



دستور العمل کماک هزینه های درمانی،

کماک هزینه های اروتز / پروتز

و کماک هزینه های دندانپزشکی

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

جهت اجرا از اول فروردین ماه سال ۱۳۹۸

مدیریت سلامت - امور درمان

فهرست

صفحه	عنوان
۱	کلیات
۳	کمک هزینه سمعک
۵	کمک هزینه تعمیرات و باتری حلزون شنوایی
۶	کمک هزینه عینک
۸	کمک هزینه لنز تماسی
۱۰	کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL
۱۱	کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی
۱۲	کمک هزینه لیزیک
۱۳	کمک هزینه های دندانپزشکی
۱۵	کمک هزینه ارتودنسی
۱۷	کمک هزینه ایمپلنت
۱۹	کمک هزینه زایمان طبیعی و سزارین
۲۰	کمک هزینه جوراب واریس
۲۰	کمک هزینه پروتز سینه اکسترنال
۲۱	کمک هزینه خدمات پزشکی و درمانی در منزل
۲۳	کمک هزینه خدمات فیزیوتراپی در منزل
۲۴	کمک هزینه درمان ناباروری
۳۱	کمک هزینه ختنه
۳۲	کمک هزینه نگهداری خون بند ناف نوزاد
۳۳	هزینه اقامت همراه بیمار
۳۴	کمک هزینه آلرژی

۳۵	انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری
۳۶	کمک هزینه گلوکومتر
۳۷	کمک هزینه تجهیزات پزشکی
۳۸	کمک هزینه کفش طبی
۳۸	کمک هزینه اروتزهای سرپایی
۳۹	کمک هزینه اروتزها و پروتزو و اعضای مصنوعی ایثارگران
۴۰	کمک هزینه سایر اروتزها و پروتزها

«بسمه تعالی»

کلیات

- بازنگری دستورالعمل و افزایش عناوین و مبلغ کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/پروتزو و کمک هزینه‌های دندانپزشکی با در نظر گرفتن میانگین افزایش سالانه شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان صورت پذیرفته است. عوامل تعیین کننده در کارشناسی‌های انجام شده جهت بازنگری مبالغ کمک هزینه‌ها، تغییر شاخص بهای گروه‌های خدمات پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی، هزینه‌های بیمارستانی، دارو، لوازم و مواد طبی و نیز تعرفه‌های جاری خدمات تشخیصی و درمانی در کشور بوده است.
- مضافاً اینکه «مجموعه مقررات و دستورالعمل‌های درمانی سازمان» در اصلاح و افزایش عناوین کمک هزینه‌ها نیز مبنا قرار گرفته است.
- تاریخ اجرای دستورالعمل از ۱۳۹۸/۰۱/۰۱ می‌باشد ولی در مواردی که کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/پروتزو و کمک هزینه‌های دندانپزشکی دریافت نشده است و تاریخ تأیید فاکتوردر واحد درمان غیرمستقیم و اموربیمه‌گری منطقه، بعد از تاریخ ابلاغ این دستورالعمل می‌باشد، کمک هزینه مربوطه با نرخ جدید قابل پرداخت است.
- پرداخت کلیه کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/پروتزو و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل برعهده شرکت‌ها/مدیریت‌های نفتی می‌باشد.
- مهلت ارائه اسناد هزینه‌ها، حد اکثر ۶ ماه بعد از تاریخ دریافت اروتز/پروتزو و یا خدمت مربوطه می‌باشد.
- پس از تأیید هزینه قابل پرداخت در منطقه بهداشت و درمان، ثبت موارد کمک هزینه‌های تأیید شده در نرم افزار جمعیت طبی تحت وب الزامی است.

- آن دسته از کمک هزینه‌های درمانی و کمک هزینه‌های دندانپزشکی و کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو مندرج در این دستورالعمل - که برایشان مبلغ ریالی تعیین شده است - برای مشمولین « طرح درمان ایثارگران » تا سقف ۱/۵ برابر نرخ مصوب سازمان قابل تأیید بوده و بازپرداخت آن برعهده شرکت‌ها / مدیریت‌ها می‌باشد.
- در صورت وجود هرگونه ابهام و اشکال، لازم است موارد از امور درمان سازمان استعلام گردد.

سمعک

الف : کمک هزینه سمعک افراد بالای ۱۸ سال

- سمعک معمولی یا دیژیتال با مجوز رئیس بهداشت و درمان منطقه / رئیس درمان غیر مستقیم و امور بیمه گری منطقه ۹,۷۵۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار
- سمعک معمولی یا دیژیتال با مجوز شورای هزینه‌های درمانی منطقه ۲۴,۵۷۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ب : کمک هزینه سمعک افراد زیر ۱۸ سال

- سمعک معمولی یا دیژیتال با مجوز رئیس بهداشت و درمان منطقه / رئیس درمان غیر مستقیم و امور بیمه گری منطقه ۱۱,۱۶۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار
- سمعک معمولی یا دیژیتال با مجوز شورای هزینه‌های درمانی منطقه ۲۸,۸۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ج : کمک هزینه سمعک دو گوش

- سمعک معمولی یا دیژیتال دو گوش صرفاً جهت اطفال زیر ۱۴ سال و برای اطفالی که نیاز به آموزشهای گفتاری دارند طبق تجویز متخصص گوش و حلق و بینی و با تأیید شورای پزشکی منطقه ۵۷,۶۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

د : کمک هزینه تعمیر / باتری سمعک

- حداکثر برای هر سمعک ۵,۴۶۰,۰۰۰ ریال در طی دوره ۳ ساله

توضیحات :

- ۱- کمک هزینه سمعک دوگوش با اندیکاسیون‌های غیراز موارد ذکر شده فوق، صرفاً با تأیید شوراییعالی پزشکی قابل تأیید خواهد بود.
- ۲- در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن سمعک گردد، با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور مالی شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه پروتز تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

تعمیرات و باتری حلزون شنوایی

هزینه تعمیرات تجهیزات مربوط به حلزون شنوایی و هزینه تهیه باطری قابل شارژ و یکبار مصرف آن با ارائه فاکتور معتبر و با تایید شورای هزینه‌های درمانی سازمان، بر عهده شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت می باشد.

عینک

الف: کمک هزینه عینک بزرگسالان بالای ۱۴ سال

فریم ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

شیشه (عدسی) ۱,۱۷۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ب: کمک هزینه عینک اطفال تا پایان ۱۴ سالگی

فریم ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال - هر ۱/۵ سال یکبار

شیشه (عدسی) ۱,۱۷۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ج: کمک هزینه عینک دو دید یا شیشه Progressive (تدریجی)

فریم ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

شیشه (عدسی) ۳,۱۲۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

توضیحات :

- ۱- کمک هزینه عینک دور و عینک نزدیک بطور همزمان و یا در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱/۵ سال برای اطفال ، بطور جداگانه و به صورت دو فریم و دو شیشه قابل پرداخت خواهد بود.
- ۲- پرداخت هزینه عینک و لنز به صورت همزمان در مواردی چون جراحی کاتارکت و کراتوکونوس با تجویز پزشک متخصص چشم و تأیید شورای پزشکی منطقه بلامانع است.
- ۳- پرداخت کمک هزینه عینک Anti UV و Anti Reflex تنها در صورت تجویز عینک با شماره طبی توسط چشم پزشک که مورد تایید شورای پزشکی منطقه باشد معادل کمک هزینه عینک طبی بلامانع است .
- ۵- در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن عینک گردد ، با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور مالی شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه پروتزو تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

لنز تماسی

الف : کمک هزینه یک جفت کنتاکت لنز نرم بزرگسالان

۳,۶۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۱/۵ سال یکبار

ب : کمک هزینه کنتاکت لنز اطفال (اطفال زیر دو سال که درمان کاتاراکت انجام داده‌اند) ، پس از تایید شورای عالی پزشکی قابل پرداخت می باشد.

ج: کمک هزینه یک جفت کنتاکت لنز سخت

۶,۶۶۰,۰۰۰ ریال (به توضیحات توجه شود).

توضیحات :

مقررات مربوط به تأیید و پرداخت کمک هزینه لنز تماسی به شرح زیر اعلام میگردد:

۱- اندیکاسیون دریافت لنز تماسی :

- میوپی و هیپرمتریوپی بیش از ۷ دیوپتر

- آفاکیا

- کراتوکونوس

- آنیزومتروپی به تشخیص چشم پزشک و تأیید شورای پزشکی منطقه (که بیمار به علت

اختلاف بالای نمره عینک دوچشم قادر به تحمل عینک نباشد)

۲- عمر مفید لنز نرم ۱/۵ سال تعیین می گردد.

۳- در صورتی که برای تجویز لنز انجام توپوگرافی و پاکی متری مورد نیاز باشد، هزینه آن پس از تأیید واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری قابل پرداخت است.

۴- پرداخت کمک هزینه عینک و لنز به طور همزمان و یا در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱/۵ سال برای اطفال، فقط در موارد کاتاراکت و کراتوکونوس پس از تأیید مسئول بخش چشم پزشکی / چشم پزشکی معتمد بهداشت و درمان منطقه امکان پذیر است.

تبصره: در عیوب انکساری پرداخت یکی از موارد عینک یا لنز امکان‌پذیر است. در صورتیکه فردی هزینه عینک کامل را دریافت کرده و در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱/۵ سال برای اطفال تا ۱۴ سال، به علت تغییر شماره چشم متقاضی دریافت لنز تماسی باشد پرداخت کمک هزینه آن فقط معادل هزینه شیشه بلامانع است.

۵- کمک هزینه کنتاکت لنز (نرم / سخت) و عینک به صورت همزمان، فقط در موارد جراحی کاتاراکت و کراتوکونوس پس از تأیید رئیس بخش چشم پزشکی / چشم پزشکی معتمد بهداشت و درمان منطقه، بلامانع است. کمک هزینه لنز نرم و کمک هزینه لنز سخت طبق مبالغ اعلام شده فوق قابل تأیید می باشد.

۶- عمر مفید لنز سخت ۵ سال می باشد. کمک هزینه لنز سخت زودتر از ۵ سال در اطفال (تا ۱۴ سال) و نیز در موارد تغییرات سریع ناشی از کراتوکونوس، با تأیید شورای پزشکی منطقه و طبق مبلغ اعلام شده فوق، قابل پرداخت می باشد.

لنز داخل چشمی IOL

الف : کمک هزینه لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری (مانند آرتیزان ، آرتیفلکس ، وریسایس، وریفلکس و لنزهای فیکیک اتاق خلفی) ، هر چشم به مبلغ ۲۷,۳۰۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب : هزینه انجام هرگونه عمل جراحی گذاشتن لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری طبق مقررات جاری در مورد سایر اعمال جراحی قابل محاسبه بوده و پرداخت آن بر عهده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد.

ج : کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL که در هنگام سایر جراحی ها نظیر کاتاراکت و یا PHACO مورد استفاده قرار می گیرد ، برای هر چشم به صورت گلوبال به مبلغ ۶,۸۲۵,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

د : هزینه لنزهای تطابقی بای فوکال (دو کانونی) معادل هزینه لنزهای داخل چشمی منوفوکال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۳۹۸

پروتز چشم مصنوعی

کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی ۱۰,۷۲۵,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

لیزیک

کمک هزینه کلیه روشهای جراحی لیزری برای رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک، لازک، Zyoptix و...) برای

هر چشم ۱۵,۶۰۰,۰۰۰ ریال

توضیحات:

- ۱- تایید لزوم انجام عمل لیزیک بر عهده شورای پزشکی مناطق می باشد.
- ۲- نمره هر چشم می بایست ۳ یا بالاتر از ۳ دیوپتر باشد. ضرورت انجام عمل لیزیک در موارد اختلاف شماره دو چشم، توسط شورای عالی پزشکی تعیین می گردد.
- ۳- در صورتیکه عیب انکساری با آستیگماتیسم همراه باشد حاصل جمع قدر مطلق میزان آستیگمات به علاوه مقدار اسفر (عیب انکساری) مورد نظر می باشد.
- ۴- کمک هزینه لیزیک فقط برای یک بار قابل پرداخت بوده و در موارد درمان بیش از یک بار و درمان عوارض عمل مذکور شرکت هیچگونه مسئولیتی را متقبل نمی شود. در این خصوص می بایست رضایتنامه از بیمار توسط شورای پزشکی منطقه اخذ گردد.
- ۵- بیمار میتواند به هریک از مراکز معتبر در کشور مراجعه نماید.
- ۶- تایید هزینه عینک فقط برای افراد بالاتر از ۴۲ سال و جهت عینک پیر چشمی مطابق ضوابط و مقررات مورد تایید است.
- ۷- در صورتی که بیمار قبلا کمک هزینه عینک و لنز را دریافت کرده باشد، تایید هزینه عمل لیزیک بلامانع خواهد بود.
- ۸- تایید هزینه عینک برای بیمارانی که هزینه لیزیک یک چشم آنان تایید شده است بلامانع خواهد بود.
- ۹- سقف سن مجاز برای انجام عمل لیزیک ۶۵ سال می باشد.

دندانپزشکی

- ۱: پروتز کامل فکین ۲۷,۳۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۲: پروتز کامل یک فک ۱۳,۶۵۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۳: پروتز پارسیل کروم کبالت یک فک ۱۳,۶۵۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۴: پروتز پارسیل اکریلی یک فک تا ۵ دندان ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال و به ازای هر دندان اضافه (بیش از ۵ دندان)
۸۹۷,۰۰۰ ریال حداکثر تا مبلغ کل ۶,۳۱۸,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۵: روکش یک دندان از هر نوع ۴,۸۷۵,۰۰۰ ریال حداکثر تا ۱۸ واحد با رؤیت رادیوگرافی PA (قبل و بعد درمان) توسط دندانپزشک معتمد
- ۶: روکش استیل اطفال (SSC) ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال
- ۷: انواع پست با بیلد آپ (در ترمیم ها) یا پست و کورریختگی ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال حداکثر تا ۱۸ واحد
- ۸: FRC هر واحد (مستقیم و غیر مستقیم) معادل یک واحد روکش با رعایت سقف کلی ۱۸ واحد
- ۹: فضانگه دار متحرک در ۱/۲ هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۴,۸۷۵,۰۰۰ ریال در سال
- ۱۰: فضا نگه دار ثابت در ۱/۲ هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۴,۸۷۵,۰۰۰ ریال در سال
- ۱۱: آلئولوپلاستی در ۱/۲ هر فک (افزایش ریج استخوانی برای پروتز کامل فک) ۴,۸۷۵,۰۰۰ ریال
- ۱۲: وستیبولوپلاستی در ۱/۲ هر فک (افزایش عمق وستیبول برای پروتز کامل فک) ۶,۶۳۰,۰۰۰ ریال
- ۱۳: نایت گارد (محافظ دندان) هر فک ۴,۸۷۵,۰۰۰ ریال
- ۱۴: ریلاین (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۴,۰۹۵,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۱۵: ری بیس (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۵,۴۶۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

توضیحات :

۱- کسانی که از پروتز پارسیل کروم کبالت یا اکریلی استفاده کرده اند در صورت نیاز به پروتز کامل می‌توانند از مزایای آن بهره‌مند گردند.

۲- در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن دندان مصنوعی گردد با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور مالی شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه پروتز تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

۳- لامینیت (لامینیت کامپوزیتی یا لامینیت سرامیکی) از هر نوع معادل یک واحد روکش (از ۱۸ واحد کلی) قابل محاسبه است. (برای لامینیت عکس فتوگرافی قبل و بعد از درمان لازم است)

۴- رادیوگرافی یا فتوگرافی اسناد پروتز (ایمپلنت، روکش و لامینیت) تأیید شده توسط دندانپزشک معتمد، در برنامه نرم‌افزاری دندانپزشکی در مناطقی که این خدمات ارائه می‌شود و یا در برنامه نرم‌افزار اسناد پزشکی (درمان غیرمستقیم) مناطق اسکن و ثبت گردد. رادیوگرافی‌های ضمیمه اسناد پزشکی جهت بایگانی به شرکتها ارسال گردد.

ارتودنسی

الف : ارتودنسی ثابت ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال

ب : ارتودنسی متحرک یکبار برای بیماران زیر ۱۴ سال شامل:

پلاک دستگاه ارتودنسی با پیچ ارتودنسی اکسپنشن هر فک ۵,۷۶۰,۰۰۰ ریال

پلاک ارتودنسی برای ناهنجاریهای دندانی هر فک ۲,۵۲۰,۰۰۰ ریال

ساختن دستگاه عادت شکن ۲,۰۷۰,۰۰۰ ریال

ج : هزینه جراحی ارتوسرجری فقط در صورت تأیید شورایعالی پزشکی مبنی بر نیاز بیمار به انجام

ارتوسرجری قبل از درمان ارتودنسی، قابل تأیید می باشد. (به توضیحات مراجعه شود).

د : در صورت تأیید لزوم انجام ارتودنسی متحرک در سنین بالای ۱۴ سال توسط شورای پزشکی منطقه،

بازپرداخت کمک هزینه مربوطه بلامانع است.

توضیحات :

۱- پس از تأیید لزوم درمان ارتودنسی توسط شورای پزشکی مناطق، نیازی به اخذ معرفی نامه به

منظور شروع و ادامه درمان نمی باشد. اما بیمار می‌بایست حداکثر ظرف یک سال پس از صدور رأی

شورای پزشکی منطقه اقدامات درمانی را شروع نماید. در صورت عدم شروع درمان طی یکسال پس از

صدور رأی، ضروری است موضوع مجدداً در شورای پزشکی منطقه مطرح گردد.

۲- تصمیم‌گیری در مورد لزوم انجام و پرداخت کمک هزینه ارتودنسی به افرادی که دارای بیماریهای مادرزادی مانند شکاف لب (cleft lip) و شکاف کام (cleft palate) و ... می‌باشند بر عهده شورای عالی پزشکی است .

۳- پرداخت کمک هزینه مربوطه پس از پایان درمان ارتودنسی و یا در حین انجام کار با ارائه گواهی انجام خدمت توسط پزشک معالج و فاکتور پرداخت هزینه و تایید توسط مسئول دندانپزشکی یا دندانپزشک معتمد هر منطقه قابل پرداخت میباشد.

۴- شرط پرداخت کمک هزینه ارتودنسی در مورد خانواده بلافصل و افراد تحت تکفل، احراز شرایط تکفل آنان در هنگام شروع درمان می‌باشد.

۵- کمک هزینه ارتودنسی به صورت ۸۰٪ هزینه پروتز / ارتوز (بر عهده شرکت‌ها و مدیریتهای) و ۲۰٪ هزینه درمان (از محل بودجه ۱٪ سازمان) تفکیک می‌شود.

۶- کمک هزینه ارتودنسی در مورد هر فرد صرفاً یک بار در طول عمر و بر مبنای آخرین تعرفه مصوب زمان ارائه صورت هزینه قابل پرداخت میباشد.

۷- در صورت تأیید شورایعالی پزشکی مبنی بر نیاز بیمار به انجام ارتوسرجری قبل از درمان ارتودنسی، هزینه مربوطه به صورت جداگانه از هزینه درمان ارتودنسی و بر اساس کدهای مرتبط در کتاب « ارزشهای نسبی خدمات سلامت » ، طبق روال جاری قابل تأیید است و بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل پرداخت خواهد بود.

۸- در صورت نیاز به FACE MASK یا دستگاههای فانکشنال حداکثر معادل کمک هزینه "پلاک دستگاه ارتودنسی با پیچ ارتودنسی اکسپنشن هر فک " محاسبه و تایید گردد.

ایمپلنت

الف : فیکسچر و سایر هزینه ها هر واحد ۲۰,۷۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۶ واحد
ب : روکش برای ایمپلنت هر واحد ۸,۷۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۶ واحد (از ۱۸ واحد کلی)

با توجه به بررسی های انجام شده، سایر هزینه‌های مرتبط با ایمپلنت شامل پیوند استخوان و سینوس لیفت (باز و بسته) و استفاده از مواد بیومتریال به صورت گلوبال در افزایش کمک هزینه ایمپلنت منظور گردید و هزینه های مذکور به صورت مجزا قابل محاسبه نخواهد بود.

توضیحات :

- ۱- جهت پرداخت کمک هزینه ایمپلنت نیازی به تأیید شورای پزشکی مناطق نمی باشد.
- ۲- تأیید نهایی پس از تکمیل درمان و ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی های قبل و بعد از درمان ، توسط مسئول بخش دندانپزشکی / دندانپزشک معتمد منطقه صورت گرفته و کمک هزینه ایمپلنت بر عهده شرکت ها / مدیریتهای قابل پرداخت خواهد بود.

۳- تعداد موارد قابل تأیید ایمپلنت حداکثر ۶ فیکسچر می‌باشد و هر واحد پروتز ایمپلنت (روکش دندان) از ۱۸ واحد کلی محاسبه می‌شود.

۴- برای موارد اوردنچر متکی بر ایمپلنت :

هر واحد اوردنچر معادل یک واحد روکش ایمپلنت (از ۱۸ واحد کلی) ۸,۷۰۰,۰۰۰ ریال

هر واحد فیکسچر اوردنچر (از ۶ واحد کلی) ۲۰,۷۰۰,۰۰۰ ریال

پروتز کامل اوردنچر یک فک ۱۳,۶۵۰,۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه

پروتز کامل اوردنچر فکین ۲۷,۳۰۰,۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه

۵- هزینه انجام CBCT برای ایمپلنت بر مبنای کدهای مرتبط در «کتاب ارزشهای نسبی خدمات و مراقبت سلامت» به صورت جداگانه به عهده شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت می‌باشد.

۶- هزینه پیوند استخوان به جز در موارد انجام ایمپلنت با ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی های قبل و بعد از درمان و تأیید دندانپزشک معتمد، در موارد درمانهای پرئودنتال ، جراحی فک و صورت و جراحی درمان ریشه، (بدون ایمپلنت) قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن بر اساس مبالغ ذیل به عهده سازمان بهداشت و درمان می‌باشد.

الف : پیوند استخوان اتوزن برای یک دندان ۴,۰۵۶,۰۰۰ ریال

ب : پیوند استخوان اتوزن برای یک تا سه دندان مجاور ۵,۴۶۰,۰۰۰ ریال

۷- هزینه انجام CBCT به جز در موارد انجام ایمپلنت بر مبنای کدهای مرتبط در «کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت» قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن به عهده سازمان بهداشت و درمان می‌باشد.

زایمان طبیعی و سزارین

الف: در مناطق بهداشت و درمان که امکانات زایمان و سزارین در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود دارد، جمعیت تحت پوشش موظف به استفاده از خدمات موجود میباشند.

ب: در مناطق بهداشت و درمان که امکانات زایمان و سزارین در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود ندارد و بیمار از طریق سیستم ارجاع به صلاحدید بهداشت و درمان منطقه به مراکز طرف قرارداد معرفی می‌شود، هزینه‌ها طبق صورتحساب بیمارستان و بر عهده سازمان قابل پرداخت است.

ج: با توجه به برنامه ترویج زایمان طبیعی در کشور کمک هزینه زایمان و سزارین در مورد افرادی که بدون رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی غیرشرکتی مراجعه می‌نمایند به شرح زیر بر عهده شرکتها / مدیريتها قابل پرداخت است:

- کمک هزینه زایمان طبیعی:

- حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی برای زایمان طبیعی در مراکزی که تعرفه‌های دولتی دانشگاهی راعایت می‌نمایند، قابل تأیید است.
- حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی غیر دانشگاهی، تعرفه بخش خیریه و تعرفه بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران براساس نوع مرکز (دولتی غیردانشگاهی، خیریه، خصوصی) قابل تأیید است

- کمک هزینه سزارین:

- حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی دانشگاهی و یا بخش دولتی غیردانشگاهی برای سزارین (براساس نوع مرکز) قابل تأیید است.
- حداکثر معادل ۸۵٪ تعرفه بخش خیریه و یا بخش خصوصی برای سزارین (براساس نوع مرکز) و ۱۵٪ مابقی به عنوان فرانشیز بر عهده بیمار می‌باشد.

د: کمک هزینه زایمان در آب در مورد افرادی که بدون رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی غیرشرکتی مراجعه می‌نمایند معادل کمک هزینه زایمان طبیعی محاسبه شده و پرداخت آن بر عهده شرکتها / مدیريتها می‌باشد.

جوراب واریس

کمک هزینه جوراب واریس با تأیید واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری مناطق به میزان ۲,۵۲۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل پرداخت است.

پروتز سینه اکسترنال

تجویز پروتز سینه اکسترنال صرفاً به دنبال انجام ماستکتومی درمانی مجاز می باشد.
هزینه پروتز سینه اکسترنال و کرسر پروتز با تأیید واحد درمان غیر مستقیم و امور بیمه‌گری مناطق جمعاً تا سقف ۷,۰۲۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل تایید بوده و پرداخت هزینه آن به عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

خدمات پزشکی و درمانی در منزل

الف: کمک هزینه خدمات پزشکی و درمانی در منزل با ارائه درخواست / گواهی پزشک معالج و تأیید شورای پزشکی منطقه در خصوص لزوم ارائه خدمات مذکور در منزل، تعداد جلسات و مدت مورد نیاز، قابل تأیید خواهد بود. هزینه وسایل و لوازم مصرفی به صورت جداگانه بررسی خواهد شد.

ب: انواع خدمات درمانی در منزل و هزینه‌های مرتبط، براساس دستورالعمل‌های مصوب سازمان توسط واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری منطقه تأیید خواهد شد.

ج: انواع ویزیت و خدمات پزشک در منزل و هزینه‌های مرتبط، براساس دستورالعمل‌های مصوب سازمان توسط واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری منطقه تأیید خواهد شد.

د: این کمک هزینه‌ها برای شاغلین و خانواده بلافصل (همسر و فرزندان) به طور کامل و برای خانواده تحت تکفل (پدر، مادر، خواهر، برادر و سایر) به صورت $\frac{1}{3}$ سهم کارمند و $\frac{2}{3}$ سهم کارفرما و برعهده شرکت‌ها / مدیریت‌ها، قابل پرداخت می‌باشد.

ه: لازم به توضیح است که مقررات $\frac{1}{3}$ سهم کارمند و $\frac{2}{3}$ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

و: فتوتراپی در منزل نیز جزء خدمات درمانی در منزل می‌باشد و براساس دستورالعمل‌های مصوب سازمان توسط واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری منطقه تأیید خواهد شد.

ز: موضوع استفاده از پرستار ثابت در منزل مربوط به نگهداری و مراقبت از بیمار است که می‌بایست در تعریف «کمک هزینه معاش» جهت نگهداری از بیمار در منزل گنجانده شود و تعیین ضرورت استفاده

از پرستار ثابت در منزل به عنوان مراقب بیمار در حوزه تعهدات سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
نمی باشد .

توضیحات :

- فرآیند تأیید شورای پزشکی مناطق در مورد لزوم و طول مدت دوره درمانی در منزل ، در صورتی که
درخواست بازپرداخت قبل از دریافت خدمات و یا بعد از دریافت خدمات باشد ، می بایست طی گردد.

فیزیوتراپی در منزل

الف: کمک هزینه فیزیوتراپی در منزل با ارائه درخواست پزشک معالج و تأیید شورای پزشکی منطقه

در خصوص لزوم ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل و تعداد جلسات مورد نیاز، قابل تأیید خواهد بود.

ب: پرداخت کمک هزینه ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل تا ۳۰ جلسه مجاز است و براساس رأی

شورای پزشکی منطقه حداکثر تا دو بار دیگر (جمعاً ۶۰ جلسه طی حداکثر شش ماه) قابل تمدید

می‌باشد. در صورت ادامه وضعیت، بیمار به علت ابتلا به «بیماریهای ناتوان کننده منجر به معلولیت»

جزء مشمولین ارائه خدمات حمایتی - توانبخشی قرار خواهد گرفت.

ج: این کمک هزینه برای شاغلین و خانواده بلافصل (همسر و فرزندان) به طور کامل و برای خانواده

تحت تکفل (پدر، مادر، خواهر، برادر و سایر) به صورت ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما و برعهده

شرکت‌ها / مدیریت‌ها، قابل پرداخت می‌باشد.

د: لازم به توضیح است که مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح

«پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ

کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

ناباروری

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۱	ویزیت تخصصی / فوق تخصصی	طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی
۲	مشاوره تخصصی و تشکیل پرونده	۴۶۰,۰۰۰
۳	مشاوره ژنتیک (زوج)	۴۶۰,۰۰۰
۴	مشاوره ژنتیک باردوم	۴۶۰,۰۰۰
۵	کاریو تایپ هر نفر	۳,۴۱۰,۰۰۰
۶	میکرو اینجکشن	۳۷,۴۰۰,۰۰۰
۷	IVF	۲۷,۵۰۰,۰۰۰
۸	GIFT	۴۰,۷۰۰,۰۰۰
۹	ZIFT	۴۰,۷۰۰,۰۰۰
۱۰	IUI	۴,۹۵۰,۰۰۰
۱۱	لاپاروسکپی تشخیصی	۲۰,۲۴۰,۰۰۰
۱۲	لاپاروسکپی درمانی	۲۷,۵۰۰,۰۰۰
۱۳	هیستروسکپی با جراحی	۲۳,۱۰۰,۰۰۰
۱۴	اوپراتیو لاپاراسکوپي	۴۹,۵۰۰,۰۰۰
۱۵	لاپاراهيستروسکوپي تشخیصی	۳۰,۲۵۰,۰۰۰
۱۶	لاپاراهيستروسکوپي (همراه با عمل جراحی)	۴۹,۵۰۰,۰۰۰
۱۷	بیوپسی آندومتر بدون بیهوشی	۱,۵۴۰,۰۰۰
۱۸	بیوپسی آندومتر همراه با بیهوشی	۲,۲۰۰,۰۰۰
۱۹	تخلیه فولیکول / کیست	۸,۲۵۰,۰۰۰
۲۰	فریز تخمک و نگهداری به مدت شش ماه	۷,۷۰۰,۰۰۰

دستور العمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۳۹۸

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۲۱	درآوردن تخمک از فریز	۳,۴۱۰,۰۰۰
۲۲	تمدید فریز تخمک و نگهداری به مدت شش ماه	۱,۵۴۰,۰۰۰
۲۳	فریز جنین و نگهداری به مدت شش ماه	۶,۰۵۰,۰۰۰
۲۴	درآوردن جنین از فریز	۳,۴۱۰,۰۰۰
۲۵	تمدید فریز جنین و نگهداری به مدت شش ماه	۱,۵۴۰,۰۰۰
۲۶	انتقال جنین بدون بیهوشی (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۸,۸۰۰,۰۰۰
۲۷	انتقال جنین همراه با بیهوشی	۹,۹۰۰,۰۰۰
۲۸	PGD (Till 5 Embryo) (Pre implantation Genetic Diagnosis) صرفاً برای تشخیص ژنتیک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۹	آزمایشهای مقدماتی PGD بتاتالاسمی زوجین	۱۱,۵۰۰,۰۰۰
۳۰	آزمایشهای مقدماتی PGD مولکولی غیر از تالاسمی	۱۴,۰۰۰,۰۰۰
۳۱	هچینگ (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۱,۲۰۰,۰۰۰
۳۲	لیزر هچینگ	۲,۰۰۰,۰۰۰
۳۳	کرایو	۱,۹۲۵,۰۰۰
۳۴	کورتاژ (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۹,۶۰۰,۰۰۰
۳۵	پولیپکتومی و کورتاژ	۱۲,۶۵۰,۰۰۰
۳۶	پولیپکتومی با بیهوشی	۵,۸۳۰,۰۰۰
۳۷	پولیپکتومی بدون بیهوشی	۳,۸۵۰,۰۰۰
۳۸	شیرودکا	۱۳,۷۵۰,۰۰۰
۳۹	کشیدن نخ شیرودکا با بیهوشی	۲,۲۰۰,۰۰۰
۴۰	کشیدن نخ شیرودکا بدون بیهوشی	۱,۵۴۰,۰۰۰
۴۱	نمونه گیری آمنیوسنتز - حاملگی یک قلو	۲,۸۰۰,۰۰۰
۴۲	نمونه گیری آمنیوسنتز - حاملگی دو قلو	۴,۰۰۰,۰۰۰

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۳۹۸

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۴۳	نمونه گیری آمنیوسنتز - حاملگی سه قلو	۵,۲۰۰,۰۰۰
۴۴	پذیرش و استخراج تست ترومبوفیلی	۱,۸۵۰,۰۰۰
۴۵	شمارش اضافی بابت تشخیص موزائیسیم	۴۵۰,۰۰۰
۴۶	تست QFPCR	۴,۵۰۰,۰۰۰
۴۷	تست غیر تهاجمی غربالگری انوپلوئیدی NIFTY (Cell Free DNA)	۲۲,۰۰۰,۰۰۰
۴۸	آزمایش اسپرم	۳۸۵,۰۰۰
۴۹	آزمایش اسپرم با شستشوی SMT	۴۹۵,۰۰۰
۵۰	فریز اسپرم و نگهداری به مدت یکسال (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۲,۴۲۰,۰۰۰
۵۱	درآوردن اسپرم از فریز	۳,۴۱۰,۰۰۰
۵۲	تمدید فریز اسپرم و نگهداری به مدت یکسال	۱,۵۴۰,۰۰۰
۵۳	MAR TEST	۲,۲۰۰,۰۰۰
۵۴	تست پاپاورین	۲,۲۰۰,۰۰۰
۵۵	رجی اسکن	۶,۶۰۰,۰۰۰
۵۶	Erection Device	۲,۲۰۰,۰۰۰
۵۷	الکترو اجاکولیشن	۶,۰۵۰,۰۰۰
۵۸	واریکوسل یک طرفه (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۱۶,۵۰۰,۰۰۰
۵۹	واریکوسل دو طرفه (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۲۲,۰۰۰,۰۰۰
۶۰	هیدروسل یک طرفه (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۱۵,۹۵۰,۰۰۰
۶۱	هیدروسل دو طرفه (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۲۲,۰۰۰,۰۰۰
۶۲	ارکیوپکسی یک طرفه	۱۸,۱۵۰,۰۰۰
۶۳	ارکیوپکسی دو طرفه	۲۶,۴۰۰,۰۰۰
۶۴	ارکیوپکسی یک طرفه + TESE	۲۳,۱۰۰,۰۰۰
۶۵	ارکیوپکسی دو طرفه + TESE	۲۸,۶۰۰,۰۰۰
۶۶	بیوپسی بیضه یک طرفه PESA	۴,۱۲۵,۰۰۰

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۳۹۸

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۶۷	بیوپسی بیضه دو طرفه PESA	۸,۲۵۰,۰۰۰
۶۸	یک طرفه MESA یا TESE	۸,۲۵۰,۰۰۰
۶۹	TESE تشخیصی / درمانی (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۶,۶۰۰,۰۰۰
۷۰	TESA تشخیصی / درمانی (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۶,۶۰۰,۰۰۰
۷۱	PESA تشخیصی / درمانی (باتوجه به کد کتاب ارزشها)	۶,۶۰۰,۰۰۰
۷۲	وازووازیستومی یک طرفه	۲۵,۳۰۰,۰۰۰
۷۳	وازووازیستومی دو طرفه	۳۵,۲۰۰,۰۰۰
۷۴	وازو اپیدمیوستومی یک طرفه	۲۵,۳۰۰,۰۰۰
۷۵	وازو اپیدمیوستومی دو طرفه	۳۵,۲۰۰,۰۰۰
۷۶	خدمات تصویربرداری مرتبط	طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی
۷۷	سایر آزمایشات مرتبط	طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی

توضیحات :

- ۱- جهت تأیید هزینه درمان ناباروری سن زوجه می‌بایست کمتر از ۴۸ سال باشد.
- ۲- در صورت وجود فرزند/ فرزندان مشترک بین زوجین و بروز مسئله ناباروری ثانویه و تأیید شورای پزشکی مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت در خصوص ضرورت انجام درمان، کمک هزینه درمان ناباروری ثانویه نیز مشابه موارد ناباروری اولیه قابل تأیید و پرداخت می‌باشد.
- ۳- بیماران معرفی شده جهت استفاده از تسهیلات درمان ناباروری اولیه / ثانویه پس از اخذ مجوز شورای پزشکی منطقه محل سکونت می‌توانند به هر یک از مراکز معتبر درمان ناباروری در داخل کشور مراجعه نموده و صورت حساب هزینه‌های انجام شده را جهت بازپرداخت مطابق تعرفه‌های مصوب سازمان به واحد درمان غیرمستقیم و بیمه‌گری منطقه بهداشت و درمان محل سکونت ارائه نمایند.
- ۴- بیماران می‌بایستی حداکثر ظرف ۶ ماه پس از صدور رأی شورای پزشکی منطقه، اقدامات درمانی را شروع نموده و عدم شروع درمان به منزله انصراف از معالجه تلقی خواهد شد.
- ۵- حداکثر تعداد موارد انجام IUI در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه، ۳ بار مورد تأیید است.
- ۶- حداکثر تعداد موارد درمان لقاح آزمایشگاهی (ICSI میکرو اینجکشن، IVF، GIFT، ZIFT و میکروزیفت) در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه، ۳ بار می‌باشد که انجام هر یک از این اقدامات به عنوان یک نوبت درمان محسوب می‌شود.
- ۷- در صورت انجام سه نوبت درمان لقاح آزمایشگاهی در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه و عدم باروری و اقدام جهت استفاده از روشهای جدید درمان ناباروری (مانند رحم جایگزین، اهداء تخمک، اهداء اسپرم، اهداء جنین و ...)، کمک هزینه مربوطه به میزان کمک هزینه مصوب انجام یک نوبت میکرواینجکشن یا IVF و با رعایت ضوابط و مقررات دستورالعمل کمک هزینه درمان ناباروری قابل پرداخت می‌باشد.

۸- در صورتیکه بیمار به دلایل پزشکی - که مورد تایید شورای پزشکی منطقه قرار گرفته باشد - در درمان ناباروری اولیه / ثانویه ، از ابتدا یکی از روشهای جدید درمان ناباروری را انجام داده باشد ، کمک هزینه مربوطه به میزان حد اکثر ۳ نوبت کمک هزینه مصوب انجام میکرواینجکشن یا IVF و با رعایت ضوابط و مقررات دستورالعمل کمک هزینه درمان ناباروری قابل پرداخت می‌باشد.

۹- انجام عمل Embryo Transfer در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه تا ۳ نوبت مورد تأیید است

۱۰- انجام عمل فریز جنین در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه تا ۳ نوبت مورد تأیید است .

۱۱- داروهای تجویز شده در درمان ناباروری اولیه / ثانویه طبق مندرجات نسخه پزشک متخصص معالج بیمار به طور کامل و با لحاظ نمودن کنترل های لازم قابل تایید می باشد .

۱۲- هزینه ویزیت تخصصی و فوق تخصصی و کلیه آزمایشات پاراکلینیکی ، سونوگرافی و سایر اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی در صورت تأیید درمان ناباروری توسط شورای پزشکی منطقه تا سقف تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی قابل پرداخت است .

۱۳ - در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه ، هزینه دارو درمانی پس از اتمام ۳ دوره درمان

ناموفق لقاح آزمایشگاهی مورد تأیید نمی باشد.

۱۴- در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه ، هزینه اقدامات آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از

اتمام ۳ دوره درمان ناموفق لقاح آزمایشگاهی مورد تأیید نمی باشد.

۱۵- در مواردی که دریافت خدمات مربوط به تشخیص و درمان ناباروری اولیه / ثانویه از

مراکز وابسته به سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت و یا مراکز دولتی - دانشگاهی طرف قرارداد

سازمان امکانپذیر باشد، هزینه‌های مربوطه برای افراد واجد شرایط، به حساب شرکتها/ مدیريتها منظور خواهد شد.

۱۶- هزینه درمان ناباروری اولیه/ ثانویه برای همسر دوم و یا سایر همسران قابل تأیید می‌باشد.

۱۷- کمک هزینه درمان ناباروری اولیه/ ثانویه پس از تأیید مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت از طرف شرکتها / مدیريتها قابل پرداخت می‌باشد و لازم است کمک هزینه‌های تأیید شده در نرم افزار مربوطه ثبت گردد.

ختنه

الف: در مناطق بهداشت و درمان که امکانات ختنه اولاد در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود دارد، جمعیت تحت پوشش موظف به استفاده از خدمات موجود میباشند.

ب: در مناطق بهداشت و درمان که امکانات ختنه اولاد در بیمارستانها و مراکز وابسته به سازمان وجود ندارد و بیمار از طریق سیستم ارجاع به صلاحدید بهداشت و درمان منطقه به مراکز طرف قرارداد معرفی می‌شود، هزینه‌ها طبق صورتحساب بیمارستان و بر عهده سازمان قابل پرداخت است

ج: کمک هزینه انجام ختنه اولاد در مورد افرادی که بدون رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی غیرشرکتی مراجعه می‌نمایند به شرح زیر بر عهده شرکتها / مدیریتها قابل پرداخت است:

- طبق قوانین جدید تنظیم خانواده در پرداخت کمک هزینه ختنه اولاد محدودیت تعداد فرزند وجود ندارد.

- «کمک هزینه انجام ختنه اولاد به هر روش در تمامی سطوح سنی به طور گلوبال تا سقف ۵,۲۲۰,۰۰۰ ریال قابل تایید است.»

نگهداری خون بند ناف نوزاد

با عنایت به نظر تخصصی شورای عالی پزشکی اعلام شده طی مکاتبه شماره ۸۴۳۷۴ مورخ ۹۷/۱۰/۲۳ هزینه مربوط به عضویت در بانک خون بندناف و هزینه سالانه نگهداری خون بند ناف قابل تأیید نمی‌باشد.

هزینه اقامت همراه بیمار

الف: هزینه اقامت همراه بیماران اعزامی بستری در مراکز خارج شرکت جزء هزینه‌های مرتبط با مأموریت برای اعزام محسوب شده که بر عهده شرکت‌ها / مدیریت‌ها می‌باشد.

ب: هزینه اقامت همراه بیماران غیر اعزامی بستری در بیمارستانهای طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد با رعایت سیستم ارجاع و در صورت تأیید ضرورت وجود همراه توسط شورای پزشکی منطقه، بر مبنای تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی قابل محاسبه بوده و بر عهده شرکت‌ها/مدیریت‌ها می‌باشد.

ج: هزینه اقامت همراه بیمار بستری در طرح توسعه خدمات بهداشتی درمانی در دسترس کارمندان قابل پرداخت نمی‌باشد.

د: هزینه اقامت همراه بیمار بستری (جمعیت شاغلین و خانواده آنان) در بیمارستان‌های سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت، به میزان ۵۰٪ هزینه هتلینگ اتاق دو تختی در بخش دولتی محاسبه شده و پرداخت آن بر عهده شرکت‌ها / مدیریت‌ها می‌باشد.

آلرژی

- هزینه‌های درمان آلرژی در افراد تا پایان ۱۴ سالگی در صورت تایید شورای پزشکی منطقه مبنی بر ضرورت درمان و انجام در مراکز دولتی - دانشگاهی و یا مراکز دیگر، حداکثر طبق تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و بدون اخذ فرانشیز قابل تایید بوده و پرداخت آن بر عهده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد.
- تأیید ضرورت درمان آلرژی در افراد بالای ۱۴ سال بر عهده شورای عالی پزشکی می باشد.
- واکسن آلرژی در صورت تجویز توسط فوق تخصص ایمنولوژی و آلرژی به شرط تهیه از داروخانه‌های دولتی مورد قبول بوده و هزینه آن بر عهده شرکتها/مدیریتها می باشد.

انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری

- هزینه واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری از قبیل هیپاتیت، آنفلوآنزا و مننژیت برعهده شرکتها/ مدیریتها می باشد .
- هزینه سایر واکسیناسیون‌های خارج از برنامه کشوری در صورت تأیید علمی سازمان مبنی بر ضرورت انجام آن ، برعهده شرکتها/مدیریت‌ها می باشد .

گلوکومتر

الف : دستگاه گلوکومتر

۲,۱۴۵,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

ب : منضعات گلوکومتر در بیمار تحت درمان داروی خوراکی ۵۸۵,۰۰۰ ریال در ماه

ج : منضعات گلوکومتر در بیمار تحت درمان انسولین ۱,۳۶۵,۰۰۰ ریال در ماه

تجهیزات پزشکی

- ۱- CPAP با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۴۴,۸۵۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۲- BIPAP با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۸۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۳- کمک هزینه ماسک CPAP ۲,۷۳۰,۰۰۰ ریال یکبار در طول ۵ سال
- ۴- پمپ دسفرال با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۲۷,۳۰۰,۰۰۰ ریال
- ۵- پالس اکسی متر با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۶,۶۳۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۶- اکسیژن ساز با تأیید شورای عالی پزشکی به میزان ۴۴,۸۵۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۷- تشک موج با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۸,۹۷۰,۰۰۰ ریال هر ۲ سال یکبار
- ۸- ساکشن با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۱۵,۶۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۹- دستگاه بخور سرد با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۱,۷۵۵,۰۰۰ ریال فقط یک بار
- ۱۰- کپسول اکسیژن و مانومتر با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۴,۸۷۵,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۱۱- هزینه شارژ کپسول ۱,۱۳۱,۰۰۰ ریال در ماه
- ۱۲- ویلچر با تأیید شورای پزشکی منطقه به میزان ۱۲,۴۸۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

کفش طبی

- کمک هزینه کفش طبی و صندل طبی و کفی طبی مجموعاً با تأیید واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری مناطق تا سقف ۲,۵۲۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل پرداخت است.
- کمک هزینه کفش طبی برای اطفال زیر ۱۴ سال تا سقف ۳,۳۰۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل پرداخت است.

ارتوزهای سرپایی

- کمک هزینه انواع ارتوزهای سرپایی مانند میچ بند، زانوبند، کتف بند، آرنج بند، فتق بند، گردن بند (کولار)، آویز دست، استرنوم ساپورت، عصا، واکر، کرستهای کمربند جمعاً تا سقف ۲,۵۲۰,۰۰۰ ریال در سال قابل پرداخت است.

ارتوز / پروتزو و اعضای مصنوعی ایثارگران

۱- هزینه پروتزو / ارتوز ها و هزینه اعضای مصنوعی (چشم، اندام فوقانی، اندام تحتانی) که به منظور بهبود وضعیت معلولیت ناشی از جانبازی مشمولین استفاده از طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های درمانی ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان»، از مراکز هلال احمر / مراکز فنی ارتوپدی وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران / مراکز ارتوپدی فنی وابسته به سازمان بهزیستی تهیه شده باشد، در صورت تأیید شورای عالی پزشکی تا ۱۰۰٪ بر عهده شرکت ها / مدیریتها قابل محاسبه و تأیید است.

در صورت تهیه پروتزو / ارتوز ها و اعضای مصنوعی از سایر مراکز فنی، هزینه آن معادل قیمت مراکز هلال احمر / مراکز فنی ارتوپدی وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران / مراکز ارتوپدی فنی وابسته به سازمان بهزیستی قابل تأیید است.

۲- مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه تأیید شده بر عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

سایر ارتوزها و پروتوزها

۱- آن تعداد از اقلام ارتوز/ پروتوز که نرخ آن توسط سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران اعلام می‌گردد، پس از ارسال فهرست این اقلام با رعایت ضوابط اعلام شده توسط سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت قابل محاسبه و تأیید است.

۲- نظر به اینکه حسب ضوابط و مقررات اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قیمت مصوب تجهیزات و ملزومات پزشکی از طریق سامانه اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی به آدرس www.imed.ir اعلام گردیده است و جهت کلیه مراکز درمانی اعم از مراکز درمانی تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و خصوصی لازم الاجرا می‌باشد، ۱۰۰٪ هزینه پروتوز/ ارتوز های مورد استفاده در حین عمل جراحی نیز بر اساس همین قیمت‌ها قابل تایید است.

۳- هزینه آن تعداد از اقلام ارتوز/ پروتوز سرپایی که نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی‌باشد، بر مبنای ۷۰٪ نرخ متعارف منطقه ای که پروتوز / ارتوز خریداری شده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل محاسبه و تأیید است.

۴- هزینه بريس‌هایی که توسط مراکز فنی ارتوپدی تهیه میشود، در صورتی که نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نباشد، بر مبنای ۷۰٪ نرخ متعارف منطقه ای که پروتوز / ارتوز خریداری شده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل محاسبه و تأیید است.

۵- هزینه اعضای مصنوعی (اندام فوقانی، اندام تحتانی) که نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی‌باشد، بر اساس رای شورای عالی پزشکی و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل محاسبه و تأیید است.

۶- تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه پس از حصول اطمینان از پرداخت هزینه و صحت و اصالت مدارک و استفاده آن توسط بیمار انجام می‌شود و رعایت سقف ریالی اختیارات شورای هزینه‌های درمانی منطقه در مورد اینگونه کمک هزینه‌ها ضرورتی ندارد.

۷- کمک هزینه پروتزو و اروتز خانواده تحت تکفل کارمندان (پدر، مادر، برادر و خواهر) بر مبنای ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم شرکت متبوع قابل محاسبه می‌باشد. این قانون شامل کلیه پروتزو / اروتزهای مورد استفاده در حین عمل جراحی و کلیه پروتزو / اروتزهای سرپایی (عینک، سمعک، کمک هزینه های دندانپزشکی و غیره) می‌گردد. (به استثناء افراد مشمول طرح پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان اینثارگران و خانواده تحت تکفل آنان)