

دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

فصل اول - کلیات

ماده ۱ - اهداف

- حمایت مالی و پوشش خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر
- افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان و تسهیل فرآیند ارائه خدمات درمان ناباروری در سطوح مختلف جامعه
- تسهیل فرآیند دسترسی به این خدمات برای بیماران در نقاط مختلف کشور
- افزایش نرخ رشد جمعیت و عملیاتی شدن سیاست‌های جمعیتی بالادستی
- برقراری دسترسی عادلانه به خدمات درمان ناباروری
- کاهش پرداخت از جیب مردم برای درمان ناباروری

ماده ۲ - مستندات، سیاست‌ها و الزامات

- ۱- بند ۱ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۳۰ / ۲ / ۹۳ مبنی بر ارتقاء، پویایی و بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری
- ۲- اجرای تبصره ۳ ماده ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوان‌سازی جمعیت
- ۳- بند (ب) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱
- ۴- سند بین‌المللی اهداف توسعه هزاره (منتشره در سال ۲۰۰۰) مبنی بر ضرورت دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری
- ۵- ابلاغیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۷۴۵۹/۴۰۰ - ۱۳۹۸/۷/۲۰ (دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور و توسعه خدمات ناباروری ۱۳۹۸)

ماده ۳ - دامنه کاربرد

کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و کلیه مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری در بخش دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی ملزم به رعایت و اجرای مفاد این دستورالعمل می‌باشند.

ماده ۴ - تعاریف و اصطلاحات

- ۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ۳- بیمه تامین: سازمان تامین اجتماعی
- ۴- بیمه سلامت: سازمان بیمه سلامت ایران
- ۵- ساخت: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

۶- بیمه‌گر پایه: سه سازمان اصلی بیمه پایه، تامین، سلامت و ساخت

۷- بیمه تکمیلی: کلیه شرکت‌های بیمه تجاری فعال در حوزه خرید خدمات سلامت کشور

۸- مرکز: کلیه مراکز مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری از سوی وزارت بهداشت

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

تبصره ۱: برای خانم‌های بالای ۳۵ سال مدت مذکور به ۶ ماه کاهش می‌یابد.

تبصره ۲: کسانی که دچار سقط مکرر شده‌اند مشمول بند فوق می‌باشند.

۱۰- 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.

۱۱- 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

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

۱۳- سهم بیمه: معادل درصد از تعرفه دولتی یا عمومی غیردولتی خدمات تشخیصی و درمانی است که بیمه پایه در قبال ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می‌نماید.

۱۴- 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) سالیانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه ابلاغ می‌شود.

۱۵- رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی مجاز برای بیمار بررسی و بعد از تطبیق با ضوابط، مقررات و تعرفه‌های مصوب این دستورالعمل جهت پرداخت تایید یا مورد اصلاح قرار می‌گردد. 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.

۱۶- اسناد مثبت: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی _ درمانی ناباروری در مراکز درمانی مجاز، تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.

۱۷- 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 شورای عالی بیمه سلامت کشور تجمیع و براساس عملکرد هریک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه، پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت به سازمان بیمه‌گر پرداخت گردد.

فصل دوم - اجرا

دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری از تاریخ تصویب هیات وزیران و ابلاغ دبیر شورایعالی بیمه سلامت کشور در شمول تعهدات بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی قرار گرفته و فرایند اجرایی آن به شرح زیر ابلاغ می‌گردد:

ماده ۵ - فرآیند اجرا

۱. 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.

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

۲-۱: 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.

۲-۲: ثبت کد تشخیص ناباروری بر اساس ICD10 بیماری ویژه پرونده‌ای برای زوجین خواهد بود. (N46)مرد (N97) زن

۳. ارائه خدمات درمان ناباروری به زوجین براساس طرح درمان انجام شده و مطابق بسته‌های تدوین شده قابل محاسبه و پرداخت است.

۴. در صورتی 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 و وسع اقدام نماید.

ماده ۶ - ضوابط و مقررات

۱- ارسال کلیه اسناد در قالب پرونده کاغذی یا به صورت الکترونیک بین مراکز ارائه دهنده و سازمان بیمه‌گر تبادل خواهد شد. مبنای ارسال اسناد به سازمان‌های بیمه‌گر براساس سازمان بیمه‌گر زوج یا زوجه خواهد بود.

۲- بیمه شدگان مشمول عبارتند از خانم‌های متاهل تا ۴۹ سال تمام و آقایان متاهل که شرایط ناباروری اولیه یا ثانویه را داشته باشند.

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

۴- هر یک از خدمات اصلی ناباروری برای بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل به شرح بسته خدمات تدوین 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 ذکر است در خصوص آن گروه از زوجین که در مرحله اول IVF یا ICSI، در مرکز مربوطه دارای تخمک ذخیره شده می‌باشند، پرداخت سیکل بعدی منوط به انجام بسته خدمتی FET می‌باشد.

۵- به استناد قسمت (۵) بند "ک" تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱؛ 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.

۶ - 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)

۷- هزینه‌های درمان ناباروری در خدمات شخص ثالث مانند رحم اجاره‌ای و جنین‌اهدایی طبق ضوابط این دستورالعمل قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد اما هزینه‌های غیردرمانی روش‌های مذکور در ضوابط این دستورالعمل نمی‌باشد.

تبصره ۱: در خصوص تخمک‌اهدایی پس از اعلام نظر مراجع ذی صلاح مطابق ضوابط این دستورالعمل اقدام خواهد شد.

ماده ۷ - تعهدات سازمان و فرانشیز بیمار

۷-۱- تعهدات سازمان بیمه گر

۷-۱-۱- **مراکز دولتی:** ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش دولتی بسته‌های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل در تعهد سازمان‌های بیمه گر می‌باشد.

۷-۱-۲- **مراکز عمومی غیردولتی:** ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش عمومی غیردولتی بسته‌های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل در تعهد سازمان‌های بیمه گر می‌باشد.

۷-۱-۳- **مراکز خیریه و خصوصی:** تعهدات سازمان‌های بیمه گر پایه در مراکز خیریه و خصوصی معادل ۷۰ درصد تعرفه آن بخش است.

۷-۲- فرانشیز:

۷-۲-۱- فرانشیز بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی معادل ۱۰ درصد تعرفه مصوب آن مرکز می‌باشد.

۷-۲-۲- در مراکز خیریه و خصوصی سهم بیمار معادل ۳۰ درصد تعرفه آن بخش است.

ثبت سیستمی هر یک از خدمات اصلی (FET, ICSI -IUI – IVF) یا 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 مثبتة به شرح ذیل می باشد:

- ۱- اخذ استحقاق درمان بیمار برای دریافت خدمات درمان ناباروری
 - ۲- ارزیابی و ویزیت؛ ثبت الکترونیک یا ارائه نسخ کاغذی ممهور به مهر و امضای پزشک
 - ۳- تصویر برگه خدمات یا شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و درج کدهای 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
 - ۴- 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
 - ۵- تصویر برابر اصل فاکتور خرید کلی لوازم پزشکی مصرفی (با صورتحساب ماهانه)
 - ۶- اصل لیست قیمت گذاری شده دارو و لوازم مصرفی بخش ناباروری ممهور به مهر و امضای مسئول فنی داروخانه (یا تأیید رئیس مرکز)
 - ۷- لیست دارو و لوازم پزشکی مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضای مسئول اتاق عمل و متخصص جراحی و بیهوشی مربوطه
 - ۸- لیست آزمایشات (بالینی و پاتولوژی) و تصویر برابر اصل گزارش پاتولوژی (در صورت انجام) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی آزمایشگاه (یا تأیید رئیس مرکز)
 - ۹- 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
 - ۱۰- لیست خدمات پرتوپزشکی (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، ...) و تصویر برابر اصل گزارش خدمات (به استثناء خدمات رادیوگرافی ساده) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی مربوطه (یا تأیید رئیس مرکز)
 - ۱۱- برگه صورتحساب ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و مهر و امضای مرکز بر روی صورتحساب
- تبصره ۱:** 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.

تبصره ۲: در صورتیکه ارسال اسناد به صورت الکترونیک باشد، مبنای تبادل اسناد دستورالعمل تبادل الکترونیک خواهد بود.

ماده ۹ – ارسال اسناد

۱. در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده یا پرونده سیکل های درمانی انجام شده به سازمان بیمه گر مربوطه براساس ضوابط سازمان های بیمه گر ارسال خواهد شد.
- توضیح:** در خصوص بیمه شدگان که سازمان بیمه گر دارای ساختار الکترونیک می باشد، 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 بیمه گر مربوطه ارسال نمایند.
- تبصره:** سازمان های بیمه گر پایه ملزم هستند مطالبات مراکز طرف قرارداد را ظرف حداکثر یک ماه از تاریخ تحویل اسناد، تسویه نمایند.
۲. سازمان های بیمه گر ملزم هستند پرونده بیماران نشان دار شده را در قالب پرونده بستری موقت ثبت و ارسال نمایند.

ماده ۱۰ - ملاحظات نظارتی

- ۱- 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.
- ۲- ضروری است کلیه پروانه‌ها و مجوزهای مربوطه معتبر برابر ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز اخذ گردد.
- ۳- معاونت درمان وزارت بهداشت ضمن اطلاع‌رسانی شفاف به مراکز متقاضی در خصوص تعرفه‌ها، ضوابط و تعهدات مورد قبول سازمان نظارت دقیق بر عدم دریافت هرگونه مابه‌التفاوت خارج از تعرفه‌های مصوب مطابق بسته‌های تدوین شده در این دستورالعمل از بیمه شدگان به عمل آید.
- ۴- سازمان‌های بیمه‌گر میزان هزینه‌های ایجاد 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.
- ۵- کلیه مراکز مجاز ارائه خدمات موظف‌اند در بدو تشکیل پرونده برای دریافت خدمات ناباروری، فرم آموزشی مربوط به بسته خدمات در پوشش و هزینه پرداختی بیماران مطابق با دستورالعمل ابلاغی اطلاع‌رسانی نمایند.
- ۶- کلیه خدماتی که در بسته خدمتی دیده شده‌اند به صورت همزمان با بسته خدمتی در دوره درمان بیماری جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد و موارد خلاف آن مشمول تعدیلات بیمه ای می‌گردد.
- ۷- 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.
- ۸- 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.
- ۹- معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی موظف به بازدید دوره ای از مراکز ارائه دهنده خدمات و کنترل استاندارد خدمات و ضوابط این دستورالعمل می‌باشد. گزارش دوره ای بازدید می‌بایست توسط معاونت درمان وزارت به دبیرخانه ارسال گردد.
- ۱۰- دبیرخانه شورا ملزم به بازنگری دوره ای دستورالعمل براساس چالش و مشکلات ارائه شده در گزارشات سازمانهای بیمه‌گر و معاونت درمان می‌باشد.

ماده ۱۱ - بسته خدمات درمان ناباروری

۱۱-۱- بسته خدمت IUI

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی (Code)	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵	۲	ویزیت	۱. مرحله ارزیابی زوج
	۹۷۰۰۱۶			
	۹۷۰۰۳۰			
	۹۷۰۰۳۱			
آنالیز اسپرم با روش کروگی آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰۷۰	۱	آنالیز اسپرم	
	۸۰۹۰۷۵			
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی خانم	
رادیوگرافی هیستروسالپنگوگرافی	۷۰۰۳۷۵	۱	سالپنژیوگرافی	
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 ۵۰۲۰۶۸ گزارش می‌شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه‌گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام شود، می‌توان از ریز کدهای مربوطه، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.	۵۰۲۰۶۸	۱	خدمت IUI	
آماده سازی اسپرم با روش ساده آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰۴۵	۱	ریز کدهای IUI که در کد ۵۰۲۰۶۸ لحاظ شده است.	
	۸۰۹۰۵۰			
آنالیز اسپرم با روش کروگی آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰۷۰	۱		
	۸۰۹۰۷۵			
بیوپسی سوزنی اپیدیدیم آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک کدهای ۵۰۱۲۰۵ و ۱۰۰۰۰۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۵۰۱۲۰۵	۱		
	۱۰۰۰۰۵			
تلقیح منی به روش مصنوعی؛ داخل سرویکس یا داخل رحم	۵۰۱۸۷۰			
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵	۱	ویزیت	۳. خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از IUI
	۹۷۰۰۱۶			
	۹۷۰۰۳۰			
	۹۷۰۰۳۱			
اندازه‌گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما	۸۰۱۵۹۰	۲	ازمایش Beta HCG	
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی ها	
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	۷۰۱۷۱۸	۱		
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۷۰۱۷۱۶	۱		

مرحله	خدمت	توانر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. مرحله ارزیابی زوج	ویزیت	۲	۹۷۰۰۱۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
			۹۷۰۰۱۶	
	۹۷۰۰۳۰			
	۹۷۰۰۳۱			
آنالیز اسپرم	۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی	
		۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	
	سونوگرافی خانم	۱	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
	ویزیت فوق تخصص / متخصص زنان	۴		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
۲. مرحله انجام IVF	خدمت IVF	۱	۵۰۲۰۶۷	لحاق آزمایشگاهی (IVF) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی و انتقال (هزینه مراحل آماده‌سازی بیمار تا مرحله پانکچر، 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 پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی و انتقال) انجام شود، کد ۵۰۲۰۶۷ گزارش می‌شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام شود، می‌توان از ریز کدهای فوق، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.
			۵۰۲۰۶۰	پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش (پانکچر)
		۱	۸۰۹۰۱۵	تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۱۰ تخمک
		۱	۸۰۹۰۶۰	کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت
		۱	۸۰۹۰۶۲	هچینگ جنین
	این کدها در داخل کد IVF لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمی‌باشند.	۱	۸۰۹۰۴۵	آماده سازی اسپرم با روش ساده
			۸۰۹۰۵۰	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
	۸۰۹۰۷۵		آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	
		۱	۸۰۹۱۹۷	پروسه تلقیح آزمایشگاهی و باروری تخمک برای هر بیمار
	۱	۸۰۹۰۲۰	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش (به ازای هر نی)	
	۱	۵۰۲۰۶۲	انتقال جنین به داخل رحم	
۳. پس از IVF	ویزیت	۲	۹۷۰۰۱۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
			۹۷۰۰۱۶	
			۹۷۰۰۳۰	
			۹۷۰۰۳۱	
	۷۰۱۶۹۰	۵	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	
	تصویربرداری	۱	۷۰۱۷۱۸	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)
		۱	۷۰۱۷۱۶	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال
	آزمایشگاه	۲	۸۰۱۵۹۰	اندازه‌گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۱۶ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۱	۲	ویزیت	۱. ارزیابی اولیه مرد
آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل به روش دستی بطور کامل دستگاه خودکار	۸۰۴۴ ۰۵	۲	اسپرموگرام	
اندازه‌گیری کمی تستوسترون Testosterone سرم/پلازما	۸۰۱۴ ۵۵	۱	چک وضعیت سلامتی بیمار	
اندازه‌گیری کمی Follicle stimulating hormone (FSH) سرم/ پلازما یا ادرار	۸۰۱۴ ۴۰	۱		
بررسی حذف نواحی AZF در کروموزوم Y	۸۱۰۰ ۲۸	۱		
سونوگرافی کالرداپلر کلیه‌ها یا بیضه‌ها	۷۰۱۷ ۹۰	۱	تصویر برداری	
بیوپسی سوزنی اپیدیدیم برای اخذ اسپرم در درمان ناباروری آقایان یکی از سه روش MICRO TESE، TESE، PESA قابل گزارش می‌باشد. در صورتی که استحصال اسپرم به روش طبیعی انجام شود هیچ یک از کدهای MICRO TESE، TESE، PESA قابل گزارش نمی‌باشند.	۵۰۱۲ ۰۵	PESA	خدمت اصلی PESA /TESE/MIC RO TESE	۲. خدمات مرد
آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک	۱۰۰۰ ۰۵			
تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم	۸۰۹۰ ۲۵	TESE		
استحصال اسپرم از بافت بیضه (TESE)	۵۰۲۰ ۷۱			
هزینه بیهوشی	۵۰۲۰ ۷۱			
تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)	۸۰۹۰ ۵۵	MICRO TESE		
استحصال اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی (Micro TESE)	۵۰۲۰ ۷۲			

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
هزینه بیهوشی	۵۰۲۰ ۷۲			
تشخیص اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی	۸۰۹۱ ۹۸			
تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)	۸۰۹۰ ۵۵			
انجماد اسپرم	۸۰۹۰ ۴۰	۱	اسپرم	
ذوب اسپرم و یا مایع منی	۸۰۹۱ ۱۰	۱		
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۱۶ ۹۷۰۰۲۰ ۹۷۰۰۲۱	۴	ویزیت	۳. ارزیابی اولیه زن
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۳	تصویربرداری	
میکرواینجکشن (ICSI) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین و انتقال در صورتی که خدمت ICSI به طور کامل انجام شود، کد ۵۰۲۰۶۶ گزارش می‌شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل پانکچر، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح و کشت انجام شود، می‌توان از ریز کدهای فوق، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.	۵۰۲۰ ۶۶	۱	خدمت ICSI	۴. خدمت اصلی
پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش (پانکچر)	۵۰۲۰ ۶۰	۱		
تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۱۰ تخمک	۸۰۹۰ ۱۵	۱		
کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت	۸۰۹۰ ۶۰	۱	این کدها در داخل کد ICSI لحاظ شده و به طور جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشند.	
هچینگ جنین	۸۰۹۰۶۲	۱		
آماده سازی اسپرم با روش ساده کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰۴۵	۱		
آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت)	۸۰۹۰۵۰			
آنالیز اسپرم با روش کروگی کدهای ۸۰۹۰۷۵ و ۸۰۹۰۷۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰ ۷۰	۱		
آنالیز اسپرم حاصل از RE	۸۰۹۰۷۵			
آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش (به ازای هر نی)	۸۰۹۰	۱		

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
	۲۰			
پروسه میکروانجکشن تخمک به ازای هر ۴ تخمک. به ازای هر ۱ تا ۴ تخمک اضافه، این کد یک بار دیگر قابل گزارش می باشد.	۸۰۹۱ ۹۶	۴		
انتقال جنین به داخل رحم	۵۰۲۰ ۶۲	۱		
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می باشد.	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۱۶ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۱	۲	ویزیت	۵. پس از ICSI
اندازه گیری کمتی Beta HCG در سرم/پلازما	۸۰۱۵۹۰	۱	آزمایشگاه	
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۲	تصویر برداری	
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	۷۰۱۷۱۸	۱		
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۷۰۱۷۱۶	۱		
انجماد جنین و تخمک به ازای هر نی کدهای ۸۰۹۰۳۰ و ۸۰۹۰۳۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.	۸۰۹۰۳۰	۱	انجماد، ذخیره و ذوب جنین	۶. جنین
به ازای هر نی اضافه	۸۰۹۰۳۵			
ذخیره سازی جنین به ازای هر شش ماه	۸۰۹۰۸۵			
ذوب جنین	۸۰۹۱۰۵			

۱۱-۴- بسته خدمت FET

شرح کد	کد ملی	تواتر در یک سیکل	خدمت	مراحل
--------	--------	------------------	------	-------

		درمانی		
۱. ارزیابی اولیه	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۱۶ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۱	۲	ویزیت تخصص/ فوق تخصص زنان
	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۲	تصویربرداری
	ذوب جنین	۸۰۹۱۰۵	۱	۲. خدمت اصلی
	کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت	۸۰۹۰۶۰	۱	
هچینگ جنین	۸۰۹۰۶۲	۱		
آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش (به ازای هر نی)	۸۰۹۰۲۰	۱		
انتقال جنین به داخل رحم	۵۰۲۰۶۲	۱		
۳. بعد از انتقال	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)		۱	ویزیت تخصص/ فوق تخصص زنان
	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	۷۰۱۷۱۸	۱	تصویربرداری
	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۷۰۱۷۱۶	۱	
	اندازه‌گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما	۸۰۱۵۹۰	۲	آزمایشگاه

۱۱-۵- بسته خدمت غربالگری جنین برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری

شرح کد (Value)	کد ملی (Code)
اندازه‌گیری کمی (PAPP-A) Pregnancy Associated Plasma protein –A	۸۰۳۳۴۰
سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول	۷۰۱۷۳۱
سونوگرافی برای تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین	۷۰۱۷۲۵
آزمایش NIPT با استفاده از cell free DNA جنینی برای غربالگری سندروم داون	۸۱۰۳۴۸

تبصره ۱: خدمات بسته پیگیری و غربالگری مادران مطابق جدول فوق بصورت جداگانه قابل گزارش و محاسبه بوده و تحت پوشش منابع این برنامه است.

۱۱-۶: تعرفه زایمان سزارین برای بارداری حاصل از درمان ناباروری در بخش دولتی و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰ درصد تعرفه آن بخشها و در بخش خیریه و خصوصی با فرانشیز ۳۰ درصد تعرفه مربوط به آن بخش تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه می باشد.

۱۱-۷- بسته خدمات دارو و لوازم مصرفی:

۱. فهرست دارو و لوازم مصرفی براساس استانداردهای ابلاغی و با قیمت فاکتور رسمی مطابق ضوابط این دستورالعمل تا سقف ۹۰ درصد قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو و براساس قانون برنامه ششم توسعه در پوشش بیمه در همه بخش‌های مجاز ارائه خدمت است.
۲. فهرست لوازم مصرفی و ملزومات پزشکی که در صورت مصرف برای بیماران و گزارش مراکز مطابق با ضوابط ابلاغی شورای عالی بیمه سلامت کشور تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر و بصورت جداگانه قابل محاسبه و گزارش است، به شرح جدول ذیل می باشد:

IRC	ایندکس	شرح	واحد	تعداد	IRC	ایندکس	شرح	واحد	تعداد
-----	--------	-----	------	-------	-----	--------	-----	------	-------

1	عدد	گابلت		1	عدد	آمپول آب مقطر 5 ml	
1	سی‌سی	روغن مینرال		1	عدد	اسپکلوم یکبار مصرف HIMED	۱۰۲۸
1	عدد	کرایوبویال		1	عدد	آنژیوکت صورتی B-Braun	۷۴۴
1	عدد	فیلتر سرسرنگی ۲۲/۰		1	عدد	چسپ آنژیوکت	۷۹۳
1	عدد	کرایوکین		30	سانتی متر	چسپ ضد حساسیت	۷۹۸
1	متر	ملحفه یکبار مصرف	۲۶۸۵	11	جفت	دستکش لاتکس NITEX	۹۴۶
1	عدد	تیغ بیستوری	۶۵۷۵	2	عدد	ست سرم SUPA	۷۵۶
1	سی‌سی	انواع محیط‌های کشت جنین	۶۷۰۲	1	عدد	سرنگ ۱۰ (یزد سرنگ)	۷۶۴
1	عدد	فیلتر mesh	۸۶۷۵	1	عدد	کاور پروپ استریل	۱۷۰۳
1	عدد	(سرنگ انتقال IIVF Syringe)	۳۲۹۳	8	عدد	گاز استریل کوچک	۳۰۳۲
1	عدد	نی فریز اسپرم/جنین	۳۵۴۶	8	عدد	ماسک اتاق عمل (آرمان ماسک)	۹۹۲
1	سی‌سی	محیط‌های کشت PURE SPERM	۶۷۰۲	1	عدد	ماسک بیهوشی	۸۷۹
1	عدد	کتنر IUI	۳۲۸۷	3	عدد	پتری دیش ۱۰*۳۵	۴۲۶۸
1	عدد	سوزن بیوپسی (PGD)	۳۲۹۱	4	عدد	سرنگ انسولین*	۷۷۱ ۷۷۰ ۷۷۲
1	عدد	سوزن پانکچر دو کاناله	۱۰۵۱	5	عدد	فلاسک ۲۵۰ میلی لیتر	۹۹۲۶۹
1	عدد	لوله ساکشن	۱۱۴۵	1	میلی لیتر	محیط PVP	۶۷۰۲
1	جفت	دستکش بدون پودر و بدون لاتکس	۲۱۵۵	30	میکرو لیتر	محیط کشت HamsF10	۶۷۰۲
1	عدد	گاز استریل	۳۰۳۲	1	عدد	میکروپیپت میکرواینجکشن	۳۲۹۱
1	عدد	سوزن اینجکت	۳۲۹۱	1	عدد	میکروپیپت هولدینگ	
1	عدد	کاندوم	۱۰۳۵	1	میلی لیتر	هیالورونیداز آماده مصرف	۶۷۰۲
1	عدد	گان جراحی	۹۹۶	1	به ازای هر نی	کیت ذوب	۶۷۰۲
		محیط شست و شوی اسپرم	۶۷۰۲	1	به ازای هر نی	کیت فریز	۶۷۰۲
				1	عدد	کلاه	۲۶۸۵

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

کد دارو	عنوان دارو
5291	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug
6783	GANIRELIX INJECTION PARENTERAL 500 ug/1mL 0.5MILLILITER
50096	GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL 3.6 mg
50097	GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL 10.8 mg
00185	BUSERELIN ACETATE INJECTION PARENTERAL 1 mg/1mL 5.5MILLILITER
15666	TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION PARENTERAL 95.6 ug
01266	TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 3.75 mg
1270	UROFOLLITROPIN INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SOLUTION INTRAMUSCULAR 75 [iU]
16068	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 1.5MILLILITER
16180	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 0.75MILLILITER
16179	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 0.5MILLILITER)
00286	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 5000 [iU]
00503	ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL 1 mg
00504	ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL 2 mg
2082	PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL 400 mg
2534	PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL 200 mg
5596	DYDROGESTERONE TABLET ORAL 10 mg
11441	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL 2MILLILITER
1917	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL 1MILLILITER
1057	PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL 25 mg/1mL
1058	PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL 50 mg/1mL
00791	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTION, SUSPENSION PARENTERAL 150 mg/1mL 1MILLILITER
19093	PROGESTERONE TABLET VAGINAL 100 mg
52265	PROGESTERONE GEL VAGINAL 8 % 1.125GRAM
18898	PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL 200 mg
18897	PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL 100 mg
00792	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLET ORAL 5 mg
00624	HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 5000 [iU]/1mL 1MILLILITER
	HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 10000 [iU]/1mL 1MILLILITER
17725	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 1MILLILITER
02293	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.8MILLILITER)
02292	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.6MILLILITER
02043	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.4MILLILITER
02294	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.2MILLILITER)
01922	LETROZOLE TABLET ORAL 2.5 mg
01193	TAMOXIFEN TABLET ORAL 10 mg
02465	TAMOXIFEN TABLET ORAL 20 mg
00319	CLOMIPHENE CITRATE TABLET ORAL 50 mg
00838	METHYLTESTOSTERONE TABLET ORAL 25 mg
1201	TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL
50872	TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL
2287	CABERGOLINE TABLET ORAL 0.5 mg
2374	CABERGOLINE TABLET ORAL 1 mg
00027	ALBUMIN (HUMAN) INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 20 % 50MILLILITER
5291	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug
00284	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 1500 [iU]
00285	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 500 [iU]
10786	LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 75 [iU]
50345	FOLLITROPIN ALFA / LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 150 [iU]/75 [iU]
18438	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 3.75 mg
22422	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE

	PARENTERAL 7.5 mg
50346	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 22.5 mg
50541	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 45 mg
00352	CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL 0.625 mg
00354	CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL 1.25 mg
00353	CONJUGATED ESTROGENS CREAM VAGINAL 0.625 mg/1g 42.5GRAM
50695	ESTRADIOL HEMIHYDRATE / LEVONORGESTREL PATCH TRANSDERMAL 1.5 mg/0.525 mg/15cm2
50720	CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 300ug/1ml 0.5ml
52062	CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 200ug/1ml 0.5ml
50822	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1mL 0.72MILLILITER
50823	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1mL 1.08MILLILITER
50195	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 75 [iU]/0.5mL
50821	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1mL 0.36MILLILITER

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

۱،۴- در صورتی که قیمت IRC از میانگین IRCهای تولید داخل/ وارداتی موجود در سامانه IMED کمتر باشد، IRCهای تولید داخل/ وارداتی مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

۲،۴- در صورتی که قیمت IRC از میانگین IRCهای تولید داخل/ وارداتی موجود در سامانه IMED بیشتر باشد، حداقل میانگین IRCهای تولید داخل/ وارداتی مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

تبصره: در مواردی که قیمت در سامانه IMED درج نشده است، روال فعلی قیمت گذاری توسط سازمان های بیمه گر پایه تداوم می یابد.

۵. ملاک برای تعداد (میزان) مصرف رویه فعلی سازمان های بیمه گر 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 می گردد.

تبصره ۱: با عنایت به مصوبه مجلس شورای اسلامی در خصوص پوشش دارو و خدمات درمان ناباروری بسته خدمات دارویی فوق جهت درمان زوجین نابارور تحت پوشش سازمان های بیمه گر قرار گرفت و در صورت درخواست پزشک معالج برای زوج نابارور و با تشکیل پرونده الکترونیک متناسب با پروتکل های دارویی با سهم سازمان ۹۰ درصد و فرانشیز بیمار ۱۰ درصد قابل محاسبه می باشد.

تبصره ۲: 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 ۱۲: 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 دوره ای بازنگری خواهد شد.