



دستورالعمل کمک هزینه های درمانی. کمک هزینه های اروتز / پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

صفحه	عنوان
۱	کلیات
۲	کمک هزینه سمعک
۳	کمک هزینه تعمیرات و باتری حلزون شنوایی
۳	کمک هزینه عینک
۴	کمک هزینه لنز تماسی
۵	کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL
۶	کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی
۶	کمک هزینه لیزیک
۸	کمک هزینه های دندانپزشکی
۱۰	کمک هزینه ارتودنسی
۱۲	کمک هزینه ایمپلنت
۱۳	کمک هزینه ایمپلنت ایثارگران
۱۴	کمک هزینه جوراب واریس
۱۴	کمک هزینه جوراب آنتی آمبولی و آستین طبی
۱۴	کمک هزینه پروتز سینه اکسترنال
۱۵	کمک هزینه عصا و واکر
۱۵	کمک هزینه کفش طبی
۱۵	کمک هزینه اروتزهای سرپایی
۱۶	کمک هزینه زایمان طبیعی و سزارین
۱۷	کمک هزینه خدمات پزشکی و درمانی در منزل
۱۷	کمک هزینه توانبخشی
۱۸	کمک هزینه خدمات فیزیوتراپی در منزل
۱۸	کمک هزینه درمان ناباروری
۲۰	کمک هزینه ختنه
۲۱	هزینه اقامت همراه بیمار
۲۱	کمک هزینه گلوکومتر
۲۱	کمک هزینه پمپ انسولین و منضعات
۲۲	سنسور دستگاه مانیتور مداوم قند خون
۲۲	کمک هزینه آلرژی
۲۲	انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری
۲۳	کمک هزینه تجهیزات پزشکی
۲۴	کمک هزینه لوازم مصرفی بیماران
۲۴	کمک هزینه اروتز ها و پروتز و اعضای مصنوعی ایثارگران
۲۵	کمک هزینه سایر اروتز ها و پروتزها



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

«بسمه تعالی»

کلیات

- _ بازنگری دستورالعمل و افزایش عناوین و مبلغ کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی، با در نظر گرفتن میانگین افزایش نرخ تورم و شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان صورت پذیرفته است. عوامل تعیین کننده در کار شناسی‌های 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.
- _ به منظور هماهنگی در تایید و پرداخت کمک هزینه‌های فوق‌الذکر در مورد شاغلین و بازنشستگان، نظرات مدیریت سلامت سازمان بهداشت و درمان، معاونت صندوق‌های بازنشستگی، پس‌انداز و رفاه کارکنان صنعت نفت در مفاد این دستورالعمل مورد توجه قرار گرفته است.
- _ مضافاً اینکه «مجموعه مقررات و دستورالعمل‌های درمانی سازمان» و نیازهای جدید، در اصلاح و افزایش عناوین کمک هزینه‌ها مبنا قرار گرفته است.
- _ تاریخ اجرای دستورالعمل از فروردین ماه سال ۱۴۰۵ می‌باشد. هزینه‌های رسیدگی نشده که در واحدهای درمان غیر مستقیم دارای تاریخ سال جاری در فاکتور تحویلی می‌باشد از تاریخ اجرای دستورالعمل با تعرفه‌های جدید قابل محاسبه خواهد بود.
- _ پرداخت کلیه کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل برعهده شرکت‌ها/مدیریت‌های تابعه وزارت نفت می‌باشد.
- _ مهلت ارائه اسناد هزینه‌ها، حداکثر ۶ ماه بعد از تاریخ دریافت اروتز/پروتز و یا خدمت مربوطه می‌باشد.
- _ جهت 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، کمک هزینه‌های اروتز/پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل «که برایشان مبلغ ریالی تعیین شده است» برای مشمولین «طرح درمان ایثارگران» تا سقف دو (۲) 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 ستاد سازمان استعلام گردد.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

سمک

الف) کمک هزینه سمک یک گوش

- با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر)

۳۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ب) کمک هزینه سمک دو گوش

- اطفال زیر ۱۸ سال با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر)

۷۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بابت دو گوش - هر ۳ سال یکبار

- افراد بین ۱۸ تا ۶۰ سال با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر)

در صورتیکه سمک گوش اول دریافت شده باشد، برای دریافت سمک گوش دوم تا ۸۰٪

تعرفه کمک هزینه سمک یک گوش ۳۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

- افراد بالای ۶۰ سال با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر)

و تأیید شورای پزشکی منطقه ۷۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بابت دو گوش - هر ۳ سال یکبار

ج) کمک هزینه تعمیر / باتری سمک

- حداکثر برای تعمیر هر سمک ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالانه

- حداکثر برای باتری سمک ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر شش ماه

توضیحات:

در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن سمک گردد، با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور اداری

شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه سمک تا قبل

از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.



دستور العمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

تعمیرات و باتری حلزون شنوایی

هزینه تعویض قطعات و تعمیرات تجهیزات مربوط به حلزون شنوایی و هزینه تهیه باتری قابل شارژ و یکبار مصرف آن با ارائه مستندات (تصویر رأی شورایعالی پزشکی مبنی بر کاشت حلزون) و فاکتور معتبر، بر عهده شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت می باشد.

- هزینه تعمیر و تعویض باطری تا سقف ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر شش ماه

عینک

الف) کمک هزینه عینک بزرگسالان بالای ۱۴ سال

- فریم ۶۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

- یک جفت شیشه (عدسی) ۳۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ب) کمک هزینه عینک اطفال تا پایان ۱۴ سالگی

- فریم ۶۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال یکبار

- یک جفت شیشه (عدسی) ۳۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ج) کمک هزینه عینک دو دید یا شیشه Progressive (تدریجی) به عنوان جایگزین موارد غیر دو دید

- فریم ۶۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

- یک جفت شیشه (عدسی) ۷۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتیز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

توضیحات:

- (۱) کمک هزینه عینک دور و عینک نزدیک بطور همزمان و یا در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان بالاتر از ۴۰ سال و عینک نزدیک بین برای اطفال زیر ۱۴ سال در صورت سابقه عمل جراحی آب مروارید و یا استراییسم و یا تنبلی چشم با تأیید شورایعالی پزشکی به طور 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 کاتاراکت و کراتوکونوس با تجویز پزشک متخصص چشم و تأیید شورای پزشکی منطقه بلامانع است.
- (۳) در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن عینک گردد، با ارائه گزارش حادثه که به تأیید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، پرداخت کمک هزینه عینک تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.
- (۴) ارائه رسید دستگاه خودپرداز (پوز) و یا هر نوع سند مربوط به تصویر پرداخت ضروری است.

لنز تماسی

الف) کمک هزینه یک جفت لنز تماسی نرم بزرگسالان

۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر سال یکبار

ب) کمک هزینه لنز تماسی اطفال (اطفال زیر دو سال که درمان کاتاراکت انجام داده‌اند)، پس از تأیید شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت می‌باشد.

ج) کمک هزینه یک جفت لنز تماسی سخت

۱۰۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

در موارد تغییرات سریع ناشی از کراتوکونوس در اطفال (تا ۱۴ سال) با تأیید شورای پزشکی منطقه زودتر از ۳ سال نیز قابل پرداخت می باشد.

توضیحات:

۱- پرداخت کمک هزینه عینک و لنز به طور همزمان و یا در فاصله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱ 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 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.

۲- هزینه انجام توپوگرافی و پکی متری به عهده بهداشت و درمان قابل پرداخت می باشد.

لنز داخل چشمی IOL

الف) کمک هزینه لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری با رأی شورای پزشکی منطقه (مانند آرتیزان، آرتیفلکس، وریسایس، وریفلکس و لنزهای فیکس اتاق خلفی)، هر چشم به مبلغ ۲۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) پرداخت هزینه لنزهای تطابقی بای فوکل (دو کانونی) پس از ارسال به شورای پزشکی منطقه تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ج) تعرفه لنز داخل چشمی جهت جراحی کاتاراکت و فیکو مانند سایر پروتزه‌های جراحی حداکث تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به عهده (شرکت ها/ مدیریت ها) می باشد.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

پروتز چشم مصنوعی

- کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی ۲۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

لیزیک

کمک هزینه کلیه روشهای جراحی لیزری برای رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک، لازک، Zyoptix و...) برای هر چشم ۲۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

توضیحات:

- ۱) تایید لزوم انجام عمل لیزیک پس از انجام پرو سیجر با ارائه مستندات مربوط به قبل و بعد از عمل (پرینت دستگاه مربوط به عمل جراحی) بر عهده شورای پزشکی مناطق می باشد.
- ۲) جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری صرفا پس از انجام پرو سیجر به تشخیص شورای پزشکی مناطق، درجه نزدیک بینی و دور بینی، آستیگماتیسم با مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم مساوی با ۳ دیوپتر یا بالاتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۳) ضرورت انجام عمل لیزیک در موارد اختلاف مجموع قدر مطلق شماره دو چشم از یکدیگر مساوی با ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد توسط شورای عالی پزشکی تعیین می گردد.
- ۴) در صورتیکه عیب انکساری با آستیگماتیسم همراه باشد حاصل جمع قدر مطلق میزان آستیگمات به علاوه مقدار اسفر (عیب انکساری) مورد نظر می باشد.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

۵) کمک هزینه لیزیک فقط برای یک بار قابل پرداخت بوده و در موارد درمان بیش از یک بار شرکت هیچگونه مسئولیتی را متقبل نمی‌شود.

۶) بیمار میتواند به هریک از مراکز معتبر در کشور مراجعه نماید.

۷) تایید هزینه عینک پیرچشمی صرفاً درخصوص بیمارانی که قبلاً هزینه لیزیک را دریافت نموده اند و بالاتر از ۴۰ سال می‌باشند، مطابق ضوابط و مقررات مورد تایید است.

۸) در صورتی که بیمار قبلاً کمک هزینه عینک و لنز را دریافت کرده باشد، تایید هزینه عمل لیزیک بلامانع خواهد بود.

۹) تایید هزینه عینک برای بیمارانی که هزینه لیزیک یک چشم آنان تایید شده است بلامانع خواهد بود.

۱۰) پرداخت هزینه عینک کامل دور برای بیمارانی که عمل لیزیک انجام داده اند در موارد خاص با تأیید شورایعالی پزشکی قابل پرداخت است .



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

دندانپزشکی

- (۱) پروتز کامل دو فک ۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- (۲) پروتز کامل یک فک ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)
- (۳) پروتز پارسیل کروم کبالت یک فک ۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)
- (۴) پروتز پارسیل اکریلی یک فک ۲۰۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال بالای ۵ دندان - هر ۵ سال یکبار (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)
- (۵) پروتز پارسیل اکریلی یک فک کمتر از ۵ دندان ۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)
- (۶) روکش یک دندان از هر نوع ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر تا ۲۴ واحد با رویت رادیوگرافی PA (قبل و بعد درمان) توسط دندانپزشک معتمد
- (۷) هزینه چسباندن روکش دندان (سمان کردن روکش) قدیمی به ازاء هر واحد ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- (۸) روکش استیل اطفال (SSC) ۴۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- (۹) انواع پست و کورریختگی و فایبرپست ۴۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر تا ۲۴ واحد
- (۱۰) FRC هر واحد (مستقیم و غیر مستقیم) معادل یک واحد روکش با رعایت سقف کلی ۲۴ واحد
- (۱۱) فضانگه دارنده متحرک در هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۸۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال
- (۱۲) فضانگه دارنده ثابت در هر ۱/۲ فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۸۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال
- (۱۳) آلئولوپلاستی در ۱/۲ هر فک (افزایش ریح استخوانی برای پروتز کامل فک) ۱۰۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- (۱۴) وستیبولوپلاستی در ۱/۲ هر فک (افزایش عمق وستیبول برای پروتز کامل فک) ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- (۱۵) نایت گارد (محافظ دندانی) هر فک ۶۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر دو سال یکبار
- (۱۶) ریلاین (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۵۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)
- (۱۷) ریپیس (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۶۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

توضیحات:

- ۱- کسانی که از پروتز پار سیل 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 اداری 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 ۲۴ واحد کلی) قابل محاسبه است. (برای لامینیت عکس یا فتوگرافی قبل و بعد از درمان لازم است)
 - ۴- ارائه و بررسی رادیوگرافی یا فتوگرافی اسناد پروتز (ایمپلنت، روکش و لامینیت) توسط دندانپزشک معتمد ضروری است.
 - ۵- کلیه کمک هزینه‌های دندانپزشکی در صورت انجام توسط متخصص دندانپزشک مجاز با ۲۵٪ افزایش مبلغ درج شده در این دستورالعمل قابل تأیید می‌باشد.
- تخصص‌های مورد نظر جهت افزایش ۲۵٪ به مبالغ کمک هزینه‌ها به شرح ذیل می‌باشد:**
- الف) خدمات ارتودنسی: متخصص ارتودنسی
- ب) خدمات ایمپلنت: متخصص جراحی فک و صورت، متخصص جراحی پرئودنتال
- ج) خدمات پروتزهای ثابت و متحرک و پروتزهای ایمپلنت: متخصص پروتز
- د) خدمات ارتودنسی متحرک کودکان زیر ۱۲ سال و SCC: متخصص دندانپزشکی اطفال و متخصص ارتودنسی
- هـ) خدمات پروتزهای ونیر کامپوزیتی: متخصص ترمیمی
- و) ونیر سرامیکی، لامینیت، اینله و ائله و اندوکراون و روکش‌های فیکس: متخصص ترمیمی و پروتز



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

ارتودنسی

الف) درمان ارتودنسی جامع سیستم دندانی به ازاء هر فک ۵۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال با تأیید دندانپزشک معتمد

ب) درمان ارتودنسی متحرک (شامل وسایل مصرفی) به ازاء هر فک ۲۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال با تأیید دندانپزشک معتمد

ج) هزینه جراحی ارتو سرجری فقط در صورت تأیید شورای پزشکی منطقه به عهده شرکت ها / مدیریت ها قابل تأیید می باشد.

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 مسئول دندانپزشکی منطقه و یا دندانپزشک معتمد منطقه، نیازی به اخذ معرفی نامه به منظور شروع و ادامه درمان نمی باشد. اما بیمار می‌بایست حداکثر ظرف یک سال پس از تأیید، اقدامات درمانی را شروع نماید. در صورت عدم شروع درمان طی یکسال، ضروری است موضوع مجدداً بررسی 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 تأیید توسط مسئول دندانپزشکی منطقه یا دندانپزشک معتمد هر منطقه قابل پرداخت میباشد.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

۴) شرط پرداخت کمک هزینه ارتودنسی در مورد خانواده بلافاصله 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 / مدیریتهای محل بودجه بیماری‌ها ی خاص) و ۲۰٪ هزینه درمان به عهده سازمان تفکیک می‌شود.

۶) کمک هزینه ارتودنسی در مورد هر فرد صرفاً یک بار در طول عمر و بر مبنای آخرین تعرفه م صوب آن زمان طبق تاریخ فاکتور، هزینه قابل پرداخت می‌باشد.

۷) در صورت نیاز به FACE MASK یا دستگاههای فانکشنال حداکثر معادل ۴۰٪ کمک هزینه درمان با ارتودنسی متحرک محاسبه و تایید گردد. (پرداخت هزینه FACE MASK به همراه ارتودنسی متحرک بلا مانع است). (با تأیید دندانپزشک معتمد)

۸) کمک هزینه انجام نگهدارنده یا ریتینر (Orthodontic retainer) ثابت و متحرک معادل ۲۰٪ هزینه ارتودنسی متحرک محاسبه و تایید گردد. (با تأیید دندانپزشک معتمد)



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

ایمپلنت

الف) فیکسچر و سایر هزینه‌ها هر واحد ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۱۲ واحد

ب) روکش برای ایمپلنت و سایر هزینه‌ها هر واحد ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۱۲ واحد (از ۲۴ واحد کلی)

ج) ابانتمنت هر واحد ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر ۱۲ واحد

با توجه به بررسی‌های انجام شده، سایر هزینه‌های مرتبط با ایمپلنت شامل پیوند استخوان و استفاده از مواد بیومتریال به صورت گلوبال در افزایش کمک هزینه ایمپلنت منظور گردید و هزینه‌های مذکور به صورت مجزا قابل محاسبه نخواهد بود. هزینه‌های انجام سینوس لیفت (باز و بسته) در صورت انجام، جهت آمادگی بستر ایمپلنت (به تشخیص دندانپزشک معتمد) تا سقف تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت به عهده شرکت مربوطه و در غیر این صورت به عهده سازمان به طور جداگانه قابل محاسبه و تأیید است.

هزینه پیوند استخوان به جز در موارد انجام ایمپلنت با ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی‌های قبل و بعد از درمان و تأیید دندانپزشک معتمد، در موارد درمان‌های پریودنتال، جراحی فک و صورت، (بدون ایمپلنت) قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن بر اساس تعرفه وزارت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبلغ فوق به عهده سازمان بهداشت و درمان می‌باشد.

توضیحات:

۱) کمک هزینه ایمپلنت صرفاً بعد از سن ۱۶ سالگی (تاریخ تولد + ۱۶ سال) به فرد تعلق می‌گیرد. در موارد خاص با سن کمتر، موضوع در شورای پزشکی منطقه مورد طرح، بررسی و تصمیم‌گیری قرار می‌گیرد.

۲) تأیید نهایی پس از تکمیل درمان و ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی‌های قبل و بعد از درمان، توسط مسئول بخش دندانپزشکی یا دندانپزشک معتمد منطقه صورت گرفته و کمک هزینه ایمپلنت بر عهده شرکت‌ها / مدیریتیها قابل پرداخت خواهد بود.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

(۳) تعداد موارد قابل تأیید ایمپلنت حداکثر ۱۲ فیکسچر می‌باشد و هر واحد پروتز ایمپلنت (روکش دندان) از ۲۴ واحد کلی کسر می‌گردد.

(۴) برای موارد اوردنچر متکی بر ایمپلنت :

- هر واحد اوردنچر معادل یک واحد روکش ایمپلنت (از ۲۴ واحد کلی) ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

- هر واحد فیکسچر اوردنچر (از ۱۲ واحد کلی) ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

- پروتز کامل اوردنچر یک فک ۲۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه (به ازاء هر فک)

- پروتز کامل اوردنچر دو فک ۴۲۰,۰۰۰,۰۰۰ 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 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.

(۷) پیوند جایگزینی استخوان برای حفظ ریح به ازاء هر موضع / طبق تعرفه وزارت بهداشت قابل پرداخت می‌باشد.

ایمپلنت ایثارگران

بر اساس نامه شماره رت م/۵۶۴۷۶/۱۰۱ مورخ ۹۹/۷/۱۲ رئیس محترم تدوین مقررات سازمان و نامه شماره ت ه م/۲۴۵۰۱۰ مورخ ۹۹/۷/۹ مدیر کل محترم تدوین و هماهنگی مقررات اداری و استخدامی وزارت نفت «در صورت تأیید شورای عالی پزشکی سازمان مبنی بر ارتباط مستقیم آسیب های ناشی از جانبازی فرد شاغل با بیماری های دهان و دندان و ناحیه فک و صورت کلیه محدودیت های مربوط به تعداد ایمپلنت ، روکش دندان و سایر کمک هزینه های دندانپزشکی صرفاً در خصوص شخص جانباز حذف می گردد».



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

جوراب واریس

کمک هزینه یک جفت جوراب واریس با ارائه مستندات (تجویز پزشک متخصص و فاکتور معتبر) تا سقف ۴۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر یکبار در سال قابل پرداخت است. (با تجویز پزشک عمومی قابل پرداخت نمی باشد)

جوراب آنتی آمبولی

کمک هزینه یک جفت جوراب آنتی آمبولی با ارائه مستندات بستری و فاکتور معتبر تا سقف ۲۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال، حداکثر دوبار در سال قابل پرداخت است. (در موارد سرپایی تأیید ضرورت استفاده به عهده شورای پزشکی منطقه می باشد)

آستین طبی

کمک هزینه یک عدد آستین طبی فشارنده مورد استفاده در بیماران لنف ادم با ارائه مستندات (تجویز پزشک متخصص و فاکتور معتبر) تا سقف ۴۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر دوبار در سال قابل پرداخت است.

پروتز سینه اکسترنال

- تجویز پروتز سینه اکسترنال صرفاً به دنبال انجام ماستکتومی درمانی مجاز می باشد.
- هزینه کمرست پروتز با ارائه مستندات (تجویز پزشک و تصویر شرح عمل جراحی ماستکتومی و فاکتور معتبر) ۲۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل تایید بوده و پرداخت هزینه آن به عهده شرکتها / مدیریتهای می باشد.
- هزینه پروتز سینه اکسترنال هر عدد ۲۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سه سال یکبار قابل تایید است.



دستور العمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

عصا و واکر

- کمک هزینه عصا ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال با ارائه مستندات (نسخه پزشک و فاکتور معتبر) یکبار در سال
- کمک هزینه واکر ۲۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال با ارائه مستندات (نسخه پزشک و فاکتور معتبر) هر دو 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 ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال، در سال قابل پرداخت است.
- لازم به ذکر است جهت تأیید هزینه کفش طبی، مشخصات کفش طبی می‌بایست توسط متخصص ارتوپد و یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی و یا متخصص نورولوژی قید گردد و از مراکز ارتوپدی فنی / تجهیزات پزشکی / داروخانه دریافت گردد.
- هزینه کفش طبی، صندل طبی و کفی‌های طبی مشروط بر عدم پیش ساخته بودن (صرفاً جهت درمان شخص بیمار ساخته شده باشد) با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر یکبار در سال قابل پرداخت است.
- کمک هزینه کفش طبی برای اطفال زیر ۱۴ سال دوبار در سال هر بار تا سقف ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت است.
- هزینه اسکن کف پا در مواردی که منجر به خرید کفش، صندل و کفی طبی باشد صرفاً در مراکز ارتوپدی فنی با ارائه درخواست پزشک و کپی جواب اسکن و فاکتور طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت به عهده شرکتها / مدیریت‌ها قابل پرداخت می‌باشد.

ارتوزهای سرپایی

- کمک هزینه انواع ارتوزهای سرپایی مانند مچ بند، زانوبند، کتف بند، آرنج بند، فتق بند، شکم بند، گردن بند (کولار)، آویز دست، استرنوم ساپورت و کمر ستهای کمری جمعاً تا سقف ۸۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال قابل پرداخت است. (تجویز ارتوز توسط پزشک عمومی قابل پرداخت نمی‌باشد)



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

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 مقررات مربوطه 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 غیر شرکتی مراجعه می‌نمایند به شرح زیر بر عهده شرکتها / مدیريتها قابل پرداخت است:

– کمک هزینه زایمان طبیعی:

• حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی براساس نوع مجوز مرکز قابل تأیید است.

– کمک هزینه سزارین:

• حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی، بخش عمومی غیردولتی، بخش خیریه و بخش خصوصی برای سزارین (براساس نوع مرکز) قابل تأیید است.

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.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتیز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

خدمات پزشکی و درمانی در منزل

الف) کمک هزینه خدمات پزشکی و درمانی در منزل با ارائه درخواست / گواهی پزشک معالج صرفاً در مورد خدمات پرستاری در منزل طبق مقررات و تعرفه مصوب هیئت وزیران کد ۱ تا ۴۵ حداکثر برای مدت سه ماه بدون نیاز به تأیید شورای پزشکی مورد تأیید است. در سایر موارد و مدت بیش از یک ماه با ارائه درخواست / گواهی پزشک معالج و تأیید شورای پزشکی منطقه درخصوص 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) 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.

ج) 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 برعهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

د) موضوع استفاده از فرد مراقب 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 نمیباشد.

توانبخشی

- کمک هزینه خدمات حمایتی و توانبخشی با تأیید شورای عالی پزشکی ماهانه تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل پرداخت است.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

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) کمک هزینه ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل تا سقف ۳۰ جلسه در سال به عهده شرکت‌ها / مدیریت‌ها با ارائه مستندات قابل پرداخت می‌باشد. در صورت نیاز به ادامه درمان تعداد ۳۰ جلسه دیگر با تأیید شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت خواهد بود. چنانچه بیمار به علت ابتلا به «بیماری‌های ناتوان کننده منجر به معلولیت» نیاز به فیزیوتراپی در منزل داشته باشد، جزء مشمولین ارائه خدمات حمایتی – توانبخشی قرار خواهد گرفت.

ج) این کمک هزینه برای شاغلین و خانواده بلافاصله (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

هزینه‌های درمان ناباروری بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی کشوری قابل تأیید است. با توجه به آخرین استعلام به عمل آمده از پژوهشگاه رویان، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری با توجه به کدهای ملی کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت و تا سقف تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی محاسبه می‌گردد.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

توضیحات:

(۱) جهت استفاده از تسهیلات درمان ناباروری اخذ مجوز شورای پزشکی منطقه ضروری است.

(۲) در صورت وجود فرزند/ فرزندان مشترک بین زوجین و بروز مسئله ناباروری و تأیید شورای پزشکی مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت در خصوص ضرورت انجام درمان، کمک هزینه درمان ناباروری قابل تأیید و پرداخت می‌باشد.

(۳) کمک هزینه روشهای نوین درمان ناباروری (مستندات مربوطه به انضمام تصویر توافق نامه حقوقی) شامل:

- رحم اجاره ای: ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

- اهداء تخمک: ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

- اهداء جنین: ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

لازم به ذکر است در تمام روشهای نوین بارداری فوق، هزینه های درمانی فرد اهداء کننده در طول درمان ناباروری به عهده شرکت مربوطه مورد تأیید می باشد.

(۴) انجام عمل فریز جنین مورد تأیید است.

(۵) داروهای تجویز شده در درمان ناباروری طبق مندرجات نسخه پزشک متخصص معالج بیمار و براساس فارماکوپه دارویی بهداشت و درمان صنعت نفت نیاز به طرح در شورایعالی پزشکی دارند با مجوز ناباروری نیاز به طرح مجدد در شورایعالی پزشکی نخواهد بود و بدون کسر فرانشیز به عهده شرکت / مدیریت مربوطه قابل تأیید می باشد. در صورتی که داروی تجویز شده خارج از فارماکوپه سازمان باشد لازم است جهت تعیین ضرورت به شورایعالی پزشکی ارجاع گردد.

(۶) 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.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

۷) در مواردی که دریافت خدمات مربوط به تشخیص و درمان ناباروری از مراکز وابسته به سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با تعرفه خصوصی و یا مراکز دولتی — دانشگاهی طرف قرارداد سازمان امکانپذیر باشد، هزینه‌های مربوطه برای افراد واجد شرایط، به حساب شرکتها / مدیريتها منظور خواهد شد.

۸) هزینه درمان ناباروری برای همسر دوم و یا سایر همسران قابل تأیید می‌باشد.

۹) کمک هزینه درمان ناباروری پس از تأیید مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت از طرف شرکتها / مدیریتها قابل پرداخت می‌باشد و لازم است کمک هزینه‌های تأیید شده در نرم افزار مربوطه ثبت گردد.

ختنه

«کمک هزینه انجام ختنه اولاد به هر روش در تمامی سطوح سنی به طور گلوبال در مطب تا سقف ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در بیمارستان و مرکز جراحی محدود تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ قابل تأیید است.»

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 بر عهده شرکتها / مدیریتها قابل پرداخت است.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

هزینه اقامت همراه بیمار

هزینه اقامت همراه بیمار بستری با رعایت مقررات موضوعه در بیمارستانهای طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد در مورد کودکان کمتر از ۱۰ سال و بیماران بالاتر از ۷۰ سال مورد تأیید است. در فاصله سنی ۱۰ تا ۷۰ سال و تجویز ضرورت داشتن همراه توسط پزشک معالج در صورت تأیید موضوع در شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت می باشد لازم به ذکر است در کلیه موارد فوق الذکر، هزینه همراه به عهده شرکت / مدیریت ها می باشد.

گلوکومتر

- الف) دستگاه گلوکومتر ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ب) منضّمات گلوکومتر در بیمار تحت درمان داروی خوراکی ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه
- ج) منضّمات گلوکومتر در بیمار تحت درمان انسولین ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه

پمپ انسولین و منضّمات

پیرونامه ۱۴۰۴/۱۸۲۶۳۶ سازمان بیمه سلامت ایران با موضوع محاسبه و پرداخت و پمپ انسولین در بیماران دیابتی نکات پس از تأیید در شورایعالی پزشکی ذیل را به استحضار می رساند:

- ۱- پمپ زیر جلدی انسولین هر ۵ سال یکبار تا سقف ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۲- تجهیزات پمپ انسولین زیر جلدی شامل:
 - ست تزریق انسولین ماهانه ۱۰ عدد تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر عدد
 - مخزن انسولین ماهانه یک عدد تا سقف ۹۰۰,۰۰۰ ریال برای هر عدد
 - پورت تزریق انسولین ماهانه ۱۰ عدد تا سقف ۶۰۰,۰۰۰ ریال برای هر عدد



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

سنسور دستگاه مانیتور مداوم قند خون

سنسور دستگاه مانیتور مداوم قند خون برای بیماران زیر ۱۶ سال ماهانه ۲ عدد تا سقف ۸۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال به ازاء هر سنسور و برای بیماران بالای ۱۶ سال صرفاً با تزریق متعدد و انسولین ماهیانه یک عدد مورد تایید می باشد. پرداخت همزمان گلوکومترو و سنسور دستگاه مانیتور مداوم قند خون در تعهد نمی باشد.

آلرژی

– هزینه های تست و درمان در افراد تا پایان ۱۸ سالگی حداکثر طبق تعرفه های مصوب هیئت وزیران قابل تایید بوده و پرداخت آن بر عهده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد.

– واکسن آلرژی در صورت تجویز توسط فوق تخصص ایمونولوژی و آلرژی برای افراد زیر ۱۸ سال به شرط تهیه از داروخانه های دولتی / داروخانه های منتخب مورد قبول بوده و هزینه آن بر عهده شرکتها/مدیریتها می باشد.

– هزینه درمان و تست آلرژی در افراد بالای ۱۸ سال غیر قابل پرداخت می باشد.

انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری

– هزینه واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری از قبیل هپاتیت، آنفلوآنزا، مننژیت و پنوموکوک بر عهده شرکتها/مدیریتها می باشد.

– هزینه سایر واکسیناسیون های خارج از برنامه کشوری در صورت تایید شورایعالی پزشکی مبنی بر ضرورت انجام آن، بر عهده شرکتها/مدیریتها می باشد.



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

تجهیزات پزشکی

- ۱- CPAP - با تأیید شورایعالی پزشکی تا سقف ۸۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
 - ۲- BIPAP - با تأیید شورایعالی پزشکی تا سقف ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- در طول ۵ سال فقط یکی از موارد CPAP و BIPAP قابل پرداخت می باشد.
- ۳- ونتیلاتور پرتابل - با تأیید شورایعالی پزشکی تا سقف ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
 - ۴- کمک هزینه ماسک CPAP و BIPAP تا سقف ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سال یکبار
 - ۵- پمپ دسفرال - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 - ۶- پالس اکسی متر - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سال یکبار
 - ۷- اکسیژن ساز- با تأیید شورایعالی پزشکی تا سقف ۶۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
 - ۸- تشک موج - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۲ سال یکبار
 - ۹- ساکشن - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
 - ۱۰- دستگاه بخور سرد - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
 - ۱۱- دستگاه نبولایزر - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
 - ۱۲- کپسول اکسیژن و مانومتر - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
 - ۱۳- هزینه شارژ کپسول تا سقف ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه
 - ۱۴- ویلچر - با تأیید شورای پزشکی منطقه تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
 - ۱۵- ویلچر برقی - با تأیید شورایعالی پزشکی تا سقف ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ میلیون ریال
 - ۱۶- تخت بستری بیمار - با تأیید شورایعالی پزشکی تا سقف ۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال فقط یکبار



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

توضیحات:

- هزینه تعمیرات اکسیژن ساز، CPAP و BIPAP، به ازاء هر دستگاه تا سقف ۲۰٪ مبلغ مصوب کمک هزینه فوق بدون احتساب سال خرید مربوط به آن دستگاه، هر ۵ سال یکبار قابل تأیید است.
- اجاره تجهیزات پزشکی کمکی به ازاء هر ماه تا سقف ۱۰٪ مبلغ مصوب کمک هزینه فوق، بدون نیاز به طرح در شورای پزشکی صرفاً با ارائه نسخه پزشک و فاکتور پرداخت معتبر حداکثر برای مصرف تا ۶ ماه مورد تأیید است، بیشتر از شش ماه نیاز به طرح در شورای پزشکی منطقه یا شورای عالی پزشکی حسب مورد دارد.

لوازم مصرفی بیماران

هزینه لوازم مصرفی به عهده (شرکت / مدیریت) بیماران مزمن پس از تأیید شورای پزشکی منطقه به شرح ذیل مورد تأیید است:

- پوشک یکبار مصرف حداکثر مصرف ماهانه ۹۰ عدد شاغلین و ۱۲۰ عدد حداکثر مصرف ماهانه بازنشسته ها
- زیرانداز یکبار مصرف اندازه ۷۰*۱۶۰ حداکثر مصرف ماهانه ۶۰ عدد
- پرداخت طبق رقم متعارف مورد تأیید است.

ارتوز / پروتزو 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



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

وابسته به سازمان بهزیستی تهیه شده باشد، در صورت تایید شورای عالی پزشکی تا ۱۰۰٪ بر عهده شرکت‌ها / مدیريتها قابل محاسبه و تأیید است.

در صورت تهیه پروتز / ارتوز ها و اعضای مصنوعی از سایر مراکز فنی، ضرورت استفاده و مبلغ قابل بازپرداخت، از طریق طرح موضوع و تصمیم‌گیری در شورای عالی پزشکی قابل بررسی 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 / مدیريتها می‌باشد.

۳) براساس نامه شماره رت م/۵۶۴۷۶/۱۰۱ مورخ ۹۹/۷/۱۲ رئیس محترم تدوین مقررات سازمان و نامه شماره ت ه م/۲۴۵۰۱۰ مورخ ۹۹/۷/۹ مدیر کل محترم تدوین و هماهنگی مقررات اداری و استخدامی وزارت نفت «در صورت تأیید شورای عالی پزشکی سازمان مبنی بر ارتباط مستقیم آسیب‌های ناشی از جانبازی فرد شاغل با بیماری‌های دهان و دندان و ناحیه فک و صورت کلیه محدودیت‌های مربوط به تعداد ایمپلنت، روکش دندان و سایر کمک هزینه‌های دندانپزشکی صرفاً در خصوص شخص جانباز حذف می‌گردد». بدیهی است ارائه مستندات و مدارک هزینه‌های پرداخت شده طبق مقررات ضروری است.

سایر ارتوزها و پروتزها

۱) 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



دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی جهت اجرا از فروردین ماه سال ۱۴۰۵

علوم پزشکی، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و خصوصی لازم الاجرا می‌باشد، ۱۰۰٪ هزینه پروتز/ اروتز های مورد استفاده در حین عمل جراحی نیز بر اساس همین قیمتها به عهده شرکتها / مدیریت ها قابل تأیید است.

۲) هزینه آن تعداد از اقلام اروتز/ پروتز سرپایی و بریس هایی که توسط مراکز فنی ارتوپدی تهیه می شود و نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی‌باشد، طبق رای شورای هزینه های درمانی مناطق بر عهده شرکتها / مدیریتها قابل محاسبه و تأیید است. (بر اساس نرخ شرکت متد)

۳) 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 / مدیریتها قابل محاسبه و تأیید است.

۴) تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه پس از حصول اطمینان از پرداخت هزینه و صحت و اصال مدارک و استفاده آن توسط بیمار انجام می‌شود.

۵) کمک هزینه پروتز 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 پروتز/ اروتز های مورد استفاده در حین عمل جراحی و کلیه پروتز/ اروتزهای سرپایی (عینک، سمعک، کمک هزینه های دندانپزشکی و غیره) می‌گردد. (به استثناء افراد مشمول طرح پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان)

۶) هزینه تعمیرات اندام مصنوعی جهت ضرورت و تعیین قیمت به شورایعالی پزشکی ارسال می‌گردد.