



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان خوزستان

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۱۴۰۲/۳۳۱۲۸۲

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۱۹

پیوست ندارد

جناب آقای دکتر سرمست

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
موضوع: عقد قرارداد مراکز وابسته به دانشکده دندانپزشکی

سلام علیکم

با ممد و ثناء الهی و با صلوات بر مضررت ممد و آل ممد ((صلی الله علیه و آله و سلم))

احتراما با توجه به اینکه بسته خدمات دهان و دندان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت بوده و به منظور برخورداری بیمه شدگان تحت پوشش این سازمان از خدمات دندانپزشکی و پرداخت هزینه به آن دانشگاه، خواهشمند است نسبت به برقراری قرارداد فی مابین این اداره کل و مراکز تحت پوشش دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز دستورات لازم را ابلاغ فرمائید. مدارک مورد نیاز جهت عقد قرارداد به شرح ذیل بحضورتان اعلام میگردد.

- ۱- تصویر پروانه تاسیس و مسئول فنی
- ۲- تصویر پروانه طبابت پزشکان
- ۳- تصویر کارت ملی و کارت نظام پزشکی
- ۴- شماره همراه پزشک و مسئول فنی
- ۵- معرفی شناسه ملی و شماره حساب
- ۶- تکمیل فرمهای قرارداد همکاری با سازمان

دکتر محمدرضا رضایی
مدیر کل بیمه سلامت استان خوزستان

توجه: این نامه خارج از سیستم مکاتبات رایانه ای بدون مهر برجسته فاقد اعتبار می باشد.

آدرس: اهواز، کیانپارس، فلکه سوم ابتدای خیابان مبین غربی فاز ۱ - تلفن: ۳۳۳۸۴۸۹۵-۷ - نمابر: ۳۳۳۸۴۹۰۸ ش.ش ۷۰۷۶۴۰۱

آدرس سایت: www.ihio.gov.ir پست الکترونیکی: info@kz.ihio.gov.ir کد پستی: ۶۱۵۵۸-۱۵۵۴۷ شناسه ملی: ۱۴۰۰۳۲۴۴۷۲۲