



فرم شماره 3

بسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان

قرارداد همکاری با پاراکلینیک

تاریخ

شماره

1- طرفین قرارداد:

این قرارداد فی مابین آقای/ خانم دکتر موسس با مشخصات زیر که از این پس در این قرارداد موسسه 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.

مشخصات موسس:

نام موسسه:

تاریخ تاسیس:

نام و نام خانوادگی:

شماره نظام پزشکی:

کد ملی:

آخرین مدرک تحصیلی:

تاریخ دریافت آن:

نام دانشگاه محل تحصیل:

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 موسسه: خصوصی: دولتی: نظامی: خیریه: سایر ...

ردیف	آدرس	شهرستان	شهر	روستا	خیابان اصلی	خیابان فرعی	کوچه	پلاک	تلفن
1	موسسه								
2	منزل								

تلفن همراه:

دورنگار:

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

2- موضوع قرارداد:

ارائه خدمات تشخیصی درمانی توسط موسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی براساس قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر قوانین موضوعه حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تامین اجتماعی که کلیات آن به پیوست قرارداد میباشد. (پیوست شماره 1)

3- تعهدات موسسه :

3-الف (موسسه موظف به ارائه خدمات تشخیصی - درمانی حسب ضوابط و مقررات سازمان تامین اجتماعی ، قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر قوانین موضوعه مرتبط با شرح وظایف موسسات پاراکلینیک مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، در حضور مسئول فنی معرفی شده به سازمان به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی صاحب دفترچه درمانی معتبر با رعایت تعرفه های تشخیصی - درمانی و فرانشیز مصوب و اعلامی سازمان میباشد .

تبصره : در صورت عدم حضور مسئول فنی معرفی شده در مواقع ضروری و اضطراری ، قوانین و مقررات مربوط به جانشین قابل قبول است .

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

3-ج (حق فنی مسئول فنی موسسه به عهده بیمه شدگان میباشد و باید حسب آخرین مصوبه قانونی محاسبه و دریافت گردد .

3-د (رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرائی و ابلاغی سازمان تامین اجتماعی ، قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته ، مصوب هیات محترم وزیران الزامی است و موسسه میبایستی کلیه دستورالعمل های اجرائی و ابلاغی (قبل و بعد از انعقاد قرارداد) در چارچوب قرارداد فی مابین رعایت نماید .

3-ه (اعلام کتبی هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی به سازمان .

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

3-ز (اعلام کتبی هرگونه تغییر آدرس به سازمان که در اینصورت سازمان در خصوص ادامه همکاری با موسسه مختار می باشد .

3-ح (موسسه موظف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی را تا میزان سقف اعلامی از سوی سازمان ، هرماه حداکثر تا پایان روز دهم ماه بعد به شکل دیسکت به سازمان تسلیم نماید . در صورت عدم تحویل صورتحسابها در موعد مقرر موسسه باید صورتحساب مربوطه را در موعد مقرر ماه آینده تسلیم نماید و مسئولیت تاخیر پرداخت در این موارد بعهد موسسه خواهد بود و در صورت تکرار تاخیر در ارسال صورتحسابها بیش از دو بار در طول مدت قرارداد تصمیم گیری در خصوص ادامه قرارداد بعهد سازمان می باشد .

3-ط (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 قرارداد خواهد بود .

3-ی (در صورت محرز شدن هرگونه تخلف از مفاد قرارداد تنظیمی ، سازمان طبق نظر کارشناسان ذربط 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 .

3-ر (مابه التفاوت بهای خدمات در بخش خصوصی و دولتی بعهد بیمه شدگان بوده و باید براساس تعرفه های مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران محاسبه و دریافت گردد .

4- تعهدات سازمان :

4-الف (سازمان متعهد میشود وجه صورتحساب ارسالی موسسه را براساس آئین نامه های اجرائی قانون بیمه همگانی پس از رسیدگی مدارک بحساب موسسه واریز نماید و چنانچه در اثر اشتباه محاسبه ، مبالغ کمتر یا بیشتر بحساب موسسه طرف قرارداد منظور گردد ، پس از بررسی مجدد نسبت به پرداخت مبلغ کسری و یا کسر مبلغ اضافی اقدام نماید .

4-ب (سازمان متعهد میشود پس از رسیدگی و پرداخت نسخ ارسالی مبالغ قابل پرداخت و میزان کسورات اعمال شده را کتبا به موسسه اعلام نماید و چنانچه موسسه 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 مجدداً با حضور موسسه کارشناسی شده و در صورت صحت اعتراض مطالبات مربوطه به موسسه 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 موسسه کمتر از مبلغ اسناد رسیدگی شده باشد نسبت به محاسبه و واریز مبلغ محاسبه شده واقعی بحساب موسسه اقدام نماید .

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

5- مدت قرارداد :

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ بمدت یکسال شمسی میباشد و در صورتیکه ظرف یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام نمایند قرارداد هرساله خودبه خود تمدید می گردد 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 و این مورد بایستی حداقل یکماه قبل کتبا به اطلاع طرف مقابل رسانده شود. این قرارداد در 5 ماده و 15 بند و 1 تبصره و 1 پیوست در 3 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 موسس

نمونه مهر و امضاء موسسه