

راهنمای

➤ **تقویم جراحی**

➤ **صدور معرفی نامه**

➤ **حسابداری**

اسناد بیمارستانی طرف قرارداد

سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان تهران

اداره رسیدگی به صورتحسابهای بیمارستانها

آخرین بخشنامه های اجرایی از دی ماه ۷۴ لغایت دی ماه ۹۱
تاریخ ویرایش دوازدهم ۹۱/۹/۳۰ (استان تهران)

بنام خالق هستی

مقدمه:

سپاس و ستایش مخصوص ذات اقدس اوست که با قدرت بی انتهایش کوهر عقل و اندیشه را در نهاد انسان به ودیعه گذاشت تا با بکارگیری آن بتوانیم بر محمولات و مصائب زندگی فائق آمده و راه صحیح زیستن را بر خود هموار سازیم.

مجموعه ای که در پیش رو دارید حاوی آخرین ضوابط و مقررات جاری در امر رسیدگی به اسناد و صدور معرفی نامه بیمارستانی می باشد که به جهت استفاده بهینه در تقویم اسناد تهیه و تنظیم شده است.

لازم می دانم از جناب آقای دکتر سپید پور شایان مدیر کل محترم که با کشاده رویی و فروتنی راهکارهای مناسب و امکانات لازم را جهت تهیه این مجموعه در اختیار اینجانب قرار دادند و همچنین سرکار خانم شبنم شعبی و جناب آقای حمید رضا قاسمی که نهایت همکاری را در تهیه این مجموعه داشتند، صمیمانه تشکر نمایم.

دکتر مهدی فتادی

رئیس اداره رسیدگی به صورتحسابهای بیمارستانها

1 - تخت روز

موضوع	ردیف	توضیحات
ایزوله	۱-۱	مبلغ قابل محاسبه جهت تخت روز اطاق ایزوله (بادرخواست پزشک و در صورت تأیید توسط نماینده) یک تختی دولتی با همان ارزشیابی مرکزی باشد. (۱۵۰ - ۰۱)
ویژه	۲-۱	هزینه تخت روز NICU برابر تخت روز ICU می باشد. (۱۰۵ - ۰۲) توضیح ۱: بجز موارد ۵ گانه (کاتترگذاری غیرنافی، مشاوره، جراحی، تعویض خون، تزریق سورفکتانت) مابقی خدمات پزشکی مانند بنت، ABG، LP، لاواژ، ساکشن، فتوترپی و فیزیوتراپی تنفسی 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 میتوان 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 می باشد. (۱۰۵ - ۱۵)
۳ 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.)

موضوع	ردیف	توضیحات
سوختگی	۷-۱	بخشهای گرافت در سانتر سوختگی معادل تخت سوختگی محاسبه شوند. (۱۱-۱۰۵)
ترمیمی	۸-۱	بخشهای ترمیمی در سانتر سوختگی معادل تخت عادی محاسبه شوند. (۱۱-۱۰۵)
مرخصی	۹-۱	در روزهای مرخصی موقت بیماران هتلینگ محاسبه نگردد. (۱۲-۱۰۵)
تازه تاسیس	۱۰-۱	بیمارستانها و بخشهای ویژه در بخش دولتی و تامین اجتماعی در یکسال اول بعد از تاسیس درجه یک محاسبه شوند و بعد از یکسال در صورت عدم ارزشیابی درجه ۳ محاسبه شوند. (۱۳-۱۰۵)
مقیم	۱۱-۱	مراکز درمانی اگر جهت بخشهای ICU و NICU خود به ازاء هر ۶ تخت یک پزشک مقیم ICU (بطور ماهیانه و بصورت ۲۴ ساعته) اعلام نمایند ۳۰٪ هتلینگ این بخشها کسر خواهد شد. (پزشکان مقیم میتوانند رزیدنتهای سال آخر در رشته تخصصی مرتبط باشند. (۱۶-۱۰۵)
پست	۱۲-۱	درجه ارزشیابی بخشهای POST/CCU و POST/ICU برابر ارزشیابی جنرال بیمارستان در نظر گرفته شود. (۱۸-۱۰۵)
نوار قلب	۱۳-۱	ECG در ICU، NICU و CCU محاسبه نمی گردد. (۱۱-۱۱۵)
نوزاد	۱۴-۱	اگر نوزاد بخاطر بیماری مادر در بیمارستان بماند میتوان هتلینگ بخش نوزادان را محاسبه نمود. (۲۰-۱۰۵)
تخت روانی	۱۵-۱	جهت بیماران مزمن براساس تخت جنرال درجه ۳ و جهت بیماران حاد برابر درجه ارزشیابی بیمارستان از ردیف تخت روانی قابل محاسبه است. (۲۲-۱۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
POST CCU	۱۶-۱	بخش POST CCU بایستی تاییدیه کتبی از معاونت سلامت دانشگاه مربوطه راداشته باشد و به لحاظ اعتباربخشی بایستی از اداره استعلام گردد.(۲۳-۱۰۵)
اورژانس	۱۷-۱	درموارد اورژانس چنانچه بیماران(طبق سوابق پرونده) حداقل به مدت ۶ ساعت در بخش اورژانس تحت نظر باشند، یک روز هتلینگ قابل محاسبه است.(د-ر-۷۹)



② - ۶٪ پرستاری

موضوع	ردیف	توضیحات
پرستاری	۱-۲	۶٪ از مجموع مبالغ تخت روز قابل محاسبه تحت عنوان حق پرستاری می باشد. (بجز بخشهای ICU و NICU) (۱۲۲-۰۲)
مطهری	۲-۲	جهت بیمارستان مطهری ۱۲٪ از مبالغ تخت روز تحت عنوان حق پرستاری محاسبه می شود. (۱۲۲-۰۱) (ویژه استان تهران)
خسارت	۳-۲	۶٪ حق پرستاری جهت مراکز خصوصی (محاسبه در خسارت متفرقه) قابل اجرا می باشد. (۱۲۲-۰۲)
شمول ۶٪	۴-۲	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 و.... با توجه به لحاظ ۶٪ پرستاری قابل محاسبه نمی باشد. (۱۲۳-۲۶) و (۱۲۲-۰۲)
۷۰٪ تخت	۵-۲	در بخشهای ICU و NICU 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 براساس ۷۰٪ می گیرند و مراکز بدون مقیم هتلینگ را ۷۰٪ و ۶٪ پرستاری را هم بر اساس ۶٪ از ۷۰٪ می گیرند.) (۱۲۲-۰۵) و (۱۲۲-۰۶)



③ - حق الزحمه جراح

موضوع	ردیف	توضیحات
ناخوانا	۱-۳	اگر شرح عمل ناخوانا باشد حداقل کد جراحی مرتبط محاسبه شود. (۱۰۹-۰۱)
ویتره	۲-۳	اگر کاتاراکت با لنز + فیکسایون اسکلرا + ویتروکتومی قدامی در یک جلسه انجام شود کد ۸۴-۶۶۹ و ۱/۲ کد ۱۰-۶۷۰ محاسبه شود. (۱۰۹-۰۳)
ویتره	۳-۳	اگر گذاشتن ثانویه عدسی + فیکسایون اسکلرا + ویتروکتومی قدامی در یک جلسه انجام شوند کدهای ۸۵-۶۶۹ و ۱/۲ کد ۱۰-۶۷۰ محاسبه شود. (۱۰۹-۰۲)
لیزر	۴-۳	بجز در اعمال چشم اگر عملی با لیزر انجام گیرد ۲۰٪ به کد پایه جراحی اضافه شود. (۱۰۹-۱۲)
هاروست	۵-۳	اعمال جراحی قلب باز موارد برداشتن ورید صافن یک پا (K۵/۱۷)، دوپا (K۳۵) و برداشتن رادیال دست (K۲۰) و استفاده از شریان مامری (K۲۰)، علاوه بر کد CABG بصورت ۱۰۰٪ و ۸۰٪ در شکاف غیرمستترک و ۱۰۰٪، ۵۰٪، ۲۵٪ در شکاف مشترک محاسبه شوند. (۱۰۹-۲۹)
مستقل	۶-۳	اعمالی که مستقل در کالیفرنیا قید شده اند، فقط در صورت انجام به تنهایی قابل محاسبه اند. (۰۰۱-۰۱)
درصد	۷-۳	در جراحی روی پاها اگر یک یا دو شکاف روی یک پا باشد ۱۰۰٪، ۷۵٪ و مابقی ۲۵٪ محاسبه شوند و اگر جراحی روی دو پا باشد ۱۰۰٪ و ۸۰٪ محاسبه شوند. (۰۰۱-۰۲)

موضوع	ردیف	توضیحات
نمونه	۸-۳	نمونه برداری گوه ای از کبد، لوزالمعده و معده طی عمل جراحی = اضافه نمودن ۲۵٪ به کد پایه جراحی. (۰۰۱-۰۳)
درصد	۹-۳	اگرچند عمل جراحی (بجزپایاها) از یک شکاف انجام شود بصورت ۱۰۰٪، ۵۰٪، ۲۵٪، ۱۰٪، و ۵٪ محاسبه می شود. (۰۰۱-۰۴)
درصد	۱۰-۳	اگر چندعمل جراحی (بجزپایاها) از دو شکاف توسط دو جراح با تخصیص های متفاوت انجام شوند ۱۰۰٪ و ۱۰۰٪ و اگر یک جراح باشد ۱۰۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ محاسبه شوند. (۰۰۱-۰۵)
کدگذاری	۱۱-۳	در بای پس قلب کد پریکاردکتومی، در بای پس قلب کد اندارترکتومی کروئرمهمزمان، در کوله سیستمکتومی کد لاپاراتومی، درآپاندکتومی کد لاپاراتومی، در تومور مغز کدهای کرانیاتومی و ترمیم دورا، درشکستگی داخلی مفصل کدهای کپسولوتومی یا استئوتومی، در فورامینوتومی کد لامینکتومی، درکولپورافی قدامی - خلفی کد پیرینورافی و در پروستاتکتومی سوپرابوبیک کد خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشد. (۱۰۹-۰۶)
PEG	۳-۱۲	کد ۴۶ - ۴۳۲ بابت کارگذاری کاتتر PEG استفاده شود. (۱۰۹-۰۷)
احمدوالو	۱۳-۳	کد ۷۰-۶۶۱ بابت کارگذاری والواحمد استفاده شود. (۱۰۹-۰۸)
سزارین (C/S)	۱۴-۳	سزارین برابر موارد قید شده در کتابچه مربوطه تایید شده در غیر اینصورت معادل NVD پرداخت شود. (۱۰۹-۰۸) و (۱۰۹-۵۹)

موضوع	ردیف	توضیحات
میکروسکوپ	۱۵-۳	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	۱۶-۳	در درمان با روش DCS از کدهای ۵۰-۶۴۵ الی ۹۵-۶۴۵ استفاده شود. (۱۴-۱۰۹)
NVD	۱۷-۳	بی دردی در NVD توسط پزشک زنان : گلوبال NVD + ۲۰٪ پایه NVD (K جراحی ۱۳) محاسبه شود. (۱۵-۱۰۹)
اسکاروتومی	۱۸-۳	ترمیم اسکارهای ناشی از اعمال جراحی (مثل لب شکری یا سوختگی) در تعهد است. (۱۸-۱۰۹) و (۶۳-۱۰۹)
سپتورینوپلاستی	۱۹-۳	سپتورینوپلاستی در لب شکری، سوختگی و اسکار شدید بینی در تعهد است. (۱۹-۱۰۹)
ویترکتومی	۲۰-۳	بابت ویترکتومی عمقی با دکلمان جمعاً ۱۰۰K جراحی (بییهوشی = ۲۲K، کمک جراح = ۱۳K، جراح = ۶۵K) می باشد. زمان بییهوشی بیش از ۴ ساعت اضافه شود. (در تعرفه اعلام شده تا ۴ ساعت محاسبه شده است). (۲۰-۱۰۹)
ویترکتومی	۲۱-۳	بابت ویترکتومی عمقی بدون دکلمان جمعاً ۸۰K جراحی (بییهوشی = ۱۴K، کمک جراح = ۱۱K، جراح = ۵۵K) محاسبه شود. زمان بییهوشی بیش از ۲ ساعت اضافه شود. (در تعرفه اعلام شده تا ۲ ساعت محاسبه شده است). (۲۰-۱۰۹) توضیح: در صورت عدم انجام بییهوشی ۲۲K و ۱۴K محاسبه نشده و اگر بیحسی توسط جراح انجام شود ۲۰٪ به کد جراح اضافه گردد.

موضوع	ردیف	توضیحات
استندبای (S.B)	۲۲-۳	بابت حق استندبای جراح و بیهوشی 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 بیهوشی است و در اعمال ناموفق قلب هم در صورت درخواست می توان هزینه آن را پرداخت نمود. (۲۲-۱۰۹)
پیوند کلیه	۲۳-۳	پیوند کلیه جهت نوبت دوم در صورت تأیید اداره کل در تعهد است. (هزینه پیوند کلیه بصورت گلوبال بارعایت موارد بخشنامه معادل ۶۵۰K جراحی می باشد). (۲۵-۱۰۹)
واژینوپلاستی	۲۴-۳	واژینوپلاستی بدلائل درمانی مثل آنومالی مادرزادی یا هرمافرودیسیم در تعهد است. (۳۳-۱۰۹)
پیوند کلیه	۲۵-۳	در پیوند کلیه : (الف) - ۶۵۰K جراحی بطور گلوبال بابت مجموع خدمات دهنده و گیرنده (ب) - ۲K 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) - درمانهای جراحی در عوارض بعد پیوند تا ۹۰ روز در تعهد نیست. (و) - هزینه اسکن و سونوداپلر در گلوبال محاسبه شده است. (ز) - خارج ساختن پیکتل در گلوبال لحاظ شده است. (۳۴-۱۰۹)
لیتوتریسی (سنگ شکن)	۲۶-۳	لیتوتریسی جهت هر کلیه یا حالب و یا مثانه معادل ۵۰K جراحی و پس از تأیید نماینده بیمه در تعهد بوده و در روزهای پیگیری (۹۰ روز) انجام مجدد آن برای همان کلیه با حالب در تعهد نمی باشد (لیتوتریسی شامل ۲K هیئت علمی نمی باشد). (۳۵-۱۰۹) و (۳۳-۱۲۳)

موضوع	ردیف	توضیحات
لیزر	۲۷-۳	۲۰٪ حق لیزر در جراحیهای چشم محاسبه نمی گردد. (۲۲-۸۰۰)
آنژیوگرافی	۲۸-۳	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)
آنژیوگرافی	۲۹-۳	هرگاه آنژیوگرافی کرونر همراه با کت راست و چپ قلب به طور همزمان انجام گردد، تنها آنژیوگرافی کرونر + کت راست محاسبه شود. (داخلی $800K = 220K + 580K$) (۴۴-۱۲۳)
ختنه	۳۰-۳	مبلغ قابل محاسبه جهت انجام ختنه ۵K جراحی بصورت گلوبال می باشد. (۴۵-۱۲۳) توضیح ۱: اگر همراه با اعمال دیگر گلوبال یا غیر گلوبال انجام گیرد ۵K به جمع کل اضافه می شود. (۴۵-۱۲۳) توضیح ۲: انجام ختنه تحت بیهوشی عمومی، تحت بیحسی موضعی و در هر سنی تفاوتی در نحوه محاسبه ایجاد نمی نماید.
استنت	۳۱-۳	به ازای تعبیه استنت اول در داخل عروق کرونر ۴۲K جراحی و بابت استنت های بعدی ۸۰٪ از ۴۲K جراحی (۳۳/۶K جراحی) به همراه کد آنژیوپلاستی قابل پرداخت می باشد. (۴۶-۱۲۳)
۲۵٪	۳۲-۳	اعمالی که با لاپاراسکوپ، آندوسکوپ، کولونوسکوپ، توراکسکوپ، آرتروسکوپ، انجام می شوند معادل ۲۵٪ به کد پایه جراحی افزوده شود. (۱۲-۱۰۹)

موضوع	ردیف	توضیحات
ماما	۳۳-۳	اگر NVD را ماما انجام دهد و بدون قبول مسئولیت توسط پزشک متخصص باشد فقط ۵K جراحی حق الزحمه تعلق می گیرد. (۱۰۹-۳۸)
سیلیکون	۳۴-۳	تزریق سیلیکون در داخل مجرای ادرار به علت بی اختیاری از کد ۵۲۱-۰۵ استفاده شود. (۲۶۰-۰۱)
ستون فقرات	۳۵-۳	در اعمال جراحی ستون فقرات بابت لاپاراتومی و توراکتومی هزینه ای بصورت جداگانه لحاظ نگردد. (۱۰۹-۳۹)
آنژیوپلاستی مغز	۳۶-۳	در آنژیوپلاستی عروق مغز ردیف های ۲۴ و ۲۵ از ۸۱ مورد قلب و عروق مورد استفاده قرار گیرند. (۲۰۳-۰۲)
ستون فقرات	۳۷-۳	در عمل فیکساسیون ستون فقرات به وسیله سیستم OSMIUM تنها هزینه وسیله از تعهد خارج است. (۸۰۰-۶۳)
کاتاراکت	۳۸-۳	عمل کاتاراکت به روش فیکو تفاوتی از نظر هزینه با سایر روشها ندارد و فاکور اگمانتاسیون جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. (۱۲۳-۴۷)
بخیه چشم	۳۹-۳	کشیدن بخیه چشم زیر بیهوشی براساس کد ۱۵۸-۵۰ معادل ۶ واحد جراحی و ۳ واحد بیهوشی است. (۱۲۳-۴۸)
شالدون	۴۰-۳	فرانشیز عمل جراحی شالدون گذاری جهت بیماران خاص رایگان می باشد. (۱۲۳-۴۹)

موضوع	ردیف	توضیحات
پیوند کلیه	۴۱-۳	عوارض پیوند کلیه به دوگروه تقسیم می شوند: ۱-عوارض منحصر به عمل جراحی پیوند، که در روزهای پیگیری منظور شده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲-عوارض ایمنولوژیک مسبب پس زدن پیوند، که عوارض ایمنولوژیک آن در روزهای پیگیری نبوده و جداگانه قابل پرداخت می باشد.(۱۰۹-۴۰)
استروبوسکوپ	۴۳-۳	استروبوسکوپی برابر کد ۷۹-۳۱۵ معادل ۲ واحد جراحی است. (۱۰۹-۴۲)
توده با لیزر	۴۴-۳	تخریب ضایعات و توده های برونش یا تراشه با لیزر، برابر کد ۴۱-۳۱۶ قابل محاسبه بوده و هزینه فیبر مربوطه در ۵۰٪ اتاق عمل لحاظ گردیده است.(۱۰۹-۴۳)
شکستگی	۴۵-۳	کد ۳۸-۲۷۲ شامل جاناندازی اینتروتروکانتريک یا پروتروکانتريک بسته بدون جاناندازی از بیست واحد به دو واحد تغییر می یابد. (۱۰۹-۴۴)
صفرا	۴۶-۳	کد ۱۲-۴۷۶ کوله سیستکتومی با کولدوکانترستومی از سه واحد به سی واحد تغییر یافت.(۱۰۹-۴۴)
تعویض مجدد مفصل	۴۷-۳	تعویض مجدد برای هر مفصل با علت اولیه عفونت، شکستگی واستئوآرتریت ثانویه و.... که از تعویض اولیه ۵ سال بگذرد و بیمار سابقه پرداخت حق بیمه ۵ سال و بالاتر داشته باشد، قابل پرداخت است.(۱۰۹-۶۴)
کج گیری	۴۸-۳	در شکستگی های بدون جاناندازی گچ گیری پرداخت نمی شود ولی در فیکسسیون با درمان جراحی و یا جاناندازی بسته با دستکاری هزینه گچ گیری جداگانه پرداخت می شود.(۱۰۹-۴۶)

موضوع	ردیف	توضیحات
آنژیوپلاستی	۴۹-۳	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. (۵۰-۱۲۳)
لیزر تراپی	۵۰-۳	لیزر تراپی عروق کرونر در تعهد سازمان نمی باشد. (۱۷-۸۰۰)
ESI و ASI	۵۱-۳	هزینه تستهای ASI و ESI (مربوط به تصلب شرایین) در تعهد نمی باشد. (۶۸-۸۰۰)
شالدون گذاری	۵۲-۳	تعرفه شالدون گذاری برابر کد ۳۶۸-۰۰ معادل سه واحد جراحی است و اگر AVF یا عملهای مشابه انجام شود برابر عمل انجام شده از کد ۱۰-۳۶۸ تا ۲۱-۳۶۸ قابل محاسبه است. (۴۸-۱۰۹)
ماموپلاستی	۵۳-۳	در موارد درمانی در صورت تایید توسط پزشک معتمد اداره در تعهد است و در موارد زیبایی در تعهد نیست. (۴۹-۱۰۹)
تخلیه چشم	۵۴-۳	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. (۴۷-۱۰۹)
پا	۵۵-۳	Foot یا پا در کتاب تعرفه از مچ پا به پایین است و به کل اندام تحتانی اطلاق نمی شود. (۵۱-۱۰۹)
سپتورینوپلاستی	۵۶-۳	تنها در سه مورد میتوان معرفنامه جهت سپتورینوپلاستی صادر نمود: ۱- لب شکری ۲- ترمیم سوختگی ۳- اسکارشیدی بینی (فقط با تایید اداره کل اقدام شود) (۱۹-۱۰۹)

توضیحات			ردیف	موضوع																		
تنها در دو مورد میتوان معرفینامه جهت ترمیم اسکار جراحی صادر نمود: ۱- ناشی از لب شکری ۲- ناشی از سوختگی (۱۸-۱۰۹)			۵۷-۳	اسکار جراحی																		
تنها در دو مورد میتوان معرفینامه جهت واژینوپلاستی صادر نمود: ۱- درآنومالی مادرزادی ۲- درهرمافرودیسم. (۳۳-۱۰۹)			۵۸-۳	واژینوپلاستی																		
درجراحی های ترمیمی فک صدور معرفینامه نیاز به تایید پزشک معتمد اداره کل می باشد. (۰۴-۸۰۰)			۵۹-۳	جراحی فک																		
<table><tr><th>مواد تعهد</th><th>مفاصل</th><th>علت</th></tr><tr><td>در تعهد</td><td>در تمامی مفاصل</td><td>عفونت و شکستگی</td></tr><tr><td>در تعهد</td><td>فقط مفاصل: لگن ، زانو ، شانه</td><td>استئوآرتریت ثانویه مثل: AVN, SLE, RA، پرتس و سایر انواع بیماریهای کلاژن</td></tr><tr><td>در تعهد</td><td>فقط مفاصل: لگن ، زانو</td><td>تومورهای نزدیک مفصل</td></tr><tr><td>عدم تعهد</td><td>در تمامی مفاصل</td><td>استئوآرتریت اولیه</td></tr><tr><td>عدم تعهد</td><td>در تمامی مفاصل</td><td>سوانح رانندگی و ادامه درمان با هرفاصله زمانی</td></tr></table>			مواد تعهد	مفاصل	علت	در تعهد	در تمامی مفاصل	عفونت و شکستگی	در تعهد	فقط مفاصل: لگن ، زانو ، شانه	استئوآرتریت ثانویه مثل: AVN, SLE, RA، پرتس و سایر انواع بیماریهای کلاژن	در تعهد	فقط مفاصل: لگن ، زانو	تومورهای نزدیک مفصل	عدم تعهد	در تمامی مفاصل	استئوآرتریت اولیه	عدم تعهد	در تمامی مفاصل	سوانح رانندگی و ادامه درمان با هرفاصله زمانی	۶۰-۳	تعویض مفصل
مواد تعهد	مفاصل	علت																				
در تعهد	در تمامی مفاصل	عفونت و شکستگی																				
در تعهد	فقط مفاصل: لگن ، زانو ، شانه	استئوآرتریت ثانویه مثل: AVN, SLE, RA، پرتس و سایر انواع بیماریهای کلاژن																				
در تعهد	فقط مفاصل: لگن ، زانو	تومورهای نزدیک مفصل																				
عدم تعهد	در تمامی مفاصل	استئوآرتریت اولیه																				
عدم تعهد	در تمامی مفاصل	سوانح رانندگی و ادامه درمان با هرفاصله زمانی																				
توجه: تعویض مجدد مفاصل برای هربیمه شده و برای هر مفصل، هر ۵ سال یکبار و بامدت انتظار ۵ سال بیمه پردازی از ابتدای شروع دوره پرداخت می گردد. (۶۴-۱۰۹)																						
صدور معرفینامه جهت جراحی بازکردن لوله های رحم جهت باروری تنها در صورت فوت فرزند و یا ازدواج مجدد انجام گیرد. (۰۱-۰۱۰)			۶۱-۳	باروری																		

موضوع	ردیف	توضیحات
توتال هیپ	۶۲-۳	در چهار حالت در تعهد می باشد: ۱- شکستگی ۲- تخریب مفصل بدلیل بیماری عفونی ۳- تخریب مفصل بدلیل ابتلا به شرایطی که بدنبال شکستگی گردن ران بوجود آمده باشد مانند نکروز آواسکولر AVN ۴- تعویض مجدد مفصل در صورتیکه عمل اولیه در تعهد بوده باشد در هر فاصله زمانی قابل پرداخت می باشد. (۱۰۹-۵۰) و (۱۰۹-۵۷)
پرموکت	۶۳-۳	جهت عمل لوله گذاری یا شانت بین عروقی برای بیماران دیالیزی از کدهای ۳۶۸-۰۰ الی ۳۶۸-۱۵ استفاده گردد و جهت گذاشتن پرموکت کد ۳۶۸-۲۲ قابل پرداخت نمی باشد. (۱۰۹-۵۲)
لوپ	۶۴-۳	در اعمال جراحی عروق با لوپ ۲۰٪ تعرفه اضافه نمی گردد. (۸۰۰-۸۰)
ستون فقرات	۶۵-۳	پرداخت هزینه درمان تغییر شکل ستون فقرات در سنین رشد و یا در صورت بروز عوارضی مانند مشکلات تنفسی در تعهد است. (۱۰۹-۵۳)
سزارین	۶۶-۳	انجام سزارین در بارداریهای ایجاد شده توسط روشهای ART (ZIFT, IVF, GIFT,) با نظر پزشک معالج در تعهد است. (۱۰۹-۵۴)
سزارین	۶۷-۳	انجام سزارین بدلیل هرپس با توجه به گواهی پزشک و داروهای مصرف شده حین بستری مبنی بر درمان هرپس در تعهد است. (ویژه استان تهران) (۱۰۹-۵۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
ویترکتومی	۶۸-۳	اگر ویترکتومی توسط جراحان هیئت علمی ۲K انجام گردد: بابت ویترکتومی با دکلمان ۱۲۰K جراحی و ویترکتومی بدون دکلمان ۱۰۰K جراحی پرداخت می شود.(۱۰۹-۵۶)
زایمان دوقلو	۶۹-۳	در صورتیکه یک قل با زایمان طبیعی و قل دیگر با سزارین انجام شود براساس کتاب کالیفرنیا بصورت غیرگلوبال محاسبه می گردد. (۱۰۹-۵۸)
استریوتاکسی	۷۰-۳	استریوتاکسی تحت گاید MRI حداکثر معادل کد ۵۱-۶۱۷ (استریوتاکسی همراه سی تی اسکن) محاسبه می شود.(۱۰۹-۶۰)
ورتبروپلاستی	۷۱-۳	هزینه ورتبروپلاستی با تزریق سیمان برابر کد ۱۵-۲۲۳ کتاب کالیفرنیا محاسبه می گردد.(۱۰۹-۶۱)
IUD	۷۲-۳	در موارد اورژانس خروج IUD با هیستروسکوپ تحت بیهوشی عمومی در تعهد است.(۱۰۹-۶۲)
زایمان در آب	۷۳-۳	هزینه زایمان در آب معادل زایمان طبیعی قابل پرداخت است. (۱۰۹-۶۵)



④ - کمک جراح

موضوع	ردیف	توضیحات
هزینه	۱-۴	معادل ۲۰٪ حق الزحمه جراح در صورت دارا بودن کمک جراح در اعمال جراحی بابت کمک جراح اول قابل محاسبه می باشد. (۱۱۱-۰۳)
دو کمک جراح	۲-۴	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 می شود و جمعاً ۳۰٪) (۱۱۱-۰۳)
مقدار K	۳-۴	چنانچه K جراحی عمل اصلی ۱۵ و یا بیشتر باشد کمک جراح تعلق می گیرد. (۱۱۱-۰۲)
رزیدنت	۴-۴	به رزیدنت حق الزحمه کمک جراح تعلق نمی گیرد. (۱۱۱-۰۲)



5 - بیهوشی

موضوع	ردیف	توضیحات
ریکاوری	۱-۵	زمان بیهوشی عمومی از ابتدای القاء بیهوشی تا نیم ساعت پس از اتمام جراحی محاسبه شود. در صورت اختلاف بین چارت بیهوشی و شرح عمل بیمار ملاک برای زمان و نوع بیهوشی شرح عمل می باشد. (۱۱۲-۱۵) و (۱۱۲-۱۱)
تعدیلی	۲-۵	کدهای تعدیلی بیهوشی قابل محاسبه (به شرط ضمیمه بودن مدارک در پرونده بالینی) به شرح ذیل می باشد: (۱۱۲-۰۹) و (۱۱۲-۰۱) ● پوزیشن غیر معمول 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 ۲/۴K بیهوشی ● پمپ CPB (دستگاه گردش خون برون پیکری) ۱۷K بیهوشی ● فیستول ریه به پلور ۲K بیهوشی ● سابقه سکتة مغزی ۲K بیهوشی
DSA	۳-۵	محاسبه تعرفه بیهوشی در حین آنژیوگرافی DSA در موارد کهولت سن یا کودکان یا ساب کما بلامانع است. (۱۱۲-۰۲)

موضوع	ردیف	توضیحات
جراح	۴-۵	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 می دهد می توان پایه بیهوشی ضربدر K بیهوشی را جهت جراح محاسبه نمود. (۱۱۲-۰۳)
استندبای (S.B)	۶-۵	هزینه بیهوشی استندبای در آنژیوپلاستی در تعهد است. (۱۱۲-۰۶)
ویزیت	۷-۵	ویزیت بیهوشی قبل از عمل اگر منجر به جراحی نشود قابل محاسبه است. (۱۱۲-۰۸)
اسپیرومتری	۸-۵	اسپیرومتری را اگر پزشک بیهوشی در قبل، حین و یا بعد از عمل انجام دهد در تعهد است. (۱۱۲-۱۰)
تعذیلی ۲۸	۹-۵	بیهوشی اورژانس تنها در مواردیکه بیماری مهلکی وجود دارد مانند آپاندیس پرفوره و..... شامل می شود در سایر موارد توجه به بستری بیمار در اورژانس در مدتی کمتر از چند ساعت قابل محاسبه نمی باشد. (۱۱۲-۰۹)
آماده سازی	۱۰-۵	آماده سازی جهت القاء بیهوشی در پایه بیهوشی منظور شده و جداگانه پرداخت نمی گردد. (۱۱۲-۱۷)
تکنسین	۱۱-۵	در صورتیکه بیهوشی توسط تکنسین بیهوشی انجام شود فقط پایه بیهوشی واگر توسط کارشناس ارشد بیهوشی انجام شود پایه ۶۰٪ زمان قابل محاسبه است. (۱۱۲-۰۳)

موضوع	ردیف	توضیحات
بی دردی	۱۲-۵	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	۱۳-۵	اگر بلوک اعصاب محیطی توسط پزشک بیهوشی انجام شود میتوان زمان + پایه بیهوشی را محاسبه نمود.(زمان بیهوشی از شروع بلوک تا یک ربع بعد از اتمام جراحی می باشد).(۱۱۲-۰۸)
سربایی	۱۴-۵	اگر اعمالی نظیر آندوسکوپی یا کولونوسکوپی تشخیصی که عموماً بدون بیهوشی جنرال انجام می شوند با بیهوشی جنرال انجام شود محاسبه حق الزحمه بیهوشی منوط به تایید پزشک معتمد می باشد.(۱۱۲-۱۲)
اطاق عمل	۱۵-۵	متخصص بیهوشی فقط مجاز به اداره همزمان دو اطاق عمل در اعمالی باریسک ۱ و ۲ و یا اداره یک اطاق عمل در اعمالی باریسک ۳ و ۴ هستند.(۱۱۲-۱۳)
شیمی درمانی	۱۶-۵	درشیمی درمانی کودکان به همراه بیهوشی جنرال یا یکی دیگر از انواع بیهوشی می توان به صورت گلوبال ۵K بیهوشی محاسبه نمود.(۱۱۲-۱۶)
MRI	۱۷-۵	به ازای هر درخواست MRI یک یا چند ناحیه همراه با بیهوشی حداکثر یکبار تعرفه ردیف ۶۲۶ خدمات تشخیصی درمانی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.(۱۱۲-۱۸)
سنگ شکن	۱۸-۵	هزینه بیهوشی عمومی در عمل سنگ شکن کلیه توسط متخصص بیهوشی همراه چارت از پایه کد ۹۰-۵۰۵ با احتساب زمان قابل محاسبه است.(۱۱۲-۱۹)

موضوع	ردیف	توضیحات
رادیوترابی	۱۹-۵	هزینه بیهوشی حین رادیوترابی توسط متخصص با چارت در اطفالیکه دچار عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانی و بیقراری هستند با احتساب پایه ۳ و زمان قابل محاسبه است. (۱۹-۱۱۲)
ادیومتری	۲۰-۵	هزینه بیهوشی جهت انجام ادیومتری قابل محاسبه نمی باشد. (۱۹-۱۱۲)
Sedation	۲۱-۵	بیهوشی بصورت Sedation در رادیوترابی و سنگ شکنی قابل محاسبه نمی باشد. (۱۹-۱۱۲)
دندانپزشکی	۲۲-۵	محاسبه بیهوشی عمومی توسط متخصص بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی بصورت پایه ۳ همراه زمان محاسبه می شود. ● بیهوشی بصورت Sedation قابل محاسبه نمی باشد. ● تعداد و تنوع اعمال دندانپزشکی در جریان یک بیهوشی عمومی بشرط تعهد محدودیتی ندارد. ● هزینه دارو و لوازم مصرفی بیهوشی طبق ضوابط قابل محاسبه است. ● خدمات فوق باتشکیل پرونده سرپایی و فرانشیز ۳۰٪ محاسبه گردد. ● هزینه هتلینگ و ویزیت جداگانه محاسبه نمی گردد. (۲۰-۱۱۲)



6- اتاق عمل OR

موضوع	ردیف	توضیحات
استهلاک	۱-۶	۵۰٪ حق جراح بعنوان اتاق عمل (منظور استهلاک تجهیزات ثابت مثل تخت، چراغ، ساکشن، کوتر، موادشوینده 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). (۱۰۶-۰۸)
اکو	۲-۶	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. (۱۰۶-۰۵)
زیر ۶ ساعت	۳-۶	در کلیه موارد بستری زیر ۶ ساعت ۵۰٪ OR تعلق نمی گیرد. بجز محاسبه انجام اعمال گلوبال در زیر ۶ ساعت. (۱۰۶-۰۵)
محدود	۴-۶	در مراکز جراحی محدود ۵۰٪ OR تعلق می گیرد. (۱۰۶-۰۷)
میکروسکوپ	۵-۶	۵۰٪ اتاق عمل شامل حق استفاده از میکروسکوپ یا آندوسکوپ یا آرتروسکوپ یا لیزر یا نمی گردد. (۱۰۹-۱۱)
سرپایی	۶-۶	پرداخت ۵۰٪ هزینه استهلاک اتاق عمل در اعمال سرپایی که در اتاق عمل و همراه با بیهوشی عمومی انجام می گیرد بلامانع است ولی در سایر اعمال سرپایی هزینه ۵۰٪ استهلاک در تعهد نمی باشد. (۱۰۶-۱۰)



7- ویزیت

موضوع	ردیف	توضیحات
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 (۴۲K 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 مزمن ۴ ویزیت طی یک ماه می باشد. (۱۰۷-۰۸)
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 ۲۰K داخلی و روزهای بعد ۱۵K داخلی و ویزیت روز ترخیص ۸/۵K داخلی محاسبه شوند. (۱۰۷-۰۸)
نوزاد	۸-۷	ویزیت روز اول نوزاد ۲۳K داخلی و روزهای بعد ۱۵K 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 (ICU و CCU)	۱۰-۷	حداکثر ویزیت پزشک معالج در CCU و ICU همانند سایر بخشها یک ویزیت طی ۲۴ ساعت می باشد. (۱۰۷-۱۴)

موضوع	ردیف	توضیحات
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 سرپایی نیز محاسبه نمود. (۱۰۷-۱۳)
ویژه (NICU)	۱۲-۷	در NICU ویزیت روزانه محاسبه نمی شود. (۱۰۷-۱۵)
زنان	۱۳-۷	در ویزیت سرپایی پزشک زنان اگر پاپ اسمیر انجام شود، علاوه بر ویزیت، حق برداشت نمونه نیز محاسبه شود. (۲۲۰-۰۱)
بیهوشی	۱۴-۷	حق ویزیت پزشکان متخصص بیهوشی (بجز قبل و بعد از اعمال جراحی) معادل پزشک عمومی می باشد. (۲۲۰-۲۷)
همراه خدمت	۱۵-۷	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 براساس K داخلی است یک ویزیت همزمان قابل پرداخت است. (۲۲۰-۲۰)
چند خدمت	۱۶-۷	ارائه چند خدمت همزمان به بیمار تنها یک ویزیت قابل محاسبه است. (۲۲۰-۲۱)
مقیم	۱۷-۷	به پزشک مقیم در ICU ویزیت پرداخت نمی گردد. (۱۰۷-۲۰)
دندانپزشک	۱۸-۷	حق ویزیت دندانپزشکان معادل ویزیت پزشکان عمومی است. (۲۲۰-۲۲)
دندانپزشک	۱۹-۷	حق ویزیت دندانپزشکان متخصص معادل پزشکان متخصص است. (۲۲۰-۲۲)

موضوع	ردیف	توضیحات
تخصص	۲۰-۷	محاسبه ویزیت سرپایی متخصصین در خصوص ویزیت خارج از محدوده تخصصی خود بلامانع است. (۲۲۰-۰۳)
سرپایی	۲۱-۷	دستوربستری بعنوان ویزیت در نسخ سرپایی قابل محاسبه است. (۲۲۰-۰۴)
خصوصی	۲۲-۷	ویزیت سرپایی در مراکز خصوصی طرف قرارداد براساس تعرفه ویزیت بخش خصوصی قابل محاسبه است. (۲۲۰-۱۶)
فلوشیپ	۲۳-۷	ویزیت فلوشیپ در صورت ارائه مدارک مورد تایید وزارت بهداشت، قابل پرداخت می باشد.
امضاء ریاست	۲۴-۷	در اسناد بستری مهر و امضاء ریاست بیمارستان بجای پزشک معالج و یا مشاور (فقط در پزشکان غیر ۲۴) پذیرفته است. (۱۰۷-۱۶)
عمومی	۲۵-۷	ویزیت پزشکان عمومی تنها در بخش اورژانس و در ارتباط با خدمات سرپایی پذیرفته است. دستور بستری و ویزیت در بخش بستری مورد قبول توسط پزشک عمومی نمی باشد. (۱۰۷-۱۸)
طب اورژانس	۲۶-۷	انجام خدمات در تعهد در بخش اورژانس توسط متخصصین طب اورژانس همانند دیگر متخصصین محاسبه می گردد. (۲۲۰-۱۷)
طب فیزیکی	۲۷-۷	متخصصین طب فیزیکی نمی توانند درخواست ویزیت در مورد بیماران ارجاعی (جهت انجام فیزیوتراپی) بنمایند. (۲۲۰-۱۸)
پاپ اسمیر	۲۸-۷	در موارد سرپایی به پزشکان زنان، پاپ اسمیر به همراه ویزیت اگر انجام داده باشد هر دو مورد محاسبه می گردد. (۲۲۰-۰۱)
پزشکی هسته ای	۲۹-۷	در پزشکی هسته ای هزینه ویزیتی که به همراه خدمت انجام می گردد محاسبه نمی شود. (۲۲۰-۱۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
طب پیشگیری	۳۰-۷	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) (۲۴-۲۲۰)
آنژیوپلاستی	۳۱-۷	پرداخت ویزیت روزانه همزمان بابتستری جهت آنژیوپلاستی به همان پزشک در تعهد نمی باشد. (۲۵-۲۲۰)
متخصص بالینی	۳۲-۷	تعرفه ویزیت متخصصین رشته های بالینی در بیمارستانهای خصوصی بر مبنای تعرفه پزشک متخصص بخش دولتی قابل پرداخت می باشد. (۲۶-۲۲۰)
متخصصین برخی از بالینی	۳۳-۷	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. (۲۶-۲۲۰)
متخصص غیر بالینی	۳۴-۷	متخصصین رشته های علوم پایه پزشکی نظیر پزشکی قانونی، ویروس شناسی، انگل شناسی، بیهوشی، تغذیه و..... شاغل در بخش دولتی و خصوصی معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی دولتی قابل پرداخت می باشد. (۲۶-۲۲۰) و (۲۷-۲۲۰)
متخصص پزشکی اجتماعی	۳۵-۷	پزشکان متخصص پزشکی اجتماعی، محاسبه ویزیت: در سربایی برابر پزشک عمومی و در بالینی ویزیت روزانه غیر قابل پرداخت است. محاسبه مشاوره: مطابق دستورالعمل مشاوره از لحاظ تعداد و ۲K است. در اسناد گلوبال پرداخت نمی شود. (۲۸-۲۲۰)

8- مشاوره

موضوع	ردیف	توضیحات
تعداد	۱-۸	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) (۱۰۸-۰۲)
حداکثر	۲-۸	برای یک بیمار حداکثر ۶ مشاوره بابت مجموع مشاوره های پزشکان انجام دهنده مشاوره طی یک دوره بستری قابل محاسبه است. (۱۰۸-۰۲)
معمول	۳-۸	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. (۱۰۸-۰۳)
مشاوره بیشتر از ضوابط	۴-۸	مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روزانه سرویس تخصصی مورد نظر مضاف بر ویزیت روزانه معمول محاسبه می گردد. (۱۰۸-۰۹)
ژنتیک	۵-۸	مشاوره ژنتیک در تعهد نیست. (۱۰۸-۰۶)
تعرفه	۶-۸	هر مشاوره بستری معادل ۲۰K داخلی محاسبه شود. (۱۰۷-۰۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
پزشک مدعو	۷-۸	هر مشاوره پزشک متخصص مدعو معادل ۴۲ واحد داخلی براساس شرایط ذیل قابل پرداخت است: ● تخصص پزشک مدعو در بیمارستان موجود نباشد. ● درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی موجود باشد. ● پزشک مدعو در کلینیک های بیمارستان فعالیت ننماید. ● ویزیت بربالین بیمار انجام شود. ● در مورد بیماران سرپایی نباشد. (۱۰۷-۰۹)



۹- آزمایش

موضوع	ردیف	توضیحات
پذیرش و خونگیری	۱-۹	از ابتدا تا انتها بستری یک بیمار تنها یک نوبت کد بین المللی ۸۰۰۰۱ تعرفه آزمایشگاه قابل محاسبه بوده و بابت هر روز که بیمار خونگیری شده است فقط یکبار کد ۸۰۰۰۳ آزمایشگاه قابل محاسبه است. (۱۱۳-۰۲)
همزمان	۲-۹	● 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 و CBC فقط CBC محاسبه شود ● در درخواست همزمان پلاکت و CBC، فقط CBC محاسبه شود. ● در درخواست همزمان TG و کلسترول و HDL و LDL ، فقط TG و کلسترول و HDL محاسبه شود (با داشتن تاییدیه اداره نظارت مبنی برداشتن کیت مستقل LDL محاسبه شود) (۱۱۳-۰۱)
کاریوتایپ	۳-۹	آزمایشات کاریوتایپ (ژنتیک) در بارداری بالای ۳۴ سالگی و در آمنوره اولیه و در نازایی در تعهد است. اما در آمنوره ثانویه و بیماری قلبی مادرزادی در تعهد نمی باشد. (۱۱۳-۰۶)
Breath Test	۴-۹	ردیف ۴۲۷ (کد بین المللی ۸۳۰۱۹) جهت تست فوق (تشخیص سوء جذب کربوهیدراتها) است. (۱۱۳-۰۷)
روتین	۵-۹	انجام روتین HIV و HBSAg جهت بیماران در تعهد نمی باشد. (۱۱۳-۱۱)

موضوع	ردیف	توضیحات
فاقد تعرفه	۶-۹	تمامی خدمات آزمایشگاهی که فاقد تعرفه می باشند در تعهد نمی باشند. (۱۱۳-۱۲) و (۱۱۳-۳۰)
کربن ۱۳	۷-۹	تست تنفسی هلیکوباکتر با کربن ۱۳ در تعهد نمی باشد. (۸۰-۱۰)
تومور مارکر	۸-۹	فقط آزمایشات ردیف ۲۲۰ الی ۲۲۹ (تومور مارکرها) اگر با روش کمی لومینانس انجام شوند باین 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..... (۱۱۳-۱۳)
اتوآنتی بادی	۱۰-۹	کدبین المللی ۸۰۲۰۷ جهت اندازه گیری اتوآنتی بادیها به روش الایزا در تعهد نمی باشد. (۸۰-۶۹)
ژنتیک	۱۱-۹	آزمایشات ژنتیک قبل از ازدواج در تعهد نمی باشد. (۸۰-۷۰)
روش	۱۲-۹	آزمایشی که بیش از یک روش انجام داشته باشد در صورت عدم قید نوع روش، پایین ترین تعرفه موجود پرداخت میشود. (۱۱۳-۱۶)
تومور مرکر	۱۳-۹	تومور مارکر با کدبین المللی ۸۸۳۴۲ (رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی) پس از تایید نظارت مبنی بر انجام روش فوق قابل پرداخت است. (۱۱۳-۱۸)
FTI	۱۴-۹	در صورت درخواست FTI به تنهایی در نسخه برابر تعرفه T4 و T3RUP قابل محاسبه است. (۱۱۳-۱۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
پرو فایل	۱۵-۹	آزمایشات پرو فایل A و B در نقصهای ژنتیکی، فقط آزمایشات بررسی اسیدهای آمینه با روش HPLC برابر ردیفهای ۹۶ و ۹۷ باکد بین المللی ۸۲۴۸۶ و ۸۲۴۹۱ قابل پرداخت است. (۱۹-۱۱۳)
تست گروهی	۱۶-۹	درخواست تستهای گروهی مانند حجاج و..... که جنبه غربالگری و چکاپ دارد در تعهد نیست. (Screening) (۱۲-۲۱۵)
حق فنی	۱۷-۹	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	۱۸-۹	بابت انجام بیوپسی پروستات به روش TRUSGB با بررسی ماکروسکوپی و میکروسکوپی توسط آزمایشگاهها تعرفه ۶۲۲ رادیولوژی (بیوپسی از هر ارگان تحت سونو) همراه با آسیب شناسی تشریحی با کد بین المللی ۸۸۳۰۵-۳۱ از تعرفه آزمایشگاه پرداخت شود. (۲۰-۱۱۳)
آنزیم قلب	۱۹-۹	اندازه گیری آنزیمهای قلبی توسط Cardiac Reader براساس تعرفه های موجود آزمایشگاه قابل پرداخت است. (۲۱-۱۱۳)
روش نواری	۲۰-۹	هزینه بابت انجام آزمایشات به روش نواری بجای کیت پرداخت نمی گردد. (۷۱-۸۰۰)
قبل از تولد	۲۱-۹	آزمایشات قبل از تولد کاریوتایپ (ژنتیکی) تا پایان ماه چهارم بارداری از نظر بیمه قابل پرداخت است. (۲۲-۱۱۳)

موضوع	ردیف	توضیحات
CVS	۹-۲۲	نمونه گیری از جفت (CVS) جهت تشخیص تالاسمی معادل بیوپسی از هرا ارگان تحت سونوگرافی قابل پرداخت است.(۱۱۳-۲۳)
همودیالیز	۹-۲۳	آزمایش HCVab برای بیماران همودیالیزی حسب مورد درخواست پزشک قابل پرداخت است.(۱۱۳-۲۴)
هموسیستین	۹-۲۴	هموسیستین به روش الیزا قابل پرداخت نمی باشد.(۷۲-۸۰۰)
هموسیستین	۹-۲۵	آزمایش هموسیستین به روش HPLC بصورت آزمایش کروماتوگرافی پرداخت گردد.(۱۱۳-۲۵)
Torch	۹-۲۶	تعرفه آزمایش Torch شامل TOXO، روبلا، CMV و هرپس می باشد که جمعاً قابل پرداخت است.(۱۱۳-۲۶)
RF	۹-۲۷	CRP و RF (ردیف ۳۱۰ و ۳۱۲) عمدتاً به روش کیفی انجام و محاسبه می شوند ولی در صورت درخواست به روش کمی نیز پرداخت بلامانع است.(۱۱۳-۱۵)
کلی	۹-۲۸	آزمایشاتی که بصورت کلی درخواست می شوند مانند LFT، یونوگرام و..... غیر قابل محاسبه می باشند.(۱۱۳-۱۲)
آنتی بادی	۹-۲۹	اگر نوع آنتی بادی توسط پزشک معالج درخواست نشده باشد فقط یک ردیف قابل محاسبه است.(۱۱۴-۱۴)

موضوع	ردیف	توضیحات
تفسیر گاز	۳۰-۹	هزینه تفسیر گازهای شریانی به همراه ABG در تعهد نمی باشد. (۸۰-۸۰۰)
یورودینامیک	۳۱-۹	خدمات یورودینامیک طبق کتاب کالیفرنیا محاسبه گردد. (۲۷-۱۱۳)
نوع درخواست	۳۲-۹	کلیه آزمایشات درخواستی توسط پزشکان در صورتی قابل پرداخت هستند که بصورت مشخص و به تفکیک سرفصلهای تعرفه آزمایشگاه باشند. (۲۸-۱۱۳)
HLA	۳۳-۹	در صورت مشخص بودن نوع آلهای درخواستی توسط پزشک معالج به همراه تصویر گزارش مربوطه مطابق تعرفه پرداخت میگردد. (۲۹-۱۱۳)
تروپونین	۳۴-۹	آزمایش تروپونین CKMB به روش Rapid فاقد تعرفه و غیر قابل پرداخت است. (۳۱-۱۱۳)
ماما	۳۵-۹	هزینه درخواستی آزمایشات زیر توسط ماما قابل پرداخت است: گراویندکس، CT، BT، U/A، U/C، گروه خون و RH، HBSAg، CBC، VDRL، هموگلوبین و هماتوکریت، BHCG و پاپ اسمیر (۳۲-۱۱۳)
PCR کمی	۳۶-۹	متخصصین مجاز به درخواست PCR کمی شامل: داخلی، عفونی، اطفال و فوق تخصصهای این رشته ها و متخصصین انکولوژیست و هماتولوژیست میباشند. تعرفه هزینه آزمایش PCR کمی شامل مجموع تعرفه پذیرش + استخراج RNA + RT-PCR کمی است. جهت اندیکاسیون های درخواست آزمایش فوق و نحوه تایید نسخ به همراه مدارک لازم آن به دستورالعمل سازمان مراجعه گردد. (۳۳-۱۱۳)

موضوع	ردیف	توضیحات
PCR کمی	۳۷-۹	پرداخت آزمایش PCR کمی منوط به دریافت مجوز از دانشگاه مربوطه و تایید اداره نظارت جهت انجام آزمایش فوق و تایید اداره با هولوگرام مربوطه جهت پرداخت هزینه آن می باشد. (۱۱۳-۳۳)
GCT	۳۸-۹	تعرفه آزمایش GCT شامل مجموع تعرفه انجام یک FBS + یک BS می باشد. (۱۱۳-۳۵)
ژنتیک	۳۹-۹	اندیکاسیونهای مورد قبول سازمان جهت انجام آزمایشات ژنتیک و کاریوتایپ شامل: سندرمهای کروموزومی، لوسمی و تومورهای سرطانی، سابقه دو سقط مکرر، ابهام جنسی، داشتن حداقل سه تظاهر آناتومیکی غیرطبیعی و عقب ماندگی ذهنی غیرمتابولیک که آزمایشات فوق توسط آزمایشگاههای واجد شرایط با تایید اداره پرداخت می شود. (۱۱۳-۳۷)
ژنتیک	۴۰-۹	پزشکان مجاز به درخواست آزمایشات ژنتیک شامل متخصصین: داخلی، زنان، اطفال، مشاوره ژنتیک و کلیه رشته های فوق تخصص پزشکی بوده و نیاز به تایید اداره ندارند و سایر متخصصین و پزشکان عمومی پس از تایید اداره قابل پرداخت می باشند. پزشکان شاغل در آزمایشگاههای ژنتیک در همان آزمایشگاه مجاز به درخواست آزمایش فوق نمی باشند. آزمایشات پیش از تولد تا پایان ماه چهارم بارداری قابل قبول است. تعرفه های اعلام شده بصورت گلوبال بوده و شامل مراحل نمونه برداری، انجام آزمایش و گزارش نهایی است. (۱۱۳-۳۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
Anti Tpo	۴۱-۹	آزمایش آنتی تیروئید پروکسیداز Anti Tpo فاقد تعرفه مصوب و بصورت کلی بوده و غیرقابل پرداخت است. (۱۱۳-۳۶)
CMV	۴۲-۹	CMVAg فاقد تعرفه و غیرقابل پرداخت است و CMVAb مطابق تعرفه خدمات آزمایشگاهی قابل پرداخت می باشد. (۱۱۳-۳۴)
LDH	۴۳-۹	هزینه بررسی میزان LDH مایعات بدن از کد بین المللی ۸۳۶۱۵ (آزمایش LDH) قابل پرداخت است. (۱۱۳-۴۰)
RT PCR	۴۴-۹	خدمت RT PCR کمی در تعهد بیمه می باشد. (۱۱۳-۴۱)
پلاسمافریز	۴۵-۹	کد بین المللی ۸۰۲۸۲ (ردیف ۲۹۱) جهت پرداخت هزینه پلاسمافریز با محاسبه میزان حجم خون گردش شده، قابل محاسبه می باشد. هزینه لوازم مصرفی جداگانه قابل پرداخت می باشد. (۱۱۳-۴۲)



10- رادیولوژی

موضوع	ردیف	توضیحات
MRI	۱-۱۰	MRI سربایی جهت بیش از دو ناحیه نیاز به تایید توسط نماینده و یا اداره کل نداشته و هزینه آن براساس ضوابط مربوط به MRI قابل پرداخت است. (۱۱۴-۳۰)
ورتبرال	۲-۱۰	سونوگرافی کالرداپلرورتبرال فعلاً در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۵۵)
CVS	۳-۱۰	به CVS (نمونه گیری از جفت) جهت تشخیص تالاسمی تعرفه بیوپسی هراگان تحت سونو تعلق می گیرد. (۱۱۴-۰۶)
UBM	۴-۱۰	UBM (اولتراسونیک بی میکروسکوپ) برای تشخیص ضایعات اتاق قدامی چشم برابر تعرفه رادیولوژی در تعهد است. (۱۲۳-۶۲)
سی تی اسکن (CTS)	۵-۱۰	CTS برای بیش از دو ناحیه نیاز به توضیح و ذکر تشخیص توسط پزشک متخصص دارد. و CTS دو ناحیه و بیشتر نیازی به تایید ندارد. (۲۰۵-۱۰) و (۲۰۵-۱۷)
اسپیرال	۶-۱۰	موارد اسپیرال تابع بخشنامه مربوطه می باشد. خدمات CTS به سه گروه تقسیم می شوند: به گروه اول و سوم اسپیرال تعلق نمی گیرد و گروه دوم فقط بصورت اسپیرال قابل پرداخت است. (در موارد اورژانس و بیمارانی که توان ثابت بودن در زمان طولانی را ندارند، اسپیرال به گروه اول نیز تعلق می گیرد) اسپیرال به نسخ پزشکان عمومی پرداخت نمی شود. (۲۰۵-۱۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
چشم	۷-۱۰	آنژیوگرافی یک چشم تعرفه ردیف ۲۳۱ و دو چشم تعرفه ردیف ۲۹۶ تعلق می گیرد. (۱۱۴-۰۷)
MRV	۸-۱۰	MRV (MR) ونوگرافی) برابر ردیف ۵۰۸ تعرفه پرتوپزشکی پرداخت گردد.
MRU	۹-۱۰	MRU (MR) یوروگرافی) برابر ردیف ۵۰۴ یا ۵۱۴ با توجه به گزارش و MR ارتروگرافی برابر ردیف ۵۰۶ تعرفه پرتوپزشکی پرداخت گردد.
چشم	۱۰-۱۰	ICG (آنژیوگرافی چشم با ماده حاجب ایندوسیانید گرین) در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۳۹)
PDT	۱۱-۱۰	فتودینامیک تراپی در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۴۷)
CT	۱۲-۱۰	درخواست CT اسکن ستون فقرات بصورت کلی (گردنی، پشته و یالومبوساکرال) حداکثر ردیف ۴۵۴ تعرفه رادیولوژی برای هر ناحیه قابل محاسبه است. (۲۰۵-۱۶)
سنجش تراکم	۱۳-۱۰	نسخ دانسیتومتری استخوان که نیاز به تایید ندارند: تمام پزشکان فوق تخصص، متخصص زنان و داخلی و ارتوپدی، بیماران خاص، مونث بالای ۵۵ سال، مذکر بالای ۶۵ سال. (در بقیه موارد با اداره هماهنگ گردد) (۱۱۴-۳۷)
MRCP	۱۴-۱۰	مگنتیک رزونانس کلانژیوپانکراتوگرافی، بررسی مجاری صفراوی از طریق MRI، برابر MRI کلانژیوگرافی قابل محاسبه است. (۱۱۴-۱۷)

موضوع	ردیف	توضیحات
بایت وینگ	۱۵-۱۰	رادیوگرافی بایت وینگ همانند هزینه رادیوگرافی پری اپتیکال میباشد. (۱۱۴-۱۸) و (۱۱۴-۲۸)
Orbscan	۱۶-۱۰	هزینه Orbscan برابر سونوگرافی چشم (A اسکن و B اسکن) باهم برای هرچشم قابل پرداخت است. (۱۱۴-۰۹)
CT سه بعدی	۱۷-۱۰	سی تی اسکن سه بعدی از هر قسمت بدن همراه با سی تی اسکن ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (۱۱۴-۱۹)
کف پا	۱۸-۱۰	گرافی کف پا خوابیده، روبرو و نیمرخ براساس ردیف ۲۲۵ (رادیوگرافی کف پا روبرو و نیمرخ روی یک فیلم) قابل محاسبه است. (۱۱۴-۱۹)
کان فوکال	۱۹-۱۰	برابردیف ۹۰۲ و ۹۰۳ تعرفه پرتوپزشکی، اسکن کان فوکال یک و دو چشم درتعهد است.
Bone	۲۰-۱۰	درخدمت سی تی اسکن در بافتهای نرم و استخوان هزینه کلیشه Bone Window جداگانه پرداخت نمی شود. (۸۰۰-۷۴)
سونو پروستات	۲۱-۱۰	سونوگرافی کالرداپلر پروستات به روش ترانس رکتال به تنهایی و بدون انجام همزمان با بیوپسی پروستات در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۷۵)
CT سیمولاتور	۲۲-۱۰	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 دراولویت است. (۱۱۴-۲۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
MRI	۲۳-۱۰	هزینه MRI تجویز شده توسط پزشک عمومی قابل پرداخت نمیباشد. (۷۶-۸۰۰)
TCD	۲۴-۱۰	سونوگرافی ترانس کرانیال داپلر (TCD): مراکز رادیولوژی انجام دهنده خدمت تنها بصورت ارجاعی و نورولوژیستها در صورت دارابودن شرایط لازم، صرفاً 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 رتبرال دوطرفه) می باشد. (۲۱-۱۱۴)
IUGR	۲۵-۱۰	بررسی طول سرویکس (IUGR) همراه با سونوگرافی تعیین حاملگی جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. (۷۷-۸۰۰)
اسکن تیروئید	۲۶-۱۰	اسکن تیروئید با تکنزیوم بادرخواست پزشک عمومی قابل محاسبه است. در صورت عدم درج نوع رادیودارو در نسخه، تعرفه تکنزیوم ۹۹ محاسبه گردد. (ش ۲۲-۱۱۴) و (۳۸-۱۱۴)
Club foot	۲۷-۱۰	جهت ارزیابی Club foot حداقل ۳ رادیوگرافی در نماهای مختلف تهیه می شود و میتوان رادیوگرافی مچ پا دوجبه و رادیوگرافی کف پا ایستاده روبرو یا نیمرخ را پرداخت کرد. (۲۳-۱۱۴)
C - ARM	۲۸-۱۰	استفاده از دستگاه C - ARM در اعمال ارتوپدی معادل تعرفه فلوروسکوپی محاسبه گردد. (۲۴-۱۱۴)

موضوع	ردیف	توضیحات
دندانپزشکی	۲۹-۱۰	ملاک محاسبه رادیوگرافیهای دندانپزشکی از تعرفه های رادیولوژی در کتابچه تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی است. (۱۱۴-۲۵)
اندوسونو	۳۰-۱۰	هزینه اندوسونوگرافی گوارش بطور گلوبال معادل ۲۹۰ واحد داخلی می باشد. (دارو و لوازم اضافه شوند) (۱۱۴-۲۶)
Wire	۳۱-۱۰	کارگذاری Wire زیر گاید سونو معادل بیوپسی از هراگان تحت سونو محاسبه گردد. (۱۱۴-۲۷)
پرهزینه	۳۲-۱۰	خدمات پرهزینه پرتوپزشکی شامل: خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای (بجواسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل است. (۱۱۴-۲۸)
پزشک عمومی	۳۳-۱۰	نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتوپزشکی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد. (۱۱۴-۲۸)
ریپورت	۳۴-۱۰	الصاق تصویر گزارش یا ریپورت خدمات پرهزینه پرتوپزشکی به نسخ ارسالی الزامی است. (۱۱۴-۲۸)
همزمان	۳۵-۱۰	در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی ساده و با ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) از یک عضو یا ناحیه، تعرفه رادیوگرافی ساده آن قابل محاسبه نمی باشد. (۱۱۴-۲۸)
IVP و KUB	۳۶-۱۰	درخواست همزمان KUB و IVP توسط پزشک معالج، تعرفه KUB پرداخت نمی شود. (۱۱۴-۲۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
میلوگرافی	۳۷-۱۰	به تعرفه میلوگرافی می بایست هزینه تزریق اینتراتکال اضافه شود. (۱۱۴-۲۸)
پرتابل	۳۸-۱۰	رادیوگرافی پرتابل در منزل در تعهد نیست. (۱۱۴-۲۸)
سونو شکم	۳۹-۱۰	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. (۱۱۴-۲۸)
سونو غدد	۴۰-۱۰	سونوگرافی غدد پارائورتیک معادل تعرفه سونوگرافی رتروپریتوئن یا آئورت شکمی است. (۱۱۴-۲۸)
سه بعدی	۴۱-۱۰	سونوگرافی سه بعدی در تعهد نمی باشد. (۱۱۴-۲۸)
پزشک عمومی	۴۲-۱۰	درموارد اورژانس و تروما، درخواست سی تی اسکن مغز بدون تزریق توسط پزشک پزشک عمومی با مهر اورژانس قابل قبول است. (۱۱۴-۲۸)
CT آندوسکوپی	۴۳-۱۰	سی تی آندوسکوپی هراگان (Virtual کولونوسکوپی) بوسیله دستگاه سی تی اسکن اسپیرال سینگل اسلایس برابر ردیف ۴۷۳ تعرفه خدمات رادیولوژی قابل محاسبه است. (۱۱۴-۲۹)
TPS	۴۴-۱۰	هزینه خدمت سی تی اسکن اسپیرال تری فازیک شکم (TPS) برابر تعرفه ردیف ۴۴۱ تعرفه رادیولوژی بعلاوه ۳۰٪ اضافه بابت اسپیرال قابل محاسبه است. (۱۱۴-۳۱)

موضوع	ردیف	توضیحات
تشخیص اولیه	۴۵-۱۰	پذیرش نسخ پرتوپزشکی تازمان فرهنگ سازی و اطلاع رسانی کافی درخصوص ذکر تشخیص اولیه در نسخ از مراکز بلامانع است. (۱۱۴-۳۲)
دیجیتال	۴۶-۱۰	تعرفه خدمات رادیوگرافی دیجیتال حداکثر برابر با تعرفه خدمات رادیوگرافی معمولی قابل پرداخت است. (۱۱۴-۳۳)
MSCT	۴۷-۱۰	انجام خدمات سی تی آنژیوگرافی اسلایس انجام می گیرد در تعهد هستند. (۱۱۴-۳۴)
PET	۴۸-۱۰	خدمت PET Scan در شمول تعهدات بیمه قرار ندارد. (۸۹-۸۰۰)
ماما	۴۹-۱۰	هزینه درخواست خدمت سونوگرافی توسط ماما قابل پرداخت نمیشود. (۸۰۰-۹۱)
مولتی اسلایس ۶۴	۵۰-۱۰	معادل تعرفه خدمات CT اسکن به روش اسپیرال قابل محاسبه است. (۱۱۴-۳۵)
CT آنژیوگرافی	۵۱-۱۰	CT آنژیوگرافی عروق کرونر معادل CT اسکن سه بعدی هر قسمت از بدن و صورت (ردیف ۴۴۳ کتابچه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی) قابل محاسبه است. (۱۱۴-۳۵)
HRCT	۵۲-۱۰	سی تی اسکن ریه (HRCT) بصورت دم و بازدم (با تزریق یا بدون تزریق) معادل یکبار از کدهای مربوط در کتابچه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی قابل محاسبه است. (۱۱۴-۳۶)

موضوع	ردیف	توضیحات
دانسیتومتری	۵۳-۱۰	اندیکاسیونهای انجام دانسیتومتری محدود و توسط شورای نظارت علمی- تخصصی استان تعیین می گردد و صرفاً تکنیک DEXA قابل پرداخت است. (۶۳-۱۲۳)
TCCD	۵۴-۱۰	خدمت TCCD خارج از شمول تعهدات بیمه است. (۹۴-۸۰۰)
سونو روستایی	۵۵-۱۰	درخواست نسخ سونوگرافی معمولی روستائیان با مهر پزشک خانوار بدون ارجاع، در بیمارستانهای شهرستان استان تهران (لیست ارائه شده به کارشناسان) بلامانع است. (۳۹-۱۱۴)
تعرفه انجمن	۵۶-۱۰	تعرفه های اعلام شده از ناحیه انجمن رادیولوژی ایران، فاقد وجهت قانونی و غیر قابل پرداخت است. (۴۰-۱۱۴)



۱۱- شیمی درمانی

موضوع	ردیف	توضیحات
بستری	۱-۱۱	شیمی درمانی و رادیوتراپی اصولاً درمانهای سربایی هستند و فقط در صورت درخواست پزشک معالج و بستری شدن بیمار می توان علاوه بر مبالغ شیمی درمانی و رادیوتراپی ریز هزینه ها رانیز محاسبه نمود. (۱۲۰-۰۴)
کلوپال	۲-۱۱	هرجلسه شیمی درمانی وریدی معادل ۳۰K داخلی، داخل نخاعی ۳۶/۵K داخلی بصورت گلوبال قابل محاسبه می باشند. ● دستمزد پونکسیون لومبر و یانواحی دیگر جداگانه محاسبه شوند. ● اگر در شرایط خاص بیش از ۶ ساعت در بخش اورژانس بستری شود هزینه هتلینگ نیز محاسبه می گردد. (۱۲۰-۰۳)
۲ K	۳-۱۱	شیمی درمانی چنانچه توسط اعضای هیئت علمی انجام شود بصورت ۲K محاسبه می گردد. (۱۲۰-۰۵)



12- دیالیز

موضوع	ردیف	توضیحات
حاد	۱-۱۲	همودیالیز بیماران غیر خاص در مرحله نارسائی حاد کلیه درشش جلسه اول برابر ۱۰۵K داخلی بابت هر جلسه محاسبه شود.(۱۲۱-۰۱)
مزمن	۲-۱۲	همودیالیز (بایکربنات) بیماران در مرحله مزمن نارسائی کلیه هر جلسه ۹۲K داخلی محاسبه شود.(۱۲۱-۱۱) و (۱۲۱-۱۳)
صفاقی	۳-۱۲	دیالیز صفاقی CAPD بابت یک دوره کامل با کلیه خدمات ارائه شده و با آموزش در منزل ۱۰۰K جراحی محاسبه شود.(۱۲۱-۰۲) و (۱۲۱-۰۷)
فرانشیز	۴-۱۲	همودیالیز حاد (برای ۶ جلسه اول) مشمول حذف فرانشیز بیماران خاص نمی باشد.(۱۲۱-۰۵)
مسئول فنی	۵-۱۲	پزشکان فوق تخصص نفرولوژی و یا متخصص داخلی می تواند مسئولیت فنی بخش دیالیز را داشته باشد.(۱۲۱-۰۴)
صفاقی	۶-۱۲	هزینه دیالیز صفاقی جهت بیماران بستری خاص و غیر خاص برابر ۱۰۰K جراحی با تایید نماینده ناظر قابل پرداخت است.(۱۲۱-۱۰) و (۱۲۱-۱۱)



۱۳- بیماران خاص

موضوع	ردیف	توضیحات
شامل	۱-۱۳	بیماران خاص شامل : بیماران هموفیلی، تالاسمی، دیالیزی، پیوند کلیه و MS می باشند. (۱۲۱-۰۵)
فرانشیز	۲-۱۳	خدمات مربوط به بیماران خاص شامل: همودیالیز، تزریق خون، دیسفرال و تزریق فاکتور، پیوندکلیه، آزمایشات : Anti HIV ، HBSAg, Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروس هپاتیت C و آزمایش کمی و کیفی PCR و فریتین، تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی هموفیلی، شالدون گذاری، اسپلنکتومی معاف از پرداخت فرانشیز بوده و ۱۰۰٪ هزینه را سازمان بیمه پرداخت می نماید. (۱۲۱-۰۶) و (۱۲۱-۱۱) و (۱۲۱-۱۲)
پیوند کلیه	۳-۱۳	پیوندکلیه شامل حذف فرانشیز بیماران خاص می گردد. (۱۲۱-۱۲)
هموفیلی	۴-۱۳	بیماریهای خونریزی دهنده مادرزادی مانند ویلبراند، برناردسولیر و..... بعنوان هموفیلی بوده و جزء بیماریهای خاص هستند (۱۲۱-۰۷)
فرانشیز	۵-۱۳	فرانشیز دیالیزسربایی و بستری برای بیماران غیر خاص تابع صندوق مربوطه است. (۱۲۱-۰۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
خدمات خاص	۷-۱۳	خدمات خاص: همودیالیز، تزریق خون، دیسفرال و تزریق فاکتور، پیوند کلیه، آزمایشات : Anti HIV, HBSAg, Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروس هپاتیت C و آزمایش کمی و کیفی PCR و فریتین، تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی هموفیلی، شالدون گذاری، اسپلنکتومی شامل حذف فرانشیز بوده و مابقی خدمات با فرانشیز ۱۰٪ در بخش بستری و ۳۰٪ در بخش سرپایی میباشد. (۱۲۱-۰۶) و (۱۲۱-۱۱)
اسپلنکتومی	۷-۱۳	هزینه فرانشیز جراحی اسپلنکتومی در بیماران خاص تالاسمی رایگان است. (۱۲۱-۰۹)
شالدون گذاری	۸-۱۳	در موارد بستری و سرپایی رایگان است. (۱۲۱-۱۱)
آزمایشات	۹-۱۳	در بیماران هموفیلی و تالاسمی آزمایشات : Anti HIV, HBSAg, Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروس هپاتیت C و آزمایش کمی و کیفی PCR و فریتین، مشمول حذف فرانشیز می باشد. (۱۲۱-۱۱)
تزریق مفصلی	۱۰-۱۳	در بیماران هموفیلی تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی مشمول حذف فرانشیز می باشد. (۱۲۱-۱۱)
دیسفرال	۱۱-۱۳	تزریق دیسفرال (دفروکسامین) در منزل با پمپ، بصورت ماهیانه معادل ۴۰ واحد داخلی قابل پرداخت است. (۱۲۱-۱۱) (۱۲۱-۱۴)



۱۴- فیزیوتراپی

موضوع	ردیف	توضیحات
عضو	۱-۱۴	در هر جلسه حداکثر دو عضو قابل محاسبه است. (حتی جهت بیماران کوادری پلژی و CP) (۲۲۵-۰۷)
جلسه	۲-۱۴	حداکثر جلسات قابل محاسبه برای یک یا دو عضو ۱۰ جلسه بوده و در شرایط خاص برای یک عضو الزاماً باتائید نماینده ناظر تا ۲۰ جلسه می باشد. (۲۲۵-۰۷)
عمومی	۳-۱۴	فیزیوتراپی در منزل، در موارد زیبایی، در موارد تجویز توسط پزشک عمومی در تعهد نمی باشد. (۲۲۵-۰۷)
روزانه	۴-۱۴	حداکثر یک جلسه طی ۲۴ ساعت در تعهد می باشد. (۲۲۵-۰۷)
لیزر تراپی	۵-۱۴	روش و اعمال فاقد تعرفه مثل لیزر تراپی در تعهد نمی باشند. (۲۲۵-۰۷)
واحد	۶-۱۴	حداکثر واحد بابت روشها در یک جلسه ۵ واحد و حداکثر واحد بابت اعمال ۱۰ واحد می باشد و جمعاً ۱۵ واحد برای یک عضو میباشد. (۲۲۵-۰۷)
واحد	۷-۱۴	در یک جلسه می توان با ذکر تشخیص های زیر حداکثر ۲۰ واحد بابت روش و اعمال محاسبه نمود. (۲۲۵-۰۷) تشخیصها 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)

موضوع	ردیف	توضیحات
عدم نوع	۹-۱۴	در صورت عدم تجویز نوع خدمت فیزیوتراپی حداقل تعرفه (یک عمل ویک روش) جمعاً ۹ واحد پرداخت می شود.(۲۲۵-۰۷)
پزشکان مجاز	۱۰-۱۴	پزشکان مجاز به درخواست فیزیوتراپی شامل متخصصین: مغزو اعصاب(جراح و داخلی)، ارتوپدی، طب فیزیکی، جراحی عمومی، جراحی ترمیمی، جراح قلب و روماتولوژیست می باشند. (۲۲۵-۰۷)
سایر تخصصها	۱۱-۱۴	پزشکان با سایر تخصصهای مرتبط حداکثر ۱۰ جلسه تک عضوی پرداخت می شود.(۲۲۵-۰۷)
حرارتی	۱۲-۱۴	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	۱۳-۱۴	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.(۲۲۵-۱۳)
SEP	۱۵-۱۴	تعرفه خدمت SEP (Somatosensory Evoked Potential) تستهای حسی- سوماتیک برابر کد ۲۵-۹۵۹ می باشد.(۲۲۵-۱۴)
Blink	۱۴-۱۶	تعرفه خدمت رفلکس Blink (پلک زدن) برابر کد ۳۳-۹۵۹ پرداخت شود.(۲۲۵-۱۴)
Jolly test	۱۷-۱۴	تعرفه خدمت Jolly test یا تست محل اتصال عصب به عضله برابر کد ۳۷-۹۵۹ قابل محاسبه است.(۲۲۵-۱۴)

موضوع	ردیف	توضیحات
بهزیستی	۱۸-۱۴	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. (۲۲۵-۱۵)
دخل و تصرف	۱۹-۱۴	فیزیوتراپیست حق دخل و تصرف در نسخ پزشکان را ندارد. (۲۲۵-۱۶)
APS	۲۰-۱۴	هزینه APS تراپی معادل TENS قابل پرداخت است. (۲۲۵-۰۳)
خویش فرما	۲۱-۱۴	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. (۲۲۵-۱۷)
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 در دوره بستری 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 و.... در تعهد نمی باشند. (۸۰۰-۵۳)
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. (۸۰۰-۸۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
سرپایی	۲۷-۱۴	فیزیوتراپی خدمتی سرپایی بوده و پرداخت هزینه بیمارانیکه صرفاً جهت انجام فیزیوتراپی بستری می گردند در تعهد نمی باشد. (۸۶-۸۰۰)
قفسه سینه	۲۸-۱۴	فیزیوتراپی قفسه سینه شامل تمرین درمانی و ماساژ مجموعاً دو عمل معادل ۱۰K فیزیوتراپی برای هر جلسه روزانه در بیماران بستری همراه با ثبت گزارش در پرونده با مهر فیزیوتراپیست قابل محاسبه است. (۱۸-۲۲۵)
بستری	۲۹-۱۴	فیزیوتراپی اندامهای بیماران بستری برای هر جلسه بادرچ گزارش در پرونده و مهر فیزیوتراپیست حداکثر تا سقف ۱۵K فیزیوتراپی روزانه قابل پرداخت است. (۱۸-۲۲۵)
بهبودی	۳۰-۱۴	پرداخت هزینه خدمات فیزیوتراپی سرپایی برای مددجویان بهزیستی ۵۰٪ تعرفه دولتی بعنوان سهم سازمان قابل محاسبه است (سایر بیمه شدگان ۷۰٪ تعرفه دولتی) (۱۹-۲۲۵)
نسخ مسئول فنی	۳۱-۱۴	مراکز با مسئولیت فنی پزشکان متخصص طب فیزیکی و توانبخشی میتوانند تا ۲۰٪ از نسخ تجویز شده توسط همان مسئول فنی را پذیرش نمایند. (۲۰-۲۲۵)
مسئول فنی	۳۲-۱۴	مسئولین فنی واجد شرایط مراکز فیزیوتراپی شامل متخصصین : طب فیزیکی و توانبخشی، جراحی عمومی، جراحی ترمیمی، ارتوپدی، داخلی مغزو اعصاب، جراح مغزو اعصاب و فیزیوتراپیست دارای پروانه (۰۷-۲۲۵)
NICU	۳۳-۱۴	فیزیوتراپی تنفسی در بخش NICU جزء خدمات روتین بوده و جداگانه محاسبه نمی گردد. (۰۲-۱۰۵)

15- کلوبال

موضوع	ردیف	توضیحات
۶۰ مورد	۱-۱۵	۶۰ مورد گلوبال براساس موارد اعلام شده با توجه به درجه ارزیابی در مراکز دانشگاهی و مسلح و تامین اجتماعی قابل اجرا می باشند. (۱۵۳-۱۰)
۸۱ مورد قلب	۲-۱۵	تعرفه ۸۱ مورد قلب وعروق در مراکز دانشگاهی، دولتی، خصوصی قابل اعمال می باشد. (۱۰۰-۰۱)
شامل	۳-۱۵	پاتولوژی، داروها، وسایل مصرفی، نوارقلب، مشاوره وسونوگرافی در گلوبال منظور شده اند ومجزا محاسبه نمی شود. (۱۰۰-۰۲)
۲ K	۴-۱۵	در ردیفهای ۳۶ و ۴۷ گلوبال (حق ویزیت نوزاد) در صورتی که توسط پزشک مشمول ۲K انجام شود، دوبرابر حق ویزیت + گلوبال می باشد. (۱۵۳-۰۴)
لاپاراسکوپ	۵-۱۵	اعمال گلوبال اگر بالا پاراسکوپ و یا میکروسکوپ انجام شوند از گلوبال خارج نشده بلکه گلوبال + ۲۵٪ کد پایه جراحی محاسبه می شود. (۱۵۳-۰۳)
اضافه	۶-۱۵	مواردی نظیر MRI، آنژیوگرافی رادیوترابی واکو، سی تی اسکن، تست ورزش، آندوسکوپی ها (در ریزه زینه های گلوبال ذکر نشده اند) با تایید نماینده والصاق گزارش قابل محاسبه به همراه گلوبال می باشند. (۱۵۳-۱۰) و (۱۵۳-۱۳)
ویژه	۷-۱۵	پرونده بیمارانی که در طول درمان در بخشهای ویژه (ICU و CCU) بستری شده اند غیر گلوبال محاسبه گردد. (۱۵۴-۰۸)
پروستات	۸-۱۵	پروستاتکتومی سوپراپوبیک در لیست گلوبال قرار ندارد. (۱۵۴-۰۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
۲ K	۹-۱۵	در صورت انجام جراحی یا بیهوشی در موارد گلوبال توسط پزشک مشمول ۲K مبالغ ریز آیتم های حق جراح و بیهوشی بصورت ۱K اضافی قابل محاسبه بوده و به سرجمع گلوبال اضافه می شوند. (۱۵۳-۰۴)
استثناء	۱۰-۱۵	ردیف برونکوسکوپی تشخیصی و ردیف سیستم اورترسکوپی با کاتتراسیون حالب فقط در موارد بستری قابل محاسبه با مبالغ اعلام شده می باشند. (۱۵۳-۰۹)
دو گلوبال	۱۱-۱۵	انجام دو عمل گلوبال (ویایکی گلوبال و یکی غیر گلوبال) با هم در یک پرونده در نتیجه پرونده از گلوبال خارج می شود. (۱۰۳-۰۲)
کمتر از ۶ ساعت	۱۲-۱۵	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. (۱۵۳-۱۵)
ناخن دو چشم	۱۳-۱۵	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. (۱۵۳-۱۴)
پروتز	۱۴-۱۵	پروتزهای مصرفی در سرجمع گلوبال لحاظ نشده و جداگانه قابل پرداخت است. (۱۵۳-۱۳)
فوت نوزاد	۱۵-۱۵	در صورت فوت نوزاد مبلغ تخت نوزاد به مبالغ سزارین یا زایمان طبیعی افزوده نشده و در صورت زایمان چندقلو براساس تعداد قل ها، مبلغ تخت نوزاد افزوده می شود. (۱۵۳-۱۱)
عوارض	۱۶-۱۵	هزینه مشکلات ناشی از اعمال جراحی گلوبال (مانند: خونریزیهای بعد از عمل و....) به سرجمع گلوبال افزوده نمی شود. (۱۵۳-۱۳)

موضوع	ردیف	توضیحات
کراتوتومی	۱۷-۱۵	عمل جراحی کراتوتومی شعاعی در لیست اعمال گلوبال، جزء تعهدات سازمان نمی باشد. (۱۲-۱۵۳)
نوزاد بیمار	۱۸-۱۵	در صورت بیمار بودن نوزاد پس از ترخیص مادر صورت حساب نوزاد از طرح گلوبال خارج شده و جداگانه محاسبه خواهد بود. (۱۱-۱۵۳)



۱۶- خدمات پاراکلینیک و سایر خدمات

موضوع	ردیف	توضیحات
خم طحالی	۱-۱۶	کلونوسکوپي زیرخم زاویه طحالی برابر کد ۳۰-۴۵۳(K ۱/۳ جراحی) قابل محاسبه است. (۲۷۰-۱۲)
ECT	۲-۱۶	هر جلسه ECT معادل ۱۰K داخلی بابت انجام خدمت + ۱۵K داخلی بابت ویزیت + ۴K بیهوشی قابل محاسبه است. (۲۱-۱۲۳) و (۲۸-۲۷۰)
بیوپسی استخوان	۳-۱۶	انجام بیوپسی مغز استخوان به تنهایی معادل کد ۲۰-۲۰۲ برابر ۱/۴K جراحی قابل محاسبه است. (۵۱-۱۲۳)
پریمتری	۴-۱۶	پریمتری برابر ۳۰K داخلی بابت یک و یا دو چشم قابل محاسبه است. (۲۲-۱۲۳)
PRP	۵-۱۶	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)
بازتوانی	۶-۱۶	خدمات بازتوانی قلب بابت هر جلسه ۲K داخلی به صورت گلوبال و حداکثر ۱۰ جلسه در تعهد بوده و مشمول ۲K علمی نمی باشد. (۱۵-۱۲۳)
کبالت	۷-۱۶	در کبالت تراپی علاوه بر هزینه شان و محاسبه فیزیک جهت اولین جلسه ۲۶K داخلی و از جلسه دوم به بعد به ازاء هر جلسه به میزان ۸K داخلی ویزیت محاسبه شود. (۰۱-۱۲۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
تالاسمی	۸-۱۶	در تالاسمی ها: هرنوبت 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 مچ و Hb همزمان محاسبه نشود). (۱۲۳-۳۵) و (۱۲۳-۰۳)
هموفیلی	۹-۱۶	هموفیلی ها: هرنوبت تزریق فاکتور یا پلاسما معادل ۳۲ واحد داخلی محاسبه شود. (۱۲۳-۰۴)
مانومتري	۱۰-۱۶	مانومتري مری برابر کد ۲۰-۹۱۰ معادل ۵۰ واحد داخلی محاسبه شود. (۱۲۳-۳۲)
بینایی	۱۱-۱۶	پاکي متری و میدان بینایی معادل سونوگرافی چشم (A) اسکن یا B اسکن به تنهایی) در تعهد اند. (۱۲۳-۰۹)
تنفسي	۱۲-۱۶	اسپیرومتری ساده ۱۰/۵، همراه اسپری ۳۵، ارگواسپیرومتری ۷۲/۵، آستوگرافی ۱۲۵، بادی باکس یا پلטיسموگرافی ۳۰ و با DLCO معادل ۳۰ واحد داخلی قابل محاسبه اند. (۱۲۳-۳۴)
IVIG	۱۳-۱۶	در محاسبه حق الزحمه IVIG از کدهای ۸۰-۹۰۷ بابت ساعت اول و ۸۱-۹۰۷ بابت ساعتهای بعدی استفاده شده و حداکثر ۳۰K بیشتر پرداخت نشود. در مواردیکه هتلینگ پرداخت می شود هزینه انفوزیون جداگانه پرداخت نمی شود. (۲۷۰-۳۸)
EECP	۱۴-۱۶	EECP (توانبخشی گردش خون) در تعهد نمی باشد. (۲۷۰-۳۳)
پواترایی	۱۵-۱۶	کد ۱۲-۹۶۹ (پواترایی PUVA) بابت هر جلسه ۲۱۰۰۰ ریال ۳/۳+ واحد داخلی (کد ۱۲-۹۶۹) محاسبه شود. (۱۲۳-۱۰) و (۱۲۳-۴۲)

موضوع	ردیف	توضیحات
نیستاکموگرافی	۱۶-۱۶	الکترونیستاکموگرافی باهمه هزینه ها بطور گلوبال ۴۵ واحد داخلی محاسبه شود. (۱۴-۱۲۳)
فتوترایی	۱۷-۱۶	تعرفه محاسبه فتوترایی معادل ۹ واحد داخلی است. (۲۴-۱۰۵)
BRAIN	۱۸-۱۶	برین مپینگ ۵۰ واحد داخلی محاسبه شود. (۲۳-۱۲۳)
پریمتری	۱۹-۱۶	پریمتری اتوماتیک بابت هر دو چشم ۳۰ واحد داخلی محاسبه شوند. (۲۲-۱۲۳) و (۱۴-۲۷۰)
هوش	۲۰-۱۶	تست ارزیابی شخصیت معادل ۳۸ واحد داخلی و هوش معادل ۲۸K واحد داخلی و توام باهم ۶۶ واحد داخلی جهت بیماران روانی در تعهد می باشد. (۲۷-۱۲۳)
بنت و مانیتورینگ	۲۱-۱۶	هزینه بنت (براساس کدهای ۵۶ و ۹۴۶-۵۷) بجز بخشهای ICU و NICU و اتاق عمل، و هزینه مانیتورینگ (براساس کدهای ۷۷ الی ۵۸-۹۳۲) بجز بخشهای ویژه و P.CCU و P.ICU و اتاق عمل، در سایر بخشها با تایید نماینده قابل محاسبه است (۴۰-۱۲۳) و (۹۳-۸۰۰)
رژری اسکن	۲۲-۱۶	نحوه محاسبه رژری اسکن: یک روز اقامت + ۶٪ پرستاری + ۲۰ واحد داخلی بابت ویزیت اول + ۲ واحد جراحی بابت کد ۵۴۲-۵۰ + ۵۰٪ اتاق عمل. (۴۱-۱۲۳)
یورودینامیک	۲۳-۱۶	تعرفه یورودینامیک: کد ۸۹ و ۸۸-۵۱۷ برابر ۳/۵ واحد جراحی بابت EMG 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 VP با سیستم تروگرام. (۳۶-۲۷۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
کاتترون	۲۴-۱۶	درمان باکاتترون معادل ۷۰۰ نشان مرکب محاسبه گردد. (۱۲۳-۰۷)
ذکرروش	۲۵-۱۶	در اعمال پاراکلینیک اگر روش و یا نوع قید نگردد حداقل تعرفه محاسبه شود. (۱۰۴-۰۸)
PDT	۲۶-۱۶	فتوداینامیک تراپی (PDT) در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۴۷)
ایلو متر	۲۷-۱۶	اندازه گیری لنز داخل چشمی توسط دستگاه ایلو متری (IOLM) در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۲۹)
OCT	۲۸-۱۶	استفاده از دستگاه OCT برای تشخیص گلوکوم و ضخامت شبکیه برابر تعرفه در تعهد می باشد. (۱۲۳-۶۲)
گونئوسکوپي	۲۹-۱۶	رفراکشن و گونئوسکوپي جزء معاینات روتین چشم پزشکی بوده و هزینه آن در حق ویزیت لحاظ شده است. (۱۲۳-۵۲)
اکو چشم	۳۰-۱۶	اکوگرافی چشم بر اساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی قابل پرداخت است. (۱۲۳-۵۲)
تست دید	۳۱-۱۶	تست دید رنگ اگر توسط دستگاه صورت گیرد قابل پرداخت است در غیر این صورت پرداخت نمی شود. (۱۲۳-۵۲)
CMG	۳۲-۱۶	سیستم تروگرام بر اساس کد ۵۱۷-۲۵ تا ۵۱۷-۳۳ کتاب کالیفرنیا پرداخت می شود. (۱۲۳-۵۳)
NCV	۳۳-۱۶	تعداد اعصاب و امواج H و F در NCV: (۱۱۷-۰۱) ● یک اندام: حداکثر ۶ عصب + 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 F برابر ۳/۶ واحد داخلی است.

موضوع	ردیف	توضیحات
NCV فاشیا	۳۴-۱۶	جهت NCV اعصاب فاشیای دوطرفی همراه بارفلکس 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	۳۵-۱۶	الکترومیوگرافی EMG: یک اندام ۵۰ واحد داخلی، دواندام ۵۳ واحد داخلی، سه اندام ۵۹ واحد داخلی و چهار اندام ۶۳/۵ واحد داخلی است. (۱۱۷-۰۱)
EEG	۳۶-۱۶	EEG الکتروآنسفالوگرافی بصورت گلوبال معادل ۴۴ واحد داخلی پرداخت می گردد. (۱۲۳-۰۲)
خدمات پایه	۳۷-۱۶	انجام خدمات پایه در ICU و CCU بعهده پزشک مقیم بوده که در ۳۰٪ تخت روز لحاظ شده است و جداگانه پرداخت نمی گردد. مانند ارزیابی و پایش بیماران و تجویز دارو و... (۱۲۳-۵۶) و (۱۲۳-۶۱)
رادیوترابی	۳۹-۱۶	پرداخت هزینه شانه های مختلف رادیوترابی 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. (۱۲۳-۵۷) و (۱۲۳-۶۷)
اسپیرومتری	۴۰-۱۶	انجام اسپرومتری توسط متخصص بیهوشی فقط به منظور بررسی عملکرد ریوی بیماران قبل، حین و بعد از عمل جراحی قابل قبول است. (۱۱۲-۱۰)
برونکوسکوپی	۴۱-۱۶	برونکوسکوپی تشخیصی همراه بانمونه برداری برابر کد ۲۵-۳۱۶ معادل ۵/۴ واحد جراحی قابل پرداخت است. (۱۱۶-۰۳)
کرایوترابی	۴۲-۱۶	کرایوترابی بر اساس کد ۴۰-۱۷۳ حداکثر تا سقف ۵ واحد قابل پرداخت است. (۱۲۳-۵۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
آسپیراسیون	۴۳-۱۶	تعرفه آسپیراسیون مغزاستخوان بصورت منفرد و یا توام با بیوپسی مغزاستخوان برابر ۱/۴ واحد جراحی قابل محاسبه است. (۱۱۶-۰۳)
تست خواب	۴۴-۱۶	تستهای خواب در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۵۰)
RFA	۴۵-۱۶	خدمت RFA رادیوفرکشنی ابلیشن که برای تومورها باشعه متمرکز استفاده می شود در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۳۷)
کاپیلاروسکوپی	۴۶-۱۶	کاپیلاروسکوپی (روش تشخیصی جهت مویرگهای انتهای اندامها) در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۱۳)
انفوزیون	۴۷-۱۶	انفوزیون (تزریق آهسته مایعات درمانی یا سرم درمانی) به جزء خون کدهای ۸۱ و ۸۰-۹۰۷ بوده و تزریقات درمانی وریدی جزء کدهای انفوزیون نمی باشند. (۲۷۰-۳۷)
پانسمان	۴۸-۱۶	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). (۱۲۳-۵۴)
توانبخشی	۴۹-۱۶	خدمات پیراپزشکی و توانبخشی مانند: گفتار درمانی، کار درمانی، گروه درمانی و..... در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۵۳)
آندوسکوپی	۵۰-۱۶	آندوسکوپی گوارش بایهوشی در موارد خاص با تایید پزشک معتمد و شورای فنی قابل پرداخت است. (۱۱۶-۰۴)
استروبوسکوپی	۵۱-۱۶	استروبوسکوپی برابر کد ۷۹-۳۱۵ معادل ۲ واحد جراحی و ۶ واحد بیهوشی قابل پرداخت است. (۲۷۰-۲۳)
PH متری	۵۲-۱۶	PH متری ثابت طولانی برابر کد ۳۳-۹۱۰ (حداقل ۲۴ ساعت) معادل ۷۲/۵ واحد داخلی است. (۲۷۰-۲۱) و (۱۲۳-۳۱)

موضوع	ردیف	توضیحات
Tremor	۵۳-۱۶	خدمت Tremor Study در حین انجام EMG بوده و همزمان جداگانه پرداخت نمی گردد. و در صورت عدم درخواست EMG میتوان معادل آن پرداخت نمود. (۱۲۳-۵۵)
گامانایف	۵۴-۱۶	گامانایف در تعهد نمی باشد. (۸۰-۴۱)
CPR	۵۵-۱۶	هزینه CPR توسط پزشک عمومی قابل پرداخت نمیباشد (۱۲۳-۵۹)
لیزر تراپی	۵۶-۱۶	لیزر تراپی بیمارها مانند: آسم، آرتروز، وزوز گوش و..... در تعهد نمیباشد. (۸۰-۱۴)
شنوایی سنجی (ادیومتری)	۵۷-۱۶	تنها در مراکز دولتی با مسئولیت فنی پزشک متخصص در تعهد است. (۲۷۰-۳۹)
گچ	۵۸-۱۶	در موارد سرپایی در اورژانس: پانسمان مطابق کد ۳۰-۹۰۰ و نیز بخیه و گچ گیری بر اساس کد کالیفرنیا قابل محاسبه اند. (گاز، باند، دستکش، نخ بخیه، ویبریل و گچ، حسب ضوابط محاسبه شوند) (۱۲۳-۵۴)
پالس تراپی	۵۹-۱۶	تعرفه پالس تراپی معادل کد ۱۰-۹۶۵ کتاب کالیفرنیا (۱۰/۳ واحد داخلی) و با احتساب زمان ۳ ساعت جمعاً معادل ۱۵ واحد داخلی بصورت روزانه محاسبه و پرداخت گردد. (۱۲۳-۶۰)
شیردهی	۶۰-۱۶	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 رامی توان پرداخت نمود. (ش ۸۱-۸۰)
IVIG	۶۱-۱۶	داروی IVIG با شرط تعهد بیمارستانی و یا متخصص در کلیه بیمارها قابل پرداخت است. این دارو فقط در درمان ناباروری و بیماری MS در تعهد نمی باشد. (۸۴-۸۰) و (۲۱-۱۲۶)

موضوع	ردیف	توضیحات
خدمات جدید	۶۲-۱۶	خدمات جدید تشخیصی درمانی از قبیل OCT و UBM که در فهرست خدمات بیمه پایه درمانی لحاظ شده اند در تعهد می باشند. (۱۲۳-۶۲)
IVUS	۶۴-۱۶	تکنیک اولتراسوند داخل عروق (IVUS) در تعهد سازمان نمی باشد. (۸۰-۸۸)
استرس اکو	۶۵-۱۶	بر مبنای ردیف ۳۲ تعرفه ۸۱ مورد قلب به همراه گزارش مربوطه (علت مراجعه بیمار، تشخیص اولیه، علائم بالینی و سایر اقدامات تشخیصی مبنی بر IHD) قابل پرداخت است. (۱۲۳-۶۴)
اکو بافتی	۶۶-۱۶	بر مبنای ردیف ۳۴ تعرفه ۸۱ مورد قلب به همراه گزارش مربوطه (ثبت حرکات انقباضی میوکارد در دو حالت استراحت و تحت استرس) قابل پرداخت است. (۱۲۳-۶۴)
EPS	۶۷-۱۶	هزینه EPS قبل، حین و بعد از تعبیه ICD قابل محاسبه و پرداخت است. (۱۲۳-۶۴)
PST	۶۸-۱۶	Posturl Stability Test در تعهد نمی باشد. (۸۰-۹۰)
Balance	۶۹-۱۶	Balance Test (body sway) در تعهد نمی باشد. (۸۰-۹۰)
Comb NBUVB	۷۰-۱۶	هزینه اشعه درمانی ناحیه سر باشانه مخصوص طبق کد ۹۶۹-۱۲ معادل ۳/۳ واحد داخلی بابت هر جلسه قابل محاسبه است (۱۲۳-۶۵)
توپوگرافی	۷۱-۱۶	توپوگرافی قرنیه در تعهد نمی باشد. (۸۰-۹۲)

موضوع	ردیف	توضیحات
فوتوگرافی	۷۲-۱۶	فوتوگرافی فوندوس در تعهد نمی باشد. (۸۰۰-۹۲)
TEE	۷۳-۱۶	پزشکان مجاز به انجام اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفاژیتال (از راه مری) شامل: فلوشیپ و فوق تخصص ایترنشال قلب بزرگسالان و اطفال، متخصصین قلب و عروق که دوره تکمیلی فوق را گذرانده و دارای مدرک معتبر از دانشگاه می باشند. (قبل از پرداخت با اداره هماهنگ شود) (۱۲۳-۶۶)



17- دندانپزشکی

موضوع	ردیف	توضیحات
حداکثر K	۱-۱۷	در پیوند لثه یک جلسه حداکثر ۳۰۰K دندانپزشکی محاسبه شود. (۲۴۰-۰۱)
جرم گیری	۲-۱۷	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	۳-۱۷	اگر جراحی یا خروج دندان عقل در بیمارستان و تحت بیهوشی عمومی انجام گردد، میتوان بابت بیهوشی زمان + ۵K بیهوشی محاسبه نمود. (۲۴۰-۰۴)
طرح درمان	۴-۱۷	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	۵-۱۷	حداکثر یک نوبت جراحی لثه بر روی یک قسمت و در یک جلسه قابل محاسبه می باشد. (۲۴۰-۰۶)
خدمت همزمان	۶-۱۷	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)

موضوع	ردیف	توضیحات
تعداد EXT	۷-۱۷	حداکثر در یک جلسه فقط کشیدن سه دندان در تعهد می باشد. در صورت کشیدن بیش از سه دندان، ابتدا دندانهای خلفی و سپس قدامی بر اساس بالاترین واحد محاسبه گردد. (۲۴۰-۰۷)
ریشه دندان	۸-۱۷	کشیدن ریشه دندان معادل کشیدن همان دندان محاسبه گردد. (به شرطی که نیاز به جراحی نباشد) (۲۴۰-۰۷)
متخصص	۹-۱۷	تعرفه خدماتی که توسط متخصصین دندانپزشکی انجام می گیرد ۵۰٪ بیشتر از عمومی محاسبه شود. (۲۴۰-۰۷)
کودکان	۱۰-۱۷	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. (۲۴۰-۱۲) (ویژه استان تهران)
پروتز فک	۱۱-۱۷	کارگذاری پروتز کامل فک به دلیل تحلیل استخوان مربوطه باتایید پزشک معتمد اداره کل در تعهد است. (۲۴۰-۱۴)
اطفال	۱۲-۱۷	درمانهای دندانپزشکی برای اطفال (زیر سن ۱۲ سال) ۲۰٪ اضافه بر تعرفه بزرگسالان است. (۲۴۰-۱۳)
فلپ	۱۳-۱۷	اگر در یک جلسه و در یک نسخه، ژنژیوکتومی و فلپ هر دو قید شود فقط یک عمل قابل پرداخت است. (۲۴۰-۰۷)
پیوند لثه	۱۴-۱۷	محاسبه پیوند لثه فقط در صورت انجام توسط متخصص لثه (پریودنتیست) و یا جراح فک مقدور است. (۲۴۰-۰۷)
روستایی	۱۵-۱۷	کشیدن دندان، جرم گیری، نسخه دارویی، ویزیت دندانپزشک و گرافی در صندوق روستایی در تعهد نمی باشد. (۲۴۰-۱۰)
انواع خدمت	۱۶-۱۷	خدمات دندانپزشکی تحت پوشش شامل ۱۱ مورد ذکر شده در متن بخشنامه است. (۲۴۰-۱۵)

۱۸- ۲K هیئت علمی

موضوع	ردیف	توضیحات
قلب	۱-۱۸	تعرفه ۸۱ مورد قلب وعروق در تمامی مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد قابل اعمال بوده و تنها ۲۹ مورد حسب دستورالعمل مربوطه شامل موارد ۲K می باشد.(۱۰۰-۰۱) پرداخت ۲K هیئت علمی ۸۱ مورد قلب وعروق مطابق شماره های زیر قابل پرداخت است: (۱۰۰-۳۳) (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷-۵۸-۵۹-۶۰-۶۱-۶۲-۶۳-۶۴-۶۵-۶۶-۶۷-۶۸-۶۹-۷۰-۷۱)
انتفاعی	۲-۱۸	ویزیت اعضای هیئت علمی چنانچه به طور تمام وقت در مراکز دانشگاهی فعالیت داشته و فعالیت درمانی انتفاعی خارج دانشگاه نداشته باشند براساس مبالغ اعلام شده ویزیت هیئت علمی سرپایی محاسبه می گردد.(۱۰۰-۰۵)
ضرایب	۳-۱۸	ضرایب داخلی، جراحی و بیهوشی در زمان بستری چنانچه مستقیماً خدمت توسط اعضاء هیئت علمی انجام شده باشند قابل محاسبه به صورت ۲K می باشند.(۱۰۰-۱۷)و(۱۰۰-۰۸)
دستخط	۴-۱۸	اگر شرح عمل یا ویزیت روزانه راپزشک غیر ۲K بنویسد ولی پزشک ۲K انجام دهنده خدمت مهر و امضاء نماید محاسبه بلامانع است. اما در اسناد سرپایی الزاماً تطبیق دستخط لازم است. استثناء درخصوص متخصصین بیهوشی اگر حضور داشته باشند ولی خدمت رامستقیم انجام ندهند ومدارک مربوط را مهر و امضاء نمایند ۲K پرداخت میشود.(۱۰۰-۲۸)

موضوع	ردیف	توضیحات
پزشکی قانونی	۵-۱۸	به متخصصین پزشکی قانونی تمام وقت جغرافیایی در صورت ارائه خدمات در بخشهای اورژانس و مسمومیتها به بیماران مسموم (با ذکر تشخیص در پرونده یا نسخه سرپایی) هزینه ۲K پرداخت میگردد. (۱۰۰-۳۵)
بیهوشی	۶-۱۸	پرداخت ۲K به متخصص بیهوشی به شرط حضور و مهر و امضاء اسناد توسط متخصص مربوط قابل پرداخت است. (۱۰۰-۳۱)
سنگ شکنی	۷-۱۸	به تعرفه سنگ شکنی کلیه ۲K تعلق نمی گیرد. (۱۰۰-۲۴)
پیوند کلیه	۸-۱۸	در پیوند کلیه ۲K هیئت علمی پرداخت نمی گردد. (۱۰۹-۳۴)
کلینیک ویژه	۹-۱۸	پزشکان شاغل در کلینیک ویژه دانشگاهی مشمول ۲K نمی باشند. (۱۰۰-۲۶)
دندانپزشک	۱۰-۱۸	به دندانپزشکان متخصص جراحی فک و صورت در موارد اعمال جراحی که مبتنی بر کتاب کالیفرنیا باشد ۲K تعلق می گیرد (۱۰۰-۲۱)
فرانشیز	۱۱-۱۸	پرداخت فرانشیز توسط بیماران براساس ۱K بوده و فرانشیز K اضافی بعنوان تخفیف دانشگاهها است. (۱۰۰-۱۳)
اتاق عمل	۱۲-۱۸	مبنای محاسبه هزینه استهلاک اتاق عمل براساس ۵۰٪ هزینه ۱K میباشد. (۱۰۰-۰۴)
بازتوانی	۱۳-۱۸	ضریب ۲K بابت تعرفه بازتوانی قلب پرداخت نمی شود. (۱۰۰-۰۳)

موضوع	ردیف	توضیحات
گلوبال	۱۴-۱۸	در اعمال گلوبال در صورتیکه جراح، بیهوشی، پزشک معالج و مشاور ۲K باشند برابر هزینه از ریز خدمات گلوبال به سرجمع آن افزوده میشود. (توجه فرمایید به هیچ وجه از کدهای کتاب کالیفرنیا استفاده نشود). (۱۰-۱۱)
نوزاد	۱۵-۱۸	ویزیت نوزادان در اعمال سزارین و زایمان طبیعی چنانچه توسط پزشک ۲K صورت گیرد پرداخت آن بلامانع است. (هزینه آن از ریز سرفصل گلوبال بایستی محاسبه شود). (۱۸-۱۰)
مراکز	۱۶-۱۸	پرداخت ۲K هیئت علمی فقط در دانشگاههای علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت میسر می باشد. (۳۴-۱۰)



19- مدارک بیمه ای مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه

(پس از تجویز دستوربستری)

موضوع	ردیف	توضیحات
صندوق کارمندان	۱-۱۹	کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار. توجه: سن کمتر از ۲ سال نیازی به عکس ندارد.
صندوق خویش فرما	۲-۱۹	کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار. (شروع اعتبار دفترچه از یکسال قبل ازاتمام اعتبار ثبت شده بر روی دفترچه محاسبه شود). توجه: سن کمتر از ۲ سال نیازه عکس ندارد.
صندوق سایر اقشار	۳-۱۹	کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار. توجه: سن کمتر از ۲ سال نیازی به عکس ندارد.
صندوق روستائی	۴-۱۹	کپی صفحه عکس دار دفترچه روستائی معتبر. توجه: (بالای سن ۷ سال عکس دار باشد). (تمامی دفاتر روستائی در صورت داشتن برگ سفید دفترچه معتبراند)
صندوق ایرانیان	۵-۱۹	کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار. (۱۰۹-۰۰۵) توجه ۱: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد. توجه ۲: برای افراد فاقد شناسنامه با مدارک معتبر مانند گواهینامه، کارت ملی و..... و یا نامه از مراجع معتبر و یا مراجع قضایی اقدام میگردد.



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

موضوع	ردیف	توضیحات
صندوق کارکنان دولت	۱-۲۰	مراکز دانشگاهی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، خصوصی و خیریه طرف قرارداد. (کلیه مراکز طرف قرارداد)
صندوق سایر اقشار (حمایتی)	۲-۲۰	مراکز دانشگاهی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، خصوصی و خیریه طرف قرارداد. (کلیه مراکز طرف قرارداد)
صندوق ایرانیان (خویش فرما)	۳-۲۰	مراکز دانشگاهی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، خصوصی و خیریه طرف قرارداد. (کلیه مراکز طرف قرارداد) (۶۴-۰۰۵)
صندوق روستائیان	۴-۲۰	مراکز دانشگاهی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و تعدادی از مراکز خصوصی قرارداد. (۲۱ مرکز نامبرده شده در صندوق روستایی تا اطلاع ثانوی) (۸۰-۰۰۵)

(منظور از مراکز دانشگاهی، بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی

می باشند)



۲۱ - صندوق کارمندان

موضوع	ردیف	توضیحات
فرزند چهارم و به بعد	۱-۲۱	جهت فرزند چهارم کارمندان مرد تا قبل از یک ماهگی میتوان بابرگ پرداخت حق بیمه معرفینامه صادر نمود اما بعد از سن یک ماهگی الزاماً می بایست دفترچه مستقل داشته باشد. (۰۰۵-۰۵)
اعتبار دفترچه فرزندان	۲-۲۱	جهت فرزندان اول، دوم و سوم کارمندان مرد میتوان بدون دفترچه مستقل وبا تایید واحد بیمه گری معرفینامه صادر نمود. (۰۰۵-۰۸)
کارمندان زن	۳-۲۱	جهت فرزندان بدون دفترچه کارمند زن، تنها با تایید اداره بیمه گری مبنی بر کسر حق بیمه میتوان معرفینامه صادر نمود. (۰۰۵-۰۸)
فوت نوزاد	۴-۲۱	در صورتی که نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید با تعهد پرداخت سرانه و تایید اداره بیمه گری معرفینامه صادر شود. (۰۰۵-۳۴)
سرباز	۵-۲۱	اگر فرد قبل از ۱۸ سالگی تحت پوشش بیمه بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش می باشد. (۰۰۵-۳۵)
زندانی	۶-۲۱	الف) بازداشت دائم: اگر قبل از حبس تحت پوشش بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش می باشد. ب) بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند وبا قید ضمانت آزاد می گردند می توانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (۰۰۵-۹۹)
اتمام اعتبار	۷-۲۱	در تمامی مواقعی که دفترچه تاریخ اعتبار دارد توجه به تاریخ الزامی است. (۰۰۵-۵۱)

موضوع	ردیف	توضیحات
زایمان	۸-۲۱	درمراجعه بیماری بانسبت فرزند جهت زایمان قبل از صدور تایید اداره بیمه گری الزامی است. اگر زائو مطلقه باشد باکپی صفحه اول و دوم شناسنامه نیاز به تایید بیمه گری ندارد. (۵۲-۰۰۵)
فرزند بزرگسال ذکور	۹-۲۱	فرزندان ذکور کارکنان دولت بشرط مجرد بودن میتوانند تا سن ۲۲ سالگی ازمزایای بیمه استفاده نمایند. چنانچه بانسبت فرزند بیمه شده سن بالای ۲۲ سال داشته باشد الزاماً میبایست تاریخ اتمام اعتبار دفترچه داشته باشد. (۱۰۸-۰۰۵)
اتمام اوراق دفترچه	۱۰-۲۱	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. (۷۳-۰۰۵)
نوزاد و خدمات سرپایی	۱۱-۲۱	نوزاد تا سن یک ماهگی میتواند با دفترچه مادر خدمت سرپایی بگیرد. (۷۵-۰۰۵)
اعتبار دفاتر کارمندی با کد ۴	۱۲-۲۱	اعتبار دفاتر بیمه ای که اولین رقم سمت چپ آنها با عدد ۴ شروع میشود تا پایان شهریور ماه ۸۷ می باشد. (۹۶-۰۰۵)
حوادث دانش آموزی	۱۳-۲۱	طبق ضوابط در تعهد قرارداد. (۱۰۱-۰۰۵) و (۱۲۱-۰۰۵)



۲۲- صندوق خویش فرما

موضوع	ردیف	توضیحات
صدور اولیه و تمدید	۱-۲۲	صدور و تمدید دفترچه خویش فرمایان صرفاً جهت اتباع خارجه صورت پذیرفته و برای سایر افراد صدور اولیه و یا تمدید اعتبار صورت نمی گیرد. (۱۱۰-۰۰۵)
شروع بستری	۲-۲۲	اگر بیمار قبل از تاریخ شروع بیمه بستری شده باشد می توان از تاریخ شروع بیمه جهت بیمار معرفنامه صادر نمود. (۷۴-۰۰۵)
دانشگاهی مسلح تامین اجتماعی	۳-۲۲	خویش فرما علاوه بر مراکز دانشگاهی و نیروهای مسلح و تامین اجتماعی می تواند در مراکز خصوصی طرف قرارداد نیز بستری گردد. (۲۷-۰۰۵)
واریز وجه	۴-۲۲	هزینه های بستری بیمه شدگان خویش فرما دارای دفترچه از زمان تاریخ واریز وجه مورد قبول است. (۷۴-۰۰۵)

۲۳- صندوق سایر اقشار

موضوع	ردیف	توضیحات
نوزاد	۱-۲۳	صدور معرفنامه در صندوق سایر اقشار جهت نوزادیکه والدین دارای دفترچه سایر اقشار می باشند منوط به ارائه برگه تعهد بیمه گزار می باشد. در خدمات سرپایی نوزاد می تواند تا یک ماهگی از دفترچه مادر استفاده نماید. (۰۷-۰۰۵) و (۷۵-۰۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
فوت نوزاد	۲-۲۳	اگر نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید و والدین دارای دفترچه سایر اقشار باشند با تعهد بیمه گزار و تایید بیمه گری میتوان معرفینامه صادر نمود (۰۰۵-۳۴)
سرباز	۳-۲۳	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)
زایمان	۴-۲۳	مراجعه بیمار جهت زایمان با نسبت فرزند الزاماً قبل از صدور معرفینامه تأییدیه از اداره بیمه گری اخذ گردد. (۰۰۵-۵۲)
حمایتی	۵-۲۳	دفاتر حمایتی در صندوق سایر اقشار قرار دارند. (۰۰۵-۰۱)
تحت تکفل سرباز	۶-۲۳	سرباز با نسبت سرپرست در زمان سربازی نمی تواند خود و عائله تحت تکفل خود را بیمه نماید. (۰۰۵-۴۹)
اعتبار	۷-۲۳	تمامی دفاتر سایر اقشار دارای تاریخ اعتبار درج شده در دفترچه میباشد و دفاتر آنها بر اساس تاریخ اعتبار ثبت شده معتبر می باشد. (در صورت عدم درج اعتبار به اداره بیمه گری ارجاع شوند) (۰۵-۷۶)
زندانی	۸-۲۳	الف) بازداشت دائم: اگر بیمار قبل از حبس دارای دفترچه بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش است. (۰۰۵-۴۶) ب) بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند و با قید ضمانت آزاد میگردند میتوانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (۰۰۵-۹۹)
حوادث دانش آموزی	۹-۲۳	طبق ضوابط در تعهد قرارداد. (۰۰۵-۱۲۱)

۲۴- صندوق روستائیان

موضوع	ردیف	توضیحات
کارت‌های بیمه روستایی	۱-۲۴	کارت‌های روستائیان معتبر نمی باشد. (۷۱-۰۰۵)
فاقد دفترچه	۲-۲۴	روستائینی که هنوز دفترچه تحویل نگرفته اند اگر نامه از مرکز استان داشته باشند می توانند از خدمات بستری استفاده نمایند. (۷۷-۰۰۵)
محصل	۳-۲۴	برای محصلین که در شهر در حال تحصیل بوده و دفترچه روستایی دارند رعایت سیستم ارجاع الزامی نمی باشد. (۱۳-۰۰۵)
فوت نوزاد	۴-۲۴	در فوت نوزاد زیر ماهگی صدور معرفی نامه با کپی دفترچه والدین بلامانع است بشرطی که نوزاد فرزند چهارم و بعد نباشد و در غیر این صورت باید پس از تایید اداره بیمه گری مبنی بر پرداخت یکماه حق سرانه معرفی نامه صادر نمود. (۳۴-۰۰۵)
نوزاد	۵-۲۴	نوزاد روستایی تا یکماه می تواند از دفترچه روستایی مادر جهت خدمات سرپایی و بستری استفاده نماید. (کپی دفترچه مادر + کپی ولادت ضمیمه شود). استفاده نوزاد چهارم روستایی از خدمات بستری با دفترچه مادر فقط با تایید بیمه گری امکان پذیر می باشد. (۷۵-۰۰۵) و (۱۱۲-۰۰۵)
خارج از مرکز درمانی در همان استان	۶-۲۴	دفترچه روستایی جهت خدمات در خارج از مرکز درمانی در صورت تایید ناظر و مراجعه به مراکز دانشگاهی معتبر است. (۱۷-۰۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
اسامی مراکز خبریه و خصوصی طرف قرارداد	۷-۲۴	۱- صدریه آفرین ۲- بازارگانان ۳- سپیر ۴- مردم ۵- امیرالمومنین جوادیه ۶- شوریده ۷- سیدالشهدا 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 ۲۰- محک ۲۱- حضرت فاطمه دماوند (۹۷-۰۰۵) (ویژه استان تهران)
عکسدار	۸-۲۴	دفترچه های روستائیان بالای هفت سال می بایست عکسدار باشند. (۴۲-۰۰۵)
زندان	۹-۲۴	الف) بازداشت دائم: دفاتر روستایی در زمان زندانی بودن معتبر است. ب) بازداشت موقت: در صورتیکه در بازداشت موقت به سر می برند و با قید ضمانت آزاد می گردند میتوانند از مزایای بیمه استفاده کنند. (۹۹-۰۰۵)
استان تهران	۱۰-۲۴	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)
سرباز	۱۱-۲۴	سربازان در تعهد بیمه روستائیان نمی باشد. (۵۳-۰۰۵)
ارجاع	۱۲-۲۴	با دستور بستری نیاز به ارجاع نبوده و جهت خدمات سرپایی نیاز به ارجاع با کد خانوار و مهر پزشک خانوار می باشد. (۷۹-۰۰۵)
اعتبار دفاتر روستایی	۱۳-۲۴	تمامی دفترچه های روستایی تا پایان آخرین نسخه سفید دفترچه معتبر می باشند. (حتی مواردیکه از تاریخ ثبت شده بروی دفترچه گذشته باشد). (۷۱-۰۰۵) و (۹۳-۰۰۵) و (۱۱۳-۰۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
مهر ناظر	۱۴-۲۴	جهت استفاده از اوراق دفترچه روستایی در صورتیکه پشت اوراق نسخ دفترچه روستایی مهر شبکه بهداشت یا مهر پزشک خانواده باشد نیاز به مهر ناظر بیمارستانی ندارد. (۸۶-۰۰۵) (ویژه استان تهران)
خدمات تخصصی (سطح دو)	۱۵-۲۴	با تکمیل فرم ارجاع در دفترچه های بیمه روستائیان توسط پزشک خانوار میتواند بدون معرفی نامه از استان مبدا به پزشکان متخصص طرف قرارداد مراجعه نمایند. (۷۹-۰۰۵)
تولد نوزاد خارج از بیمارستان	۱۶-۲۴	نوزادانی که در بیمارستان به دنیا نیامده باشند گواهی ولادت با تایید خانه بهداشت و شورای اسلامی روستا برای صدور معرفی نامه نیاز است. (۸۳-۰۰۵)
خاص	۱۷-۲۴	بیماران خاص روستایی در مراجعه به مراکز تخصصی داخل وخارج استان جهت خدمات سرپایی نیازی به رعایت سیستم ارجاع ندارند. (۸۷-۰۰۵)
حوادث دانش آموزی	۱۸-۲۴	طبق ضوابط در تعهد قرارداد. (۱۲۱-۰۰۵)
شیمی درمانی بستری موقت	۱۹-۲۴	طبق مصوبه شورای فنی نیاز به رعایت ارجاع روستایی جهت شیمی درمانی در بیمارستانهای دانشگاهی و بیماران تحت نظر اورژانس (بستری کمتر از ۶ ساعت) در کلیه مراکز طرف قرارداد مشروط به تشکیل پرونده نمیشود. (۱۱۴-۰۰۵)
شروع بیمه	۲۰-۲۴	تاریخ شروع بیمه درج شده در دفاتر روستائیان ملاک عمل میباشد. (۱۲۰-۰۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
ارجاع	۲۱-۲۴	بیمه شدگان روستایی جهت انجام خدمات دندانپزشکی، رادیوترابی و شیمی درمانی نیاز به سیستم ارجاع ندارند. (۱۲۴-۰۰۵)
مهر مخصوص روستایی	۲۲-۲۴	نسخ پزشکان متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد بیمه روستایی نیاز به ممهور شدن به مهر مخصوص روستایی رادارد. (۱۲۷-۰۰۵)

۲۵- صندوق ایرانیان

موضوع	ردیف	توضیحات
شرایط صدور	۱-۲۵	بیمه انفرادی ایرانیان جهت افراد زیر ۱۸ سال فاقد هرگونه پوشش بیمه ای (بدون شرط خانوار) امکانپذیر است. (۱۲۶-۰۰۵)
بدون شناسنامه	۲-۲۵	بالارائه مدارک دیگر شامل کارت ملی، گذرنامه، گواهینامه، تصویر شناسنامه، تاییدیه مراجع معتبر (فرمانداری، نیروی انتظامی، مراجع قضایی، بهزیستی) بیمه نامه صادر می شود. افراد مجهول الهویه بدون مدارک نامبرده شده باید توسط سایر مراجع حمایتی تحت پوشش قرار گیرند. (۱۰۹-۰۰۵)
خاص	۳-۲۵	بیماران خاص با رعایت شرط خانوار و پرداخت حق بیمه تحت پوشش قرار می گیرند. (۱۰۹-۰۰۵)
اعتبار	۴-۲۵	تمامی دفاتر صادره تا پایان تاریخ اعتبار قابل پذیرش است (۱۱۰-۰۰۵). اعتبار این دفاتر از زمان صدور (شروع) به مدت یکسال میباشد. (۱۱۱-۰۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
خدمات بستری	۵-۲۵	افراد فاقد پوشش بیمه ای به شرطی از مزایای بیمه ایرانیان در خدمات بستری استفاده می نمایند که فقط در مراکز طرف قرارداد قبل از بستری شدن، دفترچه یا معرفی نامه معتبر اخذ کرده باشند و امکان صدور معرفی نامه بیمارستانی برای دوران بستری قبل از درخواست دفترچه میسر نمی باشد. (۱۱۰-۰۰۵) و (۱۲۲-۰۰۵) و (۱۲۵-۰۰۵)
پذیرش	۶-۲۵	پذیرش اسناد بیمه ایرانیان (بستری و سرپایی) در صندوق خویش فرمایان صورت می گیرد. (۱۱۰-۰۰۵)
تعهدات	۷-۲۵	کلیه تعهدات صندوق بیمه ایرانیان در بخش بستری و سرپایی و بیماران خاص مانند صندوق خویش فرمایان است. (۱۱۰-۰۰۵)
اتباع خارجی	۸-۲۵	شرط شمول بیمه ایرانیان شامل کلیه افرادی است که تابعیت ایرانی داشته باشند و اتباع خارجی در تعهد بیمه ایرانیان نمی باشد (۱۱۱-۰۰۵)
نوزاد	۹-۲۵	اگر نوزاد فاقد بیمه باشد و والدین دارای بیمه ایرانیان باشند می توان بیمه نامه صادر کرد ولی جهت صدور دفترچه، شناسنامه نوزاد الزامی است. (۱۱۱-۰۰۵)
فوت یکی از اعضاء خانواده	۱۰-۲۵	در صورت فوت یکی از اعضای خانواده وعدم انعکاس در شناسنامه، بالارائه مدارک گواهی فوت، انحصار وراثت یا هرگونه مدرک دال بر فوت توسط مراجع ذیصلاح می توانند بدون فرد متوفی دفترچه صادر نمایند. (۱۱۱-۰۰۵)
بیمه دیگر	۱۱-۲۵	در صورت داشتن دفترچه بیمه دیگری توسط سرپرست، افراد تحت تکفل نمی توانند از این بیمه استفاده نمایند. بیمه شدگان سایر سازمانها در صورت ابطال بیمه خود می توانند بیمه ایرانیان شوند. (۱۱۱-۰۰۵)

موضوع	ردیف	توضیحات
کد درمانی	۱۲-۲۵	افرادیکه دارای کدبیمه درمانی بوده و دفترچه ندارند، حتماً کد درمانی در معرفینامه صادره بایستی ذکر گردد و جهت افراد مجهول الهویه کد مخصوص بجای کد درمانی در معرفینامه ذکر شود. (۰۰۵-۱۲۸)
انفرادی	۱۳-۲۵	امکان بیمه انفرادی افراد کمتر از ۱۸ سال فاقد هرگونه پوشش بیمه ای، با رعایت بخشنامه موجود بلامانع است. (۰۰۵-۱۲۶)
حوادث دانش آموزی	۱۴-۲۵	طبق ضوابط در تعهد قرارداد دارد. (۰۰۵-۱۲۱)
مدارک لازم صدور معرفینامه	۱۵-۲۵	در صورتیکه بیمار پس از ترخیص اقدام به اخذ بیمه ایرانیان نماید مدارک زیر جهت صدور معرفینامه سبز رنگ الزامی است: ● کپی دفترچه ● اصل نامه حسابداری مبنی بر عدم تسویه حساب کامل ● اصل برگه آبی بیمه گری (۰۰۵-۱۲۲)
زندانیان	۱۶-۲۵	زندانیانی که در طول دوره بستری اقدام به اخذ بیمه ایرانیان می نمایند صدور معرفینامه طبق ضوابط بلامانع است. (۰۰۵-۱۲۳)



۲۶- نکات مهم

موضوع	ردیف	توضیحات
اوراق دفترچه	۱-۲۶	جهت دفاتر شهرستانها که در تهران اوراقشان تمام می شود برگه معرفینامه به انضمام کپی صفحه اول دفترچه صادر گردد تا بیمار از بیمه جهت اقدامات بستری استفاده نماید.(۰۰۵-۰۴) (ویژه استان تهران)
فوت نوزاد	۲-۲۶	فوت نوزاد بعد از یکماهگی، در تمامی صندوقها مدارک بیمه ای مستقل ازوالدین ضمیمه شود.(۰۰۵-۳۴)
سرباز	۳-۲۶	سربازان وعائله تحت تکفل آنان(همسروفرزندان)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 در سازمانها و ارگانها تحت پوشش بیمه نمی باشند و تنها دفترچه هایی از آنان که دارای اعتبار می باشند تا زمان اتمام اعتبار از مزایای بیمه برخوردارند.(۰۰۵-۹۰)
دانش آموزی	۴-۲۶	حوادث دانش آموزی در تمامی صندوقها در تعهد است.(۰۰۵-۱۲۱)
گلوله	۵-۲۶	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 اشرا)(۰۱۰-۰۲)
تاریخ اتمام اعتبار دفترچه ها	۶-۲۶	کلیه دفاتر بیمه صندوقهای خویش فرما، کارمندی، سایر اقشار، بابت خدماتی نظیر تایید نسخ، انجام فیزیوتراپی، انجام اعمال پاراکلینیک، محاسبه خدمات بستری تا قبل از تاریخ اتمام اعتبار دفترچه قابل محاسبه می باشند.(۰۰۵-۵۱)

موضوع	ردیف	توضیحات
مشکوک به تصادفات و ضرب و جرح	۷-۲۶	در موارد تصادفات و یا ضرب و جرح که علت در پرونده <u>تروما</u> ذکر شده است محرز شدن برای نماینده ملاک عمل در صدور و یا عدم صدور معرفی نامه می باشد. (۸۰۰-۵۶)
اقدام به خودکشی	۸-۲۶	هزینه درمان در اقدام به خودکشی در تعهد می باشد. (۰۰۵-۳۸)
حادثه	۹-۲۶	بجز در موارد تصادفات اگر حادثه اتفاقی بوده و حین انجام کار نباشد و مصدوم تحت پوشش بیمه های ورزشکاران، مسافرتی، قانون کار نباشد، در تعهد می باشد. (۰۰۵-۳۶)
عوارض درمان نازایی	۱۰-۲۶	عوارضی مانند آسیت و.... که در اثر درمان نازایی (باروش هایی مانند IVF) پدید می آیند در تعهد هستند. (۰۰۷-۲۲)
اعتباردستی	۱۱-۲۶	برخی از استانها با استفاده از مهربدستی اقدام به تمدید اعتبار دفاتر درمانی می نمایند که مغایر با ضوابط بوده و صدور معرفی نامه یا پذیرش نسخ امکان پذیر نمی باشد. (۰۰۵-۸۴)
نوزادان سرپایی	۱۲-۲۶	کلیه نوزادان که فاقد دفترچه درمانی هستند تا یکماه پس از تولد میتوانند جهت اخذ خدمات سرپایی از دفترچه مادر استفاده نمایند. (۰۰۵-۸۵)
زندانیان	۱۳-۲۶	مفاد قرارداد سازمان زندانها تا تاریخ ۸۷/۷/۱ قابل اجراست (۰۰۵-۱۰۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
حوادث ترافیکی	۱۴-۲۶	اسنادسریایی و بستری مصدومین حوادث ترافیکی افراد بیمه شده و افراد فاقد هرگونه پوشش بیمه ای بدون رعایت صندوق بیمه ای با مهر تصادفات بایستی توسط مراکز تنظیم گردند. بخشنامه فوق از تاریخ ۸۷/۱/۱ قابل اجراست. (۱۰۰-۰۵)
لاک گیری	۱۵-۲۶	هرگونه لاک گیری در نسخ پاراکلینیک جزء تعدیلات محسوب می شود. (۹۸-۰۵)
ضوابط و دستورالعمل ها	۱۶-۲۶	کلیه ضوابط و دستورالعمل هایی که از دیگر نهادهای تقنینی یا اجرایی مرتبط با حوزه سلامت صادر می گردد تا زمانیکه ازسوی ستادسازمان به ادارات کل استانی ابلاغ نگردیده واجد وجاهت اجرایی نمی باشد. (۱۰۵-۰۵)
اعتباردفاتر	۱۷-۲۶	کلیه دفاتر بیمه صادره از اداره کل بیمه استان تهران می بایست دارای تاریخ اعتبار باشند در غیراینصورت مشمول کسورات خواهند شد. (۱۰۶-۰۵) (ویژه استان تهران)
ضرب و جرح	۱۸-۲۶	هزینه درمان ضارب یا ضاربین متواری، بیمارروانی و اعضاء درجه یک خانواده مضروب براساس تعرفه های مصوب درتعهد میباشند. (۱۱۵-۰۵)
نیروی مسلح	۱۹-۲۶	کلیه بیمارستانهای وابسته و متعلق به نیروهای مسلح بایستی تعرفه مصوب هیئت محترم وزیران دربخش دولتی را برای بیمه شدگان خدمات درمانی رعایت کنند. (۱۱۶-۰۵)



۲۷- عدم تعهدات بخشنامه ای در صدور معرفی نامه

موضوع	ردیف	توضیحات
عوارض پیوند (به جز عوارض ایمونولوژیک)	۱-۲۷	تا ۳ ماه بعد از عمل جهت درمان های جراحی پس از پیوند کلیه معرفی نامه صادر نمی گردد. (۳۴-۱۰۹)
لیزیک و اعمال رفراکتیو سرجری	۲-۲۷	لیزیک، RK لیزری، اگزامرلایزر، کراتومیلیوسیس، کراتوپلاستی انکساری، کراتوتومی رادیال در تعهد نمی باشند. (۱-۸۰۰)
IVF و.....	۳-۲۷	IVF، GIFT، ZIFT، میکروانژکسیون در تعهد نمی باشند. (۲-۸۰۰-۰۲) 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)
لیپوساکشن و...	۴-۲۷	آبدومینو پلاستی، لیپکتومی و لیپوساکشن در تعهد نمی باشد. (۳-۸۰۰-۰۳)
ترک اعتیاد	۵-۲۷	ترک اعتیاد تحت هیچ شرایطی (حتی جهت بیماران روانی بصورت بستری در بیمارستان در تعهد نمی باشد. (۴۴-۸۰۰) اگر بیماران با تشخیص اختلالات روانی بستری و قصد درمان ترک اعتیاد آنان محرز باشد هزینه های مربوطه پرداخت نمی گردد. (۸۲-۸۰۰)
قانون کار	۶-۲۷	حوادث مشمول تعهدات قانون کار از تعهد بیمه خارج میباشد (۷-۸۰۰-۰۷) هزینه حوادث حین کار در کارگاه های مشمول قانون تامین اجتماعی و قانون کار و یانهای در حال ساخت دارای بیمه حوادث به عهده کارفرما می باشد. (۸۳-۸۰۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
TL	۷-۲۷	TL ووازکتومی در تعهد نمی باشند. (دربریخی موارد خاص طبق بخشنامه عمل شود). (۸۰۰-۳۱)
ادامه درمان نزاع	۸-۲۷	ادامه درمان در موارد ضرب و جرح در تعهد نمی باشند (۸۰۰-۴۲)
تصادفات	۹-۲۷	هزینه درمانهای اولیه (بستری و سرپایی) در تصادفات در تمامی حالتها ممکنه (ثالث و غیر ثالث، با مقصر و یا متواری،.....) جهت مصدومانی که تاریخ ترخیص آنان از ۸۶/۱۲/۱ و به 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. (۱۰۳-۱۰۵) (اگر تصادف در قبل از سال ۱۳۸۴ بوقوع پیوسته باشد و در نوبت اول درمان بیمه ای محاسبه شده باشد، میتوان جهت ادامه درمان معرفی نامه صادر نمود. (۵۷-۸۰۰)
مجروحیت افراد شروع درگیری با پلیس	۱۰-۲۷	صدور معرفی نامه جهت فرد شروع در تمامی صندوقها خارج از تعهد می باشد. (۵۸-۱۰۵)
عروق کرونر	۱۱-۲۷	لیزر تراپی عروق کرونر در تعهد نمی باشد. (۱۷-۸۰۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
نزاع	۱۲-۲۷	ضرب و جرح و نزاع در تعهد نمی باشد. (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 میتوان معرفنامه صادر کرد. (۵۸-۸۰۰) ● اگر مصدوم توسط ضارب متواری صدمه دیده باشد با گواهی کلانتری و پس از تأیید شورای فنی میتوان معرفنامه صادر کرد. ● هزینه ضرب و جرح زوجین در تعهد قرارداد. (۳۴-۸۰۰) ● نزاع توسط بیماران روانی بشرط احراز بیماری ضارب توسط پزشک قانونی قابل پرداخت است. (۵۲-۸۰۰) و (۱۱۵-۰۰۵)
چشم	۱۳-۲۷	هزینه های درمانی و پروتز درمانی و پروتز مصرفی در عمل جراحی رفع عیوب انکساری چشم در تعهد قرارداد. (۷۸-۸۰۰)
پروستات	۱۴-۲۷	مایکروویو ترموتراپی پروستات در تعهد بیمه نمی باشد. (۰۶-۸۰۰)
بینایی سنجی	۱۵-۲۷	خدمت بینایی سنجی پیراپزشکان بینایی سنج در تعهد نمی باشد. (۶۷-۸۰۰)
کار درمانی و...	۱۶-۲۷	کار درمانی، گفتار درمانی، روان درمانی و خانواده درمانی در تعهد نمی باشد. (۶۷-۸۰۰)
آموزش بیماران	۱۷-۲۷	آموزش بیماران در مدت زمان درمان، لازمه ارائه خدمات پزشکی مطلوب و موثر بوده و در تعهد نمی باشد. (۸۷-۸۰۰)

۲۸- عدم تعهدات کلی سازمان

(آیین نامه کتاب کالیفرنیا ۲۳-۸۰۰)

موضوع	ردیف	توضیحات
زیبایی	۱-۲۸	خدمات فوق تخصصی مانند زیبایی .
پیوند	۲-۲۸	پیوند دست و پاوانگشت (بجز موارد اورژانس)، پیوند مغز و استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند قلب.
مفاصل	۳-۲۸	تعویض مفصل بجز موارد عفونت و شکستگی.
اسکولیوز	۴-۲۸	اسکولیوز بجز در سن کمتر از ۲۵ سالگی.
گوش	۵-۲۸	کاشت حلزون شنوایی.
مثانه	۶-۲۸	اسفنکتر مصنوعی مثانه.
نازایی	۷-۲۸	برخی اعمال نازایی (طبق بخشنامه ها).
حوادث کار	۸-۲۸	حوادث ناشی از کار.



۲۹- حسابداری اسناد، سهم سازمان، فرانسیز

- ①- فرانسیز در ویزیت تمام وقت جغرافیایی سرپایی براساس ویزیت‌های معمولی می‌باشد.
(۰۰۷-۱۶)
- ②- مابه التفاوت فرانسیز ۲K با فرانسیز معمول بعنوان بخشودگی بوده و توسط وزارت بهداشت به بیمارستان پرداخت می گردد. (۱۰۰-۱۳)
- ③- شیمی درمانی و سنگ شکن اصولاً بصورت سرپایی محاسبه می شوند. مگر انجام این موارد در زمان بستری که تابع صندوق مربوطه می باشد. (۰۰۷-۰۴)
- ④- دیالیز سرپایی در نوع خاص در تمامی صندوقها ۱۰۰٪ (سهم سازمان) محاسبه می گردد. به بخشنامه های بیماران خاص توجه شود. (۰۰۷-۱۵)
- ⑤- سهم سازمان در صندوق ایرانیان (بستری) ۹۰٪ می باشد. (۰۰۵-۱۱۰)
- ⑥- سهم سازمان در صندوق خویش فرما (اسناد بستری) ۹۰٪ می باشد. (۰۰۷-۲۶)
- ⑦- سهم سازمان در صندوقهای کارمندی، سایر اقشار و روستایی (در اسناد بستری) ۹۰٪ می‌باشد. (۰۰۷-۲۱)
- ⑧- سهم سازمان در خدمات سرپایی (بجز ویزیت و بجز مواردی که بخشنامه خاص دارند). ۷۰٪ می‌باشد. (۰۰۷-۲۱)
- ⑨- سهم سازمان در ویزیت سرپایی تابع بخشنامه های خاص سالیانه می باشد. (۰۰۷-۱۶)
- ⑩- تعدیلات در خدمات سرپایی و بستری از سهم سازمان درخواستی کسر گردد نه از مبلغ کل درخواستی. (۰۰۷-۱۹)
- ⑪- فرانسیز در مراکز جراحی محدود برابر مراکز بستری است. (۰۰۷-۰۹)

- 12- دیالیز سرپایی در دفترچه هایی که کلمه خاص ندارند تابع صندوق مربوطه و با فرانشیز ۳۰٪ محاسبه شوند. به بخشنامه های بیماران خاص توجه شود. (۱۵-۰۰۷)
- 13- در اسناد بیمارستان اگر پرونده ای با تاریخ ترخیص آن ماه وجود داشته باشد: نوبت اول تذکره و در نوبتهای بعد کسر گردد. (۲۰-۰۰۷)
- 14- مراکز خیریه و خصوصی طرف قرارداد می توانند مابه التفاوت تعرفه خصوصی و دولتی را در مورد آزمایش، رادیولوژی، تخت روز، ازمیمه شده اخذ نمایند. (۴۳-۰۰۵)
- 15- مراکز وابسته به تامین اجتماعی، بنیاد شهید، جانبازان، هلال احمر، جهاد دانشگاهی، نیروهای مسلح تابع تعرفه دولتی می باشند. (۵۷-۰۰۵) و (۱۱۶-۰۰۵)
- 16- مراکز وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی تابع تعرفه خصوصی می باشند. (۵۷-۰۰۵)
- 17- ویزیت در مراکز خصوصی طرف قرارداد براساس ویزیت بخش خصوصی محاسبه گردد. (۲۰-۰۰۶)
- 18- اگر علت بستری بیماری فقط انجام شیمی درمانی باشد سهم سازمان ۷۰٪ بوده و کل سند در لیست اسناد سرپایی درخواست شود. (۲۸-۰۰۷)
- 19- پرداخت هزینه درمانی بیمه شدگان براساس تصویر برابر اصل مدارک بیمارستانی امکان پذیر نمی باشد. (۳۰-۰۰۷)

پایان