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

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

«بسمه تعالی»

کلیات

ـ بازنگری دستورالعمل و افزایش عناوین و مبلغ کمک هزینه های درمانی ، کمک هزینه های اروتز/پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی، با در نظر گرفتن میانگین افزایش نرخ تورم و شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان صورت پذیرفته ا ست. عوامل تعیین کننده درکار شنا سی های انجام شده جهت بازنگری مبالغ کمک هزینه‌ها، تغییر شاخص بهای گروه های خدمات پزشکی ، دندانپزشکی ، پیراپزشکی ، هزینه های بیمارستانی ، دارو ، لوازم و مواد طبی و نیز تعرفه های جاری خدمات تشخیصی و درمانی در کشور بوده است.

ـ به منظور هماهنگی در تایید و پرداخت کمک هزینه های فوق الذکردر مورد شاغلین و بازنشستگان ، نظرات مدیریت سلامت سازمان بهداشت و درمان،معاونت صندوقهای بازنشستگی، پس انداز و رفاه کارکنان صنعت نفت در مفاد این دستورالعمل مورد توجه قرارگرفته است.

ـ مضافاً اینکه « مجموعه مقررات و دستورالعمل‌های درمانی سازمان» و نیازهای جدید ، در اصلاح و افزایش عناوین کمک هزینه ها مبنا قرار گرفته است .

ـ تاریخ اجرای دستورالعمل از فروردین ماه سال ۱۴۰۵می باشد. هزینه های رسیدگی نشده که در واحدهای درمان غیر مستقیم دارای تاریخ سال جاری در فاکتور تحویلی می با شد از تاریخ اجرای د ستورالعمل با تعرفه های جدید قابل محاسبه خواهد بود.

ـ پرداخت کلیه کمک هزینه های درمانی،کمک هزینه های اروتز/پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل برعهده شرکت‌ها/مدیریتهای تابعه وزارت نفت می‌باشد .

ـ مهلت ارائه اسناد هزینه‌ها، حد اکثر۶ ماه بعد از تاریخ دریافت اروتز/ پروتز و یا خدمت مربوطه میباشد.

ـ جهت تائید هزینه قابل پرداخت در منطقه بهدا شت و درمان ، ثبت موارد کمک هزینه های تائید شده در نرم افزار جمعیت طبی تحت وب الزامی است.

ـ آن د سته از کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه های اروتز/ پروتز وکمک هزینه‌های دندانپز شکی مندرج در این د ستورالعمل «که برایشان مبلغ ریالی تعیین شده ا ست » برای مشمولین« طرح درمان ایثارگران» تا سقف دو (۲) برابر نرخ مصوب سازمان قابل تأیید بوده و بازپرداخت آن برعهده شرکت‌ها/ مدیریت‌ها می‌باشد.

ـ در صورت وجود هرگونه ابهام و اشکال، لازم است موارد از ستاد سازمان استعلام گردد.

سمعک

الف) کمک هزینه سمعک یک گوش

- با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر) ۳۹۰,۰۰۰,۰۰۰ریال - هر ۳ سال یکبار

ب) کمک هزینه سمعک 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) درصورتیکه سمعک گوش اول دریافت شده باشد، برای دریافت سمعک گوش دوم تا ۸۰٪ تعرفه کمک هزینه سمعک 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 با بت دو گوش- هر ۳ سال یکبار

ج)کمک هزینه تعمیر / باتری سمعک

- **حداکثر برای تعمیر هر سمعک ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سالانه**
- **حداکثر برای باتری سمعک ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر شش ماه**

توضیحات :

در صورت بروز حوادث ناشی از کار که باعث شکستن سمعک گردد، با ارائه گزارش حادثه که به تائید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تائید شورای هزینه‌های درمانی منطقه ، پرداخت کمک هزینه سمعک تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

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 / مدیریتها 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

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 استرابیسم 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 تائید شورای پزشکی منطقه بلامانع است.

۳) در صورت بروز حوادث نا شی از کار که باعث شکستن عینک گردد ، با ارائه گزارش حادثه که به تائید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تائید 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 ــ هر سال یکبار

ب) کمک هزینه لنز تماسی اطفال (اطفال زیر دوسال که درمان کاتاراکت انجام داده‌اند) ، پس از تایید شورای پزشکی منطقه قابل پرداخت می باشد.

ج)کمک هزینه یک جفت لنز تماسی سخت

۱۰۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال ــ هر ۳ سال یکبار

در موارد تغییرات سریع ناشی از کراتوکونوس در اطفال (تا ۱۴سال) 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 فا صله حداکثر ۳ سال برای بزرگسالان و ۱ سال برای اطفال ، فقط در موارد کاتاراکت و کراتوکونوس پس از تائید م سئول بخش چ شم پز شکی / چ شم پز شک معتمد بهداشت و درمان منطقه امکان پذیر است.

تبصره : در عیوب انکساری پرداخت یکی از موارد عینک یا لنز امکانپذیر ا ست . در صورتیکه فردی هزینه عینک کامل را دریافت کرده و در فا صله 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 پاکی متری به عهده بهداشت و درمان قابل پرداخت می باشد.

لنز داخل چشمی IOL

الف) کمک هزینه لنز داخل چ شمی جهت ا صلاح عیوب انکساری با رأی شورای پز شکی منطقه (مانند آرتیزان ، آرتیفلکس ، وریسایس، وریفلکس ولنزهای فیکیک اتاق خلفی) ، هر چشم به مبلغ ۲۷۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

ج) تعرفه لنز داخل چ شمی جهت جراحی کاتاراکت و فیکو مانند سایر پروتزهای جراحی حداکث تا سقف۱۰۰،۰۰۰،۰۰ ریال به عهده(شرکت ها/ مدیریت ها)می باشد .

پروتز چشم مصنوعی

- کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی ۲۷۰,۰۰۰,۰۰۰ریال ــ 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 د ستگاه 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 پز شکی مناطق، درجه نزدیک بینی و دور بینی ، آستیکماتیسم 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 آ ستیگماتیسم همراه با شد حا صل جمع قدر مطلق میزان ا ستیگمات به علاوه مقدار اسفر (عیب انکساری) مورد نظر می باشد.

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

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 می باشند، مطابق ضوابط و مقررات مورد تایید است.

۸) در صورتی که بیمار قبلا 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 درموارد خاص با تأیید شورایعالی پزشکی قابل پرداخت است .

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 پار سیل 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 تا۲۴ واحد با رؤیت 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 زیر۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۸۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال

۱۲) فضانگه دارنده ثابت در ½هر فک اطفال زیر۱۴ سال (با هزینه لابراتوار) ۸۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال

۱۳) آلوئولوپلاستی در ½هر فک (افزایش ریج استخوانی برای پروتز کامل فک) ۱۰۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

۱۴) وستیبولوپلاستی در ½هر 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) ریبیس (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۶۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال (یکبار برای فک بالا و یکبار برای فک پایین)

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 تائید امور اداری شرکت مربوطه رسیده است و پس از تائید 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 هزینه های دندانپزشکی در صورت انجام توسط متخصص دندانپزشک مجاز با ۲۵٪ افزایش مبلغ درج شده در این دستورالعمل قابل تأیید می باشد .

تخصص های مورد نظر جهت افزایش ۲۵٪ به مبالغ کمک هزینه ها به شرح ذیل می باشد:

الف) خدمات ارتودنسی : متخصص ارتودنسی

ب) خدمات ایمپلنت: متخصص جراحی فک و صورت، متخصص جراحی پریودنتال

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 ونیرکامپوزیتی : متخصص ترمیمی

و)ونیر سرامیکی، لامینیت ، اینله و انله و اندوکراون و روکش های فیکس : متخصص ترمیمی و پروتز

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 پز شکی منطقه به عهده شرکت ها / مدیریت ها قابل تایید می باشد.

د) در صورت تایید لزوم انجام ارتودنسی متحرک در سنین بالای ۱۴ سال توسط شورای پزشکی منطقه، بازپرداخت کمک هزینه مربوطه بلامانع است.

توضیحات :

۱) پس از تائید لزوم درمان ارتودنسی توسط مسئول دندانپز شکی منطقه و یا دندانپز شک معتمد منطقه، نیازی به اخذ معرفی نامه به منظور شروع و ادامه درمان نمی باشد. اما بیمار می‌بایست حداکثر ظرف یک سال پس از تایید، اقدامات درمانی را شروع نماید. در صورت عدم شروع درمان طی یکسال ، ضروری ا ست مو ضوع مجدداً برر سی گردد.

۲) تصـــمیم گیری در مورد لزوم انجام و پرداخت کمک هزینه ارتودنســـی 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 ارتودنســـی و یا در حین انجام کار با ارائه گواهی انجام خدمت توسط پز شک معالج و فاکتور پرداخت هزینه و تایید توسط مسئول دندانپز شکی منطقه یا دندانپز شک 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 / اروتز (بر عهده شرکت‌ها / مدیریتها از محل بودجه بیماری ها 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 مصوب آن زمان طبق تاریخ فاکتور، هزینه قابل پرداخت می باشد.

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 تائید دندانپزشک معتمد)

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

ایمپلنت

الف) فیکسچر و سایر هزینه ها هر واحد ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال – حداکثر ۱۲ واحد

ب) روکش برای ایمپلنت و سایر هزینه ها هر واحد ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال - حداکثر۱۲ واحد (از ۲۴ واحد کلی)

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

با توجه به برر سی های انجام شده، سایر هزینه‌های مرتبط با ایمپلنت شامل پیوند ا ستخوان و ا ستفاده از مواد بیومتریال به صورت گلوبال در افزایش کمک هزینه ایمپلنت منظور گردید و هزینه های مذکور به صورت مجزا قابل محاسبه نخواهد بود .

هزینه های انجام سینوس لیفت (باز و بسته) در صورت انجام ، جهت آمادگی بستر ایمپلنت (به تشخیص دندانپز شک معتمد) تا سقف تعرفه های م صوب وزارت بهدا شت به عهده شرکت مربوطه و در غیر اینصورت 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 رادیوگرافی های 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 می باشد.

توضیحات :

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

۲) تائید نهایی پس از تکمیل درمان و ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی های قبل و بعد از درمان ، تو سط م سئول بخش دندانپز شکی یا دندانپز شک معتمد منطقه صورت گرفته و کمک هزینه ایمپلنت بر عهده شرکت‌ها / مدیریتها قابل پرداخت خواهد بود.

۳) تعداد موارد قابل تأیید ایمپلنت حداکثر۱۲ فیکسچر می‌باشد و هر واحد پروتز ایمپلنت (روکش دندان) از ۲۴ واحد کلی کسر می گردد.

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 (از۱۲ 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 / مدیریتها قابل پرداخت می باشد.

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 ریج به ازاء هر موضع / طبق تعرفه وزارت بهداشت قابل پرداخت می باشد.

ایمپلنت ایثارگران

برا ساس 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 ا ستخدامی 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 ».

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 تأییدضرورت استفاده به عهده شورای پزشکی منطقه می باشد)

آستین طبی

کمک هزینه یک عدد آ ستین طبی ف شارنده مورد ا ستفاده در بیماران لنف ادم با ارائه م ستندات (تجویز پز شک 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 کر ست پروتز با ارائه مستندات (تجویز پز شک و تصویر شرح عمل جراحی ما ستکتومی و فاکتور معتبر) ۲۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال ، یکبار در سال قابل تایید بوده و پرداخت هزینه آن به عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

- هزینه پروتز سینه اکسترنال هر عدد ۲۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سه سال یکبار قابل تایید است .

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 غیرم ستقیم 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 می بایست 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 کفی های طبی مشروط برعدم 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 بارتا 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 / مدیریت ها قابل پرداخت می باشد .

اروتزهای سرپایی

کمک هزینه انواع اروتز های سرپایی مانند مچ بند ، زانوبند، کتف بند ، آرنج بند ، فتق بند ، شکم بند ، گردن بند (کولار) ، آویز د ست ، ا سترنوم ساپورت وکر ستهای کمری جمعاً تا سقف ۸۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال قابل پرداخت است.(تجویز اروتز توسط پزشک عمومی قابل پرداخت نمی باشد)

زایمان طبیعی و سزارین

الف) در مناطق بهدا شت و درمان که امکانات زایمان و سزارین در بیمار ستانها و مراکز وابـ سته 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، هزینه ها 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 سیـ ستم ارجاع به مراکز درمانی غیر شرکتی مراجعه می‌نمایند به شرح زیر بر عهده شرکت‌ها / مدیریتها قابل پرداخت است :

ـ کمک هزینه زایمان طبیعی :

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

ـ کمک هزینه سزارین:

• حداکثر معادل ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی ، بخش عمومی غیردولتی، بخش خیریه و بخش خ صو صی 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 / مدیریت‌ها می‌باشد.

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 پر ستاری در منزل طبق مقررات و تعرفه مصوب هیئت وزیران کد ۱ تا ۴۵ حداکثر برای مدت سه ماه بدون نیاز به تأیید شورای پز شکی مورد تأیید ا ست . در سایر موارد و مدت بیش از یک ماه با ارائه درخوا ست / گواهی پز شک معالج و تأیید شورای پز شکی 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 هزینه ها 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 شرکت ها/ مدیریت‌ها ، قابل پرداخت می‌باشد .

ج)لازم به توضیح است که مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح « پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران وخانواده تحت تکفل آنان » لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

د) موضوع استفاده ازفرد مراقب ثابت در منزل مربوط به نگهداری ومراقبت ازبیماراست که می بایست درتعریف «کمک هزینه معاش» جهت نگهداری ازبیماردرمنزل گنجانده شود وتعیین ضرورت استفاده ازپرستارثابت درمنزل به عنوان مراقب بیمار در حوزه تعهدات سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت نمیباشد .

توانبخشی

- کمک هزینه خدمات حمایتی وتوانبخ شی با تأیید شورای عالی پز شکی ماهانه تا سقف ۳۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال قابل پرداخت است .

فیزیوتراپی در منزل

الف) کمک هزینه فیزیوتراپی در منزل با ارائه درخواست پزشک معالج و تأیید شورای پزشکی منطقه درخصوص 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 شرکت ها / مدیریت ها با ارائه مستندات قابل پرداخت می باشد . 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 ـ 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 و۲/۳ سهم کارفرما وبرعهده شرکت ها/ 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 وخانواده تحت تکفل آنان » لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

ناباروری

هزینه های درمان ناباروری بر اساس دستورالعمل های 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 مراقبت های سلامت و تا سقف تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی محاسبه می گردد.

توضیحات :

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

۲) در صورت وجود فرزند/ فرزندان م شترک بین زوجین و بروز م سئله ناباروری و تائید شورای پز شکی مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت در خصوص ضرورت انجام درمان ، کمک هزینه درمان ناباروری قابل تایید و پرداخت می باشد.

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

- رحم اجاره ای : ۱،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال
- اهداءتخمک: 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 تایید می باشد .

۴) انجام عمل فریز جنین مورد تائید 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 با شد لازم ا ست 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 .

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 ـــ دانشگاهی طرف قرارداد سازمان امکانپذیر با شد، هزینه های مربوطه برای افراد واجد شرایط ، به حساب شرکتها/ مدیریتها منظور خواهد شد.

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

۹) کمک هزینه درمان ناباروری پس از تائید مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت از طرف شرکتها / مدیریت‌ها قابل پرداخت می‌باشد و لازم است کمک هزینه‌های تائید 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 تایید است.»

الف) در مناطق بهدا شت و درمان که امکانات ختنه اولاد در بیمار ستانها و مراکز وابـ سته به سازمان وجود دارد ، جمعیت تحت پوشش موظف به استفاده از خدمات موجود میباشند.

ب) در مناطق بهدا شت و درمان که امکانات ختنه اولاد در بیمار ستانها و مراکز وابـ سته به سازمان وجود ندارد و بیمار از طریق سیستم ارجاع به صلاحدید بهدا شت و درمان منطقه به مراکز طرف قرارداد معرفی می شود، هزینه ها 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 .

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 ا ست . در فا صله 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) منضمات گلوکومتر در بیمار تحت درمان داروی خوراکی ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه

ج) منضمات گلوکومتر در بیمار تحت درمان انسولین ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه

پمپ انسولین و منضمات

پیرو نامه ۱۴۰۴/۱۸۲۶۳۶ سازمان بیمه سلامت ایران با مو ضوع محا سبه و پرداخت و پمپ ا سولین در بیماران دیابتی نکات پس از تاِیید 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 ۱۰عدد تاسقف 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

سنسور دستگاه مانیتورمداوم 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 صرفا 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 حداکثرطبق 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 بالای۱۸ 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 برعهده شرکتها/ مدیریتها می باشد .

- هزینه سایر واکسیناسیون‌های خارج از برنامه کشوری در صورت تأیید شورایعالی پزشکی مبنی بر ضرورت انجام آن ، برعهده شرکتها/مدیریت‌ها می باشد .

تجهیزات پزشکی

۱ - CPAP - با تائید شورایعالی پزشکی تا سقف	۸۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
۲- BIPAP - با تائید شورایعالی پزشکی تا سقف	۱،۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

در طول ۵ سال فقط یکی از موارد CPAPوBIPAP قابل پرداخت می باشد.

۳-ونتیلاتور پرتابل- با تائید شورایعالی پزشکی تا سقف	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
۴- کمک هزینه ماسک CPAP وBIPAP تا سقف	۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سال یکبار
۵ - پمپ دسفرال - با تائید شورای پزشکی منطقه تا سقف	۱۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال
۶- پالس اکسی متر - با تائید شورای پزشکی منطقه تا سقف	۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر سال یکبار
۷- اکسیژن ساز-با تائید شورایعالی پزشکی تا سقف	۶۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
۸- تشک مواج - با تائید شورای پزشکی منطقه تا سقف	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۲ سال یکبار
۹- ساکشن- با تائید شورای پزشکی منطقه تا سقف	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
۱۰- دستگاه بخور سرد -با تائید شورای پزشکی منطقه تا سقف	۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
۱۱- دستگاه نبولایزر -با تائید شورای پزشکی منطقه تا سقف	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هر ۳ سال یکبار
۱۲- کپسول اکسیژن و مانومتر- با تائید 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 تائید 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 تائید شورایعالی پزشکی تا سقف	۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال فقط یکبار

توضیحات :

- هزینه تعمیرات اکسیژن ساز، CPAP وBIPAP ، 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 پز شکی کمکی به ازاء هر ماه تا سقف ۱۰٪ مبلغ م صوب 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 پز شکی منطقه به شرح ذیل مورد تأیید است:

- پوشک یکبار مصرف حداکثر مصرف ماهانه ۹۰ عدد شاغلین و ۱۲۰ عددحداکثر مصرف ماهانه بازنشسته ها

- زیرانداز یکبار مصرف اندازه ۷۰*۱۶۰ حداکثر مصرف ماهانه ۶۰ عدد

- پرداخت طبق رقم متعارف مورد تایید است .

اروتز /پروتز و اعضای مصنوعی ایثارگران

۱)هزینه پروتز/ اروتز ها و هزینه اعضای مصنوعی (چشم ، اندام فوقانی ، اندام تحتانی) که به منظور بهبود وضعیت معلولیت نا شی از جانبازی م شمولین ا ستفاده 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 تایید شورای عالی پزشکی تا ۱۰۰٪ بر عهده شرکت‌ها / مدیریتها قابل محاسبه و تائید است.

در صورت تهیه پروتز/ اروتز ها و اعضای مصنوعی از سایر مراکز فنی ، ضرورت استفاده و مبلغ قابل بازپرداخت ، از طریق طرح موضوع و تصمیم گیری 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 وخانواده تحت تکفل آنان » لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه تایید شده بر عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

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 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 » . بدیهی است ارائه مستندات و مدارک هزینه های پرداخت شده طبق مقررات ضروری است .

سایر اروتزها 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

علوم پز شکی ، نیروهای م سلح ، تامین اجتماعی و خ صو صی لازم الاجرا می با شد، 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 تو سط مراکز فنی ارتوپدی تهیه می شود و نرخ ثابت دولتی ندا شته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری ا سلامی ایران مقدور نمی‌با شد ، طبق رای شورای هزینه های درمانی مناطق بر عهده شرکت‌ها / مدیریتها قابل محا سبه و تائید ا ست . (بر ا ساس نرخ شرکت متد)

۳) هزینه اء ضای م صنوعی (اندام فوقانی ، اندام تحتانی) که نرخ ثابت دولتی ندا شته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری ا سلامی ایران مقدور نمی‌با شد ، بر ا ساس رای شورای عالی پز شکی و پس از تائید شورای هزینه‌های درمانی منطقه، بر عهده شرکت‌ها / مدیریتها قابل محاسبه و تائید است .

۴) تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه پس از ح صول اطمینان از پرداخت هزینه و صحت و ا صالت 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 محا سبه میبا شد . این قانون شامل کلیه پروتز/ اروتز های مورد ا ستفاده 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 می گردد.