**دستورالعمل خريد راهبردي و ضوابط پوشش بيمه‌اي خدمات درمان ناباروری**

**فصل اول - کلیات**

**ماده 1 – اهداف**

* حمايت مالي و پوشش خدمات توسط سازمان‌هاي بيمه‌گر
* افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان و تسهیل فرآیند ارائه خدمات درمان ناباروری در سطوح مختلف جامعه
* تسهیل فرایند دسترسی به این خدمات برای بیماران در نقاط مختلف کشور
* افزایش نرخ رشد جمعیت و عملياتي شدن سياست هاي جمعيتي بالادستي
* برقراری دسترسی عادلانه به خدمات درمان ناباروری
* کاهش پرداخت از جیب مردم برای درمان ناباروری

**ماده 2– مستندات، سیاست‌ها و الزامات**

1. بند 1 سياست‌های جمعيتی ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ 30 / 2 / 93 مبنی بر ارتقاء، پویایی و بالندگی و جوانی جمعيت با افزایش نرخ باروری
2. اجرای تبصره 3 ماده 43 قانون حمایت از خانواده و جوان‌سازی جمعیت
3. بند (ب) تبصره (17) ماده واحده قانون بودجه سال 1401
4. سند بين‌المللی اهداف توسعه هزاره (منتشره در سال 2000 ) مبنی بر ضرورت دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری
5. ابلاغیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره 400/17459- 20/7/1398(دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور و توسعه خدمات ناباروری 1398)

**ماده 3 – دامنه کاربرد**

كليه سازمان‌هاي بيمه‌گر پايه و تكميلي و كليه مراکز مجاز ارائه ‌دهنده خدمات درمان ناباروری در بخش دولتي، عمومي غيردولتي، خيريه و خصوصي ملزم به رعايت و اجراي مفاد اين دستورالعمل مي‌باشند.

**ماده 4 - تعاریف و اصطلاحات**

1- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

2- شوراي عالي: شوراي عالي بيمه سلامت كشور

3- بيمه تامين: سازمان تامين اجتماعي

4- بيمه سلامت: سازمان بيمه سلامت ایران

5- ساخد: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

6- بيمه‌گر پايه: سه سازمان اصلي بيمه پايه، تامين، سلامت و ساخد

7- بيمه تكميلي: كليه شركت‌هاي بيمه تجاري فعال در حوزه خريد خدمات سلامت كشور

8- مرکز: كليه مراکز مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری از سوي وزارت بهداشت

9- ناباروری اولیه: زوج بدون فرزند پس از یکسال تلاش برای باروری، به طور طبیعی بارداری موفق نداشته است.

تبصره 1: برای خانم‌های بالای 35 سال مدت مذکور به 6 ماه کاهش می‌یابد.

تبصره2: کسانی که دچار سقط مکرر شده‌اند مشمول بند فوق می‌باشند.

10- ناباروری ثانویه: زوجی که دارای فرزند زنده بوده و برای بارداری مجدد دچار مشکل هستند و پس از یکسال عدم پیشگیری بارداری نتوانسته‌اند باردار شوند.

11- خدمات درمان ناباروری: این خدمات شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی

و درمانی تخصصی برای زوجین ناباروری اولیه و ثانویه که نشان‌دار شده‌اند، می‌شود. فهرست این خدمات و سقف هر کدام در دروه زمانی در ادامه آمده است.

* + IVF=Invitro Fertilization
	+ IUI=Intrauterine Insemination
	+ ICSI=Intracytoplasmic Sperm Injection
	+ FET: Frozen Embryo Transfer

12- فرانشیز: بخشی از هزینه خدمات سلامت تحت پوشش بیمه‌های پایه است که بیمه شده باید پس از دریافت خدمت پرداخت نماید.

13- سهم بيمه: معادل درصد از تعرفه دولتی يا عمومي غيردولتي خدمات تشخیصی و درمانی است که بيمه پايه در قبال ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می‌نماید.

14- تعرفه خدمات درمان ناباروری: تعرفه خدمات درمان ناباروری شامل بسته خدمات مشخص شده است که براساس تعرفه‌های مصوب هر بخش (دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی) ساليانه توسط دبيرخانه شوراي عالي بيمه ابلاغ می‌شود.

15- رسیدگی: فـرآیندی است که طی آن مدارک و مستنـدات خدمات ارايه شده توسط مراكز درماني مجاز برای بیمار بررسی و بعد از تطبيق با ضوابط، مقـررات و تعرفه‌های مصوب اين دستورالعمل جهت پرداخت تاييد يا مورد اصلاح قرار می‌گـردد. این فرایند برای نسخ و پرونده‌های کاغذی کاربرد داشته و کلیه قوانین برای نسخی که به صورت الکترونیک تجویز و ارائه می‌گردند به صورت آنلاین بررسی خواهد شد.

16- اسناد مثبته: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی \_ درمانی ناباروری در مراکز درمانی مجاز، تهیه و جهت دریافت سهم بيمه پايه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.

17- اعتبارات بسته خدمتی: کلیه اعتبارات مصوبی که سالانه در بودجه تحت عنوان درمان ناباروری به وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر تخصیص یافته است، مطابق مصوبه شوراي‌ عالي بيمه سلامت کشور تجمیع و براساس عملکرد هریک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه، پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت به سازمان بيمه‌گر پرداخت گردد.

**فصل دوم – اجرا**

دستورالعمل خريد راهبردي و ضوابط پوشش بيمه‌اي خدمات درمان ناباروری از تاریخ تصویب هیات وزیران و ابلاغ دبير شورايعالي بيمه سلامت كشور در شمول تعهدات بیمه‌ای سازمان‌هاي بيمه‌گر پايه و تكميلي قرار گرفته و فرایند اجرایی آن به شرح زیر ابلاغ می‌گردد:

**ماده 5 - فرآیند اجرا**

1. مطابق استاندارد ارائه خدمات ناباروری کلیه افراد صاحب صلاحیت شامل فلوشیپ نازایی - متخصص زنان و زایمان دوره دیده و متخصص ارولوژی مکلفند نسبت به نشان‌دار کردن زوجین نابارور در سامانه نسخه الکترونیک با رعایت اصل محرمانگی اقدام نمایند. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلف‌اند حداکثر تا پایان مهر ماه سال جاری، زیرساخت لازم به این منظور را فراهم نمایند.

**تبصره:** تا زمان فراهم شدن زیرساخت‌های الکترونیک؛ تشکیل پرونده به صورت فیزیکی و مطابق روال زیر خواهد بود.

**بیمه سلامت:** در هنگام مراجعه بیمار به مطب ارائه دهنده صاحب صلاحیت یا مراکز مجاز خدمات ناباروری، به تشخیص پزشک صاحب صلاحیت بیمار در سامانه نسخه الکترونیک (ERX) ثبت و نشان‌دار می‌گردد.

**تامین اجتماعی:** پس از تشخیص پزشک صاحب صلاحیت، بیمار با معرفی نامه به مدیریت درمان تامین اجتماعی مراجعه و در پرتال تامین اجتماعی نشان‌دار می‌گردد. لازم به ذکر است در مراکز طرف قراردادی که ناظر بیمه سازمان تامین اجتماعی حضور داشته باشد، بیمار به ناظر بیمه ارجاع داده خواهد شد و نشان‌دار می‌گردد.

**نیروهای مسلح:** پس از تشخیص پزشک صاحب صلاحیت، بیمار با معرفی نامه به ادارات استانی سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح مراجعه و در سیستم سازمان نشان‌دار می‌گردد.

**تبصره:** در مراکز غیرطرف قرارداد، پرداخت اسناد براساس اسناد تحویلی توسط بیمه شده به سازمان بیمه مربوطه نسبت به پرداخت خسارت براساس مفاد دستورالعمل اقدام خواهد شد.

1. ارجاع به مراکز مجاز درمان ناباروری جهت تشکیل پرونده و نشاندار شدن زوجین نابارور (براساس مرحله ارزیابی بسته خدمات قابل محاسبه و پرداخت است.)

1-2: ارجاع زوج و یا زوجه از مرکز به سازمان بیمه مربوطه یا ثبت بیمار در سامانه الکترونیک سازمان بیمه‌ای جهت صدور معرفی نامه و طی مراحل اداری براساس قوانین اداری هر سازمان (نشان‌دار شدن زوجین)

**توضیح:** مرد و زن هر دو می‌بایست توسط سازمان بیمه‌گر مربوطه نشان‌دار شده و اسنادشان به صورت جداگانه براساس نوع خدمات انجام شده ارسال شود.

2-2: ثبت کد تشخیص ناباروری بر اساس ICD10 بیماری ویژه پرونده‌ای برای زوجین خواهد بود. (N46)مرد (N97) زن

1. ارائه خدمات درمان ناباروری به زوجین براساس طرح درمان انجام شده و مطابق بسته‌های تدوین شده قابل محاسبه و پرداخت است.
2. درصورتی که زوجین فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه باشند، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش بیمه‌ای کلیه زوجین نابارور فاقد بیمه پایه با آزمون وسع اقدام نماید.

**ماده 6- ضوابط و مقررات**

1- ارسال كليه اسناد در قالب پرونده کاغذی یا به صورت الكترونيك بين مراكز ارائه دهنده و سازمان بيمه‌گر تبادل خواهد شد. مبنای ارسال اسناد به سازمان های بیمه گر براساس سازمان بیمه گر زوج یا زوجه خواهد بود.

2- بیمه شدگان مشمول عبارتند از خانم های متاهل تا 49 سال تمام و آقایان متاهل که شرایط ناباروری اولیه یا ثانویه را داشته باشند.

3- پزشک متخصص مجاز برای معرفی بیمه شده فلوشیپ نازایی - متخصص زنان و زایمان دوره دیده و متخصص ارولوژی می‌باشد.

4- هر یک از خدمات اصلی ناباروری برای بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل به شرح بسته خدمات تدوين شده در تعهد می‌باشد

* + بسته خدمتی میکروانجکشن یا ICSI با یا بدون انتقال جنین تا حداکثر سه بار در هر سال.
	+ بسته خدمتی IVF با یا بدون انتقال جنین سه بار در هر سال.
	+ بسته خدمتی تلقیح داخل رحمی (IUI) سه بار در هر سال.
	+ خدمت FET سه بار در سال

تبصره: لازم به ذكر است در خصوص آن گروه از زوجين كه در مرحله اول IVF يا ICSI، در مركز مربوطه داراي تخمك ذخيره شده مي‌باشند، پرداخت سيكل بعدي منوط به انجام بسته خدمتي FETمي‌باشد.

5- به استناد قسمت (5) بند "ک" تبصره (17) ماده واحده قانون بودجه سال 1401؛ کلیه مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری موظف به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه گر پایه می‌باشند. تمدید پروانه این مراکز و بیمارستان‌ها منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه می‌باشد. اولویت عقد قرارداد با کلیه مراکز واجد شرایط دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه است که با برنامه نسخه‌ الکترونیک مشارکت دارند.

6 - کلیه خدماتی که برای هر کدام از زوجین جهت آماده سازی استفاده از بسته‌های خدمتی این دستورالعمل لازم باشد؛ مطابق ضوابط و مقررات این دستورالعمل و از منابع این برنامه به شرط ارجاع از یکی از مراکز مجاز درمان ناباروری قابل محاسبه و پرداخت می‏باشد. (در قالب خسارت متفرقه)

1. هزینه های درمان ناباروری در خدمات شخص ثالث مانند رحم اجاره‌ای و جنین اهدایی طبق ضوابط این دستورالعمل قابل محاسبه و پرداخت می باشد اما هزینه‌های غیردرمانی روش‌های مذکور در ضوابط این دستورالعمل نمی‌باشد.

تبصره 1: در خصوص تخمک اهدایی پس از اعلام نظر مراجع ذی صلاح مطابق ضوابط این دستورالعمل اقدام خواهد شد.

**ماده 7 – تعهدات سازمان و فرانشیز بيمار**

**1-7- تعهدات سازمان بيمه گر**

1-7- 1-  **مراکز** دولتي**:** 90 درصد تعرفه مصوب بخش دولتي بسته هاي خدمتي تدوين شده در اين دستورالعمل در تعهد سازمان‌هاي بيمه‌گر مي‌باشد.

**7-1 –2- مراكز عمومي غيردولتي:** 90 درصد تعرفه مصوب بخش عمومي غيردولتي بسته هاي خدمتي تدوين شده در اين دستورالعمل در تعهد سازمان‌هاي بيمه‌گر مي‌باشد.

**7-1- 3- مراكز خيريه و خصوصي:** تعهدات سازمان‌هاي بيمه‌گر پايه در مراکز خیریه و خصوصي معادل 70 درصد تعرفه آن بخش است.

**2-7- فرانشیز:**

1-7-2- فرانشیز بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل در مراكز دولتي و عمومي غيردولتي معادل 10 درصد تعرفه مصوب آن مركز می باشد.

2-7-2- در مراكز خيريه و خصوصي سهم بيمار معادل 30 درصد تعرفه آن بخش است.

**ماده 8 – اسناد مثبته**

ثبت سيستمي هر يك از خدمات اصلی (ICSI -IUI – IVF، FET) يا اجزای خدمات اصلی و سایر خدمات مرتبط با درمان ناباروری توسط مراکز برای بیمه شده (زوج و یا زوجه) در روز ارائه خدمت و با کنترل سقف سالیانه در پرونده هر یک از زوج یا زوجه انجام شود.

**اسناد مثبته به شرح ذیل می باشد:**

1. اخذ استحقاق درمان بیمار برای دریافت خدمات درمان ناباروری
2. ارزیابی و ویزیت؛ ثبت الکترونیک یا ارائه نسخ کاغذی ممهور به مهر و امضای پزشک
3. تصویر برگه خدمات یا شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و درج کد های مربوطه براساس کتاب ارزش نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی و الصاق برچسب تجهیزات پزشکی استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل
4. تصویر برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضای متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، و کدهای تعدیلی بیهوشی (کدهای قابل پرداخت در سرپایی) مطابق کتاب ارزشهای نسبی و بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست
5. تصویر برابر اصل فاکتور خرید کلی لوازم پزشکی مصرفی (با صورتحساب ماهانه)
6. اصل لیست قیمت گذاری شده دارو و لوازم مصرفی بخش ناباروری ممهور به مهر و امضای مسئول فنی داروخانه (یا تأیید رئیس مرکز)
7. لیست دارو و لوازم پزشکی مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضای مسئول اتاق عمل و متخصص جراحي و بيهوشي مربوطه
8. لیست آزمایشات (بالینی و پاتولوژی) و تصویر برابر اصل گزارش پاتولوژی (درصورت انجام) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی آزمایشگاه (یا تائید رئیس مرکز)
9. لیست خدمات آزمایشگاه جنین شناسی ارائه شده به بیمار متناسب با طرح درمان با ذکر کدملی خدمات ارائه شده و با مهر و امضای جنین شناس
10. لیست خدمات پرتوپزشکی (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن،MRI ، ...) و تصویر برابر اصل گزارش خدمات (به استثناء خدمات راديوگرافي ساده) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی مربوطه (یا تائید رئیس مرکز)
11. برگه صورتحساب ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و مهر و امضای مرکز بر روی صورتحساب

**تبصره1:** در مراکزی که مهر پزشکان و مسئولین فنی بخش‌های مختلف به صورت اسکن شده می‌‌ باشد، پرداخت هزینه اسناد پزشکی با مهر اسکن شده و امضای اصل بلامانع است.

**تبصره2:** در صورتیکه ارسال اسناد به صورت الکترونیک باشد، مبنای تبادل اسناد دستورالعمل تبادل الکترونیک خواهد بود.

**ماده 9 – ارسال اسناد**

1. در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده یا پرونده سیکل‌های درمانی انجام شده به سازمان بیمه‌گر مربوطه براساس ضوابط سازمان‌های بیمه‌گر ارسال خواهد شد.

**توضیح:** در خصوص بیمه‌شدگان که سازمان بیمه‌گر دارای ساختار الکترونیک می‌باشد، مراکز در زمان ارائه خدمات از طریق ثبت در سامانه نسبت به ارسال اسناد به سازمان بیمه مربوطه اقدام نمایند. در خصوص نسخ کاغذی، مراکز در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده را به سازمان بیمه‌گر مربوطه ارسال نمایند.

**تبصره:** سازمان‌های بیمه‌گر پایه ملزم هستند مطالبات مراکز طرف قرارداد را ظرف حداکثر یک ماه از تاریخ تحویل اسناد، تسویه نمایند.

1. سازمان‌های بیمه‌گر ملزم هستند پرونده بیماران نشان‌دار شده را در قالب پرونده بستری موقت ثبت و ارسال نمایند.

**ماده 10 - ملاحظات نظارتی**

1. اداره استانی ضمن رعایت مقررات و ضوابط ابلاغی در خصوص نحوه عقد قرارداد با مراکز موصوف در زمینه ثبت دقیق و صحیح اطلاعات مراکز متقاضی همکاری در سیستم جامع سازمان، اهتمام داشته باشد.
2. ضروری است کلیه پروانه‌ها و مجوزهای مربوطه معتبر برابر ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز اخذ گردد.
3. معاونت درمان وزارت بهداشت ضمن اطلاع‌رسانی شفاف به مراکز متقاضی در خصوص تعرفه ها، ضوابط و تعهدات مورد قبول سازمان نظارت دقیق بر عدم دریافت هرگونه مابه‌التفاوت خارج از تعرفه های مصوب مطابق بسته های تدوین شده در این دستورالعمل از بیمه شدگان به عمل آید.
4. سازمان‌های بیمه‌گر میزان هزینه‌های ایجادی مراکز و بیمه‌شدگان به لحاظ کنترل تعداد ریز خدمت, میانگین هزینه و سایر شاخص‌های نظارتی به طور مستمر تحت پایش سیستمیک واقع گردد و در صورت انحراف برابر مقررات برخورد مناسب با مرکز انجام گیرد.
5. كليه مراكز مجاز ارائه خدمات موظف‌اند در بدو تشكيل پرونده براي دريافت خدمات ناباروري، فرم آموزشي مربوط به بسته خدمات در پوشش و هزينه پرداختي بيماران مطابق با دستورالعمل ابلاغي اطلاع رساني نمايند.
6. کلیه خدماتی که در بسته خدمتی دیده شده‌اند به صورت همزمان با بسته خدمتی در دوره درمان بیماري جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد و موارد خلاف آن مشمول تعدیلات بیمه ای می‌گردد.
7. مراکز مجری مکلفند دارو و اقلام مصرفی پزشکی را خود تامین و در اختیار بیمار قرار دهند و از ارجاع بیماران به خارج از مرکز، جهت تامین اقلام مذکور اجتناب کنند.
8. در بخش دولتی، در صورت تمام وقتی هر یک از ارائه دهندگان خدمات مطابق آیین نامه پرداخت تمام وقتی، ضریب ریالی تمام وقتی به صورت سرپایی به عنوان مبنای محاسبات تعرفه خواهد بود.
9. معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی موظف به بازدید دوره ای از مرکز ارائه دهنده خدمات و کنترل استاندارد خدمات و ضوابط این دستورالعمل می باشد. گزارش دوره ای بازدید می بایست توسط معاونت درمان وزارت به دبیرخانه ارسال گردد.
10. دبیرخانه شورا ملزم به بازنگری دوره ای دستورالعمل براساس چالش و مشکلات ارائه شده در گزارشات سارمانهای بیمه‌گر و معاونت درمان می باشد.

**ماده 11 – بسته خدمات درمان ناباروري**

**11-1- بسته خدمت IUI**

| **مرحله** | **خدمت** | **تواتر در سیکل**  | **کدملی(Code)** | **شرح کد****توضیحات (ضوابط پرداخت)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.مرحله ارزیابی زوج** | **ویزیت**  | **2** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| **آنالیز اسپرم** | **1** | **809070** | آناليز اسپرم با روش کروگيآناليز اسپرم حاصل از REکدهای 809070 و 809075 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| **809075** |
| **سونوگرافی خانم** | **1** | **701690** | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال) |
| **سالپنژیوگرافی** | **1** | **700375** | رادیوگرافی هیستروسالپنگوگرافی |
| **2.انجام خدمت IUI** | **خدمت IUI** | **1** | **502068** | لقاح داخل رحمی (IUI) شامل نمونه‌گیری اسپرم، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح در صورتی که خدمت IUI به طور کامل در یک روز یا یک سیکل درمانی انجام شود، کد 502068 گزارش می شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام شود، می توان از ریز کدهای مربوطه، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود. |
| **ریز کدهای IUI که در کد 502068 لحاظ شده است.** | **1** | **809045** | آماده سازي اسپرم با روش سادهآماده سازي اسپرم با روش کمپلکس (گرادينت)کدهای 809045 و 809050 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| **809050** |
| **809070** | آناليز اسپرم با روش کروگيآناليز اسپرم حاصل از REکدهای 809070 و 809075 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| **809075** |
| **501205** | بیوپسی سوزنی اپیدیدیمآسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک کدهای 501205 و 100005 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| **100005** |
| **501870** | تلقیح منی به روش مصنوعی؛ داخل سرویکس یا داخل رحم |
| **3.خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از IUI** | **ویزیت**  | **1** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| **ازمایش Beta HCG** | **2** | **801590** | اندازه‌گيري کمّي Beta HCG در سرم/پلاسما |
| **سونوگرافی ها** | **1** | **701690** | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال) |
| **1** | **701718** | سونوگرافي ترانس واژينال جستجوي حاملگي خارج رحم(EP) |
| **1** | **701716** | سونوگرافي بارداري ترانس واژينال |

**11-2- بسته خدمت IVF**

| **مرحله** | **خدمت** | **تواتر در سیکل** | **کدملی** | **شرح کد****توضیحات (ضوابط پرداخت)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.مرحله ارزیابی زوج** | ویزیت  | **2** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| آنالیز اسپرم | **1** | **809070** | آناليز اسپرم با روش کروگيآناليز اسپرم حاصل از REکدهای 809070 و 809075 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| **809075** |
| سونوگرافی خانم | **1** | **701690** | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال) |
| **2. مرحله انجام IVF** | ویزیت فوق تخصص/ متخصص زنان | **4** |  | پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)این ویزیت در طی دو ماه و پس از هر بار تجویز خدمات پاراکلینیک جهت مانیتورینگ و آماده سازی بیمار توسط پزشک معالج انجام خواهد شد |
| خدمت IVF | **1** | **502067** | لقاح آزمایشگاهی (IVF) شامل پانكچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی و انتقال(هزینه مراحل آماده‌سازی بیمار تا مرحله پانكچر، فریز و ذخیره سازی تخمک یا جنین و هزینه دارو و لوازم مصرفی به طور جداگانه قابل اخذ می‌باشد)در صورتی که خدمت IVF به طور کامل (شامل پانكچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی و انتقال) انجام شود، کد 502067 گزارش می شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام شود، می توان از ریز کدهای فوق، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود. |
| این کدها در داخل کد IVF لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمیباشند. | 1 | 502060 | پونكسيون فوليكول به منظور دسترسي به اووسيت، ‌با هر روش (پانکچر)  |
| 1 | 809015 | تشخيص و جداسازی تخمک از مايع فوليکولي به ازای هر 10 تخمک |
| 1 | 809060 | کشت تخمک یا جنين تا 72 ساعت |
| 1 | 809062 | هچينگ جنين   |
| 1 | 809045 | آماده سازي اسپرم با روش سادهآماده سازي اسپرم با روش کمپلکس (گرادينت)کدهای 809045 و 809050 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| 809050 |
| 1 | 809070 | آناليز اسپرم با روش کروگيآناليز اسپرم حاصل از REکدهای 809070 و 809075 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| 809075 |
| 1 | 809197 | پروسه تلقيح آزمايشگاهي و باروري تخمک براي هر بيمار   |
| 1 | 809020 | آماده سازي جنين براي انتقال با هر روش ( به ازای هر نی) |
| 1 | 502062 | انتقال جنین به داخل رحم  |
| **3. پس از IVF** | ویزیت  | **2** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| تصویربرداری | **5** | **701690** | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال)  |
| **1** | **701718** | سونوگرافي ترانس واژينال جستجوي حاملگي خارج رحم(EP)  |
| **1** | **701716** | سونوگرافي بارداري ترانس واژينال  |
| آزمایشگاه | **2** | **801590** |  اندازه‌گيري کمّي Beta HCG در سرم/پلاسما   |

**11-3- بسته خدمت ICSI**

| مرحله | **خدمت** | **تواتر در سیکل** | **کدملی** | **شرح کد****توضیحات (ضوابط پرداخت)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ارزیابی اولیه مرد** | ویزیت  | **2** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| اسپرموگرام | **2** | 804405 |  آزمايش كامل مايع مني (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل به روش دستی بطور کامل دستگاه خودکار   |
| چک وضعیت سلامتی بیمار | **1** | 801455 | اندازه‌گيري کمّي تستوسترون Testosteroneسرم/پلاسما |
| **1** | 801440 | اندازه‌گيري کمّي (Follicle stimulating hormone (FSH سرم/ پلاسما يا ادرار |
| **1** | 810028 | بررسی حذف نواحی AZF در کروموزوم Y |
| تصویر برداری | **1** | 701790 | سونوگرافي كالرداپلر كليه‌ها يا بيضه‌ها |
| **2. خدمات مرد** | خدمت اصلیPESA /TESE/MICRO TESE | PESA | 501205 | بیوپسی سوزنی اپیدیدیمبرای اخذ اسپرم در درمان ناباروری آقایان یکی از سه روش PESA،TESE،MICRO TESE قابل گزارش می باشد. در صورتی که استحصال اسپرم به روش طبیعی انجام شود هیچ یک از کدهای PESA،TESE،MICRO TESE قابل گزارش نمی باشند.  |
| 100005 | آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک |
| 809025 | تشخيص اسپرم از آسپيراسيون اپيديديم |
| **TESE** | 502071 | استحصال اسپرم از بافت بیضه (TESE) |
| 502071 | هزینه بیهوشی |
| 809055 | تشخيص اسپرم از بافت بيضه (تازه و منجمد) |
| **MICRO TESE** | 502072 | استحصال اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی (Micro TESE) |
| 502072 | هزینه بیهوشی |
| 809198 | تشخیص اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی |
| 809055 | تشخيص اسپرم از بافت بيضه (تازه و منجمد) |
| اسپرم | **1** | 809040 | انجماد اسپرم |
| **1** | 809110 | ذوب اسپرم و يا مايع مني |
| **3. ارزیابی اولیه زن** | ویزیت  | **4** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| تصویربرداری | **3** | 701690 | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال)  |
| **4. خدمت اصلی** | خدمت ICSI | **1** | 502066 | میکرواینجکشن (ICSI) شامل پانكچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین و انتقال  در صورتی که خدمت ICSI به طور کامل انجام شود، کد 502066 گزارش می شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل پانکچر، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح و کشت انجام شود،می توان از ریز کدهای فوق، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.  |
| این کدها در داخل کد ICSI لحاظ شده و به طور جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشند. | **1** | 502060 | پونكسيون فوليكول به منظور دسترسي به اووسيت، ‌با هر روش (پانکچر)  |
| **1** | 809015 | تشخيص و جداسازی تخمک از مايع فوليکولي به ازای هر 10 تخمک |
| **1** | 809060 | کشت تخمک یا جنين تا 72 ساعت |
| **1** | **809062** | هچينگ جنين   |
| **1** | 809045 | آماده سازي اسپرم با روش سادهکدهای 809045 و 809050 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| 809050 | آماده سازي اسپرم با روش کمپلکس (گرادينت)  |
| **1** | 809070 | آناليز اسپرم با روش کروگيکدهای 809070 و 809075 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| 809075 | آناليز اسپرم حاصل از RE |
| **1** | 809020 | آماده سازي جنين براي انتقال با هر روش ( به ازای هر نی) |
| **4** | 809196 | پروسه ميکروانجکشن تخمک به ازای هر 4 تخمک.به ازای هر 1 تا 4 تخمک اضافه، این کد یک بار دیگر قابل گزارش می‌باشد. |
| **1** | 502062 | انتقال جنین به داخل رحم  |
| **5. پس از ICSI** | ویزیت  | **2** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| آزمایشگاه | **1** | 801590 |  اندازه‌گيري کمّي Beta HCG در سرم/پلاسما  |
| تصویر برداری | **2** | 701690 | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال)  |
| **1** | 701718 | سونوگرافي ترانس واژينال جستجوي حاملگي خارج رحم(EP) |
| **1** | 701716 | سونوگرافي بارداري ترانس واژينال |
| **6.جنین** | انجماد، ذخیره و ذوب جنین | **1** | 809030 | انجماد جنين و تخمک به ازای هر نیکدهای 809030 و 809035 به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد. |
| 809035 | به ازای هر نی اضافه |
| **1** | 809085 | ذخيره سازي جنين به ازای هر شش ماه |
| **1** | 809105 | ذوب جنين  |

**11-4- بسته خدمت FET**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مراحل** | **خدمت** | **تواتر در یک سیکل درمانی** | **کدملی** | **شرح کد** |
| **1. ارزیابی اولیه** | ویزیت تخصص/ فوق تخصص زنان | **2** | **970015****970016****970030****970031** | بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.  |
| تصویربرداری  | **2** | **701690** | سونوگرافي رحم و تخمدان ها (ترانس واژينال) |
| **2. خدمت اصلی** | ذوب، اماده سازی و انتقال | **1** | **809105** | ذوب جنين  |
| **1** | **809060** | کشت تخمک یا جنين تا 72 ساعت |
| **1** | **809062** | هچينگ جنين  |
| **1** | **809020** | آماده سازي جنين براي انتقال با هر روش ( به ازای هر نی) |
| **1** | **502062** | انتقال جنین به داخل رحم |
| **3. بعد از انتقال** | ویزیت تخصص/ فوق تخصص زنان | **1** |  | پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)  |
| تصویربرداری  | **1** | **701718** | سونوگرافي ترانس واژينال جستجوي حاملگي خارج رحم(EP) |
| **1** | **701716** | سونوگرافي بارداري ترانس واژينال |
| آزمایشگاه | **2** | **801590** |  اندازه‌گيري کمّي Beta HCG در سرم/پلاسما  |

**11-5- بسته خدمت غربالگري جنين برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری**

|  |  |
| --- | --- |
| **کدملی(Code)** | **شرح کد(Value)** |
| 803340 |  اندازه‌گيري کمّي (PAPP-A) Pregnancy Associated Plasma protein –A  |
| 701731 | سونوگرافي NT و آنومالي سه ماهه اول |
| 701725 | سونوگرافي براي تشخيص مالفورماسيون هاي مادرزادي جنين  |
| 810348 | آزمایش NIPT با استفاده از cell free DNA جنینی برای غربالگری سندروم داون  |

**تبصره 1:** خدمات بسته پیگیری و غربالگری مادران مطابق جدول فوق بصورت جداگانه قابل گزارش و محاسبه بوده و تحت پوشش منابع این برنامه است.

**11-6:** تعرفه زایمان سزارین برای بارداری حاصل از درمان ناباروری در بخش دولتی و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد با فرانشيز 10درصد تعرفه آن بخشها و در بخش خیریه و خصوصی با فرانشيز۳۰ درصد تعرفه مربوط به آن بخش تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه می باشد.

**11-7- بسته خدمات دارو و لوازم مصرفي**:

1. فهرست دارو و لوازم مصرفي براساس استانداردهاي ابلاغي و با قيمت فاكتور رسمي مطابق ضوابط اين دستورالعمل تا سقف 90 درصد قيمت‌هاي مصوب سازمان غذا و دارو و براساس قانون برنامه ششم توسعه در پوشش بيمه در همه بخش‌هاي مجاز ارائه خدمت است.
2. فهرست لوازم مصرفی و ملزومات پزشکی که درصورت مصرف برای بیماران و گزارش مراکز مطابق با ضوابط ابلاغی شورای عالی بیمه سلامت کشور تحت پوشش سازمان های بیمه گر و بصورت جداگانه قابل محاسبه و گزارش است، به شرح جدول ذیل می باشد:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IRC** | **ایندکس** | **شرح** | **واحد** | **تعداد** | **IRC** | **ایندکس** | **شرح** | **واحد** | **تعداد** |
|  |  | آمپول آب مقطر ml 5 | عدد | 1 |  |  | گابلت | عدد | 1 |
|  | 1028 | اسپكلوم يكبار مصرف HIMED | عدد | 1 |  |  | روغن مینرال | سی‌سی | 1 |
|  | 744 | آنژيوكت صورتي B-Braum | عدد | 1 |  |  | کرایوویال | عدد | 1 |
|  | 793 | چسپ آنژيوكت | عدد | 1 |  |  | فیلتر سرسرنگی 0/22 | عدد | 1 |
|  | 798 | چسپ ضد حساسيت | سانتي متر | 30 |  |  | کرایوکین | عدد | 1 |
|  | 946 | دستكش لاتكس NITEX | جفت | 11 |  | 2685 | ملحفه یکبار مصرف | متر | 1 |
|  | 756 | ست سرم SUPA | عدد | 2 |  | 6575 | تیغ بیستوری | عدد | 1 |
|  | 764 | سرنگ 10 (يزد سرنگ) | عدد | 1 |  | 6702 | انواع محیط‌های کشت جنین | سی‌سی | 1 |
|  | 1703 | كاور پروپ استريل | عدد | 1 |  | 8675 | فیلتر mesh | عدد | 1 |
|  | 3032 | گاز استريل كوچك | عدد | 8 |  | 3293 | (سرنگ انتقال)IVF Syringe | عدد | 1 |
|  | 992 | ماسك اتاق عمل (آرمان ماسك) | عدد | 8 |  | 3546 | نی فریز اسپرم/جنین | عدد | 1 |
|  | 879 | ماسك بيهوشي | عدد | 1 |  | 6702 | محیط‌های کشت PURE SPERM | سی‌سی | 1 |
|  | 4268 | پتري ديش 10\*35 | عدد | 3 |  | 3287 | کتتر IUI | عدد | 1 |
|  | 771770772 | سرنگ انسولين\* | عدد | 4 |  | 3291 | سوزن بیوپسی (PGD) | عدد | 1 |
|  | 99269 | فلاسك 250 ميلي ليتر | عدد | 5 |  | 1051 | سوزن پانکچر دو کاناله | عدد | 1 |
|  | 6702 | محيط PVP | ميلي ليتر | 1 |  | 1145 | لوله ساکشن | عدد | 1 |
|  | 6702 | محيط كشت HamsF10 | ميكرو ليتر | 30 |  | 2155 | دستکش بدون پودر و بدون لاتکس | جفت | 1 |
|  | 3291 | ميكروپيپت ميكرواينجكشن | عدد | 1 |  | 3032 | گاز استریل | عدد | 1 |
|  |  | ميكروپيپت هولدينگ | عدد | 1 |  | 3291 | سوزن اینجکت | عدد | 1 |
|  | 6702 | هيالورونيداز آماده مصرف | ميلي ليتر | 1 |  | 1035 | کاندوم | عدد | 1 |
|  | 6702 | کیت ذوب | به ازای هر نی | 1 |  | 996 | گان جراحی | عدد | 1 |
|  | 6702 | کیت فریز | به ازای هر نی | 1 |  | 6702 | محیط شست و شوی اسپرم |  |  |
|  | 2685 | کلاه | عدد | 1 |  |  |  |  |  |

1. **فهرست داروهای قابل گزارش برای درمان ناباروری براساس استانداردهای ابلاغی و درخواست پزشک معالج**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان دارو | **کد دارو** |
| CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug | **5291** |
| GANIRELIX INJECTION PARENTERAL 500 ug/1mL 0.5MILLILITER | **6783** |
| GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL 3.6 mg | **50096** |
| GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL 10.8 mg | **50097** |
| BUSERELIN ACETATE INJECTION PARENTERAL 1 mg/1mL 5.5MILLILITER | **00185** |
| TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION PARENTERAL 95.6 ug | **15666** |
| TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 3.75 mg | **01266** |
| UROFOLLITROPIN INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SOLUTION INTRAMUSCULAR 75 [iU] | **1270** |
| FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 1.5MILLILITER | **16068** |
| FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 0.75MILLILITER | **16180** |
| FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 0.5MILLILITER) | **16179** |
| CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 5000 [iU] | **00286** |
| ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL 1 mg | **00503** |
| ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL 2 mg | **00504** |
| PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL 400 mg | **2082** |
| PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL 200 mg | **2534** |
| DYDROGESTERONE TABLET ORAL 10 mg | **5596** |
| HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL 2MILLILITER | **11441** |
| HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL 1MILLILITER | **1917** |
| PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL 25 mg/1mL | **1057** |
| PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL 50 mg/1mL | **1058** |
| MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTION, SUSPENSION PARENTERAL 150 mg/1mL 1MILLILITER | **00791** |
| PROGESTERONE TABLET VAGINAL 100 mg | **19093** |
| PROGESTERONE GEL VAGINAL 8 % 1.125GRAM | **52265** |
| PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL 200 mg | **18898** |
| PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL 100 mg | **18897** |
| MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLET ORAL 5 mg | **00792** |
| HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 5000 [iU]/1mL 1MILLILITER | **00624** |
| HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 10000 [iU]/1mL 1MILLILITER |  |
| ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 1MILLILITER | **17725** |
| ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.8MILLILITER) | **02293** |
| ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.6MILLILITER | **02292** |
| ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.4MILLILITER | **02043** |
| ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.2MILLILITER) | **02294** |
| LETROZOLE TABLET ORAL 2.5 mg | **01922** |
| TAMOXIFEN TABLET ORAL 10 mg | **01193** |
| TAMOXIFEN TABLET ORAL 20 mg | **02465** |
| CLOMIPHENE CITRATE TABLET ORAL 50 mg | **00319** |
| METHYLTESTOSTERONE TABLET ORAL 25 mg | **00838** |
| TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL | **1201** |
| TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL | **50872** |
| CABERGOLINE TABLET ORAL 0.5 mg | **2287** |
| CABERGOLINE TABLET ORAL 1 mg | **2374** |
| ALBUMIN (HUMAN) INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 20 % 50MILLILITER | **00027** |
| CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug | **5291** |
| CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 1500 [iU] | **00284** |
| CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 500 [iU] | **00285** |
| LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 75 [iU] | **10786** |
| FOLLITROPIN ALFA / LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 150 [iU]/75 [iU] | **50345** |
| LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 3.75 mg | **18438** |
| LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 7.5 mg | **22422** |
| LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 22.5 mg | **50346** |
| LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 45 mg | **50541** |
| CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL 0.625 mg | **00352** |
| CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL 1.25 mg | **00354** |
| CONJUGATED ESTROGENS CREAM VAGINAL 0.625 mg/1g 42.5GRAM | **00353** |
| ESTRADIOL HEMIHYDRATE / LEVONORGESTREL PATCH TRANSDERMAL 1.5 mg/0.525 mg/15cm2 | **50695** |
| CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 300ug/1ml 0.5ml | **50720** |
| CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 200ug/1ml 0.5ml | **52062** |
| FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1mL 0.72MILLILITER | **50822** |
| FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1mL 1.08MILLILITER | **50823** |
| FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 75 [iU]/0.5mL | **50195** |
| FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1mL 0.36MILLILITER | **50821** |

1. درخصوص تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی برای موارد تجویز تولید داخل/ وارداتی، اقدامات به شرح ذیل می باشد:

1.4- درصورتی که قیمت IRC از میانگین IRCهای تولید داخل/وارداتی موجود در سامانه IMED کمتر باشد، IRCهای تولید داخل/ وارداتی مربوطه توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد.

2.4- درصورتی که قیمت IRC از میانگین IRCهای تولید داخل/ وارداتی موجود در سامانه IMED بیشتر باشد، حداقل میانگین IRCهای تولید داخل/ وارداتی مربوطه توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد.

تبصره: در مواردی که قیمت در سامانه IMED درج نشده است، روال فعلی قیمت‌گذاری توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تداوم می‌یابد.

1. ملاک برای تعداد (میزان) مصرف رویه فعلی سازمان‌های بیمه‌گر پایه باشد و در صورتی که مراکز علاوه بر اقلام مذکور، اقلام دیگری استفاده نمایند مراتب جهت بررسی به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور اعلام می‌گردد.

**تبصره 1:** با عنایت به مصوبه مجلس شورای اسلامی درخصوص پوشش دارو و خدمات درمان ناباروری بسته خدمات دارویی فوق جهت درمان زوجین نابارور تحت پوشش سازمان های بیمه گر قرار گرفت و درصورت درخواست پزشک معالج برای زوج نابارور و با تشکیل پرونده الکترونیک متناسب با پروتکل های دارویی با سهم سازمان 90 درصد و فرانشیز بیمار 10 درصد قابل محاسبه می باشد.

**تبصره 2:** تعداد و سقف داروها براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و تا زمان ابلاغ استانداردهای مربوطه ملاک عمل ضوابط ابلاغی سازمان های بیمه گر می باشد.

**ماده 12:** مراکز مجاز درمان ناباروری براساس اعلام معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود. بدیهی است مراکزی که به صورت موردی نسبت به اخذ مجوز اقدام می نمایند به فهرست اعلامی معاونت درمان اضافه می گردند.

لازم به ذکر است با ابلاغ تعرفه های سال جدید یا اصلاح کد خدمات درج شده در بسته خدمات درمان ناباروری و همچنین براساس نظرات واحدهای محیطی که از طریق واحدهای ستادی متناظر به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور منعکس می گردد، این دستورالعمل بصورت دوره‌ای بازنگری خواهد شد.