

کیمهان

سازمان بیمه سلامت که تا سال۱۳۹۱ با نام **سازمان بیمه خدمات درمانی فعالیت** می‌کرد در **دولت سیزدهم محور توجه قرار گرفت** و **خدمات آن گسترش یافت**.

به گزارش ایرنا سازمان بیمه خدمات سلامت به عنوان یکی از سه بیمه پایه کشور اکنون حدود ۴۵ میلیون نفر را زیر پوشش دارد که در صندوق‌های مختلف شامل صندوق بیمه روستایی و عشایر، صندوق بیمه همگانی، صندوق بیمه کارکنان دولت، صندوق بیمه بهداشتی، صندوق العلاج و صندوق بیمه سایر اقشار تحت پوشش خدمات این سازمان هستند.اسحاق شامل مددجویان بهزیستی و کمیته امداد، اتباع خارجی، خانواده شهدا و افراد مجعول الهویه هستند که از خدمات بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت استفاده می‌کنند.«سید جلیل میرمحمدی» عضو کمیسیون بهداشت مجلس درباره عملکرد سازمان بیمه سلامت در دولت سیزدهم گفته است: راه‌اندازی صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج برای اولین بار پس از انقلاب در دولت سیزدهم اتفاق افتاد. این صندوق با همکاری قوه مقننه به ۵ هزار میلیارد تومان در سال ۱۴۰۱، ۷ هزار میلیارد تومان در سال ۱۴۰۲ و ۹ هزار میلیارد تومان در سال ۱۴۰۳ از مجموع حدود ۱۷ میلیون نفر بیمه‌شدگان عضو اسلامی هیچ ایرانی وجود ندارد که بیمه نشده باشد و نزدیک به ۶ میلیون نفر از افرادی که در دهک‌های یک تا ۵ درآمدی هستند به صورت کامل‌الرایگان بیمه شده‌اند.

گرچه آمارهای این نماینده مجلس با آمارهای رسمی تفاوت‌های قابل توجهی دارد اما یکی از خدمات سازمان بیمه سلامت در دولت سیزدهم پوشش بیمه‌ای رایگان پنج دهک فقیر و کم درآمد بود و با فراخوان این سازمان، افراد کم درآمد شامل پنج دهک اول تا پنجم به صورت رایگان بیمه شدند. بنا بر اعلام سازمان بیمه سلامت با اجرای این برنامه از مجموع حدود ۱۷ میلیون نفر بیمه‌شدگان عضو صندوق بیمه همگانی این سازمان تا اردیبهشت ۱۴۰۳ تعداد افرادی که در پنج دهک اول درآمدی بوده و به طور رایگان زیر پوشش سلامت قرار گرفته‌ند به ۱۲٫۵ میلیون نفر رسید. علاوه بر این، سازمان بیمه سلامت اعلام کرد: دهک‌های ششم تا نهم نیز می‌توانند با تخفیف‌های خدمات‌رسانی به خارجی‌ها بدون پرداخت حق بیمه به سیستم سلامت کشور فشار وارد می‌کند.

تشکیل صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج

یکی از اقداماتی که سازمان بیمه سلامت در دولت سیزدهم انجام داد، تشکیل «صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج» بود. تا پیش از تشکیل این صندوق، بیماران خاص شامل بیماران کلیوی، تالاسمی و هموفیلی تحت پوشش بیمه سلامت بودند و تقریباً همه هزینه‌های درمانی و دارویی آنان رایگان بود. با تشکیل این صندوق گروه دیگری از بیماران مانند بیماران مبتلا به دیابت و سرطان نیز مشمول خدمات ویژه سازمان بیمه سلامت قرار گرفتند و پس از مدتی مدیرعامل این سازمان اعلام کرد که ۱۰۷ بیماری تحت پوشش صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج قرار گرفته‌اند.

بر اساس اعلام سازمان بیمه سلامت، تا قبل از تشکیل این صندوق، سهم بیمه پایه در خدمات تخصصی محدود بود. پنج بیماری هموفیلی، تالاسمی ام اس، نارسایی مزمن کلیه، پیوند کلیه و خدمات رادیوتراپی و شیمی درمانی به بیماران مبتلا به سرطان می‌شد. اما با تشکیل این صندوق خدمات رسیسانی برای ۱۰۷ بیماری در زیر مجموعه این صندوق تعریف شد.

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت در زمان اعلام تشکیل این صندوق در سال ۱۴۰۱ گفت: اعتبار ۹۰۰ میلیارد تومانی که در گذشته برای بیماران خاص وجود داشت، فقط برای حمایت از پنج بیماری ام اس، بیماران دیالیزی، پیوند کلیه، هموفیلی و تالاسمی بود. اما اسسال با اختصاص حدود ۱۱ هزار میلیارد تومان اعتبار جدید هزینه‌های حداقل ۲۰ بیماری دیگر از جمله سرطان‌ها، شیمی درمانی، پارکتینسون و بیماری‌های خونی نیز پوشش داده می‌شود. او یکسال بعد در مرداد ۱۴۰۲ گفت: ۱۰۷ بیماری در لیست صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج

پوشش رایگان بیمه‌ای فقرا و دهک‌های پایین جامعه، تلاش کرد بخشی از اتباع خارجی قانونی را نیز زیر چتر بیمه سلامت درآورد. ناصحی مدیرعامل سازمان بیمه سلامت گفته است: یک میلیون نفر از اتباع خارجی قانونی و مجاز در کشور، می‌توانند تحت پوشش سازمان بیمه سلامت باشند. فعلا حدود ۲۰۰ هزار نفر از این افراد را تحت پوشش داریم. یک میلیون و ۲۰۰ هزار مهاجر که کارت معتبر دارند نیز از خدمات سازمان بیمه سلامت برخوردار هستند. بقیه مهاجران قانونی نیز می‌توانند با پرداخت حق بیمه از خدمات بیمه‌ای برخوردار شوند، اما نسبت به وضعیت بیمه خود اقدام نمی‌کنند.

قرار داده‌ام. تاکنون ۵۱ بیماری وارد لیست صندوق شده است. سال گذشته سه هزار و ۱۰۰ میلیارد تومان برای بیماران خاص و صعب‌العلاج اختصاص دادیم. ناصحی بعد از حدود یک‌سال دربار‌ه فعالیت این صندوق گفت: برای صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج در سال ۱۴۰۳ حدود ۹ هزار میلیارد تومان اعتبار پیش‌بینی شده است و این صندوق برای ۱۰۷ گروه بیماری بسته خدماتی تدوین کرده است. او در جای دیگری گفت: دو میلیون بیمار مبتلا به سرطان، بیماران مزمن، بیماران اعصاب و روان در صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج نشاندار شدند و هفت هزار

از پوشش رایگان ۵ دهک اول تا حمایت ویژه از بیماران خاص

نگاهی به کارنامه بیمه سلامت در دولت سیزدهم

ناصرحی گفت: به‌داده کل امور اتباع و مهاجران وزارت کشور پیشنهاد داده‌ام اتباع خارجی همانند سایر کشورهای حق بیمه خود را به محض ورود به ایران پرداخت کنند. هزینه بیمه اتباع خارجی ۵۰ دلار است و در حال حاضر، به اتباع خارجی خدمات ارائه می‌دهیم اما موضوع خدمات‌رسانی به خارجی‌ها بدون پرداخت حق بیمه به سیستم سلامت کشور فشار وارد می‌کند.

وی گفت: بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی، کلیوی‌ام اس، دیالیز (همودیالیز و دیالیز شفاف)، هیپاتیت سی، انواع سرطان‌ها، اتیسم، اختلالات مزمن روانی بیماران پیوندی، دیابت، جراحی پارکتینسون، صرع، آسیب‌های شنوایی شدید و عمیق، قطع حلقونی، دسترونی عضلانی و ۲۱ بیماری متابولیک تحت پوشش صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج قرار دارند.

در بخش دارویی عده هزینه‌های بیماران خاص پرداخت می‌شود و تا حد کامل دارو تحت پوشش هستند و هزینه‌های بیماری‌های SMA و سرطانی را تا ۱۰۰ درصد پوشش می‌دهیم.برای برخی بیماری‌ها مثل هموفیلی، بیمار فقط نیم درصد فرانتیزیر پرداخت می‌کند. ۲۵ درصد هزینه تأمین اندام مصنوعی مثل قطع عضو ناشی از دیابت نیز از صندوق پرداخت می‌شود. همچنین خدمات پاراکلتیک من مثل پت اسکن برای تشخیص سرطان و رادیوتراپی نیز تحت پوشش صندوق قرار دارد.

با این وجود تأمین نشدن بوجه و اعتبارات مورد نیاز و پیش‌بینی شده صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج مشکلاتی را در ارائه خدمات به این گروه بزرگ از بیمساران به وجود آورد تا جایی که نمایندگان برخی بیماران خاص مثل هموفیلی و تالاسمی که از سال‌ها پیش هزینه‌های آنها تحت پوشش کامل بود، گلایه‌مند شدند.

کلاه‌های بیماران خاص

«یونس عرب» مدیرعامل انجمن تالاسمی ایران گفته است: با تأسیس صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج ابتدا خوشحال شدیم که بوجه‌ها افزایش پیدا کرده است اما این بوجه که سال گذشته گفته شد ۷ هزار میلیارد تومان بود، تأمین نشد و بیماران تالاسمی را دچار

اجتماعی

چالش‌های بسیار زیادی کرد. حدود ۱۰۰ هزار بیمار ام اس و ۲۰ هزار بیمار تالاسمی به‌ظاهر تحت حمایت این صندوق قرار گرفتند، مسئولان دولت قول دادند که سالانه برای هر یک از این بیماران تا سقف ۵۰ میلیون تومان هزینه کنند، یعنی فقط برای ۱۲۰ هزار نفر در این دو گروه از بیماران باید سالانه ۶ هزار میلیارد تومان هزینه شود در حالی که کل اعتبار مصوب این صندوق ۷ هزار میلیارد تومان پیش‌بینی شده بود.

عرب گفت: با مصوبه دولت بیماران دیابت و مبتلا به سرطان را که بیماری‌های عمومی هستند و جزو بیماری‌های خاص تعریف نمی‌شوند، تحت پوشش این

داد منعقد کرده است و ۹۰ درصد هزینه خدمات درمان نابروزی مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی و ۷۰ درصد هزینه‌های بخش خصوصی تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارد. مادران باردار از ابتدای وضع حمل تا پایان دوران شیردهی تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و کودکانشان تا پنج سالگی تحت پوشش بیمه هستند. او گفت: سقف داروهای درمان و سقف ریالی را در بخش دولتی برای درمان نابروزی برداشتیم و در بخش غیردولتی نیز ۹۰ درصد عمومی را پرداخت می‌کنیم. سازمان بیمه سلامت البته اعلام نکرده است که تاکنون هزینه‌های چه تعداد زوج نابارور را به طور کامل پرداخت کرده، برای هر یک از این زوج‌ها چقدر هزینه کرده و در مجموع میزان بوجه‌هزینه‌شده برای این افراد چقدر بوده است؟

بر اساس اعلام سازمان بیمه سلامت، اقدام مهم دیگری که در دولت سیزدهم صورت گرفت، رایگان شدن خدمات درمانی برای کودکان زیر هفت سال در بیمارستان‌های دولتی است. اقدامی که برای آن، بودجه ۲.۵ هزار میلیارد تومانی در نظر گرفته شد.

طرح داروهای زیر پوشش بیمه سلامت

یکی از خدمات سازمان بیمه سلامت، در دولت سیزدهم همکاری در اجرای طرح داروهای بود. طرحی که از تیرماه ۱۴۰۱ با حذف ارز ترجیحی دارو اجرا شد و قرار شد، ماهه متفاوت آن به صورت ریالی به بیمه‌ها داده شود



صندوق قرار دادند و به این ترتیب حمایت بیمه‌ها از بیماران خاص مثل تالاسمی‌ها کاهش یافت.

افزایش پوشش بیمه‌ای درمان نابروزی

اقدام دیگری که در دولت سیزدهم از طرف سازمان بیمه سلامت انجام شد، افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات درمان نابروزی بود. سازمان بیمه سلامت اعلام کرد که با

حداولت پوشش خدمات درمان نابروزی در بخش دولتی و خصوصی، پوشش ۹۰ درصدی بیمه‌ای پیدا کرد و مادران باردار و کودکان آنها تا ۵ سالگی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت اعلام کرد. در سال‌های گذشته برای تأمین مواد اولیه، از ترجیحی ۴۲۰۰ تومانی به شرکت‌ها تخصیص پیدا می‌کرد که این موضوع در بازه‌های زمانی مختلف با انتقادهایی مواجه شده بود: زیرا تخلف‌ها و فاکتورسازی‌هایی در این زمینه رخ می‌داد و مسیری برای

فساد در حوزه دارو شده بود. ناصرحی مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران درباره این طرح گفت: با وجود افزایش قیمت داروها، هیچ افزایش پرداختی برای مردم اعمال نمی‌شود و بیمه‌ها اجازه قیمت‌زاد را هر چقدر که باشد، پوشش نمی‌دهند. با

اجرای طرح داروهای قیمت داروهای تولید داخل تغییر کرد. میزان افزایش قیمت داروها متفاوت است. از ۲۰ درصد تا ۲۰۰ درصد افزایش قیمت داروهای تولید داخلی تغییر کرد. میزان افزایش قیمت داروها متفاوت است. از ۲۰ درصد تا ۲۰۰ درصد

رشد قیمت داریم تا ارقام بیشتر اما مهم این است که این افزایش قیمت فقط برای بیمه‌است. سهم مردم از قیمت تمام شده دارو نسبت به سال گذشته تغییری نمی‌کند. وی گفت: با اجرایی این طرح، ۱۱۹ قلم داروی بدون بیمه نیز تحت پوشش قرار گرفت. ۲۶۶ قلم داروی ضروری و پر مصرف که در گذشته تحت پوشش بیمه نبودند نیز مشمول حمایت بیمه‌ای شد. تعداد داروهای تحت پوشش بیمه پایه بر مبنای مصوبه شورای عالی بیمه افزایش یافته است.

اکنون ۲۲۹۰ دارو تحت پوشش بیمه‌ای قرار دارند. داروهایی که به نازگی تحت پوشش بیمه‌ای قرار گرفته‌اند

برای بیماری‌های دیابت، فشارخون و بیماری‌های روانی به‌خصوص اسکیزوفرنی کاربرد دارند و در تمام مراکز خصوصی و دولتی عرضه‌کننده دارو، ۷۰ درصد هزینه‌ها را بیمه پوشش می‌دهد.

خدمات جدید بیمه سلامت

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران گفت: سهم پرداختی بیماران مبتلا به سرطان بابت خدمات رادیوتراپی در مراکز دولتی رایگان شده و در مراکز خصوصی کاهش

یافته است. تا پایان سال ۱۴۰۲ بالغ بر ۶ میلیون و ۶۰۰ بیمار مراجعه به این صندوق توسط بیماران خاص انجام شده است. همچنین ۲۶ خدمت اعم از آزمایش پر تو پزشکی، سنجش تراکم استخوان، توانبخشی، روانشناسی و دندانپزشکی برای تالاسمی‌ها افزایش یافته و با توجه به معضلات این بیماران، بسته‌های خدمتی در صندوق طوری طراحی شده که همه خدمات مورد نیاز تالاسمی‌ها تحت پوشش قرار گیرد.

درباره بیمساران ام اس نیزش داروی خارجی و ایرانی و خودود دارد و برای ۹۵ درصد از هزار بیمه‌ار ام اس که به داروی داخلی حساسیت دارند داروی برند تأمین شده و این سیاست برای همه بیماران خاص اعمال خواهد شد.

تصف بیمه سلامت در پوشش خدمات سرپایی

ناصرحی گفت: ضعف بیمه سلامت توجه به بخش سرپایی در بخش خصوصی است؛ زیرا بیشترین بیمه سلامت است و به بخش خصوصی است. اما نمی‌توانیم بیش از ۷۰ درصد هزینه‌های درمان سرپایی را بر اساس تعرفه دولتی پرداخت کنیم. بنابراین با توجه به اختلاف تعرفه بخش خصوصی

با دولتی پرداخت‌ها از جیب مردم در بخش سرپایی زیاد است. به دنبال این هستیم که سهم بیمه سلامت از هزینه‌های سرپایی را افزایش دهیم.

وی تاکنون رقم کسر بوجه سازمان بیمه سلامت را اعلام نکرده‌ما گفته است: سازمان برنامه و بودجه حداقل ۲۰ هزار میلیارد تومان کمتر از منبع مورد نیاز این سازمان

را پرداخت می‌کند. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران همچنین گفته است: در سال ۱۴۰۳ حداقل به ۱۰۰ هزار میلیارد تومان برای ارائه خدمات به بیمه‌شدگان نیاز داریم. رشد بوجه‌ای بیمه سلامت در سه سال اخیر، مناسب بوده، اما لازم است برای ارتقای خدمات به بیمه‌شدگان، این اعتبارات افزایش بیشتری یابند.

بیمه‌روانشناسی

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران گفته است: سازمان بیمه سلامت خدماتی مانند روان درمانی فردی، خانواده درمانی، گروه درمانی و خدمت مشاوره (مراجعه اول به دکترای روانشناس بالینی) را تحت پوشش قرار داده است. روانپزشک، دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، روانشناسی بالینی (M.D/PhD) و دکترای روانشناسی

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران گفته است: سازمان بیمه سلامت خدماتی مانند روان درمانی فردی، خانواده درمانی، گروه درمانی و خدمت مشاوره (مراجعه اول به دکترای روانشناس بالینی) را تحت پوشش قرار داده است. روانپزشک، دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، روانشناسی بالینی (M.D/PhD) و دکترای روانشناسی سلامت، از افراد دارای صلاحیت برای ارائه این خدمات به بیمه‌شدگان این سازمان هستند.

ناصرحی گفت: اختلالات رشدی صعبی، کم‌توانی‌های ذهنی (خفیف، متوسط، شدید، عمیق، تاخیر رشدی، کم توان ذهنی نامعین و اختلال رشدی هوش)، اختلالات

صفحه ۶

سه‌شنبه ۱۲ تیر ۱۴۰۳

۲۵ ذی‌الحجه ۱۴۴۵ – شماره ۲۳۶۱۵

ارتباطی، طیف اختلال درخود ماندگسی، اختلال کم توجهی، اختلال یادگیری اختصاصی، اختلالات حرکتی، اختلالات تیک و طیف اسکیزوفرنی از جمله بیماری‌های تحت پوشش خدمات روانشناسی هستند. همچنین سایر اختلالات روان‌پریشانه، اختلالات ذهنی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی-جبری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات تجزیه‌ای اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط، اختلالات تغذیه و خوردن، اختلالات دفعی و اختلالات خواب - بیداری هم مشمول دریافت خدمات بیمه‌ای در حوزه روانشناسی هستند

وی افزود: از سوی دیگر کارکزی‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی) نازغیاتی جنسیتی (اختلال هویت جنسی)، اختلالات کنترل تکانه، رفتارهای ایذایی سلوک، اختلالات اعتیادی و سوء مصرف مواد، اختلالات عصب شناختی، اختلالات شخصیتی، اختلالات پارافیلیک و سایر اختلالات روانی جزو بیماری‌هایی است که پوشش بیمه‌ای خدمات روانشناسی به آنها تعلق می‌کیرد.

بیمه خدمات توانبخشی

پوشش هزینه خدمات توانبخشی نیز از جمله خدمات جدید سازمان بیمه سلامت در دولت سیزدهم است. دکتر ناصحی مدیرعامل این سازمان گفته است: ۵۹ کد خدمتی توانبخشی برای افراد دارای معلولیت زیر پوشش بیمه سلامت است. این ۵۹ کد خدمت شامل ۱۴ خدمت در حوزه ارتوپدی قسی، ۶ خدمت در حوزه کار درمانی، ۹ خدمت در حوزه شنوایی شنایی، ۶ خدمت در حوزه فیزیوتراپی، ۱۱ خدمت در بخش گفتار درمانی، ۶ خدمت توانبخشی قابل ارائه توسط پزشکان و ۷ خدمت در حوزه بینایی سنجی است.

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران افزود: ۷۰ درصد تعرفه خدمات توانبخشی متناسب با نوع مالکیت مرکز ارائه دهنده خدمت در بخش‌های دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه در تعهد بیمه سلامت است. ۴۶۶۱ مرکز توانبخشی طرف قرارداد بیمه سلامت است و افراد دارای معلولیت زیر پوشش بهزیستی که در سامانه‌های بیمه سلامت نشاندار شده باشند می‌توانند خدمات توانبخشی را با پوشش بیمه‌ای ۷۰ درصدی دریافت کنند.

پوشش بیمه‌ای کاشت حلزون

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران گفت: خدمات بیمه‌ای کاشت حلزون شنوایی برای کودکان ناشنوا نیز شامل خدمات تشخیصی و کاشت حلزون است و تا ۱۰ سال خدمات توانبخشی و تعویض پروتز حلزون شنوایی را به صورت رایگان شامل می‌شود.

خدمات رایگان برای بیماران اتیسم

ارائه خدمات رایگان به بیماران اتیسم نیز از جمله خدمات جدید سازمان بیمه سلامت است. دکتر ناصحی مدیرعامل این سازمان گفته است: ۱۰۰ درصد هزینه‌های بیماران اتیسم را در بیمه‌های پایه و صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج در بخش دولتی و ۸۰ درصد در بخش خصوصی و عمومی غیردولتی و خیریه پوشش می‌دهیم. در آینده تمام بیماران طیف اتیسم را بیمه خواهیم کرد و ذیل صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج هزینه‌های آنان را کاهش می‌دهیم. خدمات روانشناسی و کار درمانی نیز در تعرفه‌های این بیماران قرار دارد و با هر موسسه‌ای که بخواهد قرارداد ببندد آماده همکاری هستیم. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت گفت: ۹ هزار فرد مبتلا به اتیسم در سامانه بیمه سلامت نشاندار شده و ۸ هزار خدمت در این مدت دریافت کرده‌اند. در بخش دولتی ۱۰۰ درصد هزینه‌های خدمات اتیسم در حوزه توانبخشی و درمانی پرداخت می‌شود و در بخش خصوصی ۸۰ درصد هزینه‌ها پرداخت می‌شود.

| | | |
|----------------------|-------------|----------------------|
| شرق — غرب | | شمال |
| شهریار | شمال | قلهک |
| ۰۹۱۲۱۶۳۰۸۴۶ | شمال | شمیران |
| ۶۵۲۳۲۹۳۳ | شمال | مطهری |
| ۰۲۶-۳۲۲۴۰۱۳ ۳۲۲۲۴۴۱۱ | شمال | شهرآرا |
| ۷۶۳۲۱۹۳۸ | شمال | ۶۶۵۹۲۲۶۶-۶۶۵۹۳۰۱۰-۱۱ |

سسر خان زهرا توران بیخست فرزند بهنام با نشانی ۷۱۱/۱۰۱/۱۰۳ مسکن حسب دستور شماره ۹۸۳۳۱۹۳ مورخ ۱۳۸۷/۷/۱۴ شنبه ۲۵ خاتواده تهران طابق شما دعا از طن تشریفات شرعی و قانونی اجرا و ثبت گردید. مراتب جهت اطلاع شما در یکی از جراید کثیرالانتشار چاپ گردید.
سردفتر تلفن ۲۱ شهری حسین اسحاقی

| |
|--|
| قابل توجه مشتریان محترم |
| لطفاً قبل از پرداخت مبلغ آگهی از هویت نامور وصول مطمئن و در صورت لزوم با تلفن ۳۳۱۱۲۱۹۷ تماس بگیریید |
| <i>اداره وصول مطالبات روزنامه تهران</i> |

شرایط و فرم اشتراک کیهان در تهران سال ۱۴۰۳

- اشتراک عزیزانی که فرم درخواست آنها تا دهم هر ماه به امور مشترکین برسد از اول ماه بعد برقرار می‌شود.
- یک نسخه از کپی فیش بانکی و قبض سفارشی را تا پایان مدت اشتراک حتما نزد خود نگهداری نمایید.
- در صورت تغییر قیمت نشریات و یا هزینه پستی، معادل مبلغ پرداخت‌شده، نشریه مورد تقاضا ارسال می‌گردد.
- در صورت تمایل به اشتراک چند نشریه، برای هر کدام فیش بانکی جداگانه تهیه فرمائید.
- قبض پرداختی را می‌توانید به شماره **۰۹۱۲۷۳۳۲۵۶۸** یا ذکر مشخصات در کانال تلگرام قرار داده به امور مشترکین اطلاع دهید.

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------|-------------------|------------|------------|
| فرم تقاضا | | | | | |
| نام: | نام خانوادگی: | نوع نشریه: | تعداد نسخه: | مدت: | ماه: |
| مبلغ پرداختی: | ریال شماره بانکی: | تلفن: | تلفن همراه: | | |
| آدرس: | | | | | |
| کد پستی: | پست الکترونیکی: | | | | |
| شماره اشتراک: | | | | | |

انور ششگر کیغع موسسه کیهان

گشع ۳۵۲۰۲۲۷۸-۲۱=تلفن ۹۱۲۳۷-۳۳۹۱۰=۲۱

با حضور در نیازمندی‌های روزنامه کیهان کار خود را گسترش دهید

ویژه‌نامه تخصصی خودرو