تأمین اجتماعی معرفی فرزندان اناث بیمه‌شده 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 بیمه‌شده متوفی را دارند:

۵۶- چنانچه شوهر یا فرزند ذکور یا پدر و یا مادر بیمه‌شده متوفی، به دلیل عدم احراز شرایط سنی مقرر در مواد ۸۱ و ۸۲ قانون تأمین اجتماعی و به واسطه ابتلاء به بیماری یا داشتن عارضه، متقاضی معرفی به

کمیسیون پزشکی باشند لازم است پس از اطمینان از عدم اشتغال و سابقه بیمه‌پردازی، 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 تأمین معاش توسط بیمه‌شده اصلی در زمان حیات.

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

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

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 بیمه‌شده 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 بیمه‌شده 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 بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی اقدام خواهد نمود.

بخش پنجم: شرایط معرفی بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی تجدیدنظر

نظر به اینکه معرفی بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی تجدید نظر مستلزم ابلاغ رأی کمیسیون پزشکی بدوی و اعتراض به آن می‌باشد بنابراین ابتدا مهم‌ترین نکات مربوط به ابلاغ و اعتراض و سپس چگونگی معرفی بیمه‌شده 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 رأی صادره به بیمه‌شده حاضر در جلسه ابلاغ و امضاء یا اثر انگشت وی اخذ گردیده و یک نسخه از رأی صادره تسلیم بیمه‌شده می‌گردد.

۵۸- در مورد افراد خانواده بیمه‌شده رأی کمیسیون پزشکی بدوی به شخص بیمه‌شده اصلی یا فرد تبعی ابلاغ خواهد شد.

۵۹- در مورد افرادی که تقاضای معرفی آنان به کمیسیون پزشکی توسط غیر بیمه‌شده و افراد مندرج در بند ۲۰ این بخشنامه صورت پذیرفته است، رأی کمیسیون بدوی به آنان ابلاغ می‌گردد. در چنین مواردی اعتراض به رأی صادره توسط بیمه‌شده 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 رأی از طریق کمیسیون پزشکی به بیمه‌شده مقدور نمی‌گردد و علت عدم توفیق در ابلاغ رأی به همراه رأی کمیسیون پزشکی (نسخه اول و سوم) به شعبه منعکس می‌شود، در این صورت شعب سازمان مکلف‌اند در اسرع وقت و در صورت مراجعه بیمه‌شده به شعبه حضوراً و یا با مراجعه به محل سکونت یا محل کار وی، رأی صادره را (نسخه سوم) ابلاغ نمایند.

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

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

۶۳- با وصول رأی کمیسیون پزشکی بدوی رئیس شعبه رأی مربوطه را به واحد امور فنی بیمه‌شدگان ارجاع و با مدنظر قرار دادن مهلت قانونی اعتراض نظر مسئولین امور فنی بیمه‌شدگان و امور فنی مستمری‌ها را در خصوص انطباق رأی صادره با ضوابط و مقررات قانونی اخذ و در مورد اعتراض شعبه به رأی 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 اعضای کمیسیون پزشکی مطابق مفاد آئین‌نامه اجرائی، صدور رأی در خصوص عارضه یا بیماری که از طرف پزشک معالج مورد درخواست نبوده و یا از طرف واحد اجرائی در خصوص آن بیماری بیمه‌شده معرفی نشده باشد، مطابق مدارک درمانی پزشک معالج عضو کمیسیون پزشکی بدوی باشد، صدور رأی از کارافتادگی ناشی از کار به واسطه عوارض غیر ناشی از کار صورت پذیرد و... باشد.

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

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

۶۷- روز ابلاغ رأی جزء مهلت ۳۰ روز مقرر جهت اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی محسوب نمی‌گردد، به عبارت دیگر مهلت مقرر از فردای 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- رأی کمیسیون پزشکی بدوی چنانچه در مهلت قانونی مورد اعتراض قرار نگیرد قطعی و لازم الاجرا تلقی خواهد شد.

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

۷۱- با اعتراض بیمه‌شده یا شعبه نسبت به رأی 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 بیمه‌شده 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 مکلف‌اند چنانچه ضوابط مندرج در این بخشنامه در موقع معرفی رعایت نگردیده باشد ضمن اعاده پرونده به واحد اجرائی ذیربط به منظور رفع نقص، مراتب را به نحو مقتضی به اطلاع اداره کل تأمین 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 تأمین اجتماعی استان‌ها، معاونین بیمه ای، رؤسا و کارشناسان ارشد امور فنی بیمه‌شدگان، رؤسا و کارشناسان ارشد کمیسیون‌های پزشکی و طب کار، رؤسا و معاونین شعب و مسئولان و کارشناسان ذیربط و نمایندگان فنی (مشاور) سازمان در کمیسیون‌های پزشکی خواهند بود.



فرم‌های بخشنامه
شماره ۱۹ بیمه‌شدگان



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۱

اداره کل تأمین اجتماعی استان.....

شعبه.....

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی
(بیمه شده اصلی)

ریاست محترم شعبه تأمین اجتماعی.....

باسلام

نظر به 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 تأمین اجتماعی معمول نمایند. ضمناً گواهی می‌نمایم تحت تکفل شخص
دیگری نبوده و همین طور مشمول هیچ کدام از صندوق های بازنشستگی نمی‌باشم و متعهد می‌گردم 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

نظر به 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 به کار نداشته و تحت تکفل شخص دیگری نبوده و همین طور 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 آر 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 تأمین اجتماعی استان.....

شعبه.....

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی
(متقاضی کفالت بازمانده)

ریاست محترم شعبه تأمین اجتماعی.....

باسلام

نظر به اینکه اینجانب خانم / آقای..... فرزند، پدر، مادر، شوهر
 خانم / آقای..... مستمراً بگیری شما
 ره..... که در تاریخ..... فوت نموده‌اند و اینجانب به علت
 بیماری /عارضه..... از تاریخ..... تحت معالجه خانم/آقای
 دکتر متخصص بیماری‌های..... بوده و طبق نظر
 ایشان (اصل گواهی و مدارک درمانی پیوست) قبل از فوت بیمه شده اصلی توانائی انجام کار نداشته‌ام.
 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 تأمین اجتماعی اقدام نمایید. ضمناً گواهی می‌نمایم اینجانب
 اشتغال به کار نداشته و تحت تکفل شخص دیگر نبوده و همین‌طور مشمول هیچ‌کدام از صندوق‌های
 بازنشستگی نمی‌باشم و متعهد می‌گردم 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
 عهده‌دار می‌باشم.

آدرس و تلفن محل سکونت:

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج:

نام بیمارستان‌های 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 بیماری‌های مورد درخواست:

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

مدارک پیوست: آزمایش سونوگرافی ام آر 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 به عنوان پزشک معالج مبادرت 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 تأیید 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 (مؤثر در بهبودی) پاسخ مناسب نداده و بیماری غیر قابل علاج می باشد، در این صورت 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 تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۵

شماره:.....

فرم درخواست پرونده و مدارک پزشکی

تاریخ:.....

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 تأمین 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 به کار..... 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 تأمین اجتماعی مربوطه و قبل از اتمام مهلت ۳۰ روزه اعتراض مشخص و اعلام خواهد شد)
امضاء و اثر انگشت بیمه شده یا وکیل



سازمان تأمین ایمنی

فرم پیوست شماره ۷

اداره کل تأمین 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 به کار..... 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 تأمین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۸

اداره کل تأمین 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، موقوف 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)
امضاء و اثر انگشت متقاضی / بیمه شده / وکیل



سازمان تامین اجتماعی

فرم پیوست شماره ۹

اداره کل تأمین 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

اتوسط بیمه شده. شماره ثبت..... تاریخ ثبت.....

اتوسط 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

بدین وسیله 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، • تجدید نظر 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

بدین وسیله 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 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..... بیمه شده شما که در مورد خانم / آقای..... / 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 تأمین 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

بخش سوم: بخشنامه شماره ۱۹/۱ امور فنی بیمه‌شدگان 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 کرده‌اند. 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 بیمه‌پردازی 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 صورتی که اعضای کمیسیون پزشکی حسب بررسی‌های به عمل 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 بیمه‌شده به کمیسیون پزشکی اقدام گردد.

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



سازمان تأمین اجتماعی

اداره کل تأمین اجتماعی استان.....
شعبه.....

فرم نمونه شماره ۱/۱

فرم درخواست شرکت در کمیسیون پزشکی

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

محل الصاق عکس

ریاست محترم شعبه تأمین اجتماعی.....

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

با سلام

نظر به 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 می‌باشم. 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 می‌باشم.

آدرس و تلفن محل سکونت:

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج:

نام بیمارستان‌های 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 بیماری‌های مورد درخواست: می‌باشم نمی‌باشم

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

با 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

بدین وسیله 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 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- نظریه های قبلی کمیسیون پزشکی: بدوی، تجدید نظر 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 کرده‌اند"

پرونده آقای/خانم بیمه‌شده شماره مطرح وبه همراه مدارک درمانی مورد
معاینه قرار گرفت که نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می‌گردد:

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.

امضاء و اثر انگشت بیمه‌شده 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 کرده‌اند"

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 کرده‌اند"

ریاست محترم شعبه.....

باسلام

بدین وسیله اینجانب: نام..... نام خانوادگی..... بیمه شده شماره.....
اعتراض خود را نسبت به رأی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ..... مبنی بر عدم اقرارافتادگی
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

بخش چهارم: بخشنامه سیستم جامع کمیسیون‌های پزشکی منضم به فرم‌های 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 رفاه‌حال بیمه‌شدگان 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 شوراهاى 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 آنجائی که فرم‌های ۶،۷، ۸ و ۹ پیوست بخشنامه مشترک شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان 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 بیمه‌شده 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 بیمه‌شده 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 الی 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 بدواً 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 امکان‌پذیر 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 پیش‌بینی‌شده 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- در خصوص مشمولین بند ۶۰ بخشنامه شماره ۱۹ فنی (نحوه ابلاغ رأی)، چنانچه رأی کمیسیون پزشکی به دلیل عدم حضور در پایان جلسه، به بیمه‌شده یا قیم و یا وکیل قانونی وی ابلاغ نگردیده و بیمه‌شده 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 بیمه‌شده در فرم اعتراض به رأی بدوی (فرم نمونه شماره ۱۲ بخشنامه ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان) تاریخ ابلاغ رأی از طریق سامانه را به صورت کتبی اعلام نماید، در غیر این صورت 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 ۹۵۰۱ اشاره شده امکان ثبت نتایج آراء هر کمیسیون پزشکی در سیستم فراهم‌شده و لازم است در هر جلسه نتیجه فرآیند ثبت و صدور رأی طبق بند ۵ این بخشنامه انجام گردد ولیکن نظر به اینکه براساس آئین‌نامه اجرائی 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 در خصوص یک و یا بخشی از بیماری‌ها از کارافتاده کلی شناخته گردیده و در خصوص عارضه یا بیماری دیگر رأی به ادامه درمان صادر گردد رأی صادره مبنی بر از کارافتادگی کلی به واحد

اجرائی ارسال خواهد شد در غیراین صورت 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 حیث‌المجموع در خصوص از کارافتادگی بیمه‌شده 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 این صورت 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 بیمه‌پردازی، سپری می‌نمایند و طبق گواهی پزشک معالج، امکان مراجعه به کمیسیون پزشکی استان محل بیمه‌پردازی را نداشته باشند (مشمولین بند ۵۲ بخشنامه شماره ۱۹ امور فنی بیمه‌شدگان) شعب اجرائی مکلف‌اند 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) مکلف‌اند فرآیندهای پیش‌بینی‌شده در بخشنامه شماره ۱۹ امورفنی 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 مکلف‌اند 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 ارتز) و آراء فاقد شناسه ماشینی و چاپی صدور رأی نمی‌باشند.

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 ارتز 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 امورفنی 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، به قوت خود باقی است.



سازمان تأمین اجتماعی

فرم نمونه شماره ۱۰

شماره:.....

تاریخ:.....

فرم معرفی به کمیسیون پزشکی
(بیمه شده اصلی)

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدین وسیله به پیوست..... برگ فرم تعیین میزان ازکارافتادگی و نقص عضو مربوط به قای / خانم.....
نام پدر:..... تاریخ تولد:..... شماره شناسنامه:.....
کد ملی:..... 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

محل الصاق عکس

فرم معرفی به کمیسیون پزشکی
(متقاضی کفالت)

شماره:

تاریخ:

کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

بدین وسیله 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 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: بر اساس 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

فرم شماره ۱۴

صورتجلسه کمیسیون پزشکی بدوی / تجدیدنظر

سازمان تأمین اجتماعی

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:.....

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 کرده‌اند"

پرونده آقای/خانم بیمه‌شده شماره..... در جلسه مورخ..... مطرح و
نظریه کمیسیون پزشکی به شرح ذیل اعلام می‌گردد:

محل تشکیل کمیسیون:..... شماره پرونده:..... شماره مراجعه:.....
شناسه سیستمی نظریه کمیسیون پزشکی:.....

Empty box for the medical commission's decision and notes.

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 حرفه‌ای

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:

نام و نام خانوادگی کارشناس / نماینده فنی:

کد شناسائی (شماره کارمندی)

سمت:

مهر و امضاء

تاریخ ثبت:

شماره ثبت:

مخاطب گزارش:

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 نویس نظریه کمیسیون پزشکی: کلیه اقدامات درمانی لازم انجام شده است <input type="checkbox"/> بیماری/ عارضه مطروحه در کاهش کارایی شغلی فرد مؤثر 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)	
مهر و امضاء و توضیحات		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- درخصوص 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 نویس رأی و مستندات به طور کامل تکمیل شده و انشای رأی مطابق با ضوابط بوده و رأی 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 ایمنی

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 استعمال 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 به کار..... 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

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 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 تجدید نظر 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 تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی

فرم شماره ۸

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

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: شماره ثبت فرم درخواست: نسبت با
بیمه شده اصلی و یا مستمری بگیر: 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:
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، موقوف 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

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
تأمین 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.

