

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: تایید بیماری و تغییر داروی بیماری ام اس		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان / معاونت درمان			
	نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان			
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت تایید بیماری ام اس با ارائه فرم معرفی از سوی پزشک معالج			
	نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)			
	ماهیت خدمت <input type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" type="checkbox"/> تصدی گری			
	سطح خدمت <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی			
	رویداد مرتبط با: <input type="checkbox"/> تولد <input checked="" type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تأسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر			
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...			
	مدارک لازم برای انجام خدمت فرم معرفی بیماران مبتلا به ام اس ، دفترچه بیمه ، یک قطعه عکس ۳*۴، کلیه مدارک پزشکی			
	قوانین و مقررات بالادستی طبق مصوبه وزارت متبوع بیماران مشکوک به بیماری ام اس نیازمند تاییدیه معاونت درمان و سامان های بیمه گر دارند .			
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان متوسط مدت زمان ارائه خدمت: ۵ دقیقه		
		تواتر <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>		
تعداد بار مراجعه حضوری بدلیل رعایت پروتکل های بهداشتی و با توجه به شرایط جسمی بیماران نیاز به حضور خود بیمار نمی باشد.				
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان				
مبلغ (مبالغ)				
شماره حساب (های) بانکی				
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن				
-----				
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: -----				
۶- نحوه دسترسی به خدمت	مراحل خدمت		نوع ارائه	
	در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input checked="" type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
غیر الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: : مراجعه بیمار به پزشک معالج	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
مراجعه به دستگاه:		<input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		

		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله درخواست خدمت		
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری): صدور حواله الکترونیکی جهت دریافت دارو <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> جهت استعلام از سوابق بانکهای اطلاعاتی		غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری
		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه): صدور حواله الکترونیکی جهت دریافت دارو <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		در مرحله ارائه خدمت		
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری
استعلام غیر الکترونیکی		استعلام الکترونیکی		نام سامانه های دیگر		۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		پورتال وزارت متبوع		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی		نام دستگاه دیگر		۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر
<input type="checkbox"/> دستگاه <input checked="" type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		سازمان های بیمه گر		
<input type="checkbox"/> دستگاه <input checked="" type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		داروخانه های طرف قرارداد		
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
				۱- مراجعه بیمار به پزشک متخصص مغز و اعصاب		۹- عناوین
				۲- دریافت فرم معرفی از پزشک و مراجعه به معاونت درمان جهت تایید		

۳- تایید بیماری یا عدم تایید بیماری توسط کمیسیون و معاونت درمان			
۴- مراجعه به سازمان های بیمه گر جهت تایید نهایی و ثبت بیماری خاص			
۵- مراجعه به داروخانه های طرف قرارداد جهت دریافت دارو			
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت: به پایین صفحه مراجعه شود			
واحد مربوط: اداره بیماری ها	پست الکترونیک: bimari_khas@mui.ac.ir	تلفن: ۳۶۶۲۹۹۳۲	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مریم رحیمی