



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : .....د/۶/۹۵۷۵.....  
تاریخ : .....۱۴۰۱/۰۹/۰۲.....  
ساعت : .....۱:۴۳.....  
پیوست : .....ندارد.....

مرکز بهداشت استان اصفهان

## جناب آقای دکتر حیدری طبایی زواره معاون محترم درمان

با سلام و احترام

پس از حمد خداوند متعال و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، در پاسخ به نامه ۱۷۱۶ تاریخ ۱۴۰۱/۸/۲۹ ریاست محترم بیمارستان امام حسین (ع) در خصوص هزینه تست آنفولانزا، به استحضار میرساند بر اساس ابلاغ وزارت متبوع در خصوص امکان استفاده از سهم بیمه در خصوص تستهای مذکور ضرورت دارد کلیه بیمارستانها در خصوص تستهای تشخیصی فوق اقدام به ثبت آن در پرونده بیمار نموده و از محل اعتبارات پرداختی از سوی سازمانهای بیمه گر (بر اساس مجوز موجود)، هزینه آن به این حوزه پرداخت گردد (فرانشیز بیمار در هر دو تست رایگان بوده و صرفا سهم بیمه قابل دریافت می باشد). لذا خواهشمند است با عنایت به هزینه بر بودن تستهای مذکور دستور فرمایید اقدامات لازم در این خصوص صورت پذیرد. شایان ذکر است بر اساس کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی، تعرفه تست تشخیص کووید ۱۹ با کد ۸۰۵۱۱۹ در حال حاضر قابل محاسبه و دریافت می باشد، لکن در خصوص تست آنفولانزا این حوزه طی مکاتبه ای اقدام به استعلام از وزارت متبوع نموده است که به محض دریافت آن متعاقبا به آن معاونت جهت ابلاغ به بیمارستان ها، اعلام میگردد.

**دکتر حمید گله داری**  
معاون بهداشت دانشگاه  
و رئیس مرکز بهداشت استان  
از طرف دکتر غفور راستین  
معاون اجرایی

رونوشت :

رئیس محترم دانشگاه جناب آقای دکتر شیرانی: جهت استحضار  
رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین(ع) (جناب آقای دکتر معمارزاده): جهت استحضار و بهره برداری در پاسخ به نامه ۱۷۱۶ تاریخ ۱۴۰۱/۸/۲۹  
رئیس محترم گروه توسعه شبکه جناب آقای حمامی  
مسئول محترم امور اداری معاونت بهداشت جناب آقای شجاعی نژاد  
کارشناس محترم درآمد معاونت بهداشت سرکارخانم سلطانی  
معاون محترم فنی گروه آزمایشگاه های معاونت بهداشت سرکارخانم مزروعی