

«باسمه 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 صورت پذیرفته است. عوامل تعیین کننده در کارشناسی‌های انجام شده جهت بازنگری مبالغ کمک هزینه‌ها، تغییر شاخص بهای گروه‌های خدمات پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی، هزینه‌های بیمارستانی، دارو، لوازم و مواد طبی و نیز تعرفه‌های جاری خدمات تشخیصی و درمانی در کشور بوده است.
- مضافاً اینکه «مجموعه مقررات و دستورالعمل‌های درمانی سازمان از یک سو و صندوق‌های بازنشستگی از سوی دیگر» در اصلاح و افزایش عناوین کمک هزینه‌ها نیز مبنا قرار گرفته است.
- تاریخ اجرای دستورالعمل از زمان ابلاغ توسط اداره کل تدوین و هماهنگی مقررات اداری و استخدامی کارمندان وزارت نفت میباشد، هزینه‌های رسیدگی نشده با تاریخ فاکتور بعد از تاریخ ابلاغ این دستورالعمل، با تعرفه‌های جدید قابل محاسبه خواهد بود. هزینه‌های رسیدگی شده قبل از ابلاغ این دستورالعمل، قابل بررسی و اقدام مجدد نخواهد بود.
- پرداخت کلیه کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/ پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل برعهده شرکت‌ها/ مدیریت‌های متبوع بازنشستگان صنعت نفت می‌باشد.
- مهلت ارائه اسناد هزینه‌ها، حداکثر ۶ ماه بعد از تاریخ دریافت اروتز/ پروتز و یا خدمت مربوطه میباشد.
- در مواردی که به دلیل پاندمی و یا اپیدمی مراجعات بیماران به نمایندگی صندوق‌ها با محدودیت روبرو شود زمان فوق حسب مورد، پس از تایید معاونت درمان قابل تمدید می‌باشد.
- پس از تأیید هزینه قابل پرداخت در دفاتر نمایندگی، ثبت موارد کمک هزینه‌های تأیید شده در نرم افزار سیب و یا نرم افزارهای مربوطه الزامی است.
- آن دسته از کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز/ پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی مندرج در این دستورالعمل - که برای آنها مبلغ ریالی تعیین شده است - برای مشمولین « طرح درمان ایثارگران » تا سقف دو (۲) برابر نرخ مصوب سازمان قابل تأیید بوده و بازپرداخت آن برعهده شرکت‌ها/ مدیریت‌ها می‌باشد.
- در صورت وجود هرگونه ابهام و اشکال، لازم است موارد از معاونت سلامت بهداشت و درمان صندوق‌ها استعلام گردد.

دستور العمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش های خدمات بهداشت و درمان صندوق های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

سمک، تعمیرات و باتری حلزون شنوایی

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال سال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال سال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	کمک هزینه سمک یک گوش	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر) هر ۳ سال یکبار
۲	کمک هزینه سمک دو گوش	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰,۰۰۰	صرفاً جهت اطفال زیر ۱۸ سال ^۱ با ارائه مستندات مربوطه (گزارش شنوایی سنجی، تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی و فاکتور معتبر) و تأیید شورای پزشکی منطقه هر ۳ سال یکبار
۳	کمک هزینه تعمیر / باتری سمک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر برای هر سمک در طی دوره یکساله ^۲
	باتری سمک	-	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر برای باتری سمک در طی دوره شش ماهه ^۲
۴	تعمیرات و باتری حلزون شنوایی			تعویض قطعات و تعمیرات تجهیزات مربوط به حلزون شنوایی و هزینه تهیه باتری قابل شارژ و یکبار مصرف آن با ارائه فاکتور معتبر و طبق مصوبه شماره ۴۷۵۰۳۲ سال ۱۴۰۱ جلسه ۴۸ قابل پرداخت است.

عینک / انواع لنز تماسی / لنز داخل چشمی / پروتز چشم مصنوعی / لیزیک

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال سال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال سال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	کمک هزینه فریم و شیشه عینک بزرگسالان بالای ۱۴ سال	۵,۸۸۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	فریم هر ۳ سال یکبار
		۲,۵۲۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	شیشه (عدسی) یک جفت / هر سال در صورت تغییر نمره عینک
۲	کمک هزینه فریم و شیشه عینک اطفال تا پایان ۱۴ سالگی	۵,۸۸۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	فریم هر ۱/۵ سال یکبار
		۲,۵۲۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	یک جفت شیشه (عدسی) هر سال در صورت تغییر نمره عینک
۳	کمک هزینه عینک دو دید یا شیشه Progressive (تدریجی) به عنوان جایگزین موارد غیر دو دید	۵,۸۸۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	فریم هر ۳ سال یکبار
		۶,۷۲۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	یک جفت شیشه (عدسی) / هر سال در صورت تغییر نمره عینک

^۱ در سال ۱۴۰۱ شرط سنی زیر ۱۴ سال بوده است.

^۲ در سال ۱۴۰۱ دوره سه ساله بوده است.

^۳ در سال ۱۴۰۱ دوره سه ساله بوده است.

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۴	کمک هزینه یک جفت کنتاکت لنز نرم بزرگسالان	۷,۸۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	هر ۱/۵ سال یکبار
۵	کمک هزینه یک جفت کنتاکت لنز سخت	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۶	کمک هزینه لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری (مانند آرتیزان، آرتیفلکس، وریسایس، وریفلکس و لنزهای فیکیک اتاق خلفی)	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	بابت هر چشم
۷	کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL که هنگام سایر جراحی‌ها نظیر کاتاراکت و یا PHACO مورد استفاده قرار می‌گیرد	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	برای هر چشم به صورت گلوبال
۸	کمک هزینه پروتز چشم مصنوعی	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	هر ۳ سال یکبار
۹	کمک هزینه کلیه روشهای جراحی لیزری برای رفع عیوب انکساری چشم (لیزیک، لازک، Zyoptix و ...)	۳۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	برای هر چشم

توضیحات:

الف- کمک هزینه عینک

- 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- کمک هزینه کنتاکت لنز اطفال (اطفال زیر دو سال که درمان کاتاراکت انجام داده‌اند)، پس از تأیید شورای عالی پزشکی قابل پرداخت می‌باشد.
- ۴- در موارد تغییرات سریع ناشی از کراتوکونوس در اطفال (تا ۱۴ سال) با تأیید شورای عالی پزشکی منطقه زودتر از ۵ سال نیز قابل پرداخت می‌باشد.

ب- کمک هزینه لنز تماسی

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

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

– 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- هزینه انجام توپوگرافی و پاک‌متری برای تجویز لنز قابل پرداخت است .

۳- 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 پزشک معتمد بهداشت و درمان منطقه امکان پذیر است.

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

ج- کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL

ب: هزینه انجام هرگونه عمل جراحی گذاشتن لنز داخل چشمی جهت اصلاح عیوب انکساری طبق مقررات جاری در مورد سایر اعمال جراحی قابل پرداخت است.

ج: کمک هزینه لنز داخل چشمی IOL که در هنگام سایر جراحی‌ها نظیر کاتاراکت و یا PHACO مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای هر چشم به صورت گلوبال به مبلغ ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال^۱ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

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

د- لیزیک

۱- تأیید لزوم انجام عمل لیزیک بر عهده شورای پزشکی مناطق می‌باشد.

۲- نمره هر چشم می‌بایست ۳ یا بالاتر از ۳ دیوپتر باشد. ضرورت انجام عمل لیزیک در موارد اختلاف شماره دو چشم، توسط شورای عالی پزشکی تعیین می‌گردد.

۳- در صورتیکه عیب انکساری با آستیگماتیسم همراه باشد حاصل جمع قدر مطلق میزان آستیگمات به علاوه مقدار اسفر (عیب انکساری) مورد نظر می‌باشد.

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 نمی‌شود.

۵- بیمار میتواند به هر یک از مراکز معتبر در کشور مراجعه نماید.

۶- تأیید هزینه عینک فقط در خصوص بیمارانی که قبلاً هزینه لیزیک را دریافت نموده‌اند، برای افراد بالاتر از ۴۲ سال و جهت عینک پیر چشمی مطابق ضوابط و مقررات مورد تأیید است.

^۱ در سال ۱۴۰۱ مبلغ ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال بوده است

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتوز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

- ۷- در صورتی که بیمار قبلاً کمک هزینه عینک و لنز را دریافت کرده باشد، تأیید هزینه عمل لیزیک بلامانع خواهد بود.
 ۸- تأیید هزینه عینک برای بیمارانی که هزینه لیزیک یک چشم آنان تأیید شده است بلامانع خواهد بود.
 ۹- سقف سن مجاز برای انجام عمل لیزیک در سال ۱۴۰۲ برداشته شده است.

دندانپزشکی / ارتودنسی / ایمپلنت

الف- دندانپزشکی ۱

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	پروتز کامل فکین	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۲	پروتز کامل یک فک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۳	پروتز پارسیل کروم کبالت یک فک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۴	پروتز پارسیل اکریلی یک فک	۲۱,۷۵۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۵	روکش یک دندان از هر نوع	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تا ۲۴ واحد ^۱ با رویت رادیوگرافی PA (قبل و بعد درمان) توسط دندانپزشک معتمد
۶	روکش استیل اطفال (SSC)	۶,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	
۷	انواع پست با بیلد آپ (در ترمیم‌ها) یا پست و کورریختگی	۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	حداکثر تا ۲۴ ^۲ واحد
۸	FRC هر واحد (مستقیم و غیر مستقیم)	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	معادل یک واحد روکش با رعایت سقف کلی ۲۴ ^۲ واحد
۹	فضانگه دار متحرک در 1/2 هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار)	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	در سال
۱۰	فضا نگه دار ثابت در 1/2 هر فک اطفال زیر ۱۴ سال (با هزینه لابراتوار)	۹,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	در سال
۱۱	آلئولوپلاستی در 1/2 هر فک (افزایش ریج استخوانی برای پروتز کامل فک)	۸,۴۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	
۱۲	وستیبولوپلاستی در 1/2 هر فک (افزایش عمق و ستیبول برای پروتز کامل فک)	۱۷,۷۰۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	
۱۳	نایت گارد (محافظ دندانی) هر فک	۸,۵۵۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	
۱۴	ریلاین (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک	۷,۶۸۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۱۵	ریبس (اصلاح پروتز قدیمی متحرک) هر فک	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار

توضیحات:

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

^۱ سال ۱۴۰۱ هجده واحد بوده است

^۲ سال ۱۴۰۱ هجده واحد بوده است

^۳ سال ۱۴۰۱ هجده واحد بوده است

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش های خدمات بهداشت و درمان صندوق های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

۲- لامینیت (لامینیت کامپوزیتی یا لامینیت سرامیکی) از هر نوع معادل یک واحد روکش (از ۲۴ واحد کلی)^۱ قابل محاسبه است. (برای لامینیت عکس فتوگرافی قبل و بعد از درمان لازم است)

۳- پرداخت کمک هزینه ساخت دست دندان توسط دندانساز حرفه ای دارای مجوز تا سقف ۵۰٪ کمک هزینه ابلاغی در دستورالعمل کمک هزینه های درمانی بلامانع است.^۲

۴- هزینه پین بیلداپ معادل تعرفه بیلداپ قابل پرداخت است.^۳

۵- رادیوگرافی یا فتوگرافی اسناد پروتز (ایمپلنت، روکش و لامینت) تایید شده توسط دندانپزشک معتمد در برنامه نرم افزار درمان که در آینده تهیه می شود، اسکن و ثبت می گردد. رادیوگرافی های ضمیمه اسناد پزشکی در نرم افزار جدید اسکن و در صورت درخواست شرکت ها ارسال میشود.

۶- کلیه کمک هزینه های دندانپزشکی در صورت انجام توسط متخصص دندانپزشک مجاز با ۲۵ درصد افزایش مبلغ درج شده در این دستورالعمل قابل تایید میباشد.

الف-دندانپزشکی ۲

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	درمان ارتودنسی جامع سیستم دندانی	۹۶.۶۰۰.۰۰۰	۱۸۰.۰۰۰.۰۰۰	
۲	درمان با اپلاینس متحرک (ارتودنسی متحرک)	۹.۰۰۰.۰۰۰	۱۸.۰۰۰.۰۰۰	به ازاء هر اپلاینس تا سقف دو اپلاینس
۳	درمان با اپلاینس ثابت (ارتودنسی متحرک)	۱۰.۳۵۰.۰۰۰	۲۱.۰۰۰.۰۰۰	به ازاء هر اپلاینس تا سقف دو اپلاینس
۴	فیکسچر و سایر هزینه ها مرتبط هر واحد	۴۶.۵۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	حداکثر ۸ واحد ^۴
۵	روکش برای ایمپلنت هر واحد	۱۸.۹۰۰.۰۰۰	۳۶.۰۰۰.۰۰۰	حداکثر ۸ واحد (از ۲۴ واحد کلی) ^۵
۶	هر واحد اوردنچر	۱۸.۹۰۰.۰۰۰	۳۶.۰۰۰.۰۰۰	معادل یک واحد روکش ایمپلنت از ۲۴ واحد کلی
۷	هر واحد فیکسچر اوردنچر	۴۶.۵۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	از ۸ واحد کلی
۸	پروتز کامل اوردنچر یک فک	۲۵.۸۰۰.۰۰۰	۴۵.۰۰۰.۰۰۰	طبق مقررات مربوطه
۹	پروتز کامل اوردنچر فکین	۵۱.۶۰۰.۰۰۰	۹۰.۰۰۰.۰۰۰	طبق مقررات مربوطه
۱۰	پیوند جایگزینی استخوان برای حفظ ریج	۱۳.۵۰۰.۰۰۰	۲۱.۰۰۰.۰۰۰	به ازاء هر موضع

ب- ارتودنسی

۱- هزینه جراحی ارتوسرجری فقط در صورت تأیید شورایعالی پزشکی مبنی بر نیاز بیمار به انجام ارتوسرجری قبل از درمان ارتودنسی، قابل تایید می باشد. (به توضیحات مراجعه شود).

۱ در سال ۱۴۰۱ معادل هجده واحد بوده است.

۲ طبق مصوبه شورای هزینه ۲۲۲۷۷ سال ۱۴۰۱

۳ طبق مصوبه شورای هزینه ۲۷۳۱۸۱ سال ۱۴۰۱

۴ در سال ۱۴۰۱ شش واحد بوده است.

۵ در سال ۱۴۰۱ حداکثر شش واحد (از هجده واحد کلی) بوده است.

۶ سال ۱۴۰۱ هجده واحد بوده است

۷ سال ۱۴۰۱ معادل شش واحد بوده است

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

۲- در صورت تأیید لزوم انجام ارتودنسی متحرک در سنین بالای ۱۴ سال توسط شورای پزشکی منطقه، بازپرداخت کمک هزینه مربوطه بلا مانع است.

۳- پس از تأیید لزوم درمان ارتودنسی توسط شورای پزشکی مناطق، نیازی به اخذ معرفی نامه به منظور شروع و ادامه درمان نمی باشد. اما بیمار می‌بایست حداکثر ظرف یک سال پس از صدور رأی شورای پزشکی منطقه اقدامات درمانی را شروع نماید. در صورت عدم شروع درمان طی یکسال پس از صدور رأی، ضروری است موضوع مجدداً در شورای پزشکی منطقه مطرح گردد.

۴- 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.

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

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

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 میباشد.

۸- در صورت تأیید شورای عالی پزشکی مبنی بر نیاز بیمار به انجام ارتوسرجری قبل از درمان ارتودنسی، هزینه مربوطه به صورت جداگانه از هزینه درمان ارتودنسی و بر اساس کدهای مرتبط در کتاب «ارزشهای نسبی خدمات سلامت»، طبق روال جاری قابل تأیید است.

۹- در صورت نیاز به FACE MASK یا دستگاههای فانکشنال حداکثر معادل کمک هزینه "درمان با اپلاینس ثابت (ارتودنسی متحرک)" محاسبه و تأیید گردد.

ج- ایمپلنت

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

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

۳- جهت پرداخت کمک هزینه ایمپلنت در سنین بالاتر از ۱۶ سال نیازی به تأیید شورای پزشکی مناطق نمی باشد.

۴- تأیید نهایی پس از تکمیل درمان و ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی‌های قبل و بعد از درمان، توسط دندانپزشک معتمد منطقه صورت گرفته و کمک هزینه ایمپلنت قابل پرداخت است.

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

۵- تعداد موارد قابل تأیید ایمپلنت حداکثر ۸ فیکسچر می‌باشد و هر واحد پروتز ایمپلنت (روکش دندان) از ۲۴ واحد کلی محاسبه می‌شود.^۱

۶- هزینه پیوند استخوان به جز در موارد انجام ایمپلنت با ارائه گواهی دندانپزشک معالج و رادیوگرافی‌های قبل و بعد از درمان و تأیید دندانپزشک معتمد، در موارد درمانهای پریدنتال، جراحی فک و صورت و جراحی درمان ریشه، (بدون ایمپلنت) قابل پرداخت بوده و بازپرداخت آن بر اساس تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبلغ ذیل قابل محاسبه و پرداخت است.

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

کفش طبی / پروتز سینه اکسترنال / جوراب

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	کمک هزینه جوراب واریس	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	تا سقف (تجویز پزشک و فاکتور معتبر یکبار در سال
۲	کمک هزینه جوراب آنتی آمبولی	-	۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال	با ارائه مستندات، تجویز پزشک، و فاکتور معتبر
۳	هزینه پروتز سینه اکسترنال و کرسر پروتز	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جمعاً تا سقف تجویز پروتز سینه اکسترنال صرفاً به دنبال انجام ماستکتومی درمانی مجاز می‌باشد و یکبار در سال با ارائه مستندات (تجویز پزشک و فاکتور معتبر قابل پرداخت است.
۴	کمک هزینه کفش طبی و صندل طبی و کفی طبی	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	تا سقف تأیید پزشک معالج و تأیید رئیس درمان منطقه یکبار در سال قابل پرداخت است
۵	کمک هزینه کفش طبی برای اطفال زیر ۱۴ سال	۸,۴۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	تا سقف تأیید پزشک معالج و تأیید رئیس درمان منطقه یکبار در سال

۱- پرداخت کمک هزینه کفش طبی در صورت تجویز پزشک متخصص ارتوپد، جراح عمومی، جراح مغز و اعصاب و طب فیزیکی و توانبخشی، (متخصص داخلی و فوق تخصص غدد جهت بیماران دیابتی) صرفاً در صورت خرید از داروخانه‌ها و یا کلینیک ارتوپدی فنی و یا کالای پزشکی با ارائه فاکتور معتبر قابل پرداخت است. باز پرداخت هزینه کفش‌های طبی ساختنی، خاص با مبالغ نامتعارف با تأیید شورای عالی قابل پرداخت است.^۲

۱ در سال ۱۴۰۱ معادل حداثر شش فیکسچر و هجده روکش بوده است.

۲ طبق مصوبه شورای هزینه شماره ۲۷۳۱۸۱ و ۴۱۵۴۳۱ سال ۱۴۰۱

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های ارتز / پروتز و کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

۲- هزینه آستین یا دستکش طبی ضد ورم دست و ادم لنفاوی جهت بیماران مبتلا به سرطان سینه که تحت جراحی ماستکتومی قرار گرفته‌اند به تعداد ۴ عدد در سال و هر عدد حداکثر تا سقف هشت میلیون ریال (۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال) با ارائه فاکتور معتبر و دستور پزشک (اولین تجویز) قابل پرداخت است.^۱

اروتزهای سرپایی

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	مچ بند،			تجویز پزشک ارتوپد
۲	زانوبند،	جمع کمک هزینه	جمع کمک هزینه	تجویز پزشک ارتوپد
۳	کتف بند،	انواع اروتزهای	انواع اروتزهای	تجویز پزشک ارتوپد
۴	آرنج بند	سرپایی به شرح فوق	سرپایی به شرح فوق	تجویز پزشک ارتوپد
۵	فتق بند	جمعاً تا سقف	جمعاً تا سقف	تجویز پزشک جراح عمومی
۶	گردن بند (کولار)	۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال در	۱۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال در	تجویز پزشک ارتوپد
۷	آویز دست	سال قابل پرداخت	سال قابل پرداخت	تجویز پزشک ارتوپد
۸	استرنوم سایورت	است.	است.	تجویز پزشک ارتوپد
۹	کرستهای کمری			تجویز پزشک ارتوپد
۱۰	عصا	-	۴,۵۰۰,۰۰۰ ریال	تجویز پزشک ارتوپد
۱۱	واکر	-	۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال	تجویز پزشک ارتوپد

زایمان طبیعی و سزارین

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

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

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

د: کمک هزینه زایمان طبیعی:

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

^۱ طبق مصوبه شورای هزینه شماره ۹۲۳۰۲ سال ۱۴۰۱

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

هـ: کمک هزینه سزارین:

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

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

خدمات پزشکی و درمانی در منزل

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

ب: این کمک هزینه‌ها برای شاغلین و خانواده بلافصل (همسر و فرزندان) به طور کامل و برای خانواده تحت تکفل (پدر، مادر، خواهر، برادر و سایر) به صورت ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما قابل پرداخت است.

ج: لازم به توضیح است که مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان ایثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه قابل پرداخت است.

د: موضوع استفاده از فرد مراقب ثابت در منزل مربوط به نگهداری و مراقبت از بیمار است که می‌بایست در تعریف «کمک هزینه معاش» جهت نگهداری از بیمار در منزل گنجانده شود و تعیین ضرورت استفاده از پرستار ثابت در منزل به عنوان مراقب بیمار در حوزه تعهدات صندوق نمی‌باشد.

فیزیوتراپی در منزل

الف: استفاده از خدمات فیزیوتراپی در منزل در مراکز طرف قرارداد با اخذ معرفی‌نامه با ارائه درخواست پزشک معالج یا تأیید شورای پزشکی منطقه در خصوص لزوم ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل و تعداد جلسات مورد نیاز، قابل تایید خواهد بود.

ب: کمک هزینه ارائه خدمات فیزیوتراپی در منزل تا سقف ۶۰ جلسه بدون نیاز به رای شورای پزشکی منطقه طبق ضوابط مصوبه شورای هزینه مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۸ شماره ۸۱۲۷۴ بند ۲ قابل پرداخت می‌باشد. در صورت ادامه وضعیت، بیمار به علت ابتلا به «بیماری‌های ناتوان کننده منجر به معلولیت» جزء مشمولین ارائه خدمات حمایتی / توانبخشی قرار خواهد گرفت.

ج: این کمک هزینه برای شاغلین و خانواده بلافصل (همسر و فرزندان) به طور کامل و برای خانواده تحت تکفل (پدر، مادر، خواهر، برادر و سایر) به صورت ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما قابل پرداخت است.

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

د: لازم به توضیح است که مقررات ۱/۳ سهم کارمند و ۲/۳ سهم کارفرما برای افراد مشمول طرح «پرداخت ۱۰۰٪ هزینه درمان اینثارگران و خانواده تحت تکفل آنان» لحاظ نشده و پرداخت کل مبلغ کمک هزینه قابل پرداخت است.

ناباروری

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

توضیحات:

- ۱- جهت استفاده از تسهیلات درمان ناباروری اخذ مجوز شورای پزشکی منطقه ضروری است.
- ۲- در صورت وجود فرزند و فرزندان مشترک بین زوجین و بروز مسئله ناباروری و تأیید شورای پزشکی منطقه بهداشت و درمان صنعت نفت در خصوص ضرورت انجام درمان، کمک هزینه درمان ناباروری قابل تأیید و پرداخت می‌باشد.
- ۳- در صورت انجام 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 و با رعایت ضوابط و مقررات دستورالعمل کمک هزینه درمان ناباروری قابل پرداخت می‌باشد.
- ۴- انجام عمل فریز جنین مورد تأیید است.
- ۵- داروهای تجویز شده در درمان ناباروری طبق مندرجات نسخه پزشک متخصص معالج بیمار و براساس فارماکوپه دارویی بهداشت و درمان صنعت نفت و بدون کسر فرانشیز به عهده شرکت و مدیریت مربوطه قابل تأیید می‌باشد. در صورتیکه داروی تجویز شده خارج از فارماکوپه سازمان باشد لازم است جهت تعیین ضرورت به شورای عالی پزشکی ارجاع گردد.
- ۶- هزینه ویزیت تخصصی و فوق تخصصی و کلیه آزمایشات پاراکلینیکی، سونوگرافی و سایر اعمال جراحی و یا اقدامات تشخیصی درمانی در صورت تأیید درمان ناباروری توسط شورای پزشکی منطقه تا سقف تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی قابل پرداخت است.
- ۷- در مواردی که دریافت خدمات مربوط به تشخیص و درمان ناباروری از مراکز وابسته به سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت با تعرفه خصوصی و یا مراکز دولتی دانشگاهی طرف قرارداد سازمان امکانپذیر باشد، هزینه‌های مربوطه برای افراد واجد شرایط، به حساب شرکت و یا مدیریت‌ها منظور خواهد شد.
- ۸- هزینه درمان ناباروری برای همسر دوم و یا سایر همسران قابل تأیید می‌باشد.

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

۹- کمک هزینه درمان ناباوروری پس از تایید مناطق بهداشت و درمان صنعت نفت از طرف شرکت‌ها و 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 بیمارستانان و مراکز وابسته به سازمان وجود دارد، جمعیت تحت پوشش موظف به استفاده از خدمات موجود می‌باشند.

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

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

«کمک هزینه انجام ختنه اولاد به هر روش درمانی و در هر سطوح سنی به طور گلوبال تا سقف ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل

تایید است.»

هزینه اقامت همراه بیمار

هزینه اقامت همراه بر بالین بیمار بستری (همراه بیمار در مراکز درمانی جهت بیماران بستری) با رعایت مقررات موضوعه در بیمارستانهای طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد در مورد کودکان کمتر از ۱۰ سال و بیماران بالاتر از ۷۰ سال مورد تأیید است.

در فاصله سنی ۱۰ تا ۷۰ سال و تجویز ضرورت داشتن همراه توسط پزشک معالج و تایید مسئول درمان مناطق نمایندگی صندوق‌ها تا سقف ۵ روز بستری مورد تأیید است و در موارد بیشتر از پنج روز در صورت تایید شورای هزینه‌های درمانی صندوق قابل پرداخت می‌باشد.^۱

آلرژی

۱- هزینه‌های درمان آلرژی در افراد تا پایان ۱۴ سالگی در صورت تایید شورای پزشکی منطقه مبنی بر ضرورت درمان، حداکثر طبق تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و بدون اخذ فرانشیز قابل پرداخت است.

۲- تأیید ضرورت درمان آلرژی در افراد بالای ۱۴ سال بر عهده شورای عالی پزشکی می‌باشد.

۳- واکسن آلرژی در صورت تجویز توسط فوق تخصص ایمونولوژی و آلرژی مشروط به تحقق بند‌های فوق مورد قبول بوده و هزینه قابل پرداخت می‌باشد.

^۱ مصوبه شورای هزینه ۸۱۲۷۴ سال ۱۴۰۱

دستورالعمل کمک هزینه‌های درمانی، کمک هزینه‌های اروتز / پروتزو کمک هزینه‌های دندانپزشکی قابل اجرا برای کاربران بخش‌های خدمات بهداشت و درمان صندوق‌های بازنشستگی و رفاه کارکنان صنعت نفت برای اجرا از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۲

پرداخت هزینه واکسن آلرژی (قسمت ۳) در بخش کمک هزینه آلرژی مشروط به تحقق بندهای ۱ و ۲ قابل اقدام است.

انجام واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری

هزینه واکسیناسیون خارج از برنامه کشوری از قبیل هیپاتیت، آنفلوآنزا و مننژیت قابل پرداخت می‌باشد.
هزینه سایر واکسیناسیون‌های خارج از برنامه کشوری در صورت تأیید شورایی پزشکی مبنی بر ضرورت انجام آن قابل پرداخت می‌باشد.

تجهیزات پزشکی

ردیف	نام تجهیز	مبلغ / ریال ۱۴۰۱	مبلغ / ریال ۱۴۰۲	شرایط پرداخت
۱	CPAP	۱۹۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	با تأیید شورایی پزشکی به میزان هر ۵ سال یکبار
۲	BIPAP	۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	با تأیید شورایی پزشکی به میزان هر ۵ سال یکبار
۳	ماسک CPAP و BIPAP	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	یکبار در طول ۵ سال
۴	پمپ دسفرال	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۴,۰۰۰,۰۰۰	هر چند سال یکبار تعیین نشده است با تأیید شورای پزشکی منطقه
۵	پالس اکسی متر	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار با تأیید شورای پزشکی منطقه
۶	اکسیژن ساز	۲۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار با تأیید شورای عالی پزشکی
۷	تشک موج	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۰۰۰,۰۰۰	هر ۲ سال یکبار
۸	ساکشن	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۱,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۹	دستگاه بخور سرد	۶,۰۰۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	هر ۳ سال یکبار ^۱
۱۰	دستگاه نبولایزر	-	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	هر ۳ سال یکبار با تأیید شورای پزشکی منطقه
۱۱	کپسول اکسیژن و مانومتر	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار با تأیید شورای پزشکی منطقه
۱۲	شارژ کپسول	۲,۴۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	در ماه
۱۳	ویلچر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	هر ۳ سال یکبار
۱۴	تخت بستری	-	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	فقط یکبار با تأیید شورای پزشکی منطقه
۱۵	دستگاه گلوکومتر	۴,۶۵۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	هر ۵ سال یکبار
۱۶	منضمات گلوکومتر	۱,۲۶۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	در ماه در بیماران تحت درمان داروی خوراکی
۱۷	منضمات گلوکومتر	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵,۴۰۰,۰۰۰	در ماه در بیمار تحت درمان انسولین

^۱ در سال ۱۴۰۱ فقط یکبار بوده است.

توضیحات:

۱- پرداخت هزینه ویلچر، بخور سرد، تشک مواج، ساکشن با تایید مسئول درمان منطقه^۱ پس از اخذ و بررسی مستندات ذیل قابل پرداخت است:

الف- نسخه پزشک

ب- شرح بیماری

ج- گزارش مددکاری

۲- هزینه تعمیرات اکسیژن ساز، CPAP و BIPAP، هرکدام به تفکیک تا سقف ۲۰٪ مبلغ مصوب اکسیژن ساز BIPAP و CPAP بدون احتساب سال خرید آن دستگاه، هر ۵ سال یکبار قابل پرداخت می‌باشد.

لوازم مصرفی بیماران مزمن

هزینه لوازم مصرفی بیماران مزمن (پوشک، کیسه کولستومی، زیرانداز و ...) پس از تأیید شورای پزشکی منطقه به صورت ۸۰٪ نرخ متعارف منطقه و متناسب با مبلغ فاکتور معتبر ارائه شده مورد تأیید است.

اروتز / پروتزو و اعضای مصنوعی ایثارگران

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

در صورت تهیه پروتزو / اروتزها و اعضای مصنوعی از سایر مراکز فنی، ضرورت استفاده و مبلغ قابل بازپرداخت، از طریق طرح موضوع و تصمیم‌گیری در شورای عالی پزشکی قابل بررسی است.

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

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

^۱ مصوبه شورای هزینه شماره ۲۳۰۰۲۷ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۰

سایر ارتزها و پروتزها

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

۲- هزینه آن تعداد از اقلام ارتز/ پروتز سرپایی و بریس‌هایی که توسط مراکز فنی ارتز تهیه می‌شود و نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی‌باشد، بر مبنای ۷۰٪ نرخ متعارف منطقه‌ای که ارتز و پروتز خریداری شده است و پس از تایید شورای هزینه درمانی منطقه بر عهده شرکت‌ها و مدیریت‌ها قابل محاسبه و تأیید است.

۳- هزینه اعضای مصنوعی (اندام فوقانی، اندام تحتانی) که نرخ ثابت دولتی نداشته و تهیه آن با حواله از طریق سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی ایران مقدور نمی‌باشد، بر اساس رای شورای عالی پزشکی و پس از تأیید شورای هزینه‌های **درمانی صندوق**، قابل پرداخت می‌باشد.

۴- تأیید / شورای هزینه‌های درمانی صندوق 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 صندوق در مورد این گونه کمک هزینه‌ها ضرورتی ندارد.

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