

پیوست شماره ۳۱- تعرفه و ضوابط خدمات ویژه (خدمات) در سال ۱۳۹۹ (به ریال)

شرح خدمت	کد ملی خدمت	تعرفه سال ۹۹	فرانشیز	حداکثر تعداد دفعات	ماهیت مرکز	بیمه شدگان مشمول	ضوابط اختصاصی		
ICSI (میکرواینجکشن)	۵۰۲۰۶۶	بر اساس کتاب ارزش نسبی	صفر	۲ بار در سال	همه ماهیتها	همه بیمه شدگان اناث متاهل (با سن کمتر از ۴۵ سال) بجز همسران کارکنان وظیفه و نامادری ها	۱- ناباروری اولیه داشته باشند (نداشتن فرزند زنده در حال حاضر و از ازدواج جاری)		
	۵۰۲۰۶۷	بر اساس کتاب ارزش نسبی		۲ بار در سال			۲- ناباروری ثانویه داشته باشند (داشتن تنها یک فرزند زنده از ازدواج جاری)		
	۵۰۲۰۶۲	بر اساس کتاب ارزش نسبی		۲ بار در سال			۳- خدمات نازایی بر اساس ابلاغ وزارت بهداشت از تاریخ ۹۹/۳/۱ از حالت گلوبال خارج شده و طی دستورالعمل جداگانه ای ابلاغ می گردد		
	۵۰۲۰۶۸	بر اساس کتاب ارزش نسبی		۳ بار در سال					
	۵۰۲۰۶۹	بر اساس کتاب ارزش نسبی		۱ بار (در طول عمر)					
جراحی لیزری رفع عیوب انکساری چشم	۶۰۲۰۲۵	۸،۵۱۰،۰۰۰	٪۱۰	۱ بار در طول عمر	دولتی	همه بیمه شدگان سازمان بجز کارکنان وظیفه و عائله ایشان	۱- سن بالاتر از ۲۰ سال		
	۶۰۲۰۲۶	۱۵،۳۱۸،۰۰۰		۱ بار در طول عمر			۲- مجموع عیوب انکساری هر چشم ۳ دیوپتر و بالاتر		
	۶۰۲۰۲۵	۱۰،۳۵۰،۰۰۰	٪۱۰	۱ بار در طول عمر	نظامی		۳- برای جانبازان، عائله تحت تکفل و فرزندان شهداء فرانشیز رایگان می باشد.		
	۶۰۲۰۲۶	۱۸،۶۳۰،۰۰۰		۱ بار در طول عمر					
	۶۰۲۰۲۵	۱۰،۳۵۰،۰۰۰	٪۱۰	۱ بار در طول عمر	غیر دولتی				
	۶۰۲۰۲۶	۱۸،۶۳۰،۰۰۰		۱ بار در طول عمر					
	۶۰۲۰۲۵	۱۲،۷۶۵،۰۰۰	٪۳۰	۱ بار در طول عمر	خصوصی				
	۶۰۲۰۲۶	۲۲،۹۷۷،۰۰۰		۱ بار در طول عمر					
	۶۰۲۰۲۵	۱۱،۱۵۵،۰۰۰	٪۱۰	۱ بار در طول عمر	خیریه				
	۶۰۲۰۲۶	۲۰،۰۷۹،۰۰۰		۱ بار در طول عمر					
	کاشت حلزون	۶۰۳۰۱۵	۶۰،۰۰۰،۰۰۰	صفر	۱ بار در طول عمر		همه ماهیتها	همه بیمه شدگان سازمان به جز وظیفه و عائله ایشان	۱- فقط در روز پرداخت و پس از عمل
									۲- در موارد زیر ۵سال: پرداخت ۱۵میلیون ریال دیگر از حمایت درمانی با امکان پیش پرداخت

پیوست شماره ۳۱- تعرفه و ضوابط خدمات ویژه (خدمات) در سال ۱۳۹۹ (به ریال)

شرح خدمت	کد ملی خدمت	تعرفه سال ۹۹	فرانشیز	حداکثر تعداد دفعات	ماهیت مرکز	بیمه شدگان مشمول	ضوابط اختصاصی
هدیه کلیه	۴۰۰۱	۳۴۰,۰۰۰,۰۰۰	صفر	۱ بار در طول عمر	همه ماهیتها	همه بیمه شدگان	<p>الف: مستندات:</p> <p>۱- تصویر برابر اصل شده صورتحساب بیمارستان یا گواهی حسابداری بیمارستان مبنی بر انجام عمل جراحی پیوند کلیه</p> <p>۲- تصویر شرح عمل جراحی پیوند کلیه یا خلاصه پرونده بستری بیمار</p> <p>۳- گواهی کتبی از انجمن حمایت از بیماران کلیوی مبنی بر مشخصات فرد دهنده کلیه</p> <p>۴- نسخه دوم و یا کپی برابر اصل فیش بانکی هزینه پرداختی به حساب انجمن حمایت از بیماران کلیوی</p> <p>ب: واریز هزینه فقط در بخش روزپرداخت به حساب سرپرست بیمه شده بابت کلیه خریداری شده با ارائه مستندات فوق امکان پذیر می باشد.</p>