

راهنمای
◀ تقویم جراحی
◀ صدور معرفینامه
◀ حسابداری
اسناد بیمارستانهای طرف قرارداد

سازمان بیمه خدمات درمانی
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران

اداره رسیدگی به صورت حساب بیمارستانها

آخرین بخشنامه های اجرایی از دی ماه ۷۴ لغایت دی ماه ۸۷

تاریخ ویرایش پنجم ۱۳۸۷/۱۰/۱۵ (استان تهران)

مقدمه :

سپاس و ستایش پروردگاری را که توان ارائه این مجموعه را به ما ارزانی داشت .
با عنایت به لزوم بروز رسانی اطلاعات و دانستن آخرین ضوابط و مقررات جاری در امر رسیدگی به اسناد و ارتقاء سطح دانش و مهارت کارشناسان که یکی از اهداف مهم و اساسی این اداره میباشد و باتوجه به فرآیند های جاری در راستای بهینه سازی هزینه ها و افزایش مهارت کارشناسان و همچنین سرعت بخشیدن به امر کارشناسی و صدور معرفی نامه بیمارستانی می باشد ، بر آن شدیم که در سال ۸۷ اطلاعات موجود را کارآمدتر ، کاملتر و به روز نمائیم .
جزوه حاضر تلاش طولانی مدت همکاران محترم اداره از سال ۸۴ به همت آقای جعفریان ، خانم ذبیحیان و خانم طلوعی فر و با همکاری آقای رضازاده بوده است که در سالهای ۸۶ و ۸۷ با اهتمام خانم شجیعی تهیه و تنظیم گردیده است.
امید است در تمامی مراحل موفق و موید باشید.

دکتر قنادی

رئیس اداره رسیدگی به صورتحساب بیمارستانها

پیش گفتار:

با نام و یاد خدای مهربان که نام او آرامش دهنده قلبهای متلاطم بشریت است و
با سپاس از رئیس محترم اداره جناب آقای دکتر قنادی و معاونت محترم جناب
آقای جعفریان نسبت به حمایت از اینجانب در به روز رسانی اطلاعات و جمع آوری
کاملتر قوانین در قالب کتابچه ای که پیش رو دارید وباسپاس از همه عزیزانی که
امکان بهره مندی از نظرات ارزشمند خود را در طول سالهای قبل و از ابتدای چاپ این
کتابچه (سال ۸۴) به من دادند. امید است توانسته باشم گامی هرچند کوچک جهت
افزایش دانش و مهارت و سرعت در امر رسیدگی برای شما عزیزان برداشته باشم .

شجیعی

کارشناس مسئول – آموزش

۱- تخت روز

- ایزوله** ۱-۱- مبلغ قابل محاسبه جهت تخت روز اطاق ایزوله (بادرخواست پزشک و در صورت تائید توسط نماینده) یک تختی دولتی با همان ارزشیابی مرکز می باشد. (۱۰۵-۰۱)
- ویژه** ۲-۱- هزینه تخت روز NICU برابر تخت روز ICU می باشد. (۱۰۵-۰۲)
توضیح ۱: بجز موارد ۵ گانه (کاتتر گذاری غیر نافی / مشاوره / جراحی / تعویض خون / تزریق سورفکتانت) مابقی خدمات پزشکی مانند بنت، ABG، LP، لاواژ، ساکشن، فتوتراپی و... جداگانه محاسبه نمیشوند.
توضیح ۲: محاسبه ۶٪ پرستاری از ۷۰٪ هزینه هتلینگ NICU در نظر گرفته شود.
- روانی** ۳-۱- در طی یکسال تنها می توان ۲ ماه جهت بیمار روانی تخت روز روانی حاد محاسبه نمود و ۴ ماه نیز تخت روز روانی مزمن و بیش از ۶ ماه بستری در سال از تعهد خارج می باشد. (۱۰۵-۰۳)
- هزینه پست** ۴-۱- هزینه POST/ICU معادل هتلینگ POST/CCU میباشد. (۱۰۵-۱۵)
- ۴ تختی** ۵-۱- در بخشهای جنرال تنها هتلینگ اطاق ۳ تختی بخش دولتی در تعهد سازمان است. (۱۰۵-۰۷)
- ارزشیابی** ۶-۱- ملاک ارزشیابی تخت جنرال و ویژه های مراکز درمانی تاریخ انجام ارزشیابی است نه تاریخ گزارش ارزشیابی. (۱۰۵-۰۸)
(در استان تهران ملاک عمل سایت ارزشیابی اداره نظارت بوده و از زمان ابلاغ به تمامی اسناد رسیدگی نشده اعمال می گردد.)
- سوختگی** ۷-۱- بخش های گرافت در سانتر سوختگی معادل تخت سوختگی محاسبه شوند. (۱۰۵-۱۱)
- ترمیمی** ۸-۱- بخش های ترمیمی در سانتر سوختگی معادل تخت عادی محاسبه شوند. (۱۰۵-۱۱)

مرخصی ۹-۱- در روزهای مرخصی موقت بیماران هتلینگ محاسبه نگردد.
(۱۰۵-۱۲)

تازه تاسیس ۱۰-۱- بیمارستانها و بخش های ویژه در بخش دولتی و تامین اجتماعی در یکسال اول بعد تاسیس درجه یک محاسبه شوند و بعد از یکسال در صورت عدم ارزشیابی درجه ۳ محاسبه شوند. (۱۰۵-۱۳)

مقیم ۱۱-۱- مراکز درمانی اگر جهت بخش های ICU و NICU خود به ازاء هر ۶ تخت یک پزشک مقیم ICU (بطور ماهانه و بصورت ۲۴ ساعته) اعلام نمایند ۳۰٪ هتلینگ این بخش ها کسر خواهد شد. (پزشکان مقیم می توانند رزیدنت های سال آخر در رشته تخصصی مرتبط باشند) (۱۰۵-۱۶)

پست ۱۲-۱- درجه ارزشیابی بخش های POST/CCU و POST/ICU برابر ارزشیابی جنرال بیمارستان در نظر گرفته شود (۱۰۵-۱۸)

نوار قلب ۱۳-۱- ECG در ICU ، NICU و CCU محاسبه نمی گردد.
(۱۱۵-۰۱)

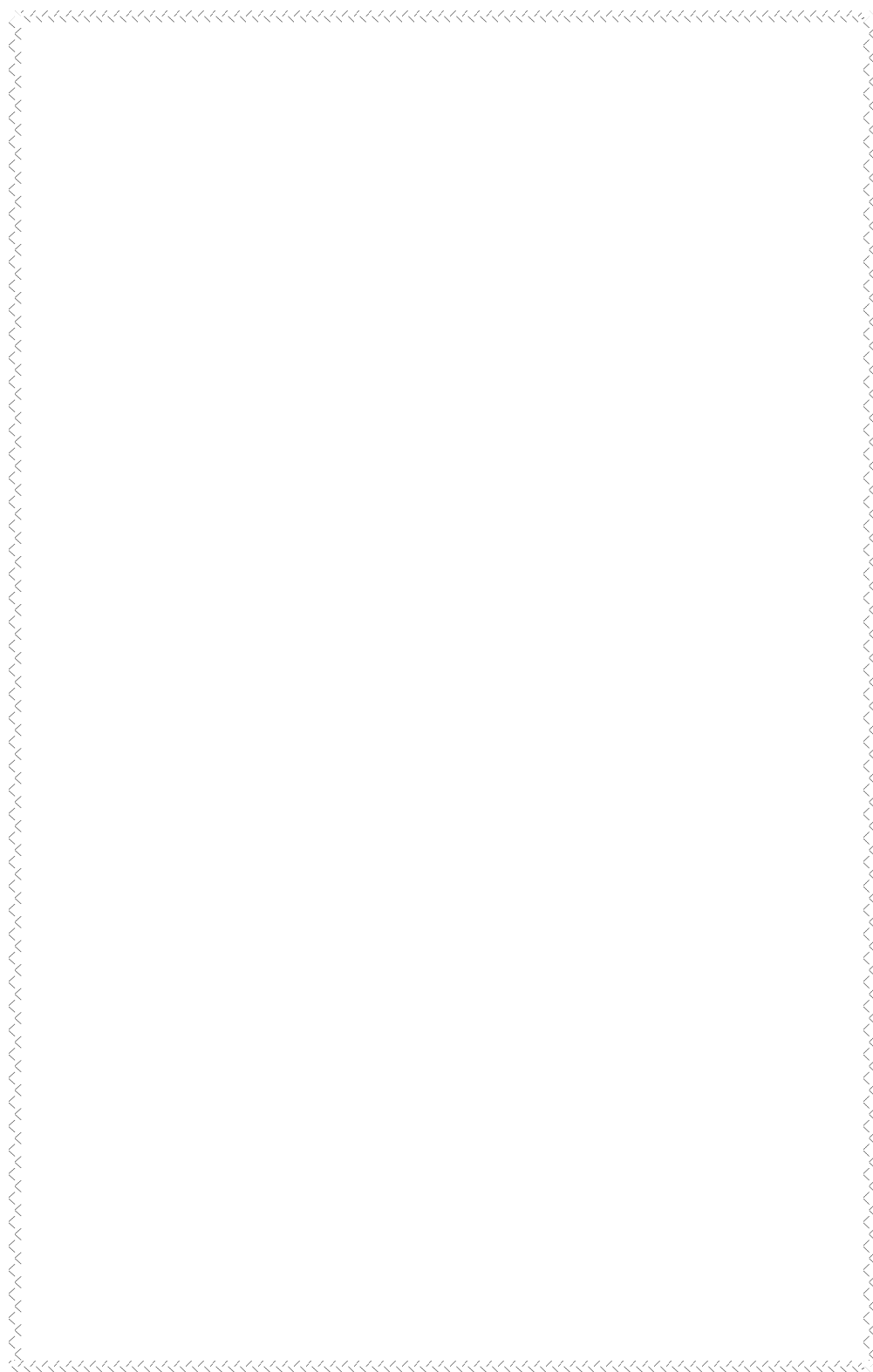
نوزاد ۱۴-۱- اگر نوزاد بخاطر بیماری مادر در بیمارستان بماند می توان هتلینگ بخش نوزادان را محاسبه نمود. (۱۰۵-۲۰)

تخت روانی ۱۵-۱- جهت بیماران مزمن بر اساس تخت جنرال درجه ۳ و جهت بیماران حاد برابر درجه ارزشیابی بیمارستان از ردیف تخت روانی قابل محاسبه است. (ش ۱۰۵-۲۲)

Post ccu ۱۶-۱- بخش p.ccu بایستی تأییدیه کتبی از معاونت سلامت دانشگاه مربوطه را داشته باشد و به لحاظ اعتبار بخشی بایستی از اداره استعلام گردد. (ش ۱۰۵-۲۳)

۲- ۶٪ پرستاری

پرستاری	۲-۱-۶٪ از مجموع مبالغ تخت روز قابل محاسبه تحت عنوان حق
مطهری	پرستاری می باشد. (به جز بخش های ICU و NICU) (۱۲۲-۰۲)
خسارت	۲-۲- جهت بیمارستان مطهری ۱۲٪ از مبالغ تخت روز تحت عنوان
شمول ۶٪	حق پرستاری محاسبه می شود. (۱۲۲-۰۱) (ویژه استان تهران)
	۲-۳- ۶٪ حق پرستاری جهت مراکز خصوصی (محاسبه در خسارت
	متفرقه) قابل اجرا می باشد. (۱۲۲-۰۲)
	۲-۴- کلیه تزریقات در بخش و نیز کنترل و ثبت علائم حیاتی و نیز
	خدمات جنبی و پرستاری در بخش و همچنین برخی اقلام مصرفی
	مانند سرنگ / گاز / باند / پنبه / بتادین / چسب / .. با توجه به لحاظ
	۶٪ پرستاری قابل محاسبه نمی باشند (۱۲۳-۲۶) و (۱۲۲-۰۲)
۷۰٪	۲-۵- در بخش های I.C.U و N.I.C.U مبلغ ۶٪ پرستاری از ۷۰٪
	مبلغ کامل هتلینگ محاسبه گردد. (مراکزی که پزشک مقیم معرفی
	کرده اند هتلینگ را ۱۰۰٪ دریافت می نمایند اما ۶٪ را بر اساس ۷۰٪
	میگیرند و مراکز بدون مقیم هتلینگ را ۷۰٪ و ۶٪ پرستاری را هم بر
	اساس ۶٪ از ۷۰٪ می گیرند.) (۱۲۲-۰۵) و (ش ۱۲۲-۰۶)



۲- حق الزحمه جراح

ناخوانا	۳-۱- اگر شرح عمل ناخوانا باشد حداقل کد جراحی مرتبط محاسبه شود. (۰۱-۱۰۹)
ویتره	۳-۲- اگر کاتاراکت با لنز + فیکساسیون اسکلرا + ویتراکتومی قدامی در یک جلسه انجام شود کد ۸۴-۶۶۹ و ۱/۲ کد ۱۰-۶۷۰ محاسبه شود. (۰۲-۱۰۹)
ویتره	۳-۳- اگر گذاشتن ثانویه عدسی + فیکساسیون اسکلرا + ویتراکتومی قدامی در یک جلسه انجام شوند کدهای ۸۵-۶۶۹ و ۱/۲ کد ۱۰-۶۷۰ محاسبه شود. (۰۲-۱۰۹)
لیزر	۳-۴- بجز در اعمال چشم اگر عملی با لیزر انجام گیرد ۲۰٪ به کد پایه جراحی اضافه شود. (۱۲-۱۰۹)
هاروست	۳-۵- اعمال جراحی قلب باز موارد برداشتن ورید صافن یک پا (۱۷/۵ k) ، دوپا (۳۵ k) و برداشتن رادیال دست (۲۰ k) و استفاده از مامری (۲۰k) علاوه بر کد CABG بصورت ۱۰۰٪ و ۸۰٪ در شکاف غیر مشترک و ۱۰۰٪ ، ۵۰٪ ، ۲۵٪ در شکاف مشترک محاسبه شوند. (۲۹-۱۰۹)
مستقل	۳-۶- اعمالی که مستقل در کالیفرنیا قید شده اند فقط در صورت انجام بتنهایی قابل محاسبه اند. (۰۱-۰۰۱)
درصد	۳-۷- در جراحی روی پاها اگر ۲ شکاف روی یک پا باشد ۱۰۰٪ ، ۷۵٪ و مابقی ۲۵٪ محاسبه شوند و اگر جراحی روی ۲ پا باشد ۱۰۰٪ و ۸۰٪ محاسبه شوند. (۰۲-۰۰۱)
نمونه	۳-۸- نمونه برداری گوه ای از کبد، لوزالمعده و معده طی عمل جراحی = اضافه نمودن ۲۵٪ به کد پایه جراحی. (۰۳-۰۰۱)
درصد	۳-۹- اگر چند عمل جراحی (بجز پاها) از ۱ شکاف انجام شود بصورت ۱۰۰٪ ، ۵۰٪ ، ۲۵٪ ، ۱۰٪ و ۵٪ محاسبه می شود. (۰۴-۰۰۱)

- درصد** ۳-۱۰- اگر چند عمل جراحی (بجز پاها) از ۲ شکاف توسط ۲ جراح با تخصص های متفاوت انجام شوند ۱۰۰٪ و ۱۰۰٪ و اگر یک جراح باشد ۱۰۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ محاسبه شوند . (۰۵-۰۰۱)
- کد گذاری** ۳-۱۱- در بای پس قلب کد پریکاردکتومی ، در بای پس قلب کد اندارترکتومی کرونرهمزمان ، در کوله سیستوکتومی کد لاپاراتومی ، در آپاندکتومی کد لاپاراتومی ، در تومور مغز کدهای کرانیاتومی و ترمیم دورا ، در شکستگی داخلی مفصل کدهای کیسولوژی یا استئوتومی ، در فورامینوتومی کد لامینکتومی ، در کولپورافی قدامی - خلفی کد پرینورافی و در پروستاتکتومی سوپرابوبیک کد خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشند. (۰۶-۱۰۹)
- PEG** ۳-۱۲- کد ۴۶-۴۳۲ بابت کارگذاری کاتتر PEG استفاده شود. (۰۷-۱۰۹)
- احمد** ۳-۱۳- کد ۷۰-۶۶۱ بابت کارگذاری والواحمد استفاده شود. (۰۸-۱۰۹)
- C/S** ۳-۱۴- سزارین برابر موارد قید شده در کتابچه مربوطه تأیید شده در غیر اینصورت معادل NVD و در صورت رضایت شخصی کسر کلی انجام شود . (۰۸-۱۰۹)
- میکروسکوپ** ۳-۱۵- حق استفاده از میکروسکوپ معادل ۲۵٪ کد پایه جراحی بوده و تنها به اعمالی که کلمه میکروسکوپ در کد آورده نشده است تعلق می گیرد . (بجز مواردی که استفاده از این روشها جزء عمل محسوب می شوند .) (۱۱-۱۰۹)
- DCS** ۳-۱۶- در درمان با روش DCS از کدهای ۵۰-۶۴۵ الی ۹۵- استفاده شود. (۱۴-۱۰۹)
- NVD** ۳-۱۷- بی دردی در NVD توسط پزشک زنان : گلوبال NVD + ۲۰٪ پایه NVD (k جراحی ۱۳) محاسبه شود. (۱۵-۱۰۹)
- اسکاروتومی** ۳-۱۸- ترمیم اسکارهای ناشی از اعمال جراحی (مثل لب شکری یا سوختگی) در تعهد است. (۱۸-۱۰۹)
- بینی** ۳-۱۹- سپتورینوپلاستی در لب شکری ، سوختگی و اسکار شدید بینی در تعهد است . (۱۹-۱۰۹)

ویترکتومی

۳-۲۰- بابت ویترکتومی عمقی با دکلمان جمعا ۱۰۰k جراحی (بییهوشی ۲۲K = ، کمک جراح = ۱۳K ، جراح = ۶۵ k) می باشد. زمان بییهوشی بیش از ۴ ساعت اضافه شود. (در تعرفه اعلام شده تا ۴ ساعت محاسبه شده است .) (۲۰-۱۰۹)

ویترکتومی

۳-۲۱- بابت ویترکتومی عمقی بدون دکلمان جمعا ۸۰ k جراحی (بییهوشی ۱۴k ، کمک جراح = ۱۱ k ، جراح = ۵۵ k) محاسبه شود. (۲۰-۱۰۹)

توضیح ۱: زمان بی هوشی بیش از ۲ ساعت اضافه شود. (در تعرفه اعلام شده تا ۲ ساعت محاسبه شده است .)

توضیح ۲: در صورت عدم انجام بییهوشی ۲۲ k و ۱۴ k محاسبه نشده و اگر بیحسی توسط جراح انجام شود ۲۰٪ به کد جراح اضافه گردد.

استندبای

۳-۲۲- بابت حق S.B جراح و بییهوشی در تعرفه ۸۱ مورد قلب ۵۰٪ به حق الزحمه اضافه می گردد که ۲۵٪ آن مربوط به حق الزحمه جراح و ۲۵٪ دیگر مربوط به حق الزحمه بییهوشی است و در اعمال ناموفق قلب هم در صورت درخواست میتوان هزینه آنرا پرداخت نمود. (۲۲- ۱۰۹)

پیوند

۳-۲۳- پیوند کلیه جهت نوبت دوم در صورت تأیید اداره کل در تعهد است. (هزینه پیوند کلیه بصورت گلوبال با رعایت موارد بخشنامه معادل ۶۵۰k جراحی می باشد .) (۲۵-۱۰۹)

واژینو

۳-۲۴- واژینوپلاستی بدلائل درمانی مثل آنومالی مادرزادی یا هرمافرودیسیم در تعهد است. (۳۳-۱۰۹)

پیوند

۳-۲۵- در پیوند کلیه :
الف - ۶۵۰ k جراحی بطور گلوبال بابت مجموع خدمات دهنده و گیرنده
ب- ۲ K هیئت علمی ندارد.

ج- سه قلم دارویی خاص به سرجمع اضافه میشوند. (طبق بخشنامه)
د- آماده سازی قبل پیوند، دهنده و گیرنده جداگانه قابل محاسبه است.
ه - درمان های جراحی در عوارض بعد پیوند تا ۹۰ روز در تعهد نیست.
و- هزینه اسکن و سونوداپلر در گلوبال محاسبه شده است.
ز- خارج ساختن پیکتیل در گلوبال لحاظ شده است. (۳۴-۱۰۹)

سنگ	۳-۲۶- لیتوتریپسی جهت هر کلیه یا حالب و یا مثانه معادل ۵۰ k جراحی و پس از تأیید نماینده بیمه در تعهد بوده و در روزهای پیگیری (۹۰ روز) انجام مجدد آن برای همان کلیه یا حالب در تعهد نمی باشد. لیتوتریپسی شامل ۲K هیئت علمی نمی باشد. (۳۵-۱۰۹) و (۳۳-۱۲۳) ۳-۲۷- ۲۰٪ حق لیژدر جراحیهای چشم محاسبه نمی گردد. (۲۲-۸۰۰) ۳-۲۸- آنژیوگرافی در پایان آنژیوپلاستی عروق کرونر جهت چک مجدد عروق قابل محاسبه نمی باشد ولی چنانچه آنژیوگرافی در ابتدای عمل PTCA باشد هزینه آن پرداخت می گردد. (۳۸-۱۲۳)
لیزر آنژیو	۳-۲۹- هر گاه آنژیوگرافی کرونر همراه با کت راست و چپ قلب به طور همزمان انجام گردد تنها آنژیوگرافی کرونر + کت راست محاسبه شود. { داخلی ۸۰۰k = ۲۲۰k + ۵۸۰k } (ش ۴۴-۱۲۳)
آنژیو	۳-۳۰- مبلغ قابل محاسبه جهت انجام ختنه ۵K جراحی بصورت گلوبال می باشد. (ش ۴۵-۱۲۳) توضیح ۱: اگر همراه با اعمال دیگر گلوبال یا غیر گلوبال انجام گیرد ۵ K به جمع کل اضافه می شود. (ش ۴۵-۱۲۳)
ختنه	توضیح ۲: انجام ختنه تحت بیهوشی عمومی ، تحت بی حسی موضعی و در هر سنی تفاوتی در نحوه محاسبه ایجاد نمی نماید .
استنت	۳-۳۱- به ازای تعبیه استنت اول در داخل عروق کرونر ۴۲ جراحی و بابت استنت های بعدی ۸۰٪ از ۴۲ کای جراحی (۳۳/۶ جراحی) به همراه کد آنژیوپلاستی قابل پرداخت می باشد. (ش ۴۶-۱۲۳) ۳-۳۲- اعمالی که با لاپاراسکوپ / اندوسکوپ / کلونوسکوپ / توراکسکوپ / ارتروسکوپ انجام می شوند معادل ۲۵٪ به کد پایه جراحی افزوده شود. (۱۲ - ۱۰۹)
۲۵٪	۳-۳۳- اگر N.V.D را ماما انجام دهد و بدون قبول مسئولیت توسط پزشک متخصص باشد فقط ۵ کای جراحی حق الزحمه تعلق می گیرد. (۳۸ - ۱۰۹)
ماما	۳-۳۴- تزریق سیلیکون در داخل مجرای ادرار به علت بی اختیاری از کد ۵۲۱-۰۵ استفاده شود. (۰۱ - ۲۶۰)
سیلیکون	

ستون فقرات	۳-۳۵ - در اعمال جراحی ستون فقرات بابت لاپاراتومی و توراکوتومی هزینه ایی بصورت جداگانه لحاظ نگردد. (۳۹-۱۰۹)
آنژیو-مغز	۳-۳۶ - در انژیوپلاستی عروق مغز ردیف های ۲۴ و ۲۵ از ۸۱ مورد قلب و عروق مورد استفاده قرار گیرند. (۲۰۲-۲۰۳)
فقرات	۳-۳۷ - در عمل فیکساسیون ستون فقرات به وسیله سیستم OSMIUM تنها هزینه وسیله از تعهد خارج است. (۶۳-۸۰۰)
کاتاراکت	۳-۳۸ - عمل کاتاراکت به روش فیکو تفاوتی از نظر هزینه با سایر روشها ندارد و فاکتور آگما نتاسیون جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. (ش ۴۷-۱۲۳)
بخیه چشم	۳-۳۹ - کشیدن بخیه چشم زیر بیهوشی براساس کد ۵۰-۱۵۸ معادل ۶ واحد جراحی و ۳ واحد بیهوشی است. (ش ۴۸-۱۲۳)
شالدون	۳-۴۰ - فرانسیز عمل جراحی شالدون گذاری جهت بیماران خاص رایگان می باشد. (ش ۴۹-۱۲۳)
پیوند	۳-۴۱ - عوارض پیوند کلیه شامل دو گروه ۱- عوارض مربوط به عمل جراحی ۲- عوارض ایمونولوژیک باعث پس زدن پیوند بوده که عوارض ایمونولوژیک آن در روزهای پیگیری نبوده و جداگانه پرداخت میشود. (ش ۴۰-۱۰۹)
پروستات	۳-۴۲ - پروستاتکتومی سوپراپوبیک باکد ۲۱-۵۵۸ همراه TUR جزء اعمال گلوبال نبوده و جداگانه محاسبه می شود. (ش ۴۱-۱۰۹)
استروبوسکوپ	۳-۴۳ - استروبوسکوپی برابر کد ۷۹-۳۱۵ معادل ۲ واحد جراحی است. (ش ۴۲-۱۰۹)
توده با لیزر	۳-۴۴ - تخریب ضایعات و توده های برونش یا تراشه با لیزر برابر کد ۴۱-۳۱۶ قابل محاسبه بوده و هزینه فیبرمربوطه در ۵۰٪ اتاق است. (ش ۴۳-۱۰۹)
شکستگی	۳-۴۵ - کد ۲۷۲-۳۸ شامل جاندازی اینتروتروکانتریک یا پروتروکانتریک بسته بدون جا اندازی از بیست واحد به دو واحد تغییر می یابد. (ش ۴۴-۱۰۹)

- صفرا** ۳-۴۶- کد ۱۲-۴۷۶ کوله سیستمی با کولد وکوانتروستومی از سه واحد به سی واحد تغییر یافت. (ش ۴۴-۱۰۹)
- مفصل** ۳-۴۷- تعویض مفصل که علت اولیه آن عفونت یا شکستگی باشد در هر فاصله زمانی بعدی که اقدام به جراحی شده باشد قابل پرداخت است. (ش ۴۵-۱۰۹)
- گچ گیری** ۳-۴۸- در شکستگی های بدون جا اندازی گچ گیری پرداخت نمی شود ولی در فیکاسیون با درمان جراحی و یا جا اندازی بسته با دستکاری هزینه گچ گیری جداگانه پرداخت می شود. (ش ۴۶-۱۰۹)
- آنژیوپلاستی** ۳-۴۹- در آنژیوپلاستی قلب در صورتیکه بیمار تحت بیهوشی عمومی در اتاق عمل توسط جراح عمل جراحی گردد ولی عمل جراحی ناموفق باشد کلیه هزینه های بیمار از جمله حق العمل پزشک جراح پرداخت می گردد. (ش ۵۰-۱۲۳)
- لیزر تراپی** ۳-۵۰- لیزر تراپی عروق کرونر در تعهد سازمان نمی باشد. (۱۷-۸۰۰)
- ESI و ASI** ۳-۵۱- هزینه تست های ASI و ESI (مربوط به تصلب شرایین) در تعهد نمی باشد. (ش ۶۸-۸۰۰)
- شالودن گذاری** ۳-۵۲- تعرفه شالودن گذاری برابر کد ۳۶۸-۰۰ معادل سه واحد جراحی است و اگر AVF یا عملهای مشابه انجام شود برابر عمل انجام شده از کد ۳۶۸-۱۰ تا ۳۶۸-۲۱ قابل محاسبه است. (ش ۴۸-۱۰۹)
- ماموپلاستی** ۳-۵۳- در موارد درمانی در صورت تایید توسط پزشک معتمد اداره در تعهد است و در موارد زیبایی در تعهد نیست. (ش ۴۹-۱۰۹)
- تخلیه چشم** ۳-۵۴- عمل جراحی تخلیه چشم جزو تعهدات بوده و هیدروکسی آپاتیت و اعمال جراحی مربوط به جاگذاری آن در تعهد است ولی پروتز shell (روکش) در تعهد نیست. (ش ۴۷-۱۰۹)
- پا** ۳-۵۵- foot یا پا در کتاب تعرفه از مچ پا به پایین است و به کل اندام تحتانی اطلاق نمیشود. (ش ۵۱-۱۰۹)
- سپتورینو** ۳-۵۶- تنها در ۳ مورد می توان معرفی نامه جهت سپتورینوپلاستی صادر نمود: الف- لب شکری ب- ترمیم سوختگی ج- اسکار شدید بینی (فقط با تایید اداره کل اقدام شود) (۱۹-۱۰۹)

اسکار ۳-۵۷- تنها در دو مورد میتوان معرفینامه جهت ترمیم اسکار جراحی

صادر نمود: الف- ناشی از لب شکری و ناشی از سوختگی (۱۸-۱۰۹)

واژینوپلاستی ۳-۵۸- تنها در ۲ مورد میتوان معرفینامه جهت واژینوپلاستی صادر

نمود: الف- در آنومالی مادرزادی ب- در هر مافرو دیسم (۳۳-۱۰۹)

جراحی فک ۳-۵۹- در جراحی های ترمیمی فک صدور معرفینامه نیاز به تأیید

پزشک معتمد اداره کل میباشد. (۴-۸۰۰)

تعویض مفصل ۳-۶۰- صدور معرفینامه در توتال هیپ و توتال نی بعللی بجز عفونت

و شکستگی تأیید پزشک معتمد اداره کل الزامی است. (۴-۸۰۰)

باروری ۳-۶۱- صدور معرفینامه جهت جراحی باز کردن لوله های رحم جهت

باروری تنها در صورت فوت فرزند و یا ازدواج مجدد انجام گیرد. (۱-۱۰۰)

توتال هیپ ۳-۶۲- در ۴ حالت در تعهد میباشد: ۱- شکستگی ۲- تخریب مفصل

بدلیل بیماری عفونی ۳- تخریب مفصل بدلیل ابتلا به شرایطی که

بدنبال شکستگی گردن ران بوجود آمده باشد مانند نکرز آواسکولر

AVN ۴- تعویض پروتزهای قبلی اگر اندیکاسیون اولیه داشته اند و

۱۵ سال از کارگذاری آنها گذشته باشد. (ش ۵۰-۱۰۹)

پرموکت ۳-۶۳- جهت عمل لوله گذاری یا شانت بین عروقی برای بیماران

دیالیزی از کدهای ۰۰-۳۶۸ الی ۱۵-۳۶۸ استفاده گردد و جهت گذاشتن

پرموکت کد ۲۲-۳۶۸ قابل پرداخت نمی باشد. (ش ۵۲-۱۰۹)

لوپ ۳-۶۴- در اعمال جراحی عروق با لوپ ۲۰٪ تعرفه اضافه نمیگردد.

(ش ۸۰-۸۰۰)

ستون فقرات ۳-۶۵- پرداخت هزینه درمان تغییر شکل ستون فقرات در سنین

رشد و یا در صورت بروز عوارضی مانند مشکلات تنفسی در تعهد است.

(ش ۵۳-۱۰۹)

سزارین ۳-۶۶- انجام سزارین در بارداریهای ایجاد شده توسط روشهای ART

(GIFT, IVF, ZIFT, ...) با نظر پزشک معالج در تعهد است. (ش ۵۴-۱۰۹)

سزارین ۳-۶۷- انجام سزارین بدلیل هرپس با توجه به گواهی پزشک و داروهای

مصرف شده حین بستری مبنی بر درمان هرپس در تعهد است.

(ش ۵۵-۱۰۹) (ویژه استان تهران)

۴- کمک جراح

هزینه	۴-۱- معادل ۲۰٪ حق الزحمه جراح در صورت دارا بودن کمک جراح در اعمال جراحی بابت کمک جراح اول قابل محاسبه می باشد. (۱۱۱-۰۳)
۲ کمک	۴-۲- اعمالی که دارای بیش از یک کمک جراح دارند معادل ۳۰٪ حق الزحمه جراح محاسبه گردد. (کمک جراح اول ۲۰٪ حق العمل و کمک جراحهای بعد فقط ۱۰٪ حق العمل محاسبه میشود و جمعاً ۳۰٪) (۱۱۱-۰۳)
مقدار K	۴-۳- چنانچه K جراحی عمل اصلی ۱۵ و یا بیشتر باشد کمک جراح تعلق می گیرد. (۰۲ - ۱۱۱)
رزیدنت	۴-۴- به رزیدنت حق الزحمه کمک جراح تعلق نمی گیرد. (۱۱۱-۰۲)

۵- بی هوشی

ریکاوری

۵-۱- زمان بی هوشی عمومی از ابتدای القاء بیهوشی تا نیم ساعت پس از اتمام جراحی محاسبه شود. در صورت اختلاف بین چارت بیهوشی و شرح عمل بیمارملاک برای زمان ونوع بیهوشی شرح عمل می باشد.
(۱۱۲-۱۱ و ۱۱۲-۱۵)

تعدیلی

۵-۲- کدهای تعدیلی بیهوشی قابل محاسبه (به شرط ضمیمه بودن مدارک در پرونده بالینی) به شرح ذیل می باشد:

- پوزیشن غیرمعمول ----- ۱k بیهوشی .
- سن بالای ۷۰ یا زیر یکسالگی ----- ۲k بیهوشی .
- بیماری قلبی ----- ۲k بیهوشی .
- بیماری دیابت ----- ۲k بیهوشی .
- انتوباسیون در اعمال تک ریوی ----- ۲k بیهوشی .
- بیماری ریوی ----- ۲k بیهوشی .
- اورژانس (با توجه به بیماری مانند آپاندیس پرفوره) - ۳k بیهوشی
- احیاء نوزاد ----- ۲/۴ بیهوشی .
- پمپ IABP (دستگاه گردش خون برون پیکری) - ۱۷k بیهوشی
- فیستول ریه به پلور ----- ۲k بیهوشی .
- سابقه سکته مغزی ----- ۲k بیهوشی . (۱۱۲-۰۹) (۱۱۲-۰۱)

DSA

۵-۳- محاسبه تعرفه بیهوشی در حین آنژیوگرافی DSA در موارد کهولت سن یا کودکان یا ساب کما بلامانع است. (۱۱۲-۰۲)

جراح

۵-۴- در اعمالی که عموماً نیاز به بیهوشی عمومی و یا نخاعی دارند اگر جراح بیحسی موضعی بدهد می توان ۲۰٪ به پایه جراحی اضافه نمود.
(۱۱۲-۰۳)

جراح

۵-۵- در اعمالی که جراح بیهوشی عمومی و یا ناحیه ای میدهد میتواند پایه بیهوشی ضربدر K بیهوشی راجعت جراح محاسبه نمود. (۱۱۲-۰۳)

S . B	۵-۶- هزینه بیهوشی استندبای در آنژیوپلاستی در تعهد است. (۱۱۲-۰۶)
ویزیت	۵-۷- ویزیت بیهوشی قبل از عمل اگر منجر به جراحی نشود قابل محاسبه است. (۱۱۲-۰۸)
اسپیرو	۵-۸- اسپیرومتری را اگر پزشک بیهوشی در قبل حین و یا بعد از عمل انجام دهد در تعهد است (۱۱۲-۱۰)
تعدیلی ۳۸	۵-۹- بیهوشی اورژانس تنها در مواردیکه بیماری مهلکی وجود دارد مانند آپاندیس پرفوره و شامل می شود و در سایر موارد با توجه به بستری بیمار در اورژانس درمردتی کمتر از چند ساعت قابل محاسبه نمی باشد. (۱۱۲-۰۹)
آماده سازی	۵-۱۰- آماده سازی جهت القاء بیهوشی در پایه بیهوشی منظور شده و جداگانه پرداخت نمی گردد. (ش ۱۷-۱۱۲)
تکنسین	۵-۱۱- در صورتیکه بیهوشی توسط تکنسین بیهوشی انجام شود فقط پایه بیهوشی و اگر توسط کارشناس ارشد بیهوشی انجام شود پایه + ۶۰٪ زمان قابل محاسبه است. (۱۱۲-۰۳)
بی دردی	۵-۱۲- حق الزحمه ایجاد بی دردی در زایمان طبیعی برای متخصص بیهوشی به روش اپیدورال ۱۶ واحد بیهوشی و با سایر روشها برابر ۱۴ واحد بیهوشی که شامل پایه و زمان می باشد که این مبالغ به سرجمع گلوبال تعرفه زایمان طبیعی اضافه می گردد. (۱۱۲-۱۴)
بلوک	۵-۱۳- اگر بلوک اعصاب محیطی توسط پزشک بیهوشی انجام شود می توان زمان + پایه بیهوشی را محاسبه نمود. (زمان بیهوشی از شروع بلوک تا یک ربع بعد از اتمام جراحی می باشد.) (۱۱۲-۰۸)
سرپایی	۵-۱۴- اگر اعمالی نظیر اندوسکوپی یا کولونوسکوپی تشخیصی که عموماً بدون بیهوشی جنرال انجام میشوند با بیهوشی جنرال انجام شود محاسبه حق الزحمه بیهوشی منوط به تأیید پزشک معتمد می باشد. (۱۲ - ۱۱۲)

اطاق

۵-۱۵- متخصص بیهوشی فقط مجاز به اداره هم زمان دو اطاق عمل در اعمالی با ریسک ۱ و ۲ و یا اداره یک اطاق عمل در اعمالی با ریسک ۳ و ۴ هستند. (۱۳-۱۱۲)

شیمی درمانی

۵-۱۶- در شیمی درمانی کودکان به همراه بیهوشی جنرال یا یکی دیگر از انواع بیهوشی می توان به صورت گلوبال K ۵ بیهوشی محاسبه نمود. (۱۶-۱۱۲)

MRI

۵-۱۷- به ازای هر درخواست MRI یک یا چند ناحیه همراه با بیهوشی حداکثر یکبار تعرفه ردیف ۶۲۱ خدمات تشخیصی درمانی قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ش ۱۸-۱۱۲)

۶ - اتاق عمل OR

استهلاک	۶-۱-۵۰٪ حق جراح بعنوان اتاق عمل (منظور استهلاک تجهیزات ثابت مثل تخت / چراغ / ساکشن / کوتر / مواد شوینده و ...) به کلیه اعمال جراحی که توسط جراح و در اتاق عمل انجام شوند و تخت روز داشته باشند تعلق می گیرد. (در زایمان نیز ۵۰٪ محاسبه گردد) (۸-۱۰۶)
اکو	۶-۲-۵۰٪ OR به آندوسکوپی ، اکو قلب ، هولتر و تست ورزش تعلق نمی گیرد .انجام آندوسکوپی در اتاق عمل با بیهوشی عمومی استثناء بوده و ۵۰٪ تعلق می گیرد. (۵-۱۰۶)
۶ ساعت	۶-۳- در کلیه موارد بستری زیر ۶ ساعت ۵۰٪ OR تعلق نمی گیرد. بجز محاسبه انجام اعمال گلوبال در زیر ۶ ساعت. (۵-۱۰۶)
محدود	۶-۴- در مراکز جراحی محدود ۵۰٪ OR تعلق می گیرد. (۷-۱۰۶)
میکروسکوپ	۶-۵- ۵۰٪ اتاق عمل شامل حق استفاده از میکروسکوپ یا اندوسکوپ یا آرتروسکوپ یا لیزر یا ... نمی گردد. (۱۱-۱۰۹)
سرپایی	۶-۶- پرداخت ۵۰٪ هزینه استهلاک اتاق عمل در اعمال سرپایی که در اتاق عمل و همراه بایبیهوشی عمومی انجام میگیرد بلامانع است ولی در سایر اعمال سرپایی هزینه ۵۰٪ استهلاک در تعهد نمی باشد. (ش ۱۰-۱۰۶)

۲- ویزیت

محاسبه	۱-۷- نحوه محاسبه تعداد ویزیت = تفریق تاریخ ترخیص از تاریخ پذیرش + ویزیت روز ترخیص (۱۰۷-۰۱)
مقیم	۲-۷- ویزیت های پزشک مقیم در ICU (K ۴۲ داخلی) در تعهد سازمان نمی باشد. (۱۰۷-۰۲)
انترن	۳-۷- ویزیت انترن در تعهد نمی باشد. (۱۰۷-۱۴)
رزیدنت	۴-۷- ویزیت رزیدنت معادل پزشک متخصص در تعهد است. (۱۰۷-۰۳)
روانی	۵-۷- حداکثر ویزیت جهت بیمار روانی مزمین ۴ ویزیت طی یک ماه می باشد. (۱۰۷-۰۴)
بیهوشی	۶-۷- ویزیت پزشک بیهوشی که منجر به عمل جراحی شده است قبل و یا بعد از عمل جراحی محاسبه نمی شود. (۱۰۷-۰۶)
تعرفه	۷-۷- ویزیت روز اول معادل K ۲۰ داخلی و روزهای بعد K ۱۵ داخلی و ویزیت روز ترخیص K ۸/۵ داخلی محاسبه شوند. (۱۰۷-۰۸)
نوزاد	۸-۷- ویزیت روز اول نوزاد K ۲۳ داخلی و روزهای بعد K ۱۵ داخلی محاسبه شود. (۱۰۷-۰۸)
روانی	۹-۷- بیماران روانی حداکثر ۲ ماه طی یک سال روانی حاد پذیرفته و روزانه یک ویزیت تعلق می گیرد. (۱۰۷-۰۹)
ویژه	۱۰-۷- حداکثر ویزیت پزشک معالج در CCU و ICU همانند سایر بخش ها یک ویزیت طی ۲۴ ساعت می باشد. (۱۰۷-۱۴)
اورژانس	۱۱-۷- در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش و عدم استفاده از دفترچه در ویزیت اورژانس می توان علاوه بر ویزیت روز اول یک ویزیت سرپائی نیز محاسبه نمود. (۱۰۷-۱۳)
ویژه	۱۲-۷- در NICU ویزیت روزانه محاسبه نمی شود. (۱۰۷-۱۵)
زنان	۱۳-۷- در ویزیت سرپائی پزشک زنان اگر پاپ اسمیر انجام شود علاوه بر ویزیت حق برداشت نمونه نیز محاسبه شود. (۲۲۰-۰۱)

بیهوشی	۷-۱۵- حق ویزیت پزشکان متخصص بیهوشی (به جز قبل و بعد از اعمال جراحی) معادل دیگر متخصصین می باشد. (ش ۱۹-۲۲۰)
همراه خدمت	۷-۱۶- خدماتی که ارزش آنها براساس K جراحی است ویزیت همزمان پرداخت نمی شود مگر سهم سازمان آن از دو برابر سهم سازمان یک ویزیت کمتر باشد. خدماتی که ارزش آنها بر اساس K داخلی است یک ویزیت همزمان قابل پرداخت است. (ش ۲۰-۲۲۰)
چند خدمت	۷-۱۷- ارائه چند خدمت همزمان به بیمار تنها یک ویزیت قابل محاسبه است. (ش ۲۱-۲۲۰)
مقیم	۷-۱۸- به پزشک مقیم در ICU ویزیت پرداخت نمیگردد. (ش ۲۰-۱۰۷)
دندانپزشک	۷-۱۹- حق ویزیت دندانپزشکان معادل ویزیت پزشکان عمومی است. (ش ۲۲-۲۲۰)
دندانپزشک	۷-۲۰- حق ویزیت دندانپزشکان متخصص معادل پزشکان متخصص است. (ش ۲۲-۲۲۰)
تخصص	۷-۲۱- محاسبه ویزیت سرپائی متخصصین در خصوص ویزیت خارج از محدوده تخصصی خود بلامانع است. (۲۲۰-۰۳)
سرپایی	۷-۲۲- دستوربستری بعنوان ویزیت درنسخ سرپائی قابل محاسبه است. (۲۲۰-۰۴)
خصوصی	۷-۲۳- ویزیت سرپائی در مراکز خصوصی طرف قرارداد بر اساس تعرفه ویزیت بخش خصوصی قابل محاسبه است. (۲۲۰-۱۶)
فلوشیپ	۷-۲۵- ویزیت فلوشیپ مطابق متخصص محاسبه شود. (ش ۲۳-۲۲۰)
امضا ریاست	۷-۲۷- در اسناد بستری مهر و امضاء ریاست بیمارستان بجای پزشک معالج و یا مشاور (فقط در پزشکان غیر ۲k) پذیرفته است. (۱۶-۱۰۷)
عمومی	۷-۲۸- ویزیت پزشکان عمومی تنها در بخش اورژانس و درارتباط با خدمات سرپایی پذیرفته است. دستور بستری و ویزیت در بخش بستری مورد قبول توسط پزشک عمومی نمی باشد. (۱۸-۱۰۷)
طب اورژانس	۷-۲۹- انجام خدمات در تعهد در بخش اورژانس توسط متخصصین طب اورژانس همانند دیگر متخصصین محاسبه می گردد. (۱۷-۲۲۰)

طب فیزیکی ۷-۳۰- متخصصین طب فیزیکی نمی توانند درخواست ویزیت در مورد

بیماران ارجاعی (جهت انجام فیزیوتراپی) بنمایند. (۱۸-۲۲۰)

اسمیر

۷-۳۱- در موارد سرپایی به پزشک زنان پاپ اسمیر به همراه ویزیت

اگر انجام داده باشد هر دو مورد محاسبه می گردد. (۰۱-۲۲۰)

هسته ایی

۷-۳۲- در پزشکی هسته ایی هزینه ویزیتی که به همراه خدمت انجام

میگردد محاسبه نمیشود. (۱۵-۲۲۰)

طب پیشگیری ۷-۳۳- در صورت مراجعه بیمه شده جهت تشخیص یا درمان بیماری

به متخصص طب پیشگیری، معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی

پرداخت می گردد. (در صورت شناسایی و کشف بیماریها در تعهد

نمی باشد). (ش ۲۴-۲۲۰)

آنژیوپلاستی

۷-۳۴- پرداخت ویزیت روزانه همزمان بابتستری جهت آنژیوپلاستی

به همان پزشک در تعهد نمی باشد. (ش ۲۵-۲۲۰)

متخصص بالینی

۷-۳۵- تعرفه ویزیت متخصصین رشته های بالینی در

بیمارستانهای خصوصی بر مبنای تعرفه پزشک متخصص بخش

دولتی قابل پرداخت می باشد. (ش ۲۶-۲۲۰)

م- برخی از بالینی ۷-۳۶- تعرفه ویزیت متخصصین برخی رشته های بالینی پزشکی

نظیر متخصصین رادیولوژی، پاتولوژی، طب هسته ای شاغل در بخش

دولتی بر مبنای تعرفه ویزیت پزشک متخصص و شاغل در بخش

خصوصی بر مبنای تعرفه پزشک عمومی دولتی قابل محاسبه

است. (ش ۲۶-۲۲۰)

متخصص غیر بالینی ۷-۳۷- متخصصین رشته های علوم پایه پزشکی نظیر پزشکی

اجتماعی، ویروس شناسی، انگل شناسی و... شاغل در بخش دولتی

و خصوصی معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی دولتی قابل پرداخت

می باشد. (ش ۲۶-۲۲۰)

۸- مشاوره

تعداد	۸-۱- برای یک بیمار حداکثر ۳ مشاوره جهت یک پزشک با یک تخصص طی یک دوره بستری قابل محاسبه است. (در بیمارستان مطهری طبق توافق عمل گردد). (۰۲-۱۰۸)
حداکثر	۸-۲- برای یک بیمار حداکثر ۶ مشاوره بابت مجموع مشاوره های پزشکان انجام دهنده مشاوره طی یک دوره بستری قابل محاسبه است. (۰۲-۱۰۸)
معمول	۸-۳- در اعمال الکتیو مشاوره های معمول مانند تخصص های قلب و داخلی اگر دلایل علمی و یا ریسک جراحی ۳ یا بیشتر نداشته باشند در تعهد نیستند. (۰۳-۱۰۸)
حداکثر	۸-۴- مشاوره های بیش از ۳ عدد بابت یک پزشک و یا ۶ عدد بابت یک دوره حذف شده و معادل ویزیت محاسبه نمیشوند. (۰۵-۱۰۸)
ژنتیک	۸-۵- مشاوره ژنتیک در تعهد نیست. (۰۶-۱۰۸)
تعرفه	۸-۶- هر مشاوره بستری معادل K۲۰ داخلی محاسبه شود. (۰۸-۱۰۷)
مدعو	۸-۷- هر مشاوره متخصص مدعو معادل ۲۰ واحد داخلی محاسبه شود. (۰۷-۱۰۸)

۹- آزمایش

- پذیرش و خونگیری** ۹-۱- از ابتدا تا انتهای بستری یک بیمار تنها یک نوبت کدبین المللی ۸۰۰۰۱ تعرفه آزمایشگاه قابل محاسبه بوده و بابت هر روز که بیمار خونگیری شده است فقط یک بار کد ۸۰۰۰۳ آزمایشگاه قابل محاسبه است. (۱۱۳-۰۲)
- همزمان** ۹-۲- درخواست همزمان FBS و GTT فقط GTT محاسبه شود.
- در درخواست تست گراویندکس و BhcG فقط BhcG محاسبه شود.
- در درخواست همزمان Hb و HCT, CBC فقط CBC محاسبه شود.
- در درخواست همزمان پلاکت و CBC فقط CBC محاسبه شود.
- در درخواست همزمان T.G و کلسترول و HDL و LDL فقط کلسترول TG و HDL محاسبه شود. (با داشتن تأییدیه اداره نظارت مبنی برداشتن کیت مستقل L D L محاسبه شود.) (۱۱۳-۰۱)
- کاروی تایپ** ۹-۳- آزمایشات کاروی تایپ (ژنتیک) در بارداری بالای ۳۴ سالگی و در آمنوره اولیه و درنازایی در تعهد است. اما در آمنوره ثانویه و بیماری قلبی مادرزادی در تعهد نمی باشد. (۱۱۳-۰۶)
- Breath Test ۹-۴- ردیف ۴۲۷ (کد بین المللی ۸۳۰۱۹) جهت تست فوق (تشخیص سوء جذب کربوهیدراتها) است. (۱۱۳-۰۷)
- روتین** ۹-۵- انجام روتین HIV و HBSAg جهت بیماران در تعهد نمیباشد. (۱۱۳-۱۱)
- فاقد تعرفه** ۹-۶- تمامی خدمات آزمایشگاهی که فاقد تعرفه میباشند در تعهد نمی باشند. (۱۱۳-۱۲)
- کربن ۱۳** ۹-۷- تست تنفسی هلیکوباکتر با کربن ۱۳ در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۱۰)
- تومور مارکر** ۹-۸- فقط آزمایشات ردیف ۲۲۰ الی ۲۲۹ (تومور مارکرها) اگر با روش کمی لومینانس انجام شوند با این روش قابل محاسبه هستند. (۱۱۳-۱۴)

پیوند ۹-۹- تستهای آزمایشگاهی قبل از عمل پیوند کلیه جنبه غربالگری

نداشته و قابل پرداخت است مانند HBS، HIV و..... (۱۳-۱۱۳)

اتوانتی بادی ۹-۱۰- کد بین المللی ۸۰۲۰۷ جهت اندازه گیری اتوانتی بادیها به

روش الیزا در تعهد نمی باشد. (ش ۶۹-۸۰۰)

ژنتیک ۹-۱۱- آزمایشات ژنتیک قبل از ازدواج در تعهد نمیباشد. (ش ۷۰-۸۰۰)

روش ۹-۱۲- آزمایشی که بیش از یک روش انجام داشته باشد در صورت عدم

قید نوع روش، پایین ترین تعرفه موجود پرداخت میشود. (ش ۱۶-۱۱۳)

تومور مارکر ۹-۱۳- تومور مارکر با کد بین المللی ۸۸۳۴۲ (رنگ آمیزی

ایمونوهیستو شیمی) پس از تایید نظارت مبنی بر انجام روش فوق قابل

پرداخت است. (ش ۱۷-۱۱۳)

FTI ۹-۱۴- در صورت درخواست FTI به تنهایی در نسخه برابر تعرفه T۴ و

T۳RUP قابل محاسبه است. (ش ۱۸-۱۱۳)

پروفایل ۹-۱۵- آزمایشات پروفایل A و B در نقص های ژنتیکی، فقط آزمایشات

بررسی اسیدهای آمینه با روش HPLC برابر ردیفهای ۹۶ و ۹۷ با کد

بین المللی ۸۲۴۸۶ و ۸۲۴۹۱ قابل پرداخت است. (ش ۱۹-۱۱۳)

تست گروهی ۹-۱۶- درخواست تستهای گروهی مانند حجاج و که جنبه

غربالگری و چکاپ دارد در تعهد نیست. (Screening) (۱۲-۲۱۵)

حق فنی ۹-۱۷- حق فنی خدمات پاتولوژی و سیتولوژی و آزمایشگاهی در

تعهد سازمان نمی باشد و آزمایشگاههای واجد شرایط می توانند آنرا از

بیمه شده دریافت دارند. (۰۹-۱۱۳) و (۱۳-۲۱۵)

پروستات ۹-۱۸- بابت انجام بیوپسی پروستات به روش TRUSGB با بررسی

ماکروسکوپی و میکروسکوپی توسط آزمایشگاهها تعرفه ۶۱۷

رادیولوژی (بیوپسی از هرا رگان تحت سونو) همراه با آسیب شناسی

تشریحی با کد بین المللی ۸۸۳۰۵-۳۱ از تعرفه آزمایشگاه پرداخت

شود. (ش ۲۰-۱۱۳)

روش نواری ۹-۱۹- هزینه بابت انجام آزمایشات به روش نواری به جای کیت

پرداخت نمی گردد. (ش ۷۱-۸۰۰)

- آنزیم قلب** ۹-۲۰- اندازه گیری آنزیم های قلبی توسط Cardiac Reader بر اساس تعرفه های موجود آزمایشگاه قابل پرداخت است. (ش ۲۱-۱۱۳)
- قبل از تولد** ۹-۲۱- آزمایشات قبل از تولد کاربوتایپ (ژنتیکی) تا پایان ماه چهارم بارداری از نظر بیمه قابل پرداخت است. (ش ۲۲-۱۱۳)
- CVS** ۹-۲۲- نمونه گیری از جفت (CVS) جهت تشخیص تالاسمی معادل بیوپسی از هوارگان تحت سونوگرافی قابل پرداخت است. (ش ۲۳-۱۱۳)
- همودیالیز** ۹-۲۳- آزمایش HCVab برای بیماران همودیالیزی حسب مورد و درخواست پزشک قابل پرداخت است. (ش ۲۴-۱۱۳)
- هموسیستین** ۹-۲۴- آزمایش هموسیستین به روش الیزا قابل پرداخت نمی باشد. (ش ۷۲-۸۰۰)
- هموسیستین** ۹-۲۵- آزمایش هموسیستین به روش HPLC بصورت آزمایش کروماتوگرافی پرداخت گردد. (ش ۲۵-۱۱۳)
- Torch** ۹-۲۶- تعرفه آزمایش Torch شامل TOXO ، روبلا ، CMV و هرپس می باشد که جمعاً قابل پرداخت است. (ش ۲۶-۱۱۳)
- R . F** ۹-۲۷- CRP و RF (ردیف ۳۱۱ و ۳۱۳) عمدتاً به روش کیفی انجام ومحاسبه میشوند ولی در صورت درخواست به روش کمی نیز پرداخت بلامانع است. (۱۵ - ۱۱۳)
- کلی** ۹-۲۸- آزمایشاتی که بصورت کلی درخواست میشوند مانند LFT / یونوگرام و... غیر قابل محاسبه می باشند. (۱۲ - ۱۱۳)
- آنتی بادی** ۹-۲۹- اگر نوع آنتی بادی توسط پزشک معالج درخواست نشده باشد فقط یک ردیف قابل محاسبه است. (۱۴ - ۱۱۴)
- تفسیر گاز** ۹-۳۰- هزینه تفسیر گازهای شریانی به همراه ABG در تعهد نمی باشد. (ش ۸۰-۸۰۰)
- یورودینامیک** ۹-۳۱- خدمات یورودینامیک طبق کتاب کالیفرنیا محاسبه گردد. (ش ۲۷-۱۱۳)
- نوع درخواست** ۹-۳۲- کلیه آزمایشات درخواستی توسط پزشکان در صورتی قابل پرداخت هستند که بصورت مشخص وبه تفکیک سرفصلهای تعرفه آزمایشگاه باشند. (ش ۲۸-۱۱۳)

۱۰- رادیولوژی

۱۰-۱ MRI سرپایی جهت بیش ازدوناحیه نیاز به تائید توسط نماینده ویا اداره کل نداشته وهزینه آن براساس ضوابط مربوط به MRI قابل پرداخت است.(ش ۳۰-۱۱۴)	MRI
۱۰-۲ سونوگرافی کالرداپلرورتبرال فعلاً درتعهد نمیباشد.(۵۵-۸۰۰)	ورتبرال
۱۰-۳ به CVS (نمونه گیری ازجفت) جهت تشخیص تالاسمی تعرفه بیوپسی هر ارگان تحت سونو تعلق می گیرد.(۰۶-۱۱۴)	CVS
۱۰-۴ UBM (اولتراسونیک بی میکروسکوپ) برای تشخیص ضایعات اتاق قدامی چشم برابر تعرفه رادیولوژی درتعهد است. (ش ۶۲-۱۲۳)	UBM
۱۰-۵ CTS برای بیش از دو ناحیه نیاز به توضیح و ذکر تشخیص توسط پزشک متخصص دارد(۱۰-۲۰۵) و اگر بیش از دو نقطه و بدون تائید باشد تنها دو نقطه در حداقل قیمت محاسبه گردد. (۱۵-۲۰۵)	سی تی
۱۰-۶ موارد اسپیرال تابع بخشنامه مربوطه می باشد.(۱۰-۲۰۵)	اسپیرال
۱۰-۷ آنژیو گرافی یک چشم تعرفه ردیف ۲۳۱ و دوچشم تعرفه ردیف ۲۹۶ تعلق می گیرد. (۰۷-۱۱۴)	چشم
۱۰-۸ M.R.V (MR ونوگرافی) معادل حداقل تعرفه ساده آن عضو بدون تزریق محاسبه گردد. (۱۴-۲۰۵)	MRV
۱۰-۹ M.R.U (MR اوروگرافی) و M.R آرتروگرافی معادل حداقل تعرفه ساده آن عضو بدون تزریق محاسبه شود. (۱۴-۲۰۵)	جدید
۱۰-۱۰ I.C.G (آنژیوگرافی چشم با ماده حاجب ایندوسیانید گرین) در تعهد نمی باشد. (۳۹-۸۰۰)	چشم
۱۰-۱۲ فتودینامیک تراپی در تعهد نمی باشد. (۴۷-۸۰۰)	P D T
۱۰-۱۳ درخواست CT اسکن ستون فقرات بصورت کلی(گردنی/پشتی ویا لومبوساکرال) حداکثر ردیف ۴۵۱ تعرفه رادیولوژی برای هرناحیه قابل محاسبه است.(بیش ازدوناحیه تائیدنیا دارد.) (۱۶-۲۰۵)	CT

تراکم	۱۰-۱۴- تراکم استخوان حسب مواردبخشنامه وبادرخواست فوق تخصص های غدد - روماتولوژی- نفرولوژی نیازبه تأیید اداره کل ندارند. (۳۹-۱۲۳)
MRCP	۱۰-۱۵- MRCP (مگنتیک رزونانس کلانژیوپانکراتوگرافی) بررسی مجاری صفراوی از طریق MRI برابر MRI کلانژیوگرافی قابل محاسبه است. (ش ۱۷-۱۱۴)
بایت وینگ	۱۰-۱۶- رادیوگرافی بایت وینگ همانند هزینه رادیوگرافی پری اپیکال می باشد. (ش ۱۸-۱۱۴) و (ش ۲۸-۱۱۴)
Orbscan	۱۰-۱۷- هزینه Orbscan برابر سونوگرافی چشم (A اسکن و B اسکن) با هم برای هرچشم قابل پرداخت است. (۹-۱۱۴)
CT سه بعدی	۱۰-۱۸- سی تی اسکن سه بعدی از هر قسمت بدن همراه با سی تی اسکن ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (ش ۱۹-۱۱۴)
کف پا	۱۰-۱۹- رادیوگرافی کف پا خوابیده روبرو و نیمرخ بر اساس ردیف ۲۲۵ (رادیوگرافی کف پا روبرو ونیمرخ روی یک فیلم) قابل محاسبه است. (ش ۱۹-۱۱۴)
کانفوکال	۱۰-۲۰- اسکن کانفوکال جهت بررسی لایه های قرنیه در تعهد نمیباشد. (ش ۷۳-۸۰۰)
Bone	۱۰-۲۱- در خدمت سی تی اسکن در بافتهای نرم و استخوان هزینه کلیشه Bone window جداگانه پرداخت نمی شود. (ش ۷۴-۸۰۰)
سونو پروستات	۱۰-۲۲- سونوگرافی کالرداپلر پروستات به روش ترانس رکتال به تنهایی و بدون انجام همزمان با بیوپسی پروستات در تعهد نمی باشد. (ش ۷۵-۸۰۰)
CT سیمولاتور	۱۰-۲۳- تعرفه سی تی سیمولاتور برابر تعرفه سی تی اسکن (معمولی یا اسپیرال) ناحیه آناتومیک مربوطه قابل محاسبه است و انجام کامل آن فقط با روش اسپیرال صورت گرفته و در اولویت است. (ش ۲۰-۱۱۴)
MRI	۱۰-۲۴- هزینه MRI تجویز شده توسط پزشک عمومی قابل پرداخت نمی باشد. (ش ۷۶-۸۰۰)

TCD	۱۰-۲۵- سونوگرافی ترانس کرانیال داپلر (TCD) : مراکز رادیولوژی انجام دهنده خدمت تنها بصورت ارجاعی و نورولوژیستها در صورت دارا بودن شرایط لازم ، صرفا جهت بیماران خود می توانند TCD انجام دهند. کلیه نسخ بایستی به تایید نماینده یا اداره کل رسیده باشد. تشخیص اولیه همراه گزارش آن در نسخ الزامی است . TCD شامل بررسی کلیه عروق داخلی جمجمه ای و گردن (کاروتید و تبرال دوطرفه) می باشد. (ش ۲۱-۱۱۴)
IUGR	۱۰-۲۶- بررسی طول سرویکس (IUGR) همراه با سونوگرافی تعیین حاملگی جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. (ش ۷۷-۸۰۰) ۱۰-۲۷- اسکن تیروئید اسکن تیروئید با تکنزیوم با درخواست پزشک عمومی قابل محاسبه است. (ش ۲۲-۱۱۴)
Club foot	۱۰-۲۸- جهت ارزیابی Club foot حداقل ۳ رادیوگرافی درنماهای مختلف تهیه می شود و میتوان رادیوگرافی میچ پا دو جهت و رادیوگرافی کف پا ایستاده روبرویا نیمرخ را پرداخت کرد. (ش ۲۳-۱۱۴) ۱۰-۲۹- استفاده از دستگاه C-ARM در اعمال ارتوپدی معادل تعرفه فلوروسکوپی محاسبه گردد. (ش ۲۴-۱۱۴)
دندانپزشکی	۱۰-۳۰- ملاک محاسبه رادیوگرافی های دندانپزشکی از تعرفه های رادیولوژی در کتابچه تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی است. (ش ۲۵-۱۱۴)
اندوسونو	۱۰-۳۱- هزینه اندوسونوگرافی گوارش بطور گلوبال معادل ۲۹۰ واحد داخلی می باشد. (دارو و لوازم اضافه شوند). (ش ۲۶-۱۱۴)
Wire	۱۰-۳۲- کارگذاری Wire زیرگایدسونو معادل بیوپسی ازهرارگان تحت سونو محاسبه گردد. (ش ۲۷-۱۱۴)
پر هزینه	۱۰-۳۳- خدمات پرهزینه پرتوپزشکی شامل خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن ، MRI ، پزشکی هسته ای (بجز اسکن و جذب یدتیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل است. (ش ۲۸-۱۱۴)

پزشک عمومی ۱۰-۳۴- نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتوپزشکی

قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد. (ش ۲۸-۱۱۴)

ریپورت ۱۰-۳۵- الصاق تصویر گزارش یا ریپورت خدمات پرهزینه پرتوپزشکی

به نسخ ارسالی الزامی است. (ش ۲۸-۱۱۴)

همزمان ۱۰-۳۶- در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی ساده وبا ماده حاجب

(خوراکی یا تزریقی) از یک عضو یا ناحیه ، تعرفه رادیوگرافی ساده

آن قابل محاسبه نمی باشد. (ش ۲۸-۱۱۴)

KUB و IVP ۱۰-۳۷- درخواست همزمان KUB و IVP توسط پزشک معالج ، تعرفه

KUB پرداخت نمی شود. (ش ۲۸-۱۱۴)

میلوگرافی ۱۰-۳۸- به تعرفه میلوگرافی می بایست هزینه تزریق اینتراتکال اضافه

شود. (ش ۲۸-۱۱۴)

پرتابل ۱۰-۳۹- رادیوگرافی پرتابل در منزل در تعهد نیست. (ش ۲۸-۱۱۴)

سونو شکم ۱۰-۴۰- درسونوگرافی ناحیه شکم اگر احشاء داخل شکمی به تفکیک

درخواست شود چنانچه مجموع تعرفه درخواستی از تعرفه سونوگرافی

شکم تجاوز نماید حداکثر تعرفه سونوگرافی شکم محاسبه گردد.

(ش ۲۸-۱۱۴)

سونو غدد ۱۰-۴۱- سونوگرافی غدد پارا آئورتیک معادل تعرفه سونوگرافی

رتروپریتونئ یا آئورت شکمی است. (ش ۲۸-۱۱۴)

سه بعدی ۱۰-۴۲- سونوگرافی سه بعدی در تعرفه نمی باشد. (ش ۲۸-۱۱۴)

پزشک عمومی ۱۰-۴۳- در موارد اوژانس و تروما ، درخواست سی تی اسکن مغز بدون

تزریق توسط پزشک عمومی با مهر اورژانس قابل قبول است.

(ش ۲۸-۱۱۴)

MSCT ۱۰-۴۴- سی تی اسکن مولتی اسلایس MSCT (MDCT) به ویژه

سی تی آنژیوگرافی عروق کرونر در تعهد نمی باشد. (ش ۷۹-۸۰۰)

Ct آندوسکوپی ۱۰-۴۵- سی تی آندوسکوپی هارگان (Virtual کولونوسکوپی)

بوسیله دستگاه سی تی اسکن اسپیرال سینگل اسلایس برابر ردیف

۴۷۳ تعرفه خدمات رادیولوژی قابل محاسبه است. (ش ۲۹-۱۱۴)

TPS

۱۰-۴۶- هزینه خدمت سی تی اسکن اسپیرال تری فازیک شکم
(TPS) برابر تعرفه ردیف ۴۴۱ تعرفه رادیولوژی بعلاوه ۳۰٪ اضافه
بابت اسپیرال قابل محاسبه است. (ش ۳۱-۱۱۴)

تشخیص اولیه

۱۰-۴۷- پذیرش نسخ پرتوپزشکی تازمان فرهنگ سازی و اطلاع
رسانی کافی درخصوص ذکر تشخیص اولیه درنسخ از مراکز بلامانع
است. (ش ۳۲-۱۱۴)

دیجیتال

۱۰-۴۸- تعرفه خدمات رادیوگرافی دیجیتال حداکثر برابر با تعرفه خدمات
رادیوگرافی معمولی قابل پرداخت است. (ش ۳۳-۱۱۴)

MSCT

۱۰-۴۹- انجام خدمات سی تی آنژیوگرافی دارای تعرفه مشخص که
بوسیله دستگاه سی تی اسکن مولتی اسلایس انجام می گیرد در تعهد
هستند. (ش ۳۴-۱۱۴)

۱۱- شیمی درمانی

- بستری** ۱۱-۱- شیمی درمانی و رادیوتراپی اصولاً درمانی های سرپائی هستند و فقط در صورت درخواست پزشک معالج و بستری شدن بیمار می توان علاوه بر مبالغ شیمی درمانی و رادیو تراپی ریز هزینه ها را نیز محاسبه نمود. (ش ۰۴-۱۲۰)
- گلوبال** ۱۱-۲- هر جلسه شیمی درمانی ویریدی معادل ۳۰ k داخلی / داخل نخاعی ۳۶/۵k داخلی بصورت گلوبال قابل محاسبه می باشند .
(دستمزد پونکسیون لومبر و یا نواحی دیگر جداگانه محاسبه شوند.)
(اگر در شرایط خاص بیش از ۶ ساعت در بخش اورژانس بستری شود هزینه هتلینگ نیز محاسبه میگردد. (۰۳ - ۱۲۰)
- ۲ K** ۱۱-۳- شیمی درمانی چنانچه توسط اعضای هیئت علمی انجام شود بصورت ۲ K محاسبه می گردد. (ش ۰۵-۱۲۰)

۱۲- دیالیز

- حاد** ۱۲-۱- همودیالیز بیماران در مرحله نارسائی حاد کلیه در شش جلسه اول برابر ۱۰۵ k داخلی بابت هر جلسه محاسبه شود. (۰۱-۱۲۱)
- مزمن** ۱۲-۲- همودیالیز بیماران در مرحله مزمن نارسائی کلیه هر جلسه ۸۵ k داخلی محاسبه شود. (۰۱-۱۲۱)
- صفاقی** ۱۲-۳- دیالیز صفاقی C.A.P.D بابت یک دوره کامل با کلیه خدمات ارائه شده و با آموزش در منزل ۱۰۰ k جراحی محاسبه شود .
(۰۷ - ۱۰۴) و (۰۲ - ۱۲۱)
- فرانشیز** ۱۲-۴- همودیالیز حاد (برای ۶ جلسه اول) مشمول حذف فرانشیز بیماران خاص نمی باشد. (ش ۰۵-۱۲۱)
- مسئول فنی** ۱۲-۵- پزشکان فوق تخصص نفرولوژی و یا متخصص داخلی می تواند مسئولیت فنی بخش دیالیز را داشته باشد. (۰۴-۱۲۱)

۱۳- بیماران خاص

- شامل** ۱۳-۱- بیماران خاص شامل بیماران هموفیلی ، تالاسمی ، دیالیزی ، پیوند کلیه و MS می باشند. (ش ۰۵-۱۲۱)
- فرانشیز** ۱۳-۲- از ابتدای سال ۸۵ خدمات مربوط به بیماران خاص شامل : همودیالیز ، تزریق خون ، دیسفرال و تزریق فاکتور معاف از پرداخت فرانشیز بوده و ۱۰۰٪ هزینه را سازمان بیمه پرداخت می نماید. (ش ۰۶-۱۲۱)
- پیوند کلیه** ۱۳-۳- پیوند کلیه شامل حذف فرانشیز بیماران خاص نمی گردد. (ش ۰۵-۱۲۱)
- هموفیلی** ۱۳-۴- بیماریهای خونریزی دهنده مادرزادی مانند ویلبراند ، برناردسولیر و بعنوان هموفیلی بوده و جزء بیماریهای خاص هستند. (ش ۰۷-۱۲۱)
- فرانشیز** ۱۳-۵- فرانشیز دیالیز سرپایی و بستری برای بیماران غیر خاص تابع صندوق مربوطه است. (ش ۰۸-۱۲۱)
- خدمات خاص** ۱۳-۶- خدمات خاص : همودیالیز، تزریق خون و دیسفرال و فاکتور شامل حذف فرانشیز بوده و مابقی خدمات بافرانشیز ۱۰٪ دربخش بستری و ۳۰٪ دربخش سرپایی می باشد. (ش ۰۶-۱۲۱)
- اسپلنکتومی** ۱۳-۷- هزینه فرانشیز جراحی اسپلنکتومی در بیماران خاص تالاسمی رایگان است. (ش ۰۹-۱۲۱)

۱۴- فیزیوتراپی

عضو	۱۴-۱- در هر جلسه حداکثر دو عضو قابل محاسبه است. (حتی جهت بیماران کوادری پلژی و cp) (۲۲۵-۰۷)
جلسه	۱۴-۲- حداکثر جلسات قابل محاسبه برای یک یادو عضو ۱۰ جلسه بوده و در شرایط خاص برای یک عضو الزاماً با تأیید نماینده ناظر تا ۲۰ جلسه می باشد. (۲۲۵-۰۷)
عمومی	۱۴-۳- فیزیوتراپی در منزل ، در موارد زیبایی ، در موارد تجویز توسط پزشک عمومی در تعهد نمی باشد. (۲۲۵-۰۷)
روزانه	۱۴-۴- حداکثر یک جلسه طی ۲۴ ساعت در تعهد می باشد. (۲۲۵-۰۷)
لیزر تراپی	۱۴-۵- روش و اعمال فاقد تعرفه مثل لیزر تراپی در تعهد نمی باشند. (۲۲۵-۰۷)
واحد	۱۴-۶- حداکثر واحد بابت روش ها در یک جلسه ۵ واحد و حداکثر واحد بابت اعمال ۱۰ واحد می باشد و جمعاً ۱۵ واحد برای یک عضو می باشد. (۲۲۵-۰۷)
واحد	۱۴-۷- در یک جلسه می توان با ذکر تشخیص های زیر حداکثر ۲۰ واحد بابت روش و اعمال محاسبه نمود. (۲۲۵-۰۷) تشخیص ها شامل: MS ، CVA ، فلج مغزی، Post up جراحی اندامها و ستون فقرات ، ضایعات نخاعی ، پارکینسون ، عوارض long term جراحی های مازور و مفاصل بزرگ. (۲۲۵-۱۰)
عدم درج	۱۴-۸- عدم درج تعداد جلسات تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه است. (۲۲۵-۰۷)
عدم نوع	۱۴-۹- در صورت عدم تجویز نوع خدمت فیزیوتراپی حداقل تعرفه (یک عمل و یک روش) جمعاً ۹ واحد پرداخت می شود. (۲۲۵-۰۷)
پزشکان مجاز	۱۴-۱۰- پزشکان مجاز به درخواست فیزیوتراپی شامل متخصصین : مغز و اعصاب (جراح و داخلی)، ارتوپدی، طب فیزیکی، جراحی عمومی، جراحی ترمیمی ، جراح قلب و روماتولوژیست می باشند. (۲۲۵-۰۷)

سایر تخصصها ۱۴-۱۱- پزشکان با سایر تخصصهای مرتبط حداکثر ۱۰ جلسه تک

عضوی پرداخت می شود. (۲۲۵-۰۷)

حرارتی

۱۴-۱۲- برای یک ناحیه از بدن فقط یکی از درمانهای حرارتی سطحی مثل اینفرارد ، هات پک ، کلدپک و حمام پارافین پرداخت می شود.
(۲۲۵-۰۷)

ارجاعی

۱۴-۱۳- متخصصین طب فیزیکی نمی توانند بابت بیماران ارجاعی ویزیت دریافت دارند. (۲۲۵-۰۷)

TENS

۱۴-۱۴- TENS جزء روشها تعیین شده و معادل ۴ واحد فیزیوتراپی است. (ش ۱۳-۲۲۵)

SEP

۱۴-۱۵- تعرفه خدمت SEP (somatosensory Evoked potential) تستهای حسی-سوماتیک برابر کد ۹۵۹-۲۵ می باشد. (ش ۱۴-۲۲۵)

Blink

۱۴-۱۶- تعرفه خدمت رفلکس Blink (پلک زدن) برابر کد ۹۵۹-۳۳ پرداخت شود. (ش ۱۴-۲۲۵)

Jolly test ۱۴-۱۷- تعرفه خدمت Jolly test یا تست محل اتصال عصب به

عضله برابر کد ۹۵۹-۳۷ قابل محاسبه است. (ش ۱۴-۲۲۵)

بهزیستی

۱۴-۱۸- به معلولین تحت پوشش بهزیستی خدمات توانبخشی در مراکز وابسته به بهزیستی پرداخت نمی گردد و در صورت انجام در سایر مراکز طرف قرارداد قابل پرداخت است. (ش ۱۵-۲۲۵)

دخل و تصرف ۱۴-۱۹- فیزیوتراپیست حق دخل و تصرف در نسخ پزشکان را ندارد.
(ش ۱۶-۲۲۵)

APS

۱۴-۲۰- هزینه APS تراپی معادل TENS قابل پرداخت است.
(۲۲۵-۰۳)

خویش فرما

۱۴-۲۱- نسخ فیزیوتراپی در دفاتر خویش فرما در صورتیکه تاریخ نسخه قبل از اتمام اعتبار دفترچه باشد و در حین انجام خدمت اعتبار آن پایان یابد فقط تا روز اعتبار دفترچه تعداد جلسات مورد قبول است. (ش ۱۷-۲۲۵)

پراکتیک

۲۲-۱۴- جهت کایروپراکتیک ها در مراکز طرف قرارداد برابر K

فیزیوتراپی محاسبه شود. (۲۲۵-۰۱)

ناظر

۲۳-۱۴- در موارد بستری : حداکثر عضو در یک جلسه / حداکثر

جلسات و حداکثر جلسه طی یک روز با تأیید نماینده ناظر می تواند

افزایش یابد. (۲۲۵-۱۱)

تعهد

۲۴-۱۴- کلیه خدمات کار درمانی / گفتار درمانی / روان درمانی /

گروه درمانی / خانواده درمانی / ... در تعهد نمی باشند. (۵۳-۸۰۰)

توانبخشی

۲۵-۱۴- در مراکز توانبخشی فقط جهت بیماران دارای معلولیت که

نیاز به جراحی دارند می توان معرفی نامه صادر نمود. (۱۰۴-۰۸)

مانیپولاسیون

۲۶-۱۴- خدمت مانیپولاسیون در فیزیوتراپی در تعهد سازمان نمی باشد.

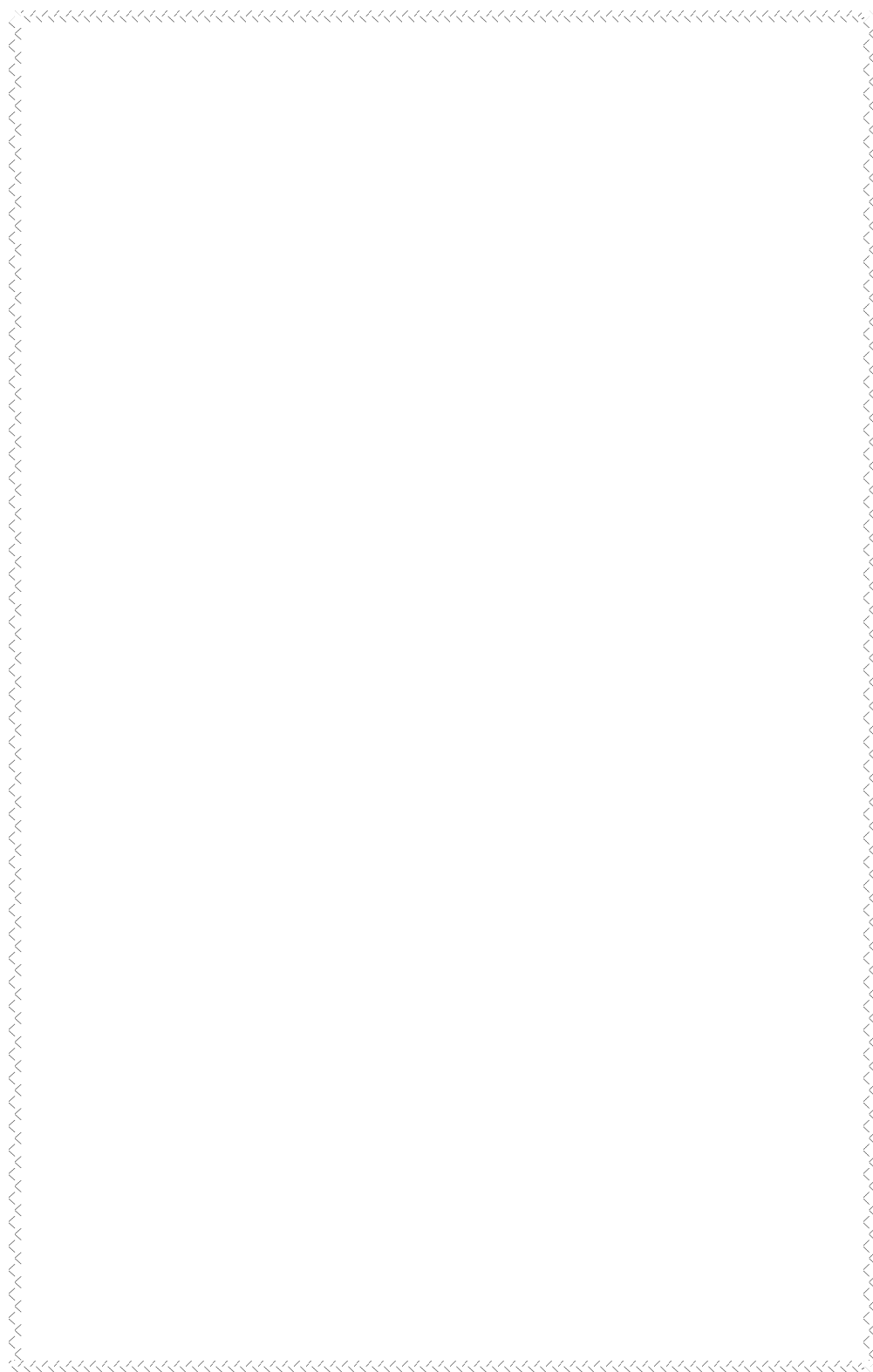
(ش ۸۵-۸۰۰)

بستری شهری

۲۷-۱۴- فیزیوتراپی خدمتی سرپایی بوده و پرداخت هزینه بیمارانی که

صرفاً جهت انجام فیزیوتراپی بستری می گردند (خصوصاً صندوق

بستری شهری) در تعهد نمی باشد. (ش ۸۶-۸۰۰)



۱۵ - گلوبال

- ۶۰ مورد** ۱۵-۶۰ مورد گلوبال براساس موارد اعلام شده باتوجه به درجه ارزشیابی در مراکز دانشگاهی و مسلح و تامین اجتماعی قابل اجرا می باشند. (ش ۱۰-۱۵۳)
- سرپایی** ۱۵-۲- انجام اعمال گلوبال بیمارستانها بصورت سرپایی در صورت عدم کاهش کیفیت خدمات درمانی قابل محاسبه بصورت اسناد بستری می باشد. (۰۲-۱۵۳)
- ۸۱ مورد قلب** ۱۵-۳- تعرفه ۸۱ مورد قلب و عروق در مراکز دانشگاهی / دولتی / خصوصی قابل اعمال می باشد. (۰۱-۱۰۰)
- شامل** ۱۵-۴- پاتولوژی / داروها / وسایل مصرفی / نوار قلب / مشاوره ها و سونوگرافی ها در گلوبال منظور شده اند و مجزا محاسبه نمی شود. (۰۲-۱۰۰)
- ۲ K** ۱۵-۵- در ردیف های ۳۶ و ۴۷ گلوبال (حق ویزیت نوزاد) در صورتی که توسط پزشک مشمول ۲ k انجام شود. دوبرابر حق ویزیت + گلوبال می باشد. (۰۴-۱۵۳)
- لاپاراسکوپ** ۱۵-۶- اعمال گلوبال اگر با لاپاراسکوپ و یا میکروسکوپ انجام شوند از گلوبال خارج نشده بلکه گلوبال + ۲۵٪ کد پایه جراحی محاسبه می شود. (۰۳-۱۵۳)
- اضافه** ۱۵-۷- مواردی نظیر MRI، آنژیوگرافی، رادیوتراپی واکو، سی تی اسکن، تست ورزش، اندوسکوپی ها (در ریزهزینه های گلوبال ذکر نشده اند) باتأیید نماینده و الصاق گزارش قابل محاسبه به همراه گلوبال میباشند. (ش ۱۰-۱۵۳) و (ش ۱۳-۱۵۳)
- ویژه** ۱۵-۸- پرونده بیمارانی که در طول درمان در بخش های ویژه (سی سی یو / آی سی یو) بستری شده اند غیر گلوبال محاسبه گردد. (۰۲-۱۰۳)
- پروستات** ۱۵-۱۱- پروستاتکتومی سوپراپوبیک در لیست گلوبال قرار ندارد. (۰۸-۱۵۴)

- ۲ K** ۱۵-۹- در صورت انجام جراحی یا بیهوشی در موارد گلوبال توسط پزشک مشمول ۲ K مبالغ ریز آیتم های حق جراح و بیهوشی بصورت ۱ K اضافی قابل محاسبه بوده و به سر جمع گلوبال اضافه می شوند. (۱۵۳-۰۴)
- استثناء** ۱۵-۱۰- ردیف برونکوسکوپي تشخیصی و ردیف سیستو اورترسکوپي با کاتتریزاسیون حالب فقط در موارد بستری قابل محاسبه با مبالغ اعلام شده می باشند . (۰۹ - ۱۵۳)
- دو گلوبال** ۱۵-۱۲- انجام دو عمل گلوبال (و یا یکی گلوبال و یکی غیر گلوبال) با هم در یک پرونده در نتیجه پرونده از گلوبال خارج می شود. (۰۲-۱۰۳)
- کمتر از ۶ ساعت** ۱۵-۱۳- در صورتیکه اعمال جراحی گلوبال در مدت زمانی کمتر از ۶ ساعت تحت بیهوشی انجام گیرد هزینه آن (بصورت بستری) با گلوبال قابل محاسبه است . (ش ۱۵-۱۵۳)
- ناخن و چشم** ۱۵-۱۴- کشیدن ناخن و معاینه چشم زیر بیهوشی در تعرفه گلوبال فاقد تخت روز بوده و در صورت انجام بصورت سرپایی برابر تعرفه گلوبال قابل پرداخت است . (ش ۱۴-۱۵۳)
- پروتز** ۱۵-۱۵- پروتزهای مصرفی در سر جمع گلوبال لحاظ نشده و جداگانه قابل پرداخت است . (ش ۱۳-۱۵۳)
- فوت نوزاد** ۱۵-۱۶- در صورت فوت نوزاد مبلغ تخت نوزاد به مبالغ سزارین یا زایمان طبیعی افزوده نشده و در صورت زایمان چند قلو بر اساس تعداد قل ها ، مبلغ تخت نوزاد افزوده می شود. (ش ۱۱-۱۵۳)
- عوارض** ۱۵-۱۷- هزینه مشکلات ناشی از اعمال جراحی گلوبال (مانند خونریزیهای بعد از عمل و) به سر جمع گلوبال افزوده نمی شود. (ش ۱۳-۱۵۳)
- کراتوتومی** ۱۵-۱۸- عمل جراحی کراتوتومی شعاعی در لیست اعمال گلوبال ، جزء تعهدات سازمان نمی باشد. (ش ۱۲-۱۵۳)
- نوزاد بیمار** ۱۵-۱۹- در صورت بیمار بودن نوزاد پس از ترخیص مادر صورتحساب نوزاد از طرح گلوبال خارج شده و جداگانه قابل محاسبه خواهد بود. (ش ۱۱-۱۵۳)

۱۶- خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات

خم طحالی	۱۶-۱- کلونوسکوپی زیرخم زاویه طحالی برابر کد ۳۰-۴۵۳ (k ۱/۳ جراحی) قابل محاسبه است.(۱۲-۲۷۰)
ECT	۱۶-۲- هر جلسه ECT معادل k ۱۰ داخلی بابت انجام خدمت k+ ۱۵ داخلی بابت ویزیت k+ ۴ بیهوشی قابل محاسبه است. (۲۱-۱۲۳)و(۲۸-۲۷۰)
بیوپسی استخوان	۱۶-۳- انجام بیوپسی مغز استخوان به تنهایی معادل کد ۲۰-۲۰۲ برابر K ۱/۴ جراحی قابل محاسبه است. (ش ۵۱-۱۲۳)
پریمتری	۱۶-۴- پریمتری برابر K۳۰ داخلی بابت یک و یا دو چشم قابل محاسبه است. (۲۲-۱۲۳)
PRP	۱۶-۵- PRP در یک دوره حداکثر شامل ۳ جلسه هر جلسه ۶ واحد جراحی قابل محاسبه است (در صورت درخواست و نیاز جلسه چهارم نیز قابل پرداخت است). (۱۰-۲۷۰)
باز توانی	۱۶-۶- خدمات باز توانی قلب بابت هر جلسه k ۶۲ داخلی به صورت گلوبال و حداکثر ۱۰ جلسه در تعهد بوده و مشمول K ۲ علمی نمی باشد. (۱۵ - ۱۲۳)
کبالت	۱۶-۷- در کبالت تراپی علاوه بر هزینه شان و محاسبه فیزیک جهت اولین جلسه ۲۶ داخلی و از جلسه دوم به بعد به ازاء هر ۳ جلسه بمیزان k ۸ داخلی ویزیت محاسبه شود. (۰۱-۱۲۰)
تالاسمی	۱۶-۸- در تالاسمی ها : هر نوبت تزریق خون معادل ۳۸ واحد داخلی و تزریق وریدی دیسفرال در مرکز معادل ۱۲ واحد داخلی علاوه بر هزینه های فیلتر و آمپول قابل محاسبه اند. (کراس میچ و Hb همزمان محاسبه نشود) (۳۵-۱۲۳) و (۰۳-۱۲۳)
هموفیلی	۱۶-۹- هموفیلی ها : هر نوبت تزریق فاکتور یا پلاسما معادل ۳۲ واحد داخلی محاسبه شود. (۰۴-۱۲۳)

بینایی	۱۶-۱۰- پاکی متری و میدان بینایی معادل سونوگرافی چشم (A اسکن یا B اسکن به تنهایی) و توپو گرافی هر چشم معادل سونوگرافی چشم (A اسکن و B اسکن هردو با هم) در تعهد اند. (۰۹-۱۲۳)
مانومتري	۱۶-۱۱- مانومتري مری برابر کد ۲۰-۹۱۰ معادل ۵۰ واحد داخلی محاسبه شود. (۳۲-۱۲۳)
تنفسی	۱۶-۱۲- اسپيرومتری ساده ۱۰/۵، همراه اسپری ۳۵، ارگواسپیرومتری ۷۲/۵، آستوگرافی ۱۲۵، بادی باکس یا پلتیسموگرافی ۳۰ و با DLCO معادل ۳۰ واحد داخلی قابل محاسبه اند. (۳۴-۱۲۳)
IVIG	۱۶-۱۳- در محاسبه حق الزحمه IVIG از کدهای ۸۰-۹۰۷ بابت ساعت اول و ۸۱-۹۰۷ بابت ساعتهای بعدی استفاده شده و حداکثر ۳۰ K بیشتر پرداخت نشود. در مواردیکه هتلینگ پرداخت میشود هزینه انفوزیون جداگانه پرداخت نمی شود. (۳۸-۲۷۰)
EECP	۱۶-۱۴- EECP (توانبخشی گردش خون) در تعهد نمی باشد. (۳۳-۲۷۰)
پواترایی	۱۶-۱۵- کد ۱۲-۹۶۹ (پواترایی P.U.V.A) بابت هر جلسه ۲۱/۰۰۰ ریال + ۳/۳ واحد داخلی (کد ۱۲-۹۶۹) محاسبه شود. (۱۰-۱۲۳) و (۴۲-۱۲۳)
نیستاکموگرافی	۱۶-۱۶- الکترونیستاکموگرافی با همه هزینه ها بطور گلوبال ۴۵ واحد داخلی محاسبه شود. (۱۴-۱۲۳)
فتوترایی	۱۶-۱۷- تعرفه محاسبه فتوترایی در هر ۲۴ ساعت ۱۱/۰۰۰ ریال است. (۱۹-۱۰۵)
BRAIN	۱۶-۱۸- برین مپینگ ۵۰ واحد داخلی محاسبه شود. (۲۳-۱۲۳)
پریمتری	۱۶-۱۹- پریمتری اتوماتیک بابت هر دو چشم ۳۰ واحد داخلی محاسبه شوند. (۲۲-۱۲۳) و (۱۴-۲۷۰)
هوش	۱۶-۲۰- تست ارزیابی شخصیت معادل ۳۸ واحد داخلی و هوش معادل ۲۸k داخلی و توام با هم ۶۶ واحد داخلی جهت بیماران روانی در تعهد می باشد. (۲۷-۱۲۳)

بنت	۱۶-۲۱- هزینه بنت (بر اساس کدهای ۵۶ و ۵۷-۹۴۶) و مانیتورینگ (بر اساس کدهای ۷۷ الی ۵۸-۹۳۲) بجز بخش های ویژه و اتاق عمل در سایر بخشها با تأیید نماینده قابل محاسبه است. (۴۰-۱۲۳)
رژی	۱۶-۲۲- نحوه محاسبه رژی اسکن : یک روز اقامت + ۶٪ پرستاری + ۲۰ واحد داخلی بابت ویزیت اول + ۲ واحد جراحی بابت کد ۵۰-۵۴۲ + ۵۰٪ اطاق عمل (۴۱-۱۲۳)
یورو	۱۶-۲۳- تعرفه یورودینامیک : کد ۸۹ و ۸۸-۵۱۷ برابر ۳/۵ واحد جراحی بابت E M G با سیستم تروگرام و یوروفلومتری (بابت هر لید اضافی ۱/۵ واحد جراحی اضافه شود). بررسی فشار تخلیه ای مثانه کد ۳۰ و ۲۹-۵۱۷ بابت V.P با سیستم تروگرام. (۳۶-۲۷۰)
کاتترون	۱۶-۲۴- درمان با کاتترون معادل ۷۰ شان مرکب محاسبه گردد. (۰۷-۱۲۳)
ذکر روش	۱۶-۲۵- در اعمال پاراکلینیک اگر روش و یا نوع قید نگردد حداقل تعرفه محاسبه شود. (۰۸-۱۰۴)
PDT	۱۶-۲۶- فتوداینامیک تراپی (PDT) در تعهد نمی باشد. (۴۷-۸۰۰)
ایلمومتری	۱۶-۲۷- اندازه گیری لنز داخل چشمی توسط دستگاه ایلمومتری (IOLM) در تعهد نمی باشد. (۲۹-۸۰۰)
OCT	۱۶-۲۸- استفاده از دستگاه OCT برای تشخیص گلوکوم و ضخامت شبکیه برابر تعرفه در تعهد می باشد. (۶۲-۱۲۳)
گونئوسکوپی	۱۶-۲۹- رفراکشن و گونئوسکوپی جزو معاینات روتین چشم پزشکی بوده و هزینه آن در حق ویزیت لحاظ شده است. (۵۲-۱۲۳)
اکو چشم	۱۶-۳۰- اکوگرافی چشم بر اساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی قابل پرداخت است. (۵۲-۱۲۳)
تست دید	۱۶-۳۱- تست دید رنگ اگر توسط دستگاه صورت گیرد قابل پرداخت است در غیر اینصورت پرداخت نمی شود. (۵۲-۱۲۳)
CMG	۱۶-۳۲- CMG سیستم تروگرام بر اساس کد ۲۵-۵۱۷ تا ۳۳-۵۱۷ کتاب کالیفرنیا پرداخت می شود. (۵۳-۱۲۳)

NCV	۱۶-۳۳- تعداد اعصاب و امواج F و H در NCV: یک اندام حداکثر ۶عصب + ۲ موج F ، دو اندام حداکثر ۹ عصب + ۲ موج H + ۴ موج F ، سه اندام حداکثر ۱۴ عصب + ۲ موج H + ۵ موج F ، چهار اندام حداکثر ۱۶ عصب + ۲ موج H + ۶ موج F هر عصب معادل ۶ واحد داخلی و هر موج H و یا F برابر ۳/۶ واحد داخلی میباشد. (۱۱۷-۰۱)
NCV فاشیا	۱۶-۳۴- جهت NCV اعصاب فاشیای دو طرفی همراه با رفلکس پلک زدن و EMG عضلات صورت حداکثر ۴۰ واحد داخلی است. تعرفه های مذکور شامل کلیه هزینه های تست ، تفسیر و ارائه نتیجه است . (۱۱۷-۰۱)
EMG	۱۶-۳۵- الکترومیوگرافی EMG : یک اندام ۵۰ واحد داخلی دو اندام ۵۳ واحد داخلی ، سه اندام ۵۹ واحد داخلی و چهار اندام ۶۳/۵ واحد داخلی است.(۱۱۷-۰۱)
EEG	۱۶-۳۶- EEG الکتروآنسفالوگرافی بصورت گلوبال معادل ۴۴ واحد داخلی پرداخت می گردد. (۱۲۳-۰۲)
خدمات پایه	۱۶-۳۷- انجام خدمات پایه در ICU و NICU بعهدہ پزشک مقیم بوده که در ۳۰٪ تخت روز لحاظ شده است و جداگانه پرداخت نمیگردد مانند ارزیابی و پایش بیماران و تجویز دارو و... (ش ۵۶-۱۲۳) و (ش ۶۱-۱۲۳)
دیسفرال	۱۶-۳۸- تزریق دیسفرال در منزل با پمپ بصورت ماهیانه معادل ۵۰ واحد داخلی (یکبار در طول ماه) قابل پرداخت است. (۲۷۰-۰۲) و (۱۲۳-۰۳)
رادیوتراپی	۱۶-۳۹- پرداخت هزینه شانهای مختلف رادیوتراپی با در نظر گرفتن جدول اعلام شده بر اساس حداکثر شان قابل محاسبه است و تومورهای نادر و خارج از لیست فوق مطابق نظر رادیوتراپیست می باشد. (ش ۵۷-۱۲۳)
اسپیرومتری	۱۶-۴۰- انجام اسپیرومتری توسط متخصص بیهوشی فقط به منظور بررسی عملکرد ریوی بیماران قبل ، حین و بعد از عمل جراحی قابل قبول است . (۱۱۲-۱۰)
برونکوسکوپی	۱۶-۴۱- برونکوسکوپی تشخیصی همراه با نمونه برداری برابر کد ۲۵-۳۱۶ معادل ۵/۴ واحد جراحی قابل پرداخت است.(ش ۰۳-۱۱۶)

کرایوترایی	۱۶-۴۲- کرایوترایی بر اساس کد ۴۰-۱۷۳ حداکثر تا سقف ۵ واحد قابل پرداخت است. (ش ۵۸-۱۲۳)
آسپیراسیون	۱۶-۴۳- تعرفه آسپیراسیون مغز استخوان بصورت منفرد و یا توام با بیوپسی مغز استخوان برابر ۱/۴ واحد جراحی قابل محاسبه است. (ش ۰۳-۱۱۶)
تست خواب	۱۶-۴۴- تست های خواب در تعهد نمی باشد. (۵۰-۸۰۰)
RFA	۱۶-۴۵- خدمت RFA رادیوفر کوئنسی ابلیشن که برای تومورها با اشعه متمرکز استفاده می شود در تعهد نمی باشد. (۳۷-۸۰۰)
کاپیلاروسکوپی	۱۶-۴۶- کاپیلاروسکوپی (روش تشخیصی جهت مویرگهای انتهایی اندامها) در تعهد نمی باشد. (۱۳-۸۰۰)
انفوزیون	۱۶-۴۷- انفوزیون (تزریق آهسته مایعات درمانی یا سرم درمانی) به جز خون کدهای ۸۱ و ۸۰-۹۰۷ بوده و تزریقات درمانی وریدی جزء کدهای انفوزیون نمی باشند. (۳۷-۲۷۰)
پانسمان	۱۶-۴۸- پانسمان کد ۳۰-۹۰۰ و گاز وباند جزء لوازم مصرفی قابل احتساب به شرط انجام در اورژانس بدون دریافت هزینه هتلینگ و با تکمیل پرونده سرپایی می باشد. (۳/۵ واحد داخلی) (ش ۵۴-۱۲۳)
توانبخشی	۱۶-۴۹- خدمات پیراپزشکی و توانبخشی مانند گفتار درمانی ، کار درمانی ، گروه درمانی و در تعهد نمی باشد. (۵۳-۸۰۰)
آندوسکوپی	۱۶-۵۰- آندوسکوپی گوارش با بیهوشی در موارد خاص با تایید پزشک معتمد و شورای فنی قابل پرداخت است. (ش ۰۴-۱۱۶)
استروبوسکوپی	۱۶-۵۱- استروبوسکوپی برابر کد ۷۹-۳۱۵ معادل ۲ واحد جراحی و ۶ واحد بیهوشی قابل پرداخت است. (۲۳-۲۷۰)
PH متری	۱۶-۵۲- PH متری با ثبت طولانی برابر کد ۳۳-۹۱۰ (حداقل ۲۴ ساعت) معادل ۷۲/۵ واحد داخلی است. (۲۱-۲۷۰) و (۳۱-۱۲۳)
Tremor	۱۵-۵۳- خدمت Tremor Study در حین انجام EMG بوده و همزمان جداگانه پرداخت نمی گردد و در صورت عدم درخواست EMG می توان معادل آن پرداخت نمود. (ش ۵۵-۱۲۳)
گاما نایف	۱۶-۵۴- گاما نایف در تعهد نمی باشد. (۴۱-۸۰۰)

CPR	۱۶-۵۵- هزینه CPR توسط پزشک عمومی قابل پرداخت نمیباشد. (ش ۵۹-۱۲۳)
لیزر تراپی	۱۶-۵۶- لیزر تراپی بیماریها مانند آسم ، آرتروز ، وزوز گوش و در تعهد نمی باشد.(ش ۱۴-۸۰۰)
گچ	۱۶-۵۷- در موارد سرپائی در اورژانس : پانسمان مطابق کد ۳۰-۹۰۰ و نیز بخیه و گچ گیری برا ساس کدهای کالیفرنیا قابل محاسبه اند. (گاز ، باند ، دستکش ، نخ بخیه ، ویبریل ، گچ حسب ضوابط محاسبه شوند .) (ش ۵۴-۱۲۳)
شنوایی سنجی	۱۶-۵۸- تنها در مراکز دولتی با مسئولیت فنی پزشک متخصص در تعهد است.(ش ۳۹-۲۷۰)
پالس تراپی	۱۶-۵۹- تعرفه پالس تراپی معادل کد ۱۰-۹۶۵ کتاب کالیفرنیا (۳/۱۰) واحد داخلی) و با احتساب زمان ۳ ساعت جمعاً معادل ۱۵ واحد داخلی بصورت روزانه محاسبه و پرداخت گردد.(ش ۶۰-۱۲۳)
شیردهی	۱۶-۶۰- مشاوره و آموزش تکنیکهای شیردهی و استفاده از شیردوشهای برقی در تعهد بیمه نمی باشد و تنها ویزیت و خدمات مجاز قابل انجام در مطب را میتوان پرداخت نمود.(ش ۸۱-۸۰۰)
IVIG	۱۶-۶۱- داروی IVIG در درمان ناباروری و بیماریهای زنان مانند سقط های مکرر ناشی از مشکلات ایمنولوژیک در تعهد نمی باشد.(ش ۸۴-۸۰۰)
خدمات جدید	۱۶-۶۲- خدمات جدید تشخیصی درمانی از قبیل OCT و UBM که در فهرست خدمات بیمه پایه درمانی لحاظ شده اند در تعهد می باشند. (ش ۶۲-۱۲۳)
دانسیتومتری	۱۶-۶۳- اندیکاسیونهای انجام دانسیتومتری محدود و توسط شورای نظارت علمی- تخصصی استان تعیین می گردد و صرفاً تکنیک DEXA قابل پرداخت است.(ش ۶۳-۱۲۳)
IVUS	۱۶-۶۴- تکنیک اولتراسوند داخل عروق (IVUS) در تعهد سازمان نمی باشد.(ش ۸۸-۸۰۰)

۱۷- دندان پزشکی

- حداکثر K** ۱۷-۱- در پیوند لثه طی یک جلسه حداکثر ۳۰۰ K دندانپزشکی محاسبه شود. (۲۴۰-۰۱)
- جرم گیری** ۱۷-۲- در نواحی ایی که ژنژیوکتومی یا فلپ شده اند جرم گیری همزمان قابل محاسبه نیست (۲۴۰-۰۳) / جرم گیری در زیر لثه و بالای لثه در یک جلسه در تعهد است (۲۴۰-۰۸) / جرم گیری در زیر لثه در سن کمتر از ۱۲ سال در تعهد نمی باشد. (۲۴۰-۰۹)
- عقل** ۱۷-۳- اگر جراحی یا خروج دندان عقل در بیمارستان و تحت بیهوشی عمومی انجام گردد میتوان بابت بیهوشی زمان + K۵ بیهوشی محاسبه نمود. (۲۴۰-۰۴)
- طرح درمان** ۱۷-۴- در اعمال دندانپزشکی (بجز درخواست دارو+ویزیت +رادیوگرافی) میتوان ۱۰ واحد دندانپزشکی را بعنوان طرح درمان محاسبه نمود به شرطی که مبلغ کل خدمت از تعرفه ویزیت عمومی بخش خصوصی کمتر باشد. (۲۴۰-۰۵)
- نوبت و جراحی** ۱۷-۵- حداکثر یک نوبت جراحی لثه بر روی یک قسمت و در یک جلسه قابل محاسبه می باشد. (۲۴۰-۰۶)
- خدمت همزمان** ۱۷-۶- در انجام همزمان خدمت و ویزیت طی یک جلسه اگر سهم سازمان از خدمت ارائه شده از سهم سازمان دو ویزیت بیشتر نباشد هم ویزیت و هم خدمت محاسبه می شود و در غیر اینصورت ویزیت حذف می گردد. (۲۴۰-۱۱)
- تعداد EXT** ۱۷-۷- حداکثر در یک جلسه فقط کشیدن سه دندان در تعهد میباشد. در صورت کشیدن بیش از سه دندان ، ابتدا دندانهای خلفی و سپس قدامی بر اساس بالاترین واحد محاسبه گردد. (۲۴۰-۰۷)
- ریشه دندان** ۱۷-۸- کشیدن ریشه دندان معادل کشیدن همان دندان محاسبه گردد. (به شرطی که نیاز به جراحی نباشد.) (۲۴۰-۰۷)
- متخصص** ۱۷-۹- تعرفه خدماتی که توسط متخصصین دندانپزشکی انجام میگردد ۵۰٪ بیشتر از عمومی محاسبه شود. (۲۴۰-۰۷)
- ۴۰/

کودکان	۱۷-۱۰-در بیمارستان کودکان مفید طبق نظریه شورای فنی در بیماران دارای اختلالات خونی که جهت درمان دندان نیاز به بستری دارند پرداخت هزینه تخت روز بلامانع است. (ش ۱۲-۲۴۰)
	(ویژه استان تهران)
پروتز فک	۱۷-۱۱-کارگذاری پروتز کامل فک به دلیل تحلیل استخوان مربوطه با تایید پزشک معتمد اداره کل در تعهد است. (ش ۱۴-۲۴۰)
اطفال	۱۷-۱۲-درمانهای دندانپزشکی برای اطفال (زیر سن ۱۲ سال) ۲۰٪ اضافه بر تعرفه بزرگسالان است. (۱۳-۲۴۰)
فلپ	۱۷-۱۳-اگر در یک جلسه ودر یک نسخه ، ژنژیوکتومی و فلپ هر دو قید شود فقط یک عمل قابل پرداخت است. (۷-۲۴۰)
پیوند لثه	۱۷-۱۴- محاسبه پیوند لثه فقط در صورت انجام توسط متخصص لثه (پریودنتیست) و یا جراح فک مقدور است . (۷ - ۲۴۰)
روستایی	۱۷-۱۵- کشیدن دندان / جرم گیری / نسخه دارویی / ویزیت دندان پزشک وگرافی در صندوق روستایی در تعهد نمی باشد . (۱۰ - ۲۴۰)
انواع خدمات	۱۷-۱۶-خدمات دندانپزشکی تحت پوشش شامل ۱۱ مورد ذکر شده در متن بخشنامه است. (ش ۱۵-۲۴۰)

۱۸-k ۲ هیئت علمی

قلب

۱۸-۱- تعرفه ۸۱ مورد قلب و عروق در تمامی مراکز طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد قابل اعمال بوده و تنها ۲۹ مورد حسب دستورالعمل مربوطه شامل موارد ۲ k می باشد. (۱۰۰-۰۱)
پرداخت ۲k هیئت علمی ۸۱ مورد قلب و عروق مطابق شماره های زیر قابل پرداخت است: (ش ۳۳-۱۰۰)

۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۲۶-۲۷-۲۸-۳۷-۳۸-۴۰-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷-۵۸-۵۹-۶۱-۶۳-۶۴-۶۵-۶۶-۶۷-۶۸-۶۹-۷۰-۷۱

انتفاعی

۱۸-۲- ویزیت اعضای هیئت علمی چنانچه به طور تمام وقت در مراکز دانشگاهی فعالیت داشته و فعالیت درمانی انتفاعی خارج دانشگاه نداشته باشند بر اساس مبالغ اعلام شده ویزیت هیئت علمی سرپائی محاسبه می گردد. (۱۰۰-۰۵)

ضرایب

۱۸-۳- ضرایب داخلی ، جراحی و بیهوشی در زمان بستری چنانچه مستقیماً خدمت توسط اعضاء هیئت علمی انجام شده باشند قابل محاسبه به صورت ۲ k می باشند. (۱۰۰-۱۷) و (۱۰۰-۰۸)

دستخط

۱۸-۴- اگر شرح عمل یا ویزیت روزانه را پزشک غیر ۲k بنویسد ولی پزشک ۲ K انجام دهنده خدمت مهر و امضاء نماید محاسبه بلامانع است . اما در اسناد سرپایی الزاماً تطبیق دستخط لازم است. استثناء در خصوص متخصصین بیهوشی اگر حضور داشته باشند ولی خدمت را مستقیم انجام ندهند و مدارک مربوط را مهر و امضا نمایند ۲K پرداخت میشود. (۱۰۰-۲۸)

پزشکی قانونی

۱۸-۵- به متخصصین پزشکی قانونی ۲ K تعلق نمی گیرد. (۱۰۰-۲۹)
۱۸-۶- پرداخت ۲K به متخصص بیهوشی به شرط حضور و مهر و امضاء اسناد توسط متخصص مربوطه قابل پرداخت است. (۱۰۰-۳۱)

بیهوشی

۱۸-۷- به تعرفه سنگ شکنی کلیه ۲ K تعلق نمی گیرد. (۱۰۰-۲۴)

سنگ شکنی

کلینیک ویژه ۱۸-۸- پزشکان شاغل در کلینیک ویژه دانشگاهی مشمول ۲K نمی باشند. (۱۰۰-۲۶)

دندانپزشک ۱۸-۹- به دندانپزشکان متخصص جراحی فک و صورت در مورد اعمال جراحی که مبتنی بر کتاب کالیفرنیا باشد ۲ K تعلق می گیرد. (۱۰۰-۲۱)

فرانشیز ۱۸-۱۰- پرداخت فرانشیز توسط بیماران براساس ۱K بوده و فرانشیز K اضافی بعنوان تخفیف دانشگاهها است. (۱۰۰-۱۳)

اتاق عمل ۱۸-۱۱- مبنای محاسبه هزینه استهلاک اتاق عمل بر اساس ۵۰٪ هزینه ۱ K می باشد. (۱۰۰-۰۴)

بازتوانی ۱۸-۱۲- ضریب ۲ K بابت تعرفه بازتوانی قلب پرداخت نمی شود. (۱۰۰-۰۳)

گلوبال ۱۸-۱۳- در اعمال گلوبال در صورتیکه جراح، بیهوشی، پزشک معالج و مشاور ۲K باشند برابر هزینه از ریز خدمات گلوبال به سر جمع آن افزوده می شود. (توجه فرمائید به هیچ وجه از کدهای کتاب کالیفرنیا استفاده نشود). (۱۰۰-۱۱)

نوزاد ۱۸-۱۴- ویزیت نوزادان در اعمال سزارین و زایمان طبیعی چنانچه توسط پزشک ۲ K صورت گیرد پرداخت آن بلامانع است. (هزینه آن از ریز سرفصل گلوبال بایستی محاسبه شود). (۱۰۰-۱۸)

ویترکتومی ۱۸-۱۵- ویترکتومی اگر براساس ۱۰۰ K و ۸۰ K (با دکولمان و یا بدون دکولمان) پرداخت گردد مشمول ۲ K نمی شود ولی چنانچه ملاک محاسبه بر اساس کتاب کالیفرنیا باشد پرداخت ۲ K بلامانع است. (۱۰۰-۳۰)

مراکز ۱۸-۱۶- پرداخت ۲k هیئت علمی فقط در دانشگاههای علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت میسر می باشد. (ش ۳۴-۱۰۰)

۱۹- مدارک بیمه ای مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه

(پس از تجویز دستور بستری)

۱-۱۹- **صندوق کارمندان** : کپی صفحه عکسدار دفترچه معتبر بیمار
توجه: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد.

۲-۱۹- **صندوق خویش فرما** : کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار (شروع اعتبار دفترچه از یکسال قبل از اتمام اعتبار ثبت شده بر روی دفترچه محاسبه شود).
توجه: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد.

۳-۱۹- **صندوق سایر اقشار** : کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار
توجه: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد.

۴-۱۹- **صندوق روستائی** : الف - کپی صفحه عکسدار دفترچه روستائی معتبر (بالای سن ۷ سال عکسدار باشد.) (تمامی دفاتر روستائی در صورت داشتن برگ سفید دفترچه تا پایان سال ۸۷ معتبرانند.)

۵-۱۹- **صندوق بستری شهری**: کپی شناسنامه، کپی قسمت مشخصات کارت بستری شهری، اصل یکی از کاپین های کارت بستری شهری (اصل برگه. معرفی بستری شهری از اداره بیمه گری و کپی شناسنامه بیمار در افرادی که کارت نگرفته اند کفایت می نمایند.)
توجه: برای افراد فاقد شناسنامه با مدارک معتبر مانند گواهینامه، کارت ملی و..... و یا نامه از مراجع معتبر و یا مراجع قضایی اقدام می گردد.

۲۰- مراکز درمانی طرف قرارداد در صندوق های مختلف بیمه ای

صندوق کارمندان : مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح ، خصوصی
وخیریه طرف قرارداد (کلیه مراکز طرف قرارداد)

صندوق سایر اقشار : مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح ، خصوصی
وخیریه طرف قرارداد (کلیه مراکز طرف قرارداد) (۶۱-۰۰۵)

صندوق خویش فرما : مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح و مراکز
خصوصی وخیریه طرف قرارداد (۶۴-۰۰۵)
(کلیه مراکز طرف قرارداد)

صندوق بستری شهری : مراکز دانشگاهی و از مراکز تامین اجتماعی فقط لبافی
نژاد و آیت اله کاشانی وبیمارستان بوعلی (ویژه استان تهران)
(۷۲-۰۰۵)و(۶۸-۰۰۵)و(ش ۹۴-۰۰۵)

صندوق روستاییان : مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح و تعدادی
از مراکز خصوصی طرف قرارداد (۱۹ مرکز نامبرده شده در
صندوق روستایی تا اطلاع ثانوی) (۸۰-۰۰۵)

(منظور از مراکز دانشگاهی بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی
ایران، شهید بهشتی و تهران می باشند .)

۲۱- صندوق کارمندان

۱- فرزند چهارم و به بعد

جهت فرزند چهارم کارمندان مرد تا قبل از یک ماهگی می توان با برگ پرداخت حق بیمه معرفینامه صادر نمود اما بعد از سن یک ماهگی الزاماً میبایست دفترچه مستقل داشته باشد. (۰۰۵-۰۵)

۲- اعتبار دفترچه فرزندان

جهت فرزند اول / دوم و سوم کارمندان مرد میتواند بدون دفترچه مستقل و با تأیید واحد بیمه گری معرفینامه صادر نمود. (۰۰۵-۰۸)

۳- کارمند زن

جهت فرزندان بدون دفترچه کارمند زن تنها با تأیید اداره بیمه گری مبنی بر کسرحق بیمه میتواند معرفینامه صادر نمود. (۰۰۵-۰۸)

۴- فوت نوزاد

در صورتی که نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید با تعهد پرداخت سرانه و تأیید اداره بیمه گری معرفینامه صادر شود. (۰۰۵-۳۴)

۵- سرباز

اگر فرد قبل از ۱۸ سالگی تحت پوشش بیمه بوده است تا پایان اعتباردفترچه تحت پوشش میباشد. (۰۰۵-۳۵)

۶- زندانی

بازداشت دائم: اگر قبل از حبس تحت پوشش بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش میباشد.
بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند و با قید ضمانت آزاد میگردند میتوانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (ش ۹۹-۰۰۵)

۷- اتمام اعتبار

در تمامی مواقعی که دفترچه تاریخ اعتبار دارد توجه به تاریخ الزامی است. (۰۰۵-۵۱)

۸- زایمان

در مراجعه بیماری با نسبت فرزند جهت زایمان قبل از صدور تأیید اداره بیمه گری الزامی است. اگر زائو مطلقه باشد با کپی صفحه اول و دوم شناسنامه نیاز به تأیید بیمه گری ندارد. (۰۰۵-۵۲)

۹- فرزند بزرگسال ذکور

چنانچه با نسبت فرزند بیمه شده سن بالای بیست سال داشته باشد . الزاماً میبایست تاریخ اتمام اعتبار دفترچه داشته باشد. (۰۰۵-۶۵)

۱۰- اتمام اوراق دفترچه

در دفترچه های صادره از شهرستانها که اوراق دفترچه اشان تمام میشود چنانچه در تهران قابل تعویض نباشد، الزاماً جهت ارائه خدمات مورد نیاز به برگ دفترچه می بایست دفترچه جدید از اداره بیمه مربوط به شهر خود تهیه نمایند. (۰۰۵-۷۳)

۱۱- نوزاد و خدمت سرپایی

نوزاد تا سن یک ماهگی میتواند با دفترچه مادر خدمت سرپایی بگیرد. (۰۰۵-۷۵)

۱۲- اعتبار دفاتر کارمندی با کد ۴

اعتبار دفاتر بیمه ای که اولین رقم سمت چپ آنها با عدد ۴ شروع می شود تا پایان شهریور ماه ۸۷ میباشد. (ش ۰۰۵-۹۶)

۱۳- حوادث دانش آموزی

طبق ضوابط در تعهد قرار دارد. (ش ۰۰۵-۱۰۱)

۲۲- صندوق خویش فرما

۱- شروع بستری

اگر بیمار قبل از تاریخ شروع بیمه بستری شده باشد می توان از تاریخ شروع بیمه جهت بیمار معرفی نامه صادر نمود . (۰۰۵-۷۴)

۲- نوزاد

اگر والدین دارای بیمه خویش فرما باشند جهت نوزاد در صندوق خویش فرما پس از واریز حق بیمه و تأیید بیمه گری میتوان معرفی نامه صادر نمود(در صورت عدم توان مالی سرپرست با تایید مددکاری بیمارستان چنانچه نوزاد فوت شده باشد میتوان از بیمه بستری شهری استفاده کرد.) (۰۰۵-۰۸)
در خدمات سرپایی نوزاد تا یک ماهگی میتواند از دفترچه مادر استفاده نماید.
(۰۰۵-۷۵)

۳- دانشگاهی و مسلح تامین اجتماعی

خویش فرما علاوه بر مراکز دانشگاهی و نیروهای مسلح و تامین اجتماعی
میتواند در مراکز خصوصی طرف قرارداد نیز بستری گردد. (۲۷-۰۰۵)

۴- زیر ۱۸ سال

فرزندان زیر ۱۸ سال اجباراً تحت پوشش بیمه سرپرست خانواده قرار دارند.
(۲۸-۰۰۵)

۵- بالای ۱۸ سال

فرزندان اناث تا ازدواج و فرزندان ذکور تا ۲۵ سالگی می توانند تحت پوشش
سرپرست باقی بمانند. (۲۸-۰۰۵)

۶- خاص

بیماران خاص می توانند تک نفره بیمه خویش فرما خاص شوند.
(صدور معرفی نامه در اینگونه بیماران در صورت زایمان بلامانع است.) (۲۹-۰۰۵)

۷- سرباز

فرزند ذکور اگر قبل از سربازی دفترچه را اخذ کرده است تا پایان اعتبار می تواند
تحت پوشش خویش فرما باقی بماند. (۳۵-۰۰۵)

۸- زندانی

بازداشت دائم : اگر بیمار قبل از حبس دارای دفترچه خویش فرما معتبر بوده تا
پایان اعتبار دفترچه می تواند تحت پوشش باشد.
بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند و با قید ضمانت آزاد
میگردند میتوانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (ش ۹۹-۰۰۵)

۹- زایمان

زایمان با وابستگی سرپرست تنها اگر تاریخ ازدواج قبل از شروع بیمه باشد
تحت پوشش نبوده و می بایست به بیمه گری هدایت شود . در غیر این حالت
صدور معرفی نامه بلامانع میباشد. (۵۲-۰۰۵)

۱۰- واریز وجه

هزینه های بستری بیمه شدگان خویش فرما دارای دفترچه از زمان تاریخ واریز
وجه مورد قبول است. (۷۴-۰۰۵)

۱۱- حوادث دانش آموزی

پس از کسر سهم بیمه تجاری (۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال) در تعهد است. (ش ۱۰۱-۰۰۵)

۲۲ - صندوق سایر اقشار

۱- نوزاد

صدور معرفی نامه در صندوق سایر اقشار جهت نوزادیکه والدین دارای دفترچه سایر اقشار میباشند منوط به ارائه برگه تعهد بیمه گزار میباشد. (۰۰۵-۰۷) در خدمات سرپایی نوزاد میتواند تا یک ماهگی از دفترچه مادر استفاده نماید. (۰۰۵-۷۵)

۲- فوت نوزاد

اگر نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید و والدین دارای دفترچه سایر اقشار باشند با تعهد بیمه گزار و تایید بیمه گری می توان معرفی نامه صادر نمود. (۰۰۵-۳۴)

۳ - سرباز

اگر در قبل سربازی فرد دفترچه سایر اقشار معتبر داشته است تا پایان اعتبار دفترچه می تواند تحت پوشش باشد. صرفاً سربازان مامور در سایر دستگاهها و ادارات با مجوز سازمان ، دفترچه سایر اقشار دارند. (۰۰۵-۳۴)

۴ - زایمان

مراجعه بیمار جهت زایمان با نسبت فرزند الزاماً قبل از صدور معرفی نامه تأییدیه از اداره بیمه گری اخذ گردد. (۰۰۵-۵۲)

۵ - حمایتی

دفاتر حمایتی در صندوق سایر اقشار قرار دارند. (۰۰۵-۰۱)

۶ - تحت تکفل سرباز

سرباز با نسبت سرپرست در زمان سربازی نمیتواند خود و عائله تحت تکفل خود را بیمه نماید. (۰۰۵-۴۹)

۷ - اعتبار

تمامی دفاتر سایر اقشار دارای تاریخ اعتبار درج شده در دفترچه میباشند و دفاتر آنها بر اساس تاریخ اعتبار ثبت شده معتبر می باشد. (در صورت عدم درج اعتبار به اداره بیمه گری ارجاع شوند). (۰۰۵-۷۶)

۸- زندانی

بازداشت دائم: اگر بیمار قبل از حبس دارای دفترچه بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش است. (۴۶-۰۰۵)
بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند و با قید ضمانت آزاد میگردند میتوانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (ش ۹۹-۰۰۵)

۹- حوادث دانش آموزی

در اسناد بالاتر از ۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال پس از کسر سهم بیمه تجاری (۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال) در تعهد است. (ش ۱۰۱-۰۰۵)

۲۴ - صندوق روستائیان

۱- کارت های بیمه روستایی

کارت های روستائیان معتبر نمی باشند. (۷۱-۰۰۵)

۲- فاقد دفترچه

روستائینی که هنوز دفترچه تحویل نگرفته اند اگر نامه از مرکز استان داشته باشند می توانند از خدمات بستری استفاده نمایند. (۷۷-۰۰۵)

۳- محصل

برای محصلین که در شهر در حال تحصیل بوده و دفترچه روستایی دارند رعایت سیستم ارجاع الزامی نمی باشد. (۱۳-۰۰۵)

۴- دیالیز - شیمی درمانی

در درمان های مستمری مانند دیالیز ، شیمی درمانی ، یک برگ ارجاع اولیه بابت یکسال کافی است . (۱۴-۰۰۵)

۵- فوت نوزاد

در فوت نوزاد زیر یک ماهگی صدور معرفی نامه با کپی دفترچه والدین بلامانع است به شرطی که نوزاد فرزند چهارم و به بعد نباشد. در غیر این صورت می بایست پس از تایید اداره بیمه گری مبنی بر پرداخت یکماه حق سرانه معرفی نامه صادر نمود. (۳۴-۰۰۵)

۶- نوزاد

نوزاد روستایی تا یک ماه میتواند از دفترچه روستایی مادر جهت خدمات سرپایی و بستری استفاده نماید. (کپی دفترچه مادر + کپی ولادت ضمیمه شود). (۷۵-۰۰۵)

۷- خارج از مرکز درمانی در همان استان

دفترچه روستایی جهت خدمات در خارج از مراکز درمانی در صورت تأیید ناظر و مراجعه به مراکز دانشگاهی معتبر است. (۱۷-۰۰۵)

۸- اسامی مراکز خیریه و خصوصی طرف قرارداد

۱- صدر به آفرین ۲- بازرگانان ۳- سپیر ۴- مردم ۵- امیرالمومنین جوادیه
۶- شوریده ۷- سیدالشهداء ۸- مصطفی خمینی ۹- حضرت زینب ۱۰- بوعلی
۱۱- خیریه ولیعصر ۱۲- بابک ۱۳- غیائی ۱۴- الغدیر ۱۵- مفرح ۱۶- رازی روانی
۱۷- سوم شعبان ۱۸- دادگستری ۱۹- نور (ش ۹۷-۰۰۵) (ویژه استان تهران)

۹- عکسدار

دفترچه های روستائیان بالای هفت سال می بایست عکسدار باشند. (۴۲-۰۰۵)

۱۰- زندان

بازداشت دائم: دفاتر روستایی در زمان زندانی بودن معتبر می باشد.
بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند و با قید ضمانت آزاد میگردند میتوانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (ش ۹۹-۰۰۵)

۱۱- استان تهران

دفترچه های صادره از استان تهران جهت استفاده از خدمات بستری در تهران و شهرستانها نیاز به نامه ارجاع ندارند و جهت خدمات سرپایی نیاز به رعایت سیستم ارجاع می باشد. (۷۹-۰۰۵) (ویژه استان تهران)

۱۲- سرباز

سربازان در تعهد بیمه روستائیان نمیباشد. (۵۳-۰۰۵)

۱۳- اعتبار دفاتر روستایی

تمامی دفترچه های روستایی تا پایان آخرین نسخه دفترچه معتبر می باشند.
(حتی مواردیکه از تاریخ ثبت شده بر روی دفترچه گذشته باشد).
(۷۱-۰۰۵) و (۹۳-۰۰۵)

۱۴- مهر ناظر

جهت استفاده از اوراق دفترچه روستایی در صورتیکه پشت اوراق نسخ دفترچه روستایی مهر شبکه بهداشت یا پزشک خانواده باشد نیاز به مهر ناظر بیمارستانی ندارد. (ش ۸۶-۰۰۵) **(ویژه استان تهران)**

۱۵- خدمات تخصصی (سطح دو)

با تکمیل فرم ارجاع در دفترچه های بیمه روستائیان توسط پزشک خانوار میتوانند بدون معرفی نامه از استان مبدا به پزشکان متخصص طرف قرارداد مراجعه نمایند. (۷۹-۰۰۵)

۱۶- ارجاع

بازدستوری نیاز به ارجاع نبوده و جهت خدمات سرپایی نیاز به ارجاع با کد خانوار و مهر پزشک خانوار می باشد. (۷۹-۰۰۵)

۱۷- تولد نوزاد خارج از بیمارستان

نوزادانی که در بیمارستان به دنیا نیامده باشند گواهی ولادت با تایید خانه بهداشت و شورای اسلامی روستا برای صدور معرفی نامه نیاز است. (ش ۸۳-۰۰۵)

۱۸- خاص

بیماران خاص روستایی در مراجعه به مراکز تخصصی داخل و خارج استان جهت خدمات سرپایی نیازی به رعایت سیستم ارجاع ندارند. (ش ۸۷-۰۰۵)

۱۹- حوادث دانش آموزی

در اسناد بالاتر از ۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال پس از کسر سهم بیمه تجاری (۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال) در تعهد است. (ش ۱۰۱-۰۰۵)

۲۵ - صندوق بستری شهری

۱ - نوزاد فوت شده

اگر والدین دفترچه خویش فرما دارند اما تمکن مالی ندارند میتوانند جهت نوزاد فوت شده با تأیید مددکاری بیمه بستری شهری بگیرند. (۳۴-۰۰۵)

۲- اواسط بستری

اگر تاریخ صدور کارت و یا برگه معرفی بستری - شهری در اواسط بستری شدن بیمار باشد، بیمار میتواند آن دوره بستری را از صندوق بستری شهری استفاده کند. (۱۸-۰۰۵)

۳- زیر ۶ ساعت

اگر بیمار زیر ۶ ساعت بستری باشد ولی بیهوشی عمومی داشته باشد می تواند بستری شهری بشود. (۱۹-۰۰۵)

۴- فوت نوزاد

در صورت فوت نوزاد بلافاصله پس از تولد می توان وی را تحت پوشش بیمه بستری - شهری مادر قرارداد. (۲۰-۰۰۵)

۵- استان ثالث

کارت بستری شهری صادره در استانها در تمامی استانهای دیگر معتبرند. (۳۱-۰۰۵)

۶- صدور بعد ترخیص و قبل از تسویه کامل بیمه گر

اگر زمان صدور کارت یا برگه معرفی بستری - شهری پس از ترخیص بیمار و قبل از تسویه حساب کامل باشد جهت استفاده در دوره بستری ترخیص شده نیز دارای اعتبار می باشد. (۳۲-۰۰۵)

۷- بیمه دیگر

در زمان صدور معرفی نامه در صندوق بستری شهری ناظر می بایست اطمینان یابد که بیمار تحت پوشش بیمه دیگری نمی باشد. (۲۴-۰۰۵)

۸- مراکز درمانی غیر دانشگاهی

بستری شهری در مراکز درمانی غیر دانشگاهی معتبر نمیباشد. (از مراکز تامین اجتماعی فقط بیمارستانهای لبافی نژاد و آیت ا... کاشانی و همچنین بیمارستان بوعلی پذیرش میشوند. (۷۲-۰۰۵) و (ش ۹۴-۰۰۵) (ویژه استان تهران)

۹- والدین

اگر والدین نوزاد کارت بستری شهری ندارند جهت استفاده نوزاد از بیمه بستری شهری باید تمام خانواده تحت پوشش قرار گیرند. (۲۶-۰۰۵)

۱۰ - زندان

کارت بستری شهری و معرفی نامه جهت کلیه زندانیان (بازداشت موقت و دائم) صادر نمی گردد. بازداشت دائم : افرادی که زندانی بوده (با حکم دائم محکومیت) نمی توانند تحت پوشش بستری شهری قرار بگیرند.
بازداشت موقت : در صورتیکه قبل از حبس دارای کارت بستری شهری باشند و در بازداشت موقت و با قید ضمانت آزاد گردند می توانند از مزایای کارت استفاده نمایند. (ش ۹۹-۰۰۵)

۱۱ - تخت روز

اگر اعمالی که عموماً بدون تخت روز و بیهوشی جنرال انجام می شوند جهت بیماری با تخت روز و بیهوشی جنرال انجام گیرد نمی توان آن بیمار را بستری - شهری نمود. (۴۸-۰۰۵)

۱۲ - عدم تعهد بیمه دیگر

جهت بیماری که تحت پوشش بیمه دیگر قرار دارد نمی توان برای بیماریهای عدم تعهد آن بیمه جهت بیمار معرفی نامه بستری - شهری صادر نمود. (۵۳-۰۰۵)

۱۳ - سرباز

سربازان در تعهد بستری شهری نمی باشند. (۵۳-۰۰۵)

۱۴ - کارگران

کارگران واقعی که تحت پوشش بیمه دیگری نیستند (مانند مرخصی بدون حقوق و یا کارگران فصلی) میتوانند بستری شهری شوند. (۵۳-۰۰۵)

۱۵ - اتباع خارجی

اتباع خارجی در تعهد بستری - شهری نمی باشند. (۵۳-۰۰۵)

۱۶ - سنگ شکن

تمامی اعمال سرپایی از جمله سنگ شکن و شیمی درمانی در تعهد بستری شهری نیستند (۰۰۴-۰۰۷)

۱۷ - تخلف دفترچه ای

افرادی که از سایر دفاتر بیمه ای سوء استفاده نمایند می توانند تحت پوشش قرار گیرند. (۸۱-۰۰۵)

۱۸- بدون شناسنامه

با رویت ویبوست کپی کارت ملی و یا گذرنامه و یا گواهی ادارات ثبت احوال
نیز میتوان بجای شناسنامه معرفی نامه صادر نمود. (۶۸-۰۰۵)

۱۹- فرزند چهارم

فرزند چهارم خانواده ایی که والدین تحت پوشش بیمه دیگری هستند و فرزند
از خدمات سایر بیمه ها برخوردار نمی باشد را میتوان بستری شهری نمود .
(۵۳-۰۰۵)

۲۰- جدید الاستخدام

این افراد اگر حق بیمه داده اند اما دفترچه تامین اجتماعی هنوز نگرفته اند در
تعهد بیمه بستری شهری قرار ندارند. (۵۵-۰۰۵)

۲۱- خدمات سرپایی

مجاز به استفاده از خدمات سرپایی در حین بستری هستند. پس از صدور
دو برگه سرپایی توسط نماینده ناظرو تایید نماینده به مراکز طرف قرارداد
ببستری شهری مراجعه نمایند. خدمات سرپایی فوق فقط شامل دارو و
پاراکلینیک است. (ش ۹۵-۰۰۵)

۲۲- اعتبار

تمامی کارت های بستری شهری تا پایان سال ۱۳۸۷ معتبرند. (حتی کارت هایی
که تاریخ اعتبارشان گذشته باشد). (ش ۹۱-۰۰۵)

۲۳- حوادث دانش آموزی

بستری شدن دانش آموزان فاقد پوشش بیمه ای (مشمول بستری شهری)
در مراکز دولتی دانشگاهی و تامین اجتماعی (فقط لبافی نژاد و آیت ال... کاشانی)
در صورت حسابهای بالای ۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال در تعهد است. (ش ۱۰۲-۰۰۵)

۲۶ - نکات مهم :

۱_ اوراق دفترچه

جهت دفاتر شهرستانها که در تهران اوراق شان تمام میشود برگه معرفینامه به انضمام کپی صفحه اول دفترچه صادر گردد تا بیمار از بیمه جهت اقدامات بستری استفاده نماید. (۰۰۵-۰۴) **(ویژه استان تهران)**

۲_ فوت نوزاد

فوت نوزاد بعد از یک ماهگی ؛ در تمامی صندوق ها مدارک بیمه ای مستقل از والدین ضمیمه شود. (۰۰۵-۳۴)

۳_ سرباز

سربازان و عائله تحت تکفل آنان (همسر و فرزندان) تحت پوشش نیروهای مسلح بوده و نمی توانند از بیمه خدمات درمانی استفاده نمایند.
(موارد استثناء در هر صندوق ذکر شده است.) (۰۰۵-۴۱)
سربازان مامور درسازمانها وارگانها تحت پوشش بیمه نمی باشند و تنها دفترچه هایی از آنان که دارای اعتبارمی باشند تا زمان اتمام اعتبار از مزایای بیمه برخوردارند. (ش ۹۰-۰۰۵)

۴_ دانش آموزی

حوادث دانش آموزی مطابق با هر صندوق اعمال گردد. (ش ۱۰۱-۰۰۵) و (ش ۱۰۲-۰۰۵)

۵_ فرزند چهارم

فرزند چهارم و به بعد تمامی صندوق ها اگر بیمه دیگری ندارند میتوانند بستری شهری بشوند و همچنین فرزند چهارم سایر سازمانهای بیمه ای که از خدمات بیمه ای برخوردار نیستند . (۰۰۵-۵۳)

۶_ گلوله

مصدومین با گلوله جنگی در صورت ارائه گزارش پلیس مبنی بر مجرم نبودن مصدوم و ناشناس بودن ضارب با تایید شورای فنی در تعهد می باشند. (تنها در موارد درگیری بین پلیس و اشراق) (۰۱۰-۰۲)

۷- تاریخ اتمام اعتبار دفترچه ها

کلیه دفاتر بیمه صندوق های خویش فرما / کارمندی / سایر اقشار بابت خدماتی نظیر تائید نسخ / انجام فیزیوتراپی / انجام اعمال پاراکلینیک / محاسبه خدمات بستری تا قبل از تاریخ اتمام اعتبار دفترچه قابل محاسبه میباشند.
(۵۱ - ۰۰۵)

۸- مشکوک به تصادفات و ضرب و جرح

در موارد تصادفات و یا ضرب و جرح که علت در پرونده تروما ذکر شده است محرز شدن برای نماینده ملاک عمل در صدور و یا عدم صدور معرفینامه می باشد . (۵۶ - ۸۰۰)

۹- اقدام به خودکشی

هزینه درمان در اقدام به خودکشی در تعهد می باشد . (۳۸ - ۰۰۵)

۱۰- حادثه

بجز در موارد تصادفات اگر حادثه اتفاقی بوده و حین انجام کار نباشد و مصدوم تحت پوشش بیمه های دانش آموزی / ورزشکاران / مسافری / قانون کار نباشد ، در تعهد می باشد . (۳۶ - ۰۰۵)

۱۱- عوارض درمان نازایی

عوارضی مانند آسیت و . . . که در اثر درمان نازایی (با روش هایی مانند I.V.F) پدید می آیند در تعهد هستند . (۲۲ - ۰۰۷)

۱۲- اعتبار دستی

برخی از استانها با استفاده از مهر دستی اقدام به تمدید اعتبار دفاتر درمانی می نمایند که مغایر با ضوابط بوده و صدور معرفینامه یا پذیرش نسخ امکان پذیر نمی باشد. (ش ۸۴-۰۰۵)

۱۳- نوزادان - سرپایی

کلیه نوزادان که فاقد دفترچه درمانی هستند تا یکماه پس از تولد میتوانند جهت اخذ خدمات سرپایی از دفترچه مادر استفاده نمایند. (ش ۸۵-۰۰۵)

۱۴- زندانیان

مفاد قرارداد سازمان زندانها تا تاریخ ۸۷/۷/۱ قابل اجرا است. (ش ۱۰۰-۰۰۵)

۱۵- لاک گیری

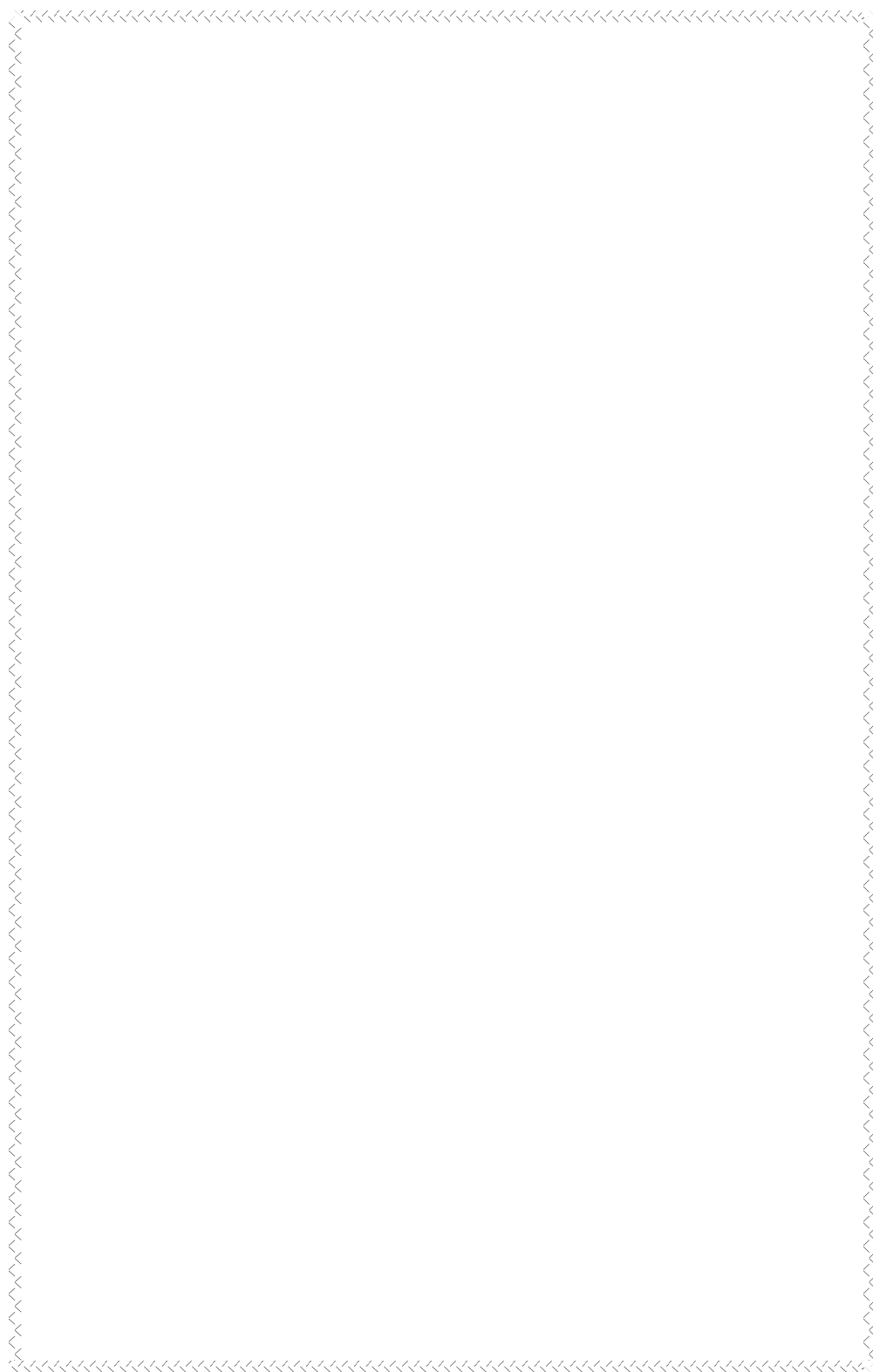
هرگونه لاک گیری درنسخ پاراکلینیک جزء تعدیلات محسوب می شود.

(ش ۹۸-۰۰۵)

۱۶- حوادث ترافیکی

اسنادسرپایی وبستری مصدومین حوادث ترافیکی افراد بیمه شده وافرادفاقد هرگونه پوشش بیمه ای بدون رعایت صندوق بیمه ای بامهرتصادفات بایستی توسط مراکز تنظیم گردند. بخشنامه فوق ازتاریخ ۸۷/۱/۱ قابل اجرا است.

(ش ۱۰۴-۰۰۵)



۲۷ - عدم تعهدات بخشنامه ای در صدور معرفینامه

۱_ عوارض پیوند (به جز عوارض ایمنولوژیک)

تا ۳ ماه بعد از عمل جهت درمان های جراحی پس از پیوند کلیه
معرفینامه صادر نمی گردد. (۳۴-۱۰۹)

۲_ لیزیک و اعمال رفرکتیو سر جری

لیزیک ، RK لیزری ، اگزامر لیزر ، کراتومیلیو سیس ، کراتوپلاستی
انکساری ، کراتوتومی رادیال در تعهد نمی باشند. (۱-۸۰۰)

۳_ IVF و

IVF و ZIFT ، GIFT ، میکروانژکسیون در تعهد نمی باشند.
(۲-۸۰۰) در درمان های مربوط به باروری و یا ناتوانی جنسی تنها
هزینه های گران قیمتی مانند IVF/ZIFT/... و همچنین درمان های
جدید در تعهد نیستند و مابقی در تعهد اند. (۲۹-۰۰۷)

۴_ لیپوساکشن و

آبدومینوپلاستی، لیپکتومی و لیپوساکشن در تعهد نمی باشند. (۳-۸۰۰)

۵_ ترک اعتیاد

ترک اعتیاد تحت هیچ شرایطی (حتی جهت بیماران روانی بصورت
بستری در بیمارستان در تعهد نمی باشد. (۴۴-۸۰۰)
اگر بیماران باتشخیص اختلالات روانی بستری و قصد درمان ترک اعتیاد
آنان محرز باشد هزینه های مربوطه پرداخت نمی گردد. (ش ۸۲-۸۰۰)

۶_ قانون کار

حوادث مشمول تعهدات قانون کار از تعهد بیمه خارج میباشد. (۷-۸۰۰)
هزینه حوادث حین کار در کارگاه های مشمول قانون تامین اجتماعی
و قانون کار و یا بناهای در حال ساخت دارای بیمه حوادث به عهده
کارفرما می باشد. (ش ۸۳-۸۰۰)

۷_ T.L

T.L و وازکتومی در تعهد نمی باشند. (در برخی موارد خاص طبق
بخشنامه عمل شود.) (۳۱-۸۰۰)

۸_ ادامه درمان نزاع

ادامه درمان در موارد ضرب و جرح و نزاع در تعهد نمیباشند. (۴۲-۸۰۰)

۹_ تصادفات

هزینه درمانهای اولیه (بستری و سرپایی) در تصادفات در تمامی حالت‌های
ممکنه (ثالث و غیر ثالث / با مقصود یا متواری / ...) جهت مصدومانی
که تاریخ ترخیص آنان از ۸۶/۱۲/۱ و بعد از آن باشد در تعهد نمی باشد.
هزینه های ثانویه از قبیل خارج کردن پیچ و پلاک یا درمان عوارض
دیررس و ... پس از پایان روزهای پیگیری قابل پرداخت است.
(ش ۱۰۳-۰۰۵)

(اگر تصادف در قبل از سال ۱۳۸۴ بوقوع پیوسته باشد و در نوبت اول
درمان بیمه ایی محاسبه شده باشد. میتوان جهت ادامه درمان معرفی
نامه صادر نمود . (۵۷-۸۰۰)

۱۰_ مجروحیت افراد شرور در درگیری با پلیس

صدور معرفی نامه جهت فرد شرور در تمامی صندوق ها خارج از تعهد
میباشد. (۵۸-۰۰۵)

۱۱- چشم

هزینه های درمانی و پروتز درمانی و پروتز مصرفی در عمل جراحی
رفع عیوب انکساری چشم در تعهد قرار ندارد. (ش ۷۸-۸۰۰)

۱۲- پروستات

مایکرو و یوتراموتراپی پروستات در تعهد بیمه نمی باشد. (۰۶-۸۰۰)

۱۳- عروق کرونر

لیزر تراپی عروق کرونر در تعهد نمی باشد. (۱۷-۸۰۰)

۱۴- نزاع

ضرب و جرح و نزاع در تعهد نمیباشد. (۳۸-۸۰۰) (اگر نزاع بین اقوام درجه یک و خانوادگی باشد و ضارب سن کمتر از ۱۸ سال داشته باشد و شاکی هم نداشته باشد میتواند معرفینامه صادر کرد. (۵۸-۸۷۰۰) (اگر مصدوم توسط ضارب ناشناس و متواری صدمه دیده باشد باگواهی کلانتری و پس از تأیید شورای فنی میتواند معرفینامه صادر کرد (۵۲-۸۰۰) هزینه ضرب و جرح زوجین در تعهد قرار دارد. (۶۴-۸۰۰) نزاع توسط بیماران روانی به شرط احراز بیماری ضارب توسط پزشک قانونی قابل پرداخت است.

۱۵- بینایی سنجی

خدمت بینایی سنجی توسط پیراپزشکان بینایی سنج در تعهد نمی باشد. (ش ۶۷-۸۰۰)

۱۶- کار درمانی و...

کار درمانی، گفتار درمانی، روان درمانی و خانواده درمانی در تعهد نمی باشد. (ش ۶۷-۸۰۰)

۱۷- آموزش بیماران

آموزش بیماران در مدت زمان درمان لازمه ارائه خدمات پزشکی مطلوب و موثر بوده و در تعهد نمی باشد. (ش ۸۷-۸۰۰)

۲۸ - عدم تعهدات کلی سازمان

(آیین نامه کتاب کالیفرنیا ۲۲-۸۰۰)

۱_ زیبایی

خدمات فوق تخصصی مانند زیبایی.

۲_ پیوند

پیوند دست و پا و انگشت (بجز موارد اورژانس) / پیوند مغز استخوان
/ پیوند کبد / پیوند ریه / پیوند قلب .

۳_ مفاصل

تعویض مفصل بجز موارد عفونت و شکستگی .

۴_ اسکولیوز

اسکولیوز بجز درسن کمتر از ۲۵ سالگی .

۵_ گوش

کاشت حلزون شنوایی .

۶_ مثانه

اسفنکتر مصنوعی مثانه .

۷_ نازایی

برخی اعمال نازایی (طبق بخشنامه ها) .

۸_ حوادث کار

حوادث ناشی از کار

۲۹- حسابداری اسناد / سهم سازمان / فرانشیز

- ۱- فرانشیز در ویزیت تمام وقت جغرافیایی سرپایی براساس ویزیت‌های معمولی می‌باشد. (۱۶-۰۰۷)
- ۲- مابه‌التفاوت فرانشیز K ۲ با فرانشیز معمول بعنوان بخشودگی بوده و توسط وزارت بهداشت به بیمارستان پرداخت می‌گردد. (۱۳-۱۰۰)
- ۳- شیمی درمانی و سنگ شکن اصولاً بصورت سرپایی محاسبه میشوند. مگر انجام این موارد در زمان بستری که تابع صندوق مربوطه می‌باشد. (۰۴-۰۰۷)
- ۴- دیالیز سرپایی درنوع خاص در تمامی صندوقها ۱۰۰٪ (سهم سازمان) محاسبه می‌گردد. به بخشنامه های بیماران خاص توجه شود. (۱۵-۰۰۷)
- ۵- سهم سازمان در صندوق بستری شهری (فقط اسناد بستری دارد) ۹۰٪ می باشد. (۲۱-۰۰۷)
- ۶- سهم سازمان در صندوق خویش فرما (اسناد بستری) ۹۰٪ می‌باشد. (۲۶-۰۰۷)
- ۷- سهم سازمان در صندوقهای کارمندی / سایر اقشار و روستایی (در اسناد بستری) ۹۰٪ می‌باشد. (۲۱-۰۰۷)
- ۸- سهم سازمان در خدمات سرپایی (بجز ویزیت و بجز مواردی که بخشنامه خاص دارند) ۷۰٪ می‌باشد. (بستری شهری سند سرپایی ندارد). (۲۱-۰۰۷)
- ۹- سهم سازمان در ویزیت سرپایی تابع بخشنامه‌های خاص سالیانه می‌باشد. (۱۶-۰۰۷)
- ۱۰- تعدیلات در خدمات سرپایی و بستری از سهم سازمان درخواستی کسر گردد نه از مبلغ کل درخواستی. (۱۹-۰۰۷)
- ۱۱- فرانشیز در مراکز جراحی محدود برابر مراکز بستری است. (۰۹-۰۰۷)

- ۱۲- دیالیز سرپایی در دفترچه هایی که کلمه خاص ندارند ۳۰٪ محاسبه شوند . به بخشنامه های بیماران خاص توجه شود. (۱۵- ۰۰۷)
- ۱۳- در اسناد بیمارستان اگر پرونده ایی با تاریخ ترخیص خارج آن ماه وجود داشته باشد : نوبت اول تذکره در نوبتهای بعد کسر گردد. (۲۰- ۰۰۷)
- ۱۴- مراکز خیریه و خصوصی طرف قرارداد می توانند مابه التفاوت تعرفه خصوصی و دولتی را در موارد آزمایش / رادیولوژی / تخت روز از بیمه شده اخذ نمایند . (۴۳- ۰۰۵)
- ۱۵- مراکز وابسته به تامین اجتماعی / بنیاد شهید / جانبازان / هلال احمر / جهاد دانشگاهی تابع تعرفه دولتی میباشند . (۵۷- ۰۰۵)
- ۱۶- مراکز وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی تابع تعرفه خصوصی میباشند . (۵۷- ۰۰۵)
- ۱۷- ویزیت در مراکز خصوصی طرف قرارداد بر اساس ویزیت بخش خصوصی محاسبه گردد. (۰۶- ۲۲۰)
- ۱۸- اگر علت بستری بیماری فقط انجام شیمی درمانی باشد سهم سازمان ۷۰٪ بوده و کل سند در لیست اسناد سرپایی درخواست شود . (حتی اگر تخت روز داشته باشد .) (۲۸- ۰۰۷)