



سازمان تامین اجتماعی

بسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان
قرارداد همکاری با پزشکان و دندانپزشکان

تاریخ

شماره

1- طرفین قرارداد : تاریخ کمیته عقد قرارداد :

این قرارداد فی مابین آقای /خانم دکتر با مشخصات زیر که از این پس در این قرارداد پزشک نامیده می شود از یکطرف و دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان اصفهان به نمایندگی از سازمان تامین اجتماعی که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود منعقد می گردد.

نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه : کد ملی :
محل صدور : تاریخ تولد : شماره نظام پزشکی : جنسیت : مذکر مونث
آخرین مدرک تحصیلی : تاریخ دریافت آن : نام دانشگاه محل تحصیل :
پزشک عمومی متخصص فلو شیپ فوق تخصص
دندانپزشک عمومی رشته : رشته : رشته :
شماره پروانه مطب : تاریخ اعتبار پروانه مطب : برد تخصصی : بلی خیر
عضو هیات علمی دانشگاه : بلی (استادیار انشیار استاد خیر
ساعات فعالیت : صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت شبانه روزی

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر :

تامین اجتماعی نیروهای مسلح خدمات درمانی کمیته امداد سایر ...
نوع مالکیت مطب : شخصی : استیجاری : خیریه سایر ...

ردیف	آدرس	شهرستان	شهر	روستا	خیابان اصلی	خیابان قرعی	کوچه	پلاک	تلفن
1									
2									

دورنگار

تلفن همراه

عنوان موسسه	ساعات کار در مرکز مربوطه	نشانی محل کار
دانشگاهی :		
دولتی :		
خصوصی :		
خیریه :		

2- موضوع قرارداد :

ارائه خدمات تشخیصی و درمانی توسط پزشک به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت ،

درمان و آموزش پزشکی و سازمان اجتماعی و قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر قوانین موضوعه که کلیات آن به پیوست قرارداد می باشد (پیوست شماره 1)

3- تعهدات پزشک :

3-الف (پزشک موظف به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی حسب ضوابط و مقررات سازمان ، قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

و سایر قوانین موضوعه مرتبط با شرح وظایف پزشکان مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی صاحب دفترچه درمانی معتبر با رعایت تعرفه های پزشکی - درمانی و فرانشیز مصوب و اعلامی سازمان میباشد.

3-ب) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرائی و ابلاغی سازمان تامین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مصوب هیات محترم وزیران الزامی است و پزشک میبایستی کلیه دستورالعمل های اجرائی و ابلاغی (قبل و بعد از انعقاد قرارداد) در چارچوب قرارداد فیما بین راعیت نماید.

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

3-د) اعلام کتبی هرگونه تغییر آدرس به سازمان که در اینصورت سازمان در خصوص ادامه همکاری با پزشک مختار می باشد.

3-ه) پزشک موظف است نسخ و صورت حسابهای تنظیمی را تا میزان سقف اعلامی از سوی سازمان هرماه حداکثر تا پایان روز دهم ماه بعد به سازمان تسلیم نماید. و مسئولیت تاخیر پرداخت در این موارد بعهد پزشک خواهد بود و در صورت تکرار تاخیر ارسال صورتحساب بیش از دوبار در طول مدت قرارداد تصمیم گیری در خصوص ادامه قرارداد بعهد سازمان می باشد.

3-و) رعایت همکاری با نمایندگان سازمان در چارچوب این قرارداد و در محیطی صمیمانه از سوی طرفین قرارداد الزامی است و در صورت عدم همکاری سازمان مخیر به تجدید نظر در رابطه با ادامه قرارداد خواهد بود و می تواند براساس ماده 97 قانون تامین اجتماعی عمل نماید.

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

4- تعهدات سازمان:

4-الف) سازمان متعهد میشود و چه صورتحساب ارسالی پزشک را براساس آئین نامه اجرائی قانون بیمه همگانی پس از رسیدگی مدارک به حساب پزشک واریز نماید و چنانچه در اثر اشتباه محاسبه، مبالغ کمتر یا بیشتری بحساب پزشک منظور گردد، پس از بررسی مجدد نسبت به پرداخت مبلغ کسری و یا کسر مبالغ اضافی اقدام نماید.

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

4-ج) سازمان متعهد میشود چنانچه مبلغ درخواستی پزشک کمتر از مبلغ اسناد رسیدگی شده باشد نسبت به محاسبه و واریز مبلغ محاسبه شده واقعی بحساب پزشک اقدام نماید.

4-د) سازمان متعهد میشود هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان را به اطلاع پزشک برساند.

5- مدت قرارداد:

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ ب مدت یکسال شمسی میباشد و در صورتیکه ظرف یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام نمایند این قرارداد کماکان برای مدت یکسال شمسی دیگر معتبر خواهد بود و در صورتی که طرفین قرارداد قبل از پایان قرارداد، مایل به ادامه همکاری نباشند می توانند قرارداد فی مابین را بطور یکجانبه فسخ نمایند. این مورد بایستی حداقل یکماه قبل کتبا به اطلاع طرف مقابل رسانده شود.

این قرارداد در 5 ماده و 11 بند و 1 پیوست در 4 نسخه تنظیم که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد

نام و امضاء نماینده مجاز سازمان

نام و نام خانوادگی پزشک

نمونه مهر

نمونه امضاء

نمونه خط پزشک