

خلاصه ای از قرارداد بیمه ی جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان

شرکت توزیع نیروی برق استان خراسان رضوی شماره ی قرارداد : ۶۱۲/۹/۹۶/۱۲

تاریخ شروع قرارداد : ۱۳۹۶/۰۴/۰۱ تاریخ خاتمه قرارداد : ۱۳۹۷/۰۴/۰۱

موضوع قرارداد : عبارت است از بیمه ی خدمات درمانی ناشی از حادثه ، بیماری و بارداری بیمه شدگان و مسؤلیت کارفرما در بیماری های ناشی از کار .

بیمه شدگان : عبارتند از کلیه ی کارکنان (کارمندان _ کارگران) شاغل (رسمی ، قراردادی ، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص) قرارداد کار موقت (کارگری) که در لیست بیمه گر پایه ی شرکت بیمه گذار قرار دارند) ، بازنشستگان ، از کار افتادگان ، مستمری بگیران و وظیفه بگیران به همراه اعضای خانواده مطابق ماده ی ۵۸ قانون تامین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط) .

۱) فرزندان پسر کارکنان شاغل و بازنشسته و از کار افتاده ی تحت پوشش حداکثر تا سن ۲۰ سالگی و در صورت ارایه ی مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کار افتاده تلقی شوند ، با ارایه ی گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه به همراه لیست اولیه .

تبصره ی ۱ : در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد بعد از محدوده ی سنی موضوع بند ۱-۴ و یا فرزندان پسر متأهل که بیش از ۵ سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت به طور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند ، صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند .

تبصره ی ۲ : همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش های بیمه ای مرتبط با نازایی ، زایمان (سقط و کورتاژ) و سونوگرافی حاملگی نمی باشند .

۲) فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار .

۳) فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده ی اصلی قرار می گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (در صورتی که حداکثر در زمان مقرر تغییرات اعلام گردد) .

۴) پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه گزار موظف است با ارسال اسامی مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵

لازم به ذکر است کلیه ی نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از دفترچه ی درمانی بیمه شده (مادر) استفاده نمایند .

۵) پدر و مادر غیر تحت تکفل کارکنان و نیز همسر و فرزندان کارکنان شاغل اناث صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه ، به بیمه گر معرفی شده باشند .

تبصره ی ۱ : در صورتی که پدر و مادر بیمه شده ی اصلی و نیز همسر و فرزندان کارکنان اناث به عنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه ی بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه گذار به بیمه گر ارایه گردد .

تبصره ی ۲ : بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه ی بیمه ای در قرارداد دوره ی قبل را نداشته باشند ، برای تحت پوشش قرار گرفتن تکمیل پرسشنامه ی ضمیمه ی این قرارداد که به تایید وزارت نیرو رسیده است در ابتدای شروع قرارداد ضروری است .

۶) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده ی اصلی که قانوناً تحت تکفل آنان می باشند ، با ارایه ی مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح و با تایید بیمه گزار ، بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود .

حق بیمه : حق بیمه ی ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل خواهد بود :

۱) الف - مبلغ -/۲,۷۵۰,۰۰۰ ریال به منظور پوشش درمانی مسؤلیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ی ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی .

ب - شاغلین : مبلغ -/۵۸۰,۰۰۰ ریال سرانه ی ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ی ۴ و یا هر یک از افراد تحت تکفل آن ها .

۲) همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور متاهل غیر تحت تکفل و همسر آنان : مبلغ -/۶۲۰,۰۰۰ ریال .

۳) پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده ی اصلی : مبلغ -/۳۲۰,۰۰۰ ریال (هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود .)

۴) مبلغ -/۵۲۰,۰۰۰ ریال حق بیمه ی ماهانه برای هر یک از بازنشستگان ، (از کار افتادگان) ، مستمری بگیران ، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان ، فرزندان کارکنان بازنشسته ی اناث در صورت داشتن دفترچه ی درمانی بیمه گر اصلی .

تبصره ی ۱ : بجز دندانپزشکی و عینک ، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ی ۸ و کلیه ی بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ی ۳ از ماده ی ۸ می باشد .

تعهدات قرارداد جهت بازنشستگان همانند شاغلین به استثناء پوشش دندانپزشکی و عینک بوده و این بیمه شدگان می بایستی حتماً از دفترچه های درمانی خود (تامین اجتماعی ، خدمات درمانی) استفاده و در ظهر نسخه ی سوم دفترچه ، مبالغ فرانشیز پرداختی خود بابت خدمات دریافتی از نسخ اول و دوم را از مراجع درمانی مهر و امضاء و تایید گرفته تا بیمه گر بتواند ضمن اخذ نسخه ی سوم هزینه های مربوطه را بررسی و پرداخت نماید .

« تبصره ی ۱ : کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند از زمان بازنشستگی و یا از کار افتادگی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان (-/۵۲۰,۰۰۰ ریال برای هر نفر) ، پوشش هایی همانند شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند ، در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه ی شاغلین ، پوشش هایی همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را دریافت نمایند .

تبصره ی ۲ : در صورت مراجعه به مراکز تشخیص درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه شده صفر خواهد بود .

تبصره ی ۳ : در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه ، توسط بیمه شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان مشمولین بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر این صورت انجام تعهدات در کلیه ی بندهای ماده ی ۸ (با رعایت تبصره ی ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود . «

همچنین در صورتی که این قبیل از بیمه شدگان مشمول بند «ج» از ۱-۸ بوده و بیمه گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه های دارویی که سهم بیمه گر اول در آن تعریف نشده است تعهدات بیمه گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد .

تعهدات بیمه گر :

تعهدات بیمه گر در مورد هزینه ی اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر و یا مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود و در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه ی مورد عمل مراکز هم درجه ی طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت هفت روز کاری پس از دریافت مدارک بازپرداخت خواهد شد .

ماده ی ۸-۱ :

الف (هزینه ی اعمال جراحی قلب ، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (به جز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز .

ب (هزینه ی سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستان های درجه ی یک ، با اعمال ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستان ها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

ج (پرداخت هزینه های مربوط به بیماری های خاص (منظور از بیماری های خاص بر اساس تعاریف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد که عبارتند از : (ام اس ، هموفیلی ، تالاسمی ، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری های صعب العلاج شامل : (کانسر ، پارکینسون ، هپاتیت ، ایدز ، شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان BMT) بر اساس تعرفه ی مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز ، در تعهد بیمه گر خواهد بود .

د (هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز ، در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود .

ن (پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه ی مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند (مراکز درمانی در بخش دولتی) بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود .

ماده ی ۸-۲ : تامین هزینه های تشخیصی - درمانی سرپایی از قبیل هزینه های رادیولوژی ، پزشکی هسته ای ، انواع اسکن ، MRI ، سونوگرافی ، آزمایشگاه ، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک ، فیزیوتراپی ، آدیومتری ، اپتومتری ، گفتار درمانی ، کاردرمانی و لیزر درمانی ابتدا ۲۰٪ فرانشیز از هزینه های پرداختی (در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه ی آن به عهده ی بیمه شده می باشد) کسر و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی مصوبه ی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد خواهد بود .

ماده ی ۸-۳ : انواع هزینه های اعمال جراحی که به طور سرپایی جهت رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تایید نمره ی چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر ، برای هر چشم که سه دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت است .

ماده ی ۸-۴ : لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه ، جدا شدگی شبکیه ، قوز قرنیه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود .

ماده ی ۸-۶ : ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش خصوصی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت و حداکثر تا تعرفه ی بخش خصوصی مصوبه ی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است . (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد .)

توضیح این که: بر اساس قرارداد جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان تعرفه ها در بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد و ۱۰۰٪ هزینه ها تا سقف مبالغ تعیین شده ی ذیل در سال ۹۶ و در بخش خصوصی نیز پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت حداکثر تا سقف تعیین شده ی ذیل در سال ۹۶ (و در سال ۹۷ پس از تصویب هیات دولت و ابلاغ و انتشار در روزنامه ی رسمی ایران) به همکاران محترم قابل پرداخت می باشد.

(**مرجع:** تصویب هیئت دولت مورخ ۱۳۹۶/۰۳/۲۸ که بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون ، کار و رفاه اجتماعی ، بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و تایید شورای عالی بیمه ی سلامت کشور و به استناد بند (هـ) ماده ی (۳۸) قانون برنامه ی پنج ساله ی پنجم توسعه در مصوب ۱۳۸۹ می باشد و در تاریخ ۱۳۹۶/۰۴/۲۴ ابلاغ شده است .)

الف) ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی :

- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی و phd پروانه دار
- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص و MD-phd
- ویزیت پزشکان فوق تخصص ،فلوشیپ و روانپزشکان
- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک
- کارشناس ارشد پروانه دار
- کارشناس پروانه دار

۱۱۱ ،۰۰۰ ریال
۱۳۹ ،۰۰۰ ریال
۱۶۸ ،۰۰۰ ریال
۲۰۰ ،۰۰۰ ریال
۹۵ ،۰۰۰ ریال
۷۷ ،۰۰۰ ریال

ب) ویزیت پزشکان در بخش خصوصی :

- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی و phd پروانه دار
- ویزیت پزشکان عمومی با سابقه بیش از ۱۵ سال کار بالینی
- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص MD-phd
- ویزیت پزشکان فوق تخصص ، فلوشیپ و روانپزشکان
- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک
- کارشناس ارشد پروانه دار
- کارشناس پروانه دار

۲۳۱ ،۰۰۰ ریال
۲۶۵ ،۶۵۰ ریال
۳۶۲ ،۰۰۰ ریال
۴۵۲ ،۰۰۰ ریال
۵۱۵ ،۰۰۰ ریال
۱۹۴ ،۰۰۰ ریال
۱۶۸ ،۰۰۰ ریال

طبق ماده ی ۱-۴-۴ شیوه نامه ی قرارداد درمان ابلاغی از شرکت توانیر در خصوص هزینه های پاراکلینیکی ، ویزیت و دارو ، چنانچه پس از کسر فرانشیز مربوطه (با رعایت بند ن تبصره ی ماده ی ۱-۸ قرارداد درمان – رایه ی خدمات در مراکز دولتی) از هزینه های پرداختی توسط بیمه شده ، مبلغ باقیمانده از سقف تعهدات بیمه نامه بیشتر باشد ، سقف تعهد بیمه نامه و در غیر اینصورت مبلغ باقیمانده به بیمه شده پرداخت گردد .

به طور کلی نحوه ی محاسبه ی فرانشیز به این شکل خواهد بود که : نخست فرانشیز از هزینه ی واقعی بیمه شده کسر شده و چنانچه مابقی از سقف تعهدات بیمه گر بالاتر باشد ، سقف به طور کامل به بیمه شده پرداخت می شود ، در غیر این صورت لازم است مابقی (که کمتر از سقف می باشد) به بیمه شده پرداخت گردد .

ماده ی ۷-۸ : هزینه ی داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه ی درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت **با کسر ۲۰٪ فرانشیز** قابل پرداخت می باشد .
(حق فنی داروخانه ها به عهده ی بیمه شده می باشد .)

تبصره ی ۱ : هزینه های داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است . چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی

دارد را تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تایید کند (در غیر اینصورت بررسی نسخه بایستی از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می باشد.

تبصره ی ۲: هزینه های داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تایید ضرورت مصرف، نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تایید نسخه توسط بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) بر اساس هزینه انجام شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.

تبصره ی ۳: حق فنی داروخانه به عهده ی بیمه شده می باشد.

تبصره ی ۴: هزینه ی سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ و پین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد و همچنین تزریقات با کسر فرانشیز ۲۰٪ و بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، همراه با نسخه اصلی دارویی پزشک قابل جبران است.

تبصره ی ۴: هزینه ی نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه ی آن را تایید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تایید پزشک معتمد بیمه گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

ماده ی ۸-۸: هزینه ی مربوط به وسایل کمک پزشکی که در داخل بدن به کار می رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این تفاهم نامه محاسبه و پرداخت می شود، همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمعک، واکر و ... با تایید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر و حداکثر تا ۵ برابر تمامی موارد مندرج در جدول تعرفه ی سازمان تامین اجتماعی مربوط به سال ۹۳ (به پیوست) پرداخت می شود.

ماده ی ۸-۹: تامین هزینه ی تهیه ی اعضای طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب العلاج تا سقف ۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال در سال در تعهد بیمه گر می باشد.

ماده ی ۸-۱۰: تامین هزینه درمان نازایی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی (ZIFT-OIFT) و هزینه های دارویی مانند HCG-HMG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز، سالانه حداکثر تا سقف ۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال جهت زوجین می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

ماده ی ۸-۱۱: هزینه های آمبولانس به شرح ذیل است:

در موارد داخل شهری اوژانس که منجر به بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه گردد و همچنین در مورد شکستگی ها انتقال بیمار مابین بیمارستان ها با تایید بیمارستان مبدأ حداکثر تا سقف ۲،۰۰۰،۰۰۰ ریال در هر مورد و در موارد بین شهری و در صورتی که بیمار بستری و امکان مداوا در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد تا سقف ۵۰۰،۰۰۰ ریال در هر مورد قابل پرداخت است.

ماده ی ۸-۱۱-۳: هزینه ی همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه ی همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد و در سایر موارد دستور پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

ماده ی ۱۳-۸: تامین هزینه ی عینک طبی: (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال در مورد لنز تماسی طبی با تایید پزشک معتمد بیمه گر برای هر یک از افراد تحت تکفل، (برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۳,۳۷۵,۰۰۰ ریال) برای بیمه شده و هر یک از افراد تحت تکفل قابل پرداخت خواهد بود.

جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینایی علاوه بر بر موارد فوق، حداکثر هر شش ماه یک بار تا سقف نصف سقف تعهد عینک یک دید (مبلغ ۱,۲۵۰,۰۰۰ ریال) صرفاً بابت شیشه ی طبی با ارایه ی صورت حساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ی ۹: خدمات دندانپزشکی: کلیه ی هزینه های مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پرکردن، بریج، روت کانال (درمان ریشه) جراحی لثه، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۵٪ فرانشیز در هر مورد، تا سقف مبلغ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر خانواده در طول مدت قرارداد و بر اساس آخرین تعرفه سندیکاری بیمه گران مورد تعهد بیمه گر می باشد.

(طبق توافق با شرکت بیمه گر مقرر گردید با عنایت به مشخص شدن کلیه ی هزینه های درمانی توسط وزارت بهداشت و ابلاغ آن به مراکز درمانی، کتاب ارزش نسبی سلامت که در آن کلیه ی هزینه های درمانی و بیمارستانی مشخص گردیده است معیار پرداخت کلیه ی هزینه ها قرار گیرد.

جلال عزیزی فر
رئیس اداره ی درمان و رفاه

KEJC

شرکت توزیع نیروی برق
استان خراسان رضوی