



دستور العمل گچک هزینه های درمانی،

گچک هزینه های اردو تر / پرو تر

و گچک هزینه های دندان پزشکی

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

جهت اجرا از اول آذر سال ۱۳۹۳

مدیریت سلامت - امور درمان

فهرست

صفحه	عنوان
۱	کلیات
۳	کمک هزینه سمعک
۵	کمک هزینه عینک
۷	کمک هزینه لنز تماسی
۹	کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL
۱۰	کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی
۱۱	کمک هزینه لیزیک
۱۲	کمک هزینه های دندانپزشکی
۱۴	کمک هزینه ارتودنسی
۱۶	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
۳۰	کمک هزینه ختنه
۳۱	کمک هزینه نگهداری خون بند ناف نوزاد

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از آذر ماه سال ۱۳۹۳

۳۲	هزینه اقامت همراه بیمار
۳۳	آلرژی
۳۴	کمک هزینه گلوکومتر
۳۵	کمک هزینه تجهیزات پزشکی
۳۶	کفش طبی
۳۶	اروتزهای سرپایی
۳۷	اروتز / پروتزو و اعضای مصنوعی جانبازان
۳۸	کمک هزینه سایر اروتزها و پروتزها

« 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 سالانه شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان در طول سال ۹۲ صورت پذیرفته است. عوامل تعیین کننده در کارشناسی 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.
- لازم به ذکر است مصوبات « کارگروه یکپارچه سازی مقررات و دستورالعمل های درمانی سازمان » در اصلاح و افزایش عناوین کمک هزینه ها مهمترین نقش را داشته است.
- تاریخ اجرای دستورالعمل از ۱۳۹۳/۰۹/۰۱ می باشد ولی در مواردی که کمک هزینه های درمانی، کمک هزینه های اروتز/پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی دریافت نشده است و تاریخ تأیید فاکتور در واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه گری منطقه، بعد از تاریخ ابلاغ این دستورالعمل می باشد، کمک هزینه مربوطه با نرخ جدید قابل پرداخت است.
- پرداخت کلیه کمک هزینه های درمانی، کمک هزینه های اروتز/پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل برعهده شرکت ها/مدیریت های نفتی می باشد.
- مهلت ارائه اسناد هزینه ها، حد اکثر ۶ ماه بعد از تاریخ دریافت اروتز/پروتز و یا خدمت مربوطه می باشد.
- پس از تأیید هزینه قابل پرداخت در منطقه بهداشت و درمان، ثبت موارد کمک هزینه های تأیید شده در نرم افزار جمعیت طبی تحت وب الزامی است.

- مبلغ کمک هزینه‌های درمانی و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل 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 بزرگسالان بالای ۱۸ سال

- سمعک معمولی یا دیجیتال با مجوز رئیس بهداشت و درمان منطقه ۵.۴۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار
- سمعک معمولی یا دیجیتال با مجوز شورای هزینه‌های درمانی منطقه ۱۳.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ب: کمک هزینه سمعک اطفال زیر ۱۸ سال

- سمعک معمولی یا دیجیتال با مجوز رئیس بهداشت و درمان منطقه ۵.۴۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار
- سمعک معمولی یا دیجیتال با مجوز شورای هزینه‌های درمانی منطقه ۱۳.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

ج: کمک هزینه سمعک دو گوش

- سمعک معمولی یا دیجیتال 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 ۲۷.۰۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

د: کمک هزینه تعمیر سمعک

- حداکثر برای هر سمعک ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال در طی دوره ۳ ساله

توضیحات:

- ۱- کمک هزینه سمعک دوگوش با اندیکاسیون‌های غیراز موارد ذکر شده فوق، صرفاً با تأیید شورایعالی 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.

عینک

الف: کمک هزینه عینک بزرگسالان بالای ۱۲ سال

فریم ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

شیشه (عدسی) ۶۰۰.۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

ب: کمک هزینه عینک اطفال تا پایان ۱۲ سالگی

فریم ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۱/۵ سال یکبار

شیشه (عدسی) ۶۰۰.۰۰۰ ریال - هر سال در صورت تغییر نمره عینک

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

فریم ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

شیشه (عدسی) ۱.۸۰۰.۰۰۰ 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 تأیید 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 پروتز تا قبل از اتمام مدت تعیین شده بلامانع است.

لنز تماسی

الف: کمک هزینه کنتاکت لنز نرم بزرگسالان

۲.۱۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۱/۵ سال یکبار

ب: کمک هزینه کنتاکت لنز اطفال (اطفال زیر دو سال که درمان کاتاراکت انجام داده‌اند)

۲.۱۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۶ ماه یکبار

ج: کمک هزینه کنتاکت لنز سخت

بر مبنای نرخ متعارف منطقه‌ای که لنز سخت خریداری شده است.

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 می‌گردد.

۳- در صورتی که برای تجویز لنز انجام توپوگرافی و پانکری 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 ۱۲ سال، به علت تغییر شماره چشم متقاضی دریافت لنز تماسی باشد پرداخت کمک هزینه آن فقط معادل هزینه شیشه بالامانع 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، بالامانع است. کمک هزینه لنز نرم به میزان ۲.۱۰۰.۰۰۰ ریال و کمک هزینه لنز سخت به میزان نرخ متعارف منطقه قابل تأیید می‌باشد.

۶- عمر مفید لنز سخت ۵ سال می‌باشد. کمک هزینه لنز سخت زودتر از ۵ سال در اطفال (تا ۱۲ سال) و نیز در موارد تغییرات سریع ناشی از کراتوکونوس، با تأیید شورای پزشکی منطقه و به میزان نرخ متعارف منطقه‌ای که لنز سخت خریداری شده است، قابل پرداخت می‌باشد.

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 ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

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 می‌باشد.

ج: کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL که در هنگام سایر جراحی‌ها نظیر کاتاراکت و یا PHACO مورد استفاده قرار می‌گیرد بر اساس بند ۲ مقررات «کمک هزینه سایر اروتزها/ پروتزها» مندرج در این دستورالعمل بر مبنای ۱۰٪ نرخ متعارف منطقه‌ای که پروتز و اروتز خریداری شده است، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

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

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از آذر ماه سال ۱۳۹۳

پروتز چشم مصنوعی

کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی ۵.۷۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۳ سال یکبار

لیزیک

کمک هزینه کلیه روشهای جراحی لیزری برای رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک، لازک، Zyoptix و ...)
برای هر چشم ۸.۷۰۰.۰۰۰ ریال

توضیحات :

- ۱- تایید لزوم انجام عمل لیزیک بر عهده شورای پزشکی مناطق می باشد.
- ۲- نمره هر چشم می بایست ۴ یا بالاتر از ۴ دیوپتر باشد.
- ۳- در صورتیکه عیب انکساری با آستیگماتیسم همراه باشد حاصل جمع قدر مطلق میزان استیگمات 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 ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۲: پروتز کامل یک فک ۷.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۳: پروتز پارسیل کروم کبالت یک فک ۷.۵۰۰.۰۰۰ ریال - هر ۵ سال یکبار
- ۴: پروتز پارسیل اکریلی یک فک تا ۵ دندان ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال و به ازای هر دندان اضافه ۵۰۰.۰۰۰ ریال حداکثر تا مبلغ کل ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال
- ۵: روکش یک دندان از هر نوع ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال حداکثر تا ۱۸ واحد
- ۶: روکش استیل اطفال (SSC) ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال
- ۷: انواع پست با بیلد آپ (در ترمیم ها) یا پست و کرریختگی ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال
- ۸: FRC هر واحد (مستقیم و غیر مستقیم) معادل یک واحد روکش با رعایت سقف کلی ۱۸ واحد
- ۹: فضا نگه دار متحرک اطفال زیر ۱۲ سال (با هزینه لابراتوار) ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال
- ۱۰: فضا نگه دار ثابت هر طرف اطفال زیر ۱۲ سال (باهزینه لابراتوار) ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال
- ۱۱: آلونولوپلاستی هر نیم فک (افزایش ریح استخوانی برای پروتز کامل فک) ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال
- ۱۲: وستیبولوپلاستی هر نیم فک (افزایش عمق وستیبول برای پروتز کامل فک) ۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال
- ۱۳: نایت گارد (محافظ دندانی) یک فک ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال
- ۱۴: ریالین (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۲.۴۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۱۵: ریپیس (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

توضیحات:

- ۱- کسانی که از پروتز 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.

ارتودنسی

الف: ارتودنسی ثابت ۲۷.۰۰۰.۰۰۰ ریال

ب: ارتودنسی متحرک یکبار برای بیماران زیر ۱۲ سال شامل:

- پلاک دستگاه ارتودنسی با پیچ ارتودنسی اکسپنشن هر فک ۳.۶۰۰.۰۰۰ ریال
- پلاک ارتودنسی برای ناهنجاریهای دندانی هر فک ۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال
- ساختن دستگاه عادت شکن ۱.۲۰۰.۰۰۰ 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.

توضیحات:

۱- پس از تأیید لزوم درمان ارتودنسی توسط شورای پزشکی مناطق، نیازی به اخذ معرفی نامه جهت مراجعه به متخصص ارتودنسی 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- در صورت انجام ارتودنسی توسط دندانپزشک عمومی و یا متخصص دیگر (غیر از متخصص ارتودنسی)، جهت پرداخت کمک هزینه مربوطه لازم است تأییدیه شورای پزشکی منطقه اخذ گردد. به عبارت دیگر در این موارد در صورت تأیید شورای پزشکی منطقه، کمک هزینه ارتودنسی قابل پرداخت می باشد.

۴- پرداخت کمک هزینه مربوطه پس از پایان درمان ارتودنسی و یا در حین انجام کار با ارائه گواهی صادر شده توسط متخصص ارتودنسی معالج و تأیید مسئول دندانپزشکی بهداشت و درمان منطقه صورت می گیرد.

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

۶- کمک هزینه ارتودنسی به صورت ۸۰٪ هزینه پروتز / اروتز (بر عهده شرکت‌ها و مدیریت‌ها) و ۲۰٪ هزینه درمان (از محل بودجه ۱٪ سازمان) تفکیک می شود.

۷- 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 می باشد.

۸- 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 قابل تأیید خواهد بود.

ایمپلنت

- الف: فیکسچر هر واحد ۹.۶۰۰.۰۰۰ ریال - حداکثر ۶ واحد
- ب: روکش هر واحد ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال - از ۱۸ واحد کلی
- ج: پیوند استخوان اتوژن برای یک دندان ۲.۲۵۰.۰۰۰ ریال
- د: پیوند استخوان اتوژن برای یک تا سه دندان مجاور ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال
- هـ: سینوس لیفتینگ CLOSE ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر ناحیه از فک بالا
- و: سینوس لیفتینگ OPEN ۲.۴۰۰.۰۰۰ ریال برای هر ناحیه از فک بالا
- ز: استفاده از مواد بیومتریال با ارائه فاکتور ۹۰۰.۰۰۰ ریال

توضیحات:

- ۱- جهت پرداخت کمک هزینه ایمپلنت نیازی به تأیید شورای پزشکی مناطق نمی باشد.
- ۲- تأیید اولیه درمان ایمپلنت، قبل از انجام کار توسط مسئول بخش دندانپزشکی / دندانپزشک معتمد منطقه براساس معاینات داخل دهانی و شرایط سیستمیک بیمار و رؤیت رادیوگرافی مربوطه صورت می پذیرد.
- ۳- 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 شرکتها / مدیریتهای قابل پرداخت خواهد بود.

۴- در مورد نیاز به انجام جراحی قبل از انجام ایمپلنت، تأیید مسئول بخش دندانپزشکی / دندانپزشک معتمد منطقه از طریق رؤیت رادیوگرافی قبل و بعد از درمان ضروری است.

۵- در صورتیکه به هر دلیلی انجام ایمپلنت در مرحله کاشت فیکسچر قبل از تأیید اولیه صورت گیرد، لازم است تأیید درمان در مرحله بعد از کاشت فیکسچر و قبل از مراحل پروتزی توسط مسئول بخش دندانپزشکی / دندانپزشک معتمد منطقه انجام شود.

۶- تعداد موارد قابل تأیید ایمپلنت حداکثر ۶ فیکسچر می باشد و هر واحد پروتز ایمپلنت (روکش دندان) از ۱۸ واحد کلی (موضوع بند ه کمک هزینه های دندانپزشکی ابلاغ شده طی دستورالعمل کمک هزینه های درمانی، اروتز / پروتز و کمک هزینه های دندانپزشکی سال ۱۳۹۰) محاسبه می شود.

۷- برای موارد اور دنچر متکی بر ایمپلنت :

- هر واحد اور دنچر معادل یک واحد روکش PMF (از ۱۸ واحد کلی) ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال
- هر واحد فیکسچر (از ۶ واحد کلی) ۹.۶۰۰.۰۰۰ ریال
- پروتز نیم فک ۷.۵۰۰.۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه
- پروتز فکین ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال طبق مقررات مربوطه

۸- هزینه انجام CBCT برای ایمپلنت معادل خدمت «سی تی اسکن فک پایین یا بالا برای ایمپلنت دندان، اگزیرال با بازسازی ساجیتال و کروئال» به میزان ۱.۰۵۰.۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

۹- هزینه پیوند استخوان به جز در موارد انجام ایمپلنت، در موارد درمانهای پرئودنتال، جراحی فک و صورت و یا جراحی درمان ریشه بدون ایمپلنت نیز قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن به عهده سازمان بهداشت و درمان می باشد.

۱۰- هزینه انجام CBCT به جز در موارد انجام ایمپلنت معادل خدمت «سی تی اسکن فک پایین
یا بالا برای ایمپلنت دندان، اگزیا با بازسازی ساجیتال و کرونال « قابل پرداخت بوده و
بازپرداخت آن به عهده سازمان بهداشت و درمان می باشد.

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 / مدیریتهای قابل پرداخت است:

- کمک هزینه زایمان طبیعی ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- کمک هزینه سزارین ۲۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال

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.

جوراب واریسی

هزینه جوراب واریسی با تأیید واحد درمان غیرمستقیم و امور بیمه‌گری مناطق به میزان ۱.۸۰۰.۰۰۰ ریال سالی یکبار قابل پرداخت است.

پروتز سینه اکسترنال

- تجویز پروتز سینه اکسترنال صرفاً به دنبال انجام ماستکتومی درمانی مجاز می باشد.
- هزینه پروتز سینه اکسترنال و کرسٹ پروتز با تأیید واحد درمان غیر مستقیم و امور بیمه‌گری مناطق جمعاً تا سقف ۴.۲۰۰.۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل تایید بوده و پرداخت هزینه آن به عهده شرکتها / مدیریتهای 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، نوه 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 برعهده 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 نمی‌باشد.

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، می‌بایست 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 ۹۰ 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، نوه و سایر) به صورت ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما و برعهده 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 و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه بر عهده شرکتها / مدیریتها می‌باشد.

توضیحات:

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

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	۳۰۰,۰۰۰
۳	مشاوره ژنتیک (زوج)	۳۵۰,۰۰۰
۴	مشاوره ژنتیک باردوم	۳۰۰,۰۰۰
۵	کاریو تایپ هر نفر	۲,۱۰۰,۰۰۰
۶	میکرو اینجکشن	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۷	IVF	۱۷,۰۰۰,۰۰۰
۸	GIFT	۱۷,۰۰۰,۰۰۰
۹	ZIFT	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	IUI	۲,۵۰۰,۰۰۰
۱۱	لاپاروسکپی تشخیصی	۱۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	لاپاروسکپی درمانی	۱۷,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	هیستروسکپی با جراحی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	اوپراتیو لاپاراسکوپي	۳۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	لاپاراهیستروسکوپي تشخیصی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	لاپاراهیستروسکوپي (همراه با عمل جراحی)	۳۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۷	بیوپسی آندومتر بدون بیهوشی	۱,۰۰۰,۰۰۰
۱۸	بیوپسی آندومتر همراه با بیهوشی	۱,۴۰۰,۰۰۰
۱۹	تخلیه فولیکول / کیست	۵,۴۰۰,۰۰۰
۲۰	فریز تخمک و نگهداری به مدت شش ماه	۵,۰۰۰,۰۰۰

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از آذر ماه سال ۱۳۹۳

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۲۱	درآوردن تخمک از فریز	۲,۲۰۰,۰۰۰
۲۲	فریز جنین و نگهداری به مدت شش ماه	۴,۰۰۰,۰۰۰
۲۳	درآوردن جنین از فریز	۲,۲۰۰,۰۰۰
۲۴	انتقال جنین بدون بیهوشی	۵,۰۰۰,۰۰۰
۲۵	انتقال جنین همراه با بیهوشی	۶,۰۰۰,۰۰۰
۲۶	PGD (Till 5 Embryo) (Pre implantation Genetic Diagnosis)	۲۱,۵۰۰,۰۰۰
۲۷	لیزر هچینگ	۳,۵۰۰,۰۰۰
۲۸	کرایو	۱,۲۰۰,۰۰۰
۲۹	کورتاژ	۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۰	پولیپکتومی و کورتاژ	۸,۰۰۰,۰۰۰
۳۱	پولیپکتومی با بیهوشی	۳,۸۰۰,۰۰۰
۳۲	پولیپکتومی بدون بیهوشی	۲,۵۰۰,۰۰۰
۳۳	شیرودکا	۹,۰۰۰,۰۰۰
۳۴	کشیدن نخ شیرودکا با بیهوشی	۱,۴۰۰,۰۰۰
۳۵	کشیدن نخ شیرودکا بدون بیهوشی	۱,۰۰۰,۰۰۰
۳۶	آزمایش اسپرم	۲۵۰,۰۰۰
۳۷	آزمایش اسپرم با شستشوی SMT	۳۵۰,۰۰۰
۳۸	فریز اسپرم و نگهداری به مدت یکسال	۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۹	درآوردن اسپرم از فریز	۲,۵۰۰,۰۰۰
۴۰	MAR TEST	۱,۴۰۰,۰۰۰

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
جهت اجرا از آذر ماه سال ۱۳۹۳

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۴۱	تست پاپاورین	۱,۴۰۰,۰۰۰
۴۲	رجی اسکن	۵,۰۰۰,۰۰۰
۴۳	Erection Device	۱,۴۰۰,۰۰۰
۴۴	الکترو اجاکولیشن	۴,۰۰۰,۰۰۰
۴۵	واریکوسل یک طرفه	۸,۵۰۰,۰۰۰
۴۶	واریکوسل دو طرفه	۱۳,۰۰۰,۰۰۰
۴۷	هیدروسل یک طرفه	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۸	هیدروسل دو طرفه	۱۶,۰۰۰,۰۰۰
۴۹	ارکیوپکسی یک طرفه	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۵۰	ارکیوپکسی دو طرفه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰
۵۱	ارکیوپکسی یک طرفه + TESE	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۵۲	ارکیوپکسی دو طرفه + TESE	۱۹,۰۰۰,۰۰۰
۵۳	بیوپسی بیضه یک طرفه PESA	۲,۷۰۰,۰۰۰
۵۴	بیوپسی بیضه دو طرفه PESA	۵,۴۰۰,۰۰۰
۵۵	یک طرفه MESA یا TESE	۵,۴۰۰,۰۰۰
۵۶	TESE تشخیصی / درمانی	۴,۰۰۰,۰۰۰
۵۷	TESA تشخیصی / درمانی	۴,۰۰۰,۰۰۰
۵۸	PESA تشخیصی / درمانی	۴,۰۰۰,۰۰۰
۵۹	وازووازوستومی یک طرفه	۱۶,۵۰۰,۰۰۰
۶۰	وازووازوستومی دو طرفه	۲۲,۵۰۰,۰۰۰

ردیف	خدمت	قیمت (ریال)
۶۱	وازو اپیدمیوستومی دوطرفه	۱۶,۵۰۰,۰۰۰
۶۲	وازو اپیدمیوستومی دوطرفه	۲۲,۵۰۰,۰۰۰
۶۳	خدمات تصویربرداری مرتبط	طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی
۶۴	سایر آزمایشات مرتبط	طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی

توضیحات:

- جهت تأیید هزینه درمان ناباروری سن زوجه می‌بایست کمتر از ۴۸ سال باشد.
- 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 تایید و پرداخت می‌باشد.
- 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.
- 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- در هر یک از شرایط ناباروری اولیه / ثانویه، هزینه دارو درمانی پس از اتمام ۳ دوره درمان

ناموفق لقاح آزمایشگاهی مورد تأیید نمی باشد.

۱۳- هزینه ویزیت تخصصی و فوق تخصصی و کلیه آزمایشات پاراکلینیکی، سونوگرافی و سایر اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی در صورتیکه طبق رأی شورای پزشکی منطقه مربوط به تشخیص و درمان ناباروری اولیه / ثانویه باشد پس از طرح در شورای هزینه‌های درمانی منطقه تا سقف تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی قابل پرداخت است.

۱۴- 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 / مدیریتها منظور خواهد شد.

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

۱۶- کمک هزینه درمان ناباروری اولیه / ثانویه 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

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 میباشد.

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 ۳.۰۰۰.۰۰۰ ریال قابل تایید است.»

نگهداری خون بند ناف نوزاد

با توجه به اینکه بر اساس مطالعات و یافته‌های نوین علمی مشخص شده دیواره و خون بند ناف نوزاد سرشار از سلول‌های بنیادی با توان تمایز به انواع سلول‌ها است و با عنایت به نظریه شورای عالی پزشکی مبنی بر کاربری بالای درمانی این نمونه‌ها (از جمله در درمان انواع سرطانها، بیماری‌های ژنتیک، اختلالات خونی و نقص سیستم ایمنی)، کمک هزینه نگهداری خون بند ناف نوزاد به شرح زیر مورد تایید است:

- الف: کمک هزینه عضویت در بانک خون بند ناف، شامل هزینه ثبت نام و تشکیل پرونده و گرفتن خون بند ناف به هنگام تولد: معادل ۶.۸۰۰.۰۰۰ ریال پس از ارائه رونوشت قرارداد عضویت
- ب: کمک هزینه سالانه نگهداری خون بند ناف در بانک‌های مخصوص: ۷۰۰.۰۰۰ ریال
- ج: در پرداخت کمک هزینه نگهداری خون بند ناف محدودیت تعداد فرزند وجود ندارد.

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 صورت تجویز توسط فوق تخصص ایمونولوژی و آلرژی، تایید شورای پزشکی منطقه مبنی بر ضرورت درمان و انجام در مراکز دولتی - دانشگاهی، طبق تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی قابل تایید بوده و پرداخت آن بر عهده سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت می باشد.

گلوکومتر

الف : دستگاه گلوکومتر
۱.۴۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار

ب : منضمت گلوکومتر در بیمار تحت درمان داروی خوراکی ۴۰۰.۰۰۰ ریال در ماه

ج : منضمت گلوکومتر در بیمار تحت درمان انسولین ۹۰۰.۰۰۰ ریال در ماه

تجهیزات پزشکی

- ۱- CPAP با تائید شورای عالی پزشکی به میزان ۲۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۲- کمک هزینه ماسک CPAP ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال یکبار در طول ۵ سال
- ۳- پمپ دسفرال با تائید شورای عالی پزشکی به میزان ۱۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال
- ۴- پالس اکسی متر با تائید شورای عالی پزشکی به میزان ۳.۶۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۵- اکسیژن ساز با تائید شورای عالی پزشکی به میزان ۲۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۶- تشک موج با تائید شورای پزشکی منطقه به میزان ۵.۱۰۰.۰۰۰ ریال هر ۲ سال یکبار
- ۷- ساکشن با تائید شورای پزشکی منطقه به میزان ۹.۰۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۸- دستگاه بخور سرد با تائید شورای پزشکی منطقه به میزان ۹۰۰.۰۰۰ ریال فقط یک بار
- ۹- کپسول اکسیژن و مانومتر با تائید شورای پزشکی منطقه به میزان ۲.۷۰۰.۰۰۰ ریال هر ۵ سال یکبار
- ۱۰- هزینه شارژ کپسول ۶۰۰.۰۰۰ ریال در ماه
- ۱۱- ویلچر با تائید شورای پزشکی منطقه به میزان ۷.۰۰۰.۰۰۰ 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 ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال، یکبار در سال قابل پرداخت است.

اروتزهای سرپایی

کمک هزینه انواع اروتزهای سرپایی مانند میچ بند، زانوبند، کتف بند، گردن بند (کولار)، عصا، واکر، کرستهای کمبری جمعاً تا سقف ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال در سال قابل پرداخت است.

ارتوز / پروتزو و اعضای مصنوعی ایثارگران

- ۱- هزینه پروتزو/ ارتوزها 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 تایید شورای عالی پزشکی تا ۱۰۰٪ بر عهده شرکتها / مدیریتها قابل محاسبه و تائید 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 تایید شده بر عهده شرکتها / مدیریتها می باشد.

سایر اروتزها و پروتزها

- ۱- آن تعداد از اقلام اروتز/ پروتز 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- هزینه پروتزهای درمانی که داخل بدن به کار می‌روند (از جمله پروتزهای حین عمل جراحی) اعم از اینکه نرخ آن توسط سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران اعلام شده باشد و یا اینکه نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر مقدور نباشد، بر مبنای ۱۰۰٪ نرخ متعارف منطقه ای که پروتز / اروتز خریداری شده است پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی مناطق بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل محاسبه و تأیید است.
- ۳- هزینه آن تعداد از اقلام اروتز/ پروتز 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 پروتز / اروتز خریداری شده است و پس از تأیید شورای هزینه‌های درمانی منطقه بر عهده شرکت‌ها / مدیریتهای قابل محاسبه و تأیید است.
- ۴- هزینه بریس هایی 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 پروتز / اروتز 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 هزینه‌های دندانپزشکی و غیره) می‌گردد.