

شماره : ۱۲/۷/۵۰۲۳...پ..
تاریخ : ۱۴۰۵/۰۶/۰۳..
ساعت : ۸:۴۹..
پیوست : ندارد..



معاونت درمان

روسای محترم مراکز آموزشی درمانی و بیمارستانهای تابعه دانشگاه
مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان بر خوار
رئیس محترم بیمارستان حجتیه اصفهان
رئیس محترم بیمارستان شهید آیت الله صدوقی
رئیس محترم بیمارستان دکتر علی شریعتی اصفهان
رئیس محترم بیمارستان و دارالشفای حضرت زهرا (س)
ریاست محترم مرکز تخصصی کلیه حضرت ابوالفضل (ع)
مدیر محترم درمانگاه عمومی فاطمیه (س)
مدیر محترم درمانگاه تخصصی داخلی خیریه گلپایگان
مدیر محترم درمانگاه تخصصی داخلی امام سجاد دهق
مرکز فوریت پزشکی زواره اردستان
مدیر محترم درمانگاه خیریه هرنند

باسلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، به پیوست مکاتبه شماره ۴۰۰/۲۶۵۹ مورخ ۱۴۰۵/۰۶/۰۳ معاون محترم درمان وزارت متبوع، با موضوع "ابلاغیه شروط پوشش بیمه ای و پرداخت هزینه هودیالیز با روش HDF" جهت آگاهی و بهره‌برداری لازم حضورتان ارسال می‌گردد. شایان ذکر است ابلاغیه فوق الذکر در سایت معاونت درمان به آدرس Ta.mui.ac.ir، قسمت اقتصاد درمان، اداره امور بیمه‌ها، تعرفه و استاندارد، بخش آیین نامه‌ها و دستورالعملها جهت بهره‌برداری مراکز خصوصی استان، قابل دریافت می‌باشد.

رونوشت :

دکتر فریبرز خورش
معاون درمان

مدیرکل محترم بیمه سلامت استان اصفهان: جهت استحضار
مدیریت محترم درمان تامین اجتماعی استان اصفهان: جهت استحضار
مدیر کل محترم سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح استان اصفهان: جهت استحضار
مدیر محترم سندیکای بیمه‌های تکمیلی (بیمه ایران): جهت استحضار
معاون محترم توسعه و مدیریت منابع جناب آقای دکتر مصلحی: جهت استحضار
سرپرست محترم آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه جناب آقای مهندس مسعودی: جهت استحضار
مدیر محترم امور بیماریها و مراکز تشخیصی: اصفهان: جهت استحضار (آبادانا اول)
تلفن: ۳۶۶۱۹۶۶۱-۲ و ۳۶۶۱۹۶۶۴-۵
مسئول محترم اداره هماهنگی امور بیمه، تعرفه و استاندارد سرکار خانم جعفرطیاری
تارنما: www.ta.mui.ac.ir - پست الکترونیک: treatment@mui.ac.ir