**رئیس محترم مجتمع آموزشی و درمانی .....**

**رئیس محترم مرکز آموزشی و درمانی .....**

**مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان .....**

**رئیس محترم بیمارستان .....**

**مسئول فنی محترم بیمارستان .....**

**مسئول فنی محترم مرکز جراحی محدود .....**

**مسئول فنی محترم مرکز درمان ناباروری .....**

**مسئول فنی محترم درمانگاه شبانه روزی.....**

**مسئول فنی محترم درمانگاه تخصصی .....**

**مسئول فنی محترم درمانگاه دندانپزشکی .....**

**پزشک عمومی /متخصص /دندانپزشک محترم .....**

با سلام و احترام

به پیوست تصویر نامه شماره 32129/400د مورخ 9/12/1402 معاون محترم درمان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی درخصوص ابلاغیه پوشش بیمه ای فاکتور هشت 2000 واحدی ، استامینوفن تزریقی ، آلندورونیت جوشان ، شربت والپروات سدیم 200 ملی گرم ، آمپول مایکوفنولات موفتیل ، امولسیون تزریقی لیپید 20% ، جهت اطلاع و اقدام مقتضی ارسال می گردد.