



صندوق تأمین اجتماعی
مدیر عامل

بسمه تعالی
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۹۰۵۱۸۳۷
تاریخ: ۹۰/۱۱/۱۸
پوست: ندارد



**موضوع: نحوه اجرای
« ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی »**



**اداره کل تأمین اجتماعی استان
مدیریت درمان**

باسلام

به منظور صیانت از نیروی کار و پیشگیری از حوادث ناشی از کار و نیل به اهداف تأمین اجتماعی و ضرورت توجه به الزامات قانونی موجود از جمله ماده ۹۰ قانون تأمین اجتماعی، ماده ۹۲ قانون کار و قانون اصلاح تبصره ۲ ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی از سوی کارفرما و عدم ارجاع شغل متناسب با توانائی جسمی و روحی افراد، که در بسیاری از موارد موجب بروز حوادث یا تشدید بیماری بیمه شدگان شده و خسارت های جسمی و روحی را برای آنان بدنبال داشته و نیز هزینه های بسیاری را به صندوق تأمین اجتماعی تحمیل می نماید، براین اساس به منظور اجرای دقیق ماده مذکور واحدهای اجرائی مکلفند منبهد به ترتیب ذیل عمل نمایند:

۱- ادارات کل و شعب مکلفند از طریق تشکل های کارفرمایی، چاپ بروشور، مصاحبه با جراید و صدا و سیمای محلی و ارسال فرم شماره «۱» پیوست برای کارفرمایان ضمن آشنایی آنان به وظایف خود، درخصوص عواقب عدم اجرای صحیح قانون اطلاع رسانی نموده و لیست کلیه مراکز مجاز انجام معاینات پزشکی قبل از به کار گماردن و تغییرات بعدی آن را از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان اخذ و در کلیه واحدهائی اجرائی نصب نمایند.

۲- در مواردیکه کارفرمایان نیروی جدیدی را به کارگمارده و نسبت به ارسال لیست بیمه شده اقدام می نمایند، واحدهای اجرائی مکلفند در زمان دریافت لیست، اختصاص شماره ۸ رقمی، صدور دفترچه درمانی، ارائه تعهدات قانونی کوتاه مدت و زمان معرفی افراد به کمیسیون پزشکی نتیجه معاینات قبل از استخدام بیمه شده را از کارفرما مطالبه و ضمن درج در پرونده فنی طبق فرم شماره «۲» ضمیمه بخشنامه کتباً رسید و نسخه ای از آن را به کارفرمای مربوطه تحویل نمایند. بدیهی است تحویل نتیجه معاینات بیمه شدگانی که قبلاً در کارگاه شاغل شده نیز به عهده کارفرما بوده و ضرورت ارائه آن به واحدهای اجرائی بقوت خود باقیست.

۳- در مواردیکه بیمه شده طبق نظریه کمیسیونهای پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی از کارافتاده کلی تشخیص داده شده و یا بازماندگان بیمه شدگان فوت شده جهت دریافت مستمری بازماندگان مراجعه می نمایند لازم است مدارک مربوط به از کارافتادگی کلی و علت فوت توسط واحد امور فنی مستمریها اخذ و بررسی و به جز مصادیق ذکر شده در بند ۶ این بخشنامه، به همراه نتیجه معاینات قبل از استخدام مراتب طی فرم شماره «۳» پیوست



صندوق تامین اجتماعی
مدیر عامل

بسمه تعالی
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۰/۹۰/۵۱۸۳۷
تاریخ: ۹۰/۱۱/۱۸
پیوست:

ندارد

به مدیریت درمان استان منعکس گردد. در مواردیکه بیمه شده فاقد معاینات اولیه در پرونده فنی باشد مراتب را طی فرم شماره «۴» پیوست توسط واحد امور فنی بیمه شدگان از کارفرما استعلام و پاسخ کارفرما به مدارک ارسالی ضمیمه گردد.

۴- مدیریت درمان استان موظف است پس از دریافت مدارک از واحدهای اجرائی با اخذ سایر مدارک پزشکی از واحدهای درمانی که بیمه شده به آنها مراجعه نموده مراتب را از طریق کارشناسان ذیربط بررسی و چنانچه به دلیل عدم توانائی انجام کار بطور کلی و یا عدم تناسب شغل ارجاعی با توانائی جسمی و روحی بیمه شده موجب تشدید بیماری و ازکار افتادگی و یا فوت وی شده باشد مراتب را طی فرم شماره «۵» پیوست به واحد اجرائی اعلام نمایند. مدیریت درمان استان در صورت لزوم می تواند نظریه کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون را در این زمینه اخذ نماید.

۵- چنانچه طبق نظر مدیریت درمان استان موضوع از مصادیق ذیل ماده ۹۰ تشخیص داده شده باشد واحد مستمریها مبلغ خسارت را مطابق ماده ۵۰ قانون تامین اجتماعی تعیین و به واحد درآمد حق بیمه اعلام می نماید. واحد درآمد حق بیمه طی فرم شماره «۶» مراتب را به کارفرما ابلاغ و خسارت مربوطه مورد مطالبه قرار می گیرد. در صورت عدم قبول کارفرما و اعتراض به اعلام بدهی، می بایست مراتب از طریق واحد حقوقی اداره کل استان با تعیین کارشناس رسمی دادگستری مرضی الطرفین مورد رسیدگی قرار گرفته و براساس نظریه کارشناسی اقدامات قانونی لازم حسب مورد به عمل آید.

۶- با توجه به اینکه در برخی موارد علت از کار افتادگی و یا فوت بیمه شده ارتباط مستقیم به عدم انجام معاینات قبل از استخدام نداشته و یا برخی از بیمه شدگان با توجه به نوع بیمه پردازی آنان فاقد کارفرما و یا رابطه کارگری و کارفرمایی می باشند، در موارد ذیل نیاز به ارسال پرونده بیمه شدگان به مدیریت درمان نخواهد بود.

- بیمه شدگان صاحبان حرف و مشاغل آزاد، ادامه بیمه به طور اختیاری و رانندگان و سایر بیمه شدگانی که دارای کارفرمای مجازی می باشند.

- پرونده بیمه شدگانی که کارفرمای مربوطه در اجرای ماده ۶۶ قانون در وقوع حادثه ناشی از کار آنان به طور صددرصد مقصر شناخته شده است.

- بیمه شدگانی که بواسطه حادثه غیرناشی از کار، ازکار افتاده کلی شده یا فوت می نمایند.

- دریافت کنندگان مقرری بگیران بیمه بیکاری که از کار افتاده کلی شده و یا فوت می نمایند.

- بیمه شدگانی که در اجرای ماده ۹۳ قانون به کمیسیون پزشکی معرفی و در زمان معرفی فاقد کارفرما می باشند.

- بیمه شدگانی که معاینات قبل از بکارگیری آنان توسط کارفرمای مربوطه انجام گرفته و توانائی کلی انجام کار آنان بدون هیچ گونه قید و شرط تائید شده باشد.

۷- واحدهای اجرائی می بایست با بررسی پرونده های مستمری برقرار شده که تاکنون مختومه نشده و از مصادیق این بخشنامه می باشد مورد شناسایی و به تدریج به مدیریت درمان ارسال نمایند.



صندوق تأمین اجتماعی
مدیر عامل

بسمه تعالی
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۷۹۰/۵۱۸۳۷
تاریخ: ۹۰/۱۱/۱۸
پیوست:

ندارد

۸- پرونده آندسته از بیمه شدگانی که طبق دستورالعمل شماره ۲۰۴۴/۱۱۲۰۱ مورخ ۸۲/۲/۱۵ مورد بررسی قرار گرفته و کارفرمای آنان مقصر شناخته شده و تاکنون خسارت مربوطه وصول نگردیده است در صورت اعتراض کارفرما، با رعایت مفاد این بخشنامه جهت رسیدگی مجدد به مدیریت درمان استان ارسال گردد.

۹- نحوه عملکرد ادارات کل و مدیریت درمان استانها در زمینه اجرای صحیح این بخشنامه به عنوان یکی از ملاکهای ارزشیابی واحدها مدنظر خواهد بود، بدین منظور مدیران کل استانها و مدیریت های درمان مکلفند با برگزاری جلسات مشترک ضمن هماهنگی و توجیه پرسنل و تقسیم وظایف واحدهای ذیربط ترتیبی اتخاذ نمایند تا اقدامات اجرایی در حداقل زمان و به بهترین شکل ممکن صورت پذیرد.

۱۰- کلیه بخشنامه ها و دستورالعمل های مغایر این بخشنامه کن لم یکن می گردد.

۱۱- شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تامین مکلف است نرم افزار مربوطه را در اسرع وقت تهیه و در اختیار واحدهای اجرایی قرار دهد.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل، مدیریت های درمان، معاونین و کارشناسان ذیربط ادارات کل استان و مدیریت های درمان و روسا و کارشناسان واحدهای اجرایی و درمانی خواهند بود.

و من ... التوفیق.

سید مجید موسویان

سرپرست صندوق تأمین اجتماعی

شماره

تاریخ

فرم شماره « 1 »

جناب آقای / خانم

کارفرمای محترم

باسلام

احتراماً، نظربه اینکه آگاهی از وضعیت جسمی و روحی پرسنل در انتخاب شغل مناسب نقش اساسی داشته و عدم تناسب شغل با وضعیت و توانائی افراد ممکن است منجر به حوادث ناشی از کار و یا تشدید بیماری گردد لذا در اجرای ماده 90 قانون تأمین اجتماعی خواهشمند است قبل از به کار گماردن پرسنل نسبت به انجام معاینات پزشکی از طریق مراکز مجاز اقدام و نتیجه معاینات جهت درج در پرونده بیمه شده همراه با اولین لیست به این شعبه تحویل و رسید دریافت نمائید. بدیهی است در صورت عدم انجام معاینات چنانچه افراد به کار گرفته شده از کارافتاده و یا بیماری آنان تشدید شود و یا فوت نمایند و این موضوع حسب نظریه اعلامی از سوی مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان ناشی از عدم تناسب شغل وی با وضعیت جسمی و روحی تشخیص داده شود صندوق تأمین اجتماعی به تکالیف خود در قبال بیمه شده عمل نموده و حسب مقررات مربوط نسبت به وصول خسارات ناشی از پرداخت مستمریها وسایر حمایتها از کارفرما اقدام می نماید.

1119559

شعبه

شماره

تاریخ

فرم شماره « 4 »

(استعلام از کارفرما در خصوص انجام معاینات قبل از به کار گماردن موضوع ماده 90 قانون)

جناب آقای / خانم

کارفرمای محترم

باسلام

نظر به اینکه آقای / خانم از پرسنل شاغل در آن به شماره بیمه در مورخ در کمیسیون پزشکی از کارافتاده کلی شناخته شده / در تاریخ فوت شده، لذا به منظور طی مراحل آتی خواهشمند است ضمن اعلام شغل دقیق ایشان نسخه ای از معاینات پزشکی بدو استخدام و ادواری به عمل آمده از نامبرده را ظرف مدت 15 روز از تاریخ وصول این نامه به این شعبه ارسال نمایند. بدیهی است عدم ارسال به موقع مدارک مانع از رسیدگی به پرونده نخواهد بود.

شعبه

رئیس شعبه

مسئول امور فنی بیمه شدگان

شماره

تاریخ

فرم شماره « 2 »

جناب آقای / خانم

کارفرمای محترم

باسلام

احتراماً، بدینوسیله گواهی می شود در مورخ اصل نتیجه معاینات قبل از به کار

گماردن و ادواری آقای / خانم بیمه شده شماره در برگ

که طی شماره مورخ ثبت دبیرخانه شعبه گردیده است. تحویل واحد امور

فنی بیمه شدگان گردید تا در پرونده فنی درج شود.

1119559

شعبه

رئیس شعبه

مسئول امور فنی بیمه شدگان

..... تاریخ

..... مدیریت محترم درمان استان

باسلام

احتراماً، با عنایت به اینکه آقای / خانم بیمه شده شماره از کارافتادگی کلی / فوت شده، خواهشمند است در اجرای ماده 90 قانون درخصوص توانائی انجام کار بیمه شده بطورکلی و یا قابلیت و عدم قابلیت و استعداد جسمانی انجام کار مرجوعه و میزان تأثیر آن در عارضه ایجاد شده که منجر به از کارافتادگی کلی / فوت وی گردیده است در فرم پیوست (شماره پنج) اظهارنظر فرمایند.

ضمناً اطلاعات و تصاویر مدارک مشروحه ذیل به پیوست در برگ ارسال می گردد .

- 1- گزارش چاپی از کل سوابق بیمه پردازی به تفکیک کارگاه در برگ .
- 2- گزارش حادثه و بررسی آن در برگ .
- 3- تصویر نتیجه معاینات قبل از به کار گماردن و ادواری در برگ.
- 4- فرم استعلام کارفرما و پاسخ آن در برگ .
- 5- مدارک درمانی و بیمارستانی در برگ .
- 6- آخرین محل کار بیمه شده
- 7- آخرین شغل بیمه شده
- 8- شغل قبلی بیمه شده و مدت اشتغال در آن به مدت روز .

توضیحات :

.....

.....شعبه

رئيس شعبه

مسئول امور فنی مستمریہا

شماره

تاریخ

فرم شماره « 5 »

شعبه

باسلام

احتراماً، در پاسخ به استعلام بعمل آمده به
شماره مورخ
در

مورد آقای/ خانم رأی کمیسیون پزشکی بیمه
نظریه کارشناسی
شده شماره اعلام می دارد.

با بررسی‌های بعمل آمده و براساس
و با در
عدم توانایی انجام کار بیمه شده بطور کلی در بدو بیمه پردازی
وی منجر
عدم تناسب شغل بیمه شده با وضعیت جسمی و روحی

بیمه ازکارافتادگی کلی
فوت
نگردیده
گردیده
بنابراین کارفرما به
میزان
(به حروف
نمی شود
.....) در می شود
موضوع مقصر

شناخته

توضیحات :

مدیریت درمان استان

.....

شماره

تاریخ

فرم شماره « 6 »

..... جناب آقای/خانم

..... کارفرمای محترم

باسلام

احتراماً، نظر به اینکه ط^{آقای} خانم رسی های بعمل
آمده
بیمه شده شماره
عدم توانایی انجام کار ازکار افتادگی کلی با توجه به
عدم تناسب شغل فوت
وصعید جسمی و روحی وی و به دلیل

..... کـــه منجر به

وی گردیده و به میزان
مقصر شناخته شده اید خواهشمند است نسبت به پرداخت
هزینه های مستمری و درمانی مربوطه به مبلغ
..... ریال به صورت
ماهانه اقدام نمایید و یا با پرداخت کل خسارات به
مدت 10 سال که براساس درخواست شما مورد محاسبه قرار
میگیرد اقدام فرمائید.

ضمناً در صورت اعتراض با تقبل پرداخت هزینه های
کارشناسی مجدد موضوع با تعیین کارشناس رسمی دادگستری
مرضی الطرفین مورد رسیدگی قرار میگیرد و براساس
نظریه مربوطه اقدام میگردد.

شعبه

.....

..

رئیس شعبه

مسئول درآمدحق بیمه

