

دستور العمل بسته خدمتی بیماران خاص

و اسناد سرپایی شامل :

پرتو پزشکی

آزمایشگاه (آسیب شناسی)

ژنتیک

۱۳۹۶

ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد پرتویزشکی

منظور از خدمات پرتویزشکی مجموعه‌ای از روش‌های تصویربرداری تشخیصی، درمانی و مداخله‌ای می‌باشند که با استفاده از پرتوهای الکترومغناطیسی (از قبیل X و گاما)، ذره‌ای (از قبیل الکترون)، مکانیکی (از قبیل اولتراسوند) و میدانهای مغناطیسی (مثلاً در MRI) انجام می‌شود.

خدمات پرتویزشکی با توجه به سرفصل‌های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت شامل خدمات رادیولوژی، ستجش تراکم استخوان، آنژیوگرافی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی، خدمات تشخیصی چشم و سایر خدمات تشخیصی و درمانی می‌باشد.

مؤسسه پرتویزشکی: به محلی اطلاق می‌شود که برای انجام خدمات پرتویزشکی به منظور مستقل ایجاد گردد و چنانچه در یکی از مراکز درمانی و بهداشتی مستقر گردد بخش پرتویزشکی نامیده می‌شود.

ضوابط کلی - شامل ضوابط مشترکی است که در رسیدگی فنی به اسناد پرتویزشکی به کار می‌رود و به شرح زیر می‌باشد:

۱- کلیه دستورالعمل‌ها، تعرفه‌ها و یخشنامه‌های مرتبط که از سوی سازمانهای بیمه‌گر به مؤسسات ابلاغ گردیده لازم الاجرا می‌باشند.

۲- خدمات مربوط به نوزادان که صرفاً در ماه اول تولد با دفترچه مادر امکان پذیر است شامل خدمات بستری و حین بستری می‌باشد.

۳- در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست دارو و خدمات رزیدنت‌های سال سوم و چهارم یا میز رزیدنت به همراه مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان متخصص و بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

بدیهی است که نسخ درخواست دارو و خدمات رزیدنت‌های سال اول و دوم در هر صورت به عنوان پزشک عمومی محسوب می‌گردد.

۴- ذکر تشخیص اولیه یا شکایات اصلی بیمار در نسخ خدمات پرتویزشکی بر هزینه توسط پزشک معالج الزامی می‌باشد و پذیرش اینگونه نسخ بدون درج تشخیص مشمول تعدیلات خواهد شد.

۵- خدمات پرهزینه پرتویزشکی: مجتازین خدمات پرهزینه پرتویزشکی شامل آنژیوگرافی، سونوگرافی کالردابلر، سی تی اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (به جز جذب ید و اسکن تیروئید)، سنجش تراکم استخوان و خدمات Interventional می‌باشد.

۶- نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتویزشکی قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

تبصره- در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن بدون تزریق با مهر اورژانس بیمارستان قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۷- در صورتیکه خدمت پرتویزشکی متدرج در نسخه یا تشخیص اولیه، شکایت اصلی بیمار (مثلاً تجویز MRI زانوی چپ در موارد آسیب دیدگی مینیسک زانوی راست)، سن یا جنس بیمار دارای معایرت باشد، لازم است نسخه توسط مسؤل فنی بررسی گردد و در صورت نیاز به اصلاح، بیمار به پزشک معالج ارجاع داده شود. ضروری است جهت عدم اعمال تعدیلات، مؤسسه از ارسال اینگونه نسخ قبل از اصلاح به همراه صورتحساب خودداری نماید.

۸- چنانچه در تجویز خدمات پرهزینه پرتویزشکی مواردی همچون عدم ارتباط خدمت با تخصص پزشک معالج، معایرت سن یا جنس بیمار با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز آنژیوگرافی توسط متخصص اطفال برای افراد مسن) وجود داشته باشد، لازم است نسخه توسط مسؤل فنی بررسی گردد و در صورت نیاز به اصلاح، بیمار به پزشک معالج ارجاع داده شود. ضروری است جهت عدم اعمال تعدیلات، مؤسسه از ارسال اینگونه نسخ قبل از اصلاح به همراه صورتحساب خودداری نماید.

۹- بیهوشی در انجام خدمات پرتویزشکی: چنانچه جهت انجام خدمات پرتویزشکی نظیر ام آر آی، سی تی اسکن و ... نیاز به بیهوشی باشد در صورت درخواست متخصص رادیولوژی، رادیوتراپی و یا پزشکی هسته‌ای به عنوان تجویزکننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام دهنده (با تکمیل برگه القاء بیهوشی و ممبرور به مهر وی) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: فرم گزارش بیهوشی دارای مهر و امضا متخصص بیهوشی به نسخه ارسالی الصاق گردد.

تبصره ۲: برای هر بیمار در یک نوبت، حتی برای چند ناحیه خدمات فوق‌الذکر، فقط یک بار بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳: در صورت نیاز به بیهوشی جهت خدمات اینترونشنال از ارزش پایه بیهوشی خدمت مربوطه جهت محاسبه و پرداخت استفاده می‌گردد.

تبصره ۴: در صورت انجام خدمت با Sedation، هزینه ای قابل پرداخت نخواهد بود.

۱۰- ارسال گزارش (Report) خدمات پرتویزشکی ام آر آی، سی تی اسکن، پزشکی هسته‌ای و سنجش تراکم استخوان به شکل مکانیزه الزامی است. در صورت ارسال اینگونه نسخ بدون ثبت مکانیزه گزارش، خدمت قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

توجه- ضوابط ارسال گزارشات خدمات پرتویزشکی برای مراکز مشمول پرداخت ۲K طبق آئین نامه مربوطه لازم الاجرا است.

۱۱- درج عنوان خدمت پرتویزشکی (شامل نوع خدمت، ناحیه و در صورت لزوم نامی مورد نظر) باید به طور کامل بر اساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود.

۱۲- خدمات ارائه شده باید با امکانات موجود در موسسه مطابقت داشته باشد.

۱۳- خدمات پرتویزشکی تجویز شده توسط کارشناسان مامایی به غیر از تبصره زیر در تعهد سازمان های بیمه گر نمی باشد.

تبصره: با توجه به مصوبه هیأت محترم دولت در خصوص پوشش بیمه ای خدمات مامایی، هزینه سونوگرافی دوران بارداری تجویز شده توسط کارشناسان مامایی در استان های اصفهان، اردبیل و گلستان قابل محاسبه و پرداخت می باشد. شرایط پرداخت در بخش ضوابط اختصاصی خدمات سونوگرافی تشریح شده است.

۱۴- در کلیه خدمات تصویربرداری با تزریق (با کنتراست) به غیر از هزینه ماده کنتراست، کلیه هزینه ها از جمله هزینه تزریق داخل وریدی و کلیه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر سرنگ انژکتور، رابط انژکتور، چسب، آنژیوکت و ... در تعرفه مربوطه لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۵- تزریق مواد حاجب و رادیواکتیو در بخش ها و موسسات پرتویزشکی توسط کارشناس پرتوکار با نظارت و سرپرستی پزشک مجاز می باشد و با توجه به الزام حضور مسئولین فنی (پرتویزشک متخصص) در بخش ها و موسسات پرتویزشکی، این نظارت و سرپرستی در حیطه وظایف مسئولین فنی می باشد. بنابراین ذکر است در صورت عدم حضور مسئول فنی، تزریق زیر نظر و با سرپرستی سایر متخصصین پرتویزشک و در شرایط اورژانس، تحت نظر سایر پزشکان بلامانع می باشد. بدیهی است در صورت محرز شدن ارائه خدمات با تزریق در موسسات و بخش های پرتویزشکی در غیاب مسئول فنی یا پزشک ذیصلاح، کلیه نسخ حاوی خدمات با تزریق آن شیفتم، مشمول تعدیلات خواهد شد (بخشنامه شماره ۵۴۰۲/۶۰۳۶ مورخ ۹۵/۰۲/۲۵ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

۱۶- انجام انواع خدمات مداخله ای (Interventional)، رادیولوژی علاوه بر رادیولوژیست توسط فوق تخصص و فلوشیپ های بالینی مرتبط صرفاً در مراکز بیمارستانی و مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۷- خدمات پرتویزشکی پرتابل: مطابق کد ۸۶ تعدیلی کتاب (استفاده از تجهیزات پرتویزشکی پرتابل) در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد. و به صورت ۸۰ درصد علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمت صرفاً در بیماران بستری، قابل محاسبه و

پرداخت است. لازم به ذکر است خدمات سونوگرافی پرتابل صرفاً جهت بیماران بستری در بخش‌های ویژه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۸- عدم پذیرش بیماران سنگین وزن برای ام‌آر‌آی و سی‌تی‌اسکن و یا پذیرش به صورت آزاد و همچنین اخذ وجه خارج از تعرفه مصوب بابت وزن بیمار و جاهت قانونی ندارد و به استناد مواد ۳ و ۴ قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشت و درمان، جرم تلقی گردیده و از طریق معاونت درمان دانشگاه متبوع قابل پیگیری می‌باشد. (براساس بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۶۱۹۸ مورخ ۹۵/۵/۳۰ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

ضوابط اختصاصی خدمات رادیولوژی

۱- تعرفه‌های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات در موارد آنالوگ و دیجیتال (DR، CR) و DDR) یکسان می‌باشد.

۲- باتوجه به اینکه در رادیوگرافی از مفاصل اندامهای فوقانی و تحتانی (مانند آرنج و زانو) به طور استاندارد باید انتهای دیستال و پروگزیمال استخوان‌های طرفین مفصل در کلیشه قابل رؤیت باشد، لذا درخواست همزمان رادیوگرافی یک مفصل و انتهای دیستال یا پروگزیمال استخوان‌های دوطرف آن (مانند رادیوگرافی آرنج و انتهای پروگزیمال ساعد) فقط یک تعرفه رادیوگرافی از مفصل (بدون احتساب تعرفه رادیوگرافی استخوان‌های طرفین مفصل) قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده (کد ملی ۷۰۰۲۴۵) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

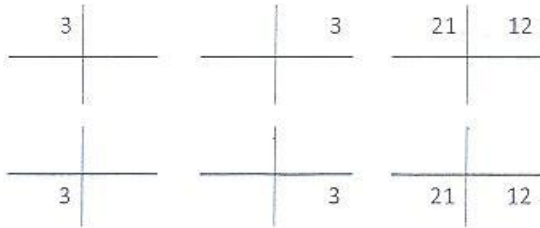
۴- با توجه به این که قبل از انجام آزمون‌های رادیوگرافی با استفاده از ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) معمولاً یک کلیشه ساده مقدماتی از عضو یا منطقه مورد نظر تهیه می‌گردد که هزینه این کلیشه ساده در تعرفه آزمون رادیوگرافی با ماده حاجب لحاظ شده است، لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی ساده و با ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) از یک عضو یا ناحیه، تعرفه رادیوگرافی ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد. (مثلاً "درخواست همزمان KUB و IVP توسط پزشک معالج، تعرفه KUB قابل پرداخت نخواهد بود)

۵- خدمت رادیوگرافی کاترژیبویانکرتوگرافی (ERCPC) با کد ملی ۷۰۰۳۰۵ حداکثر تا ۴ فیلم قابل پرداخت است.

۶- مراکز دانشگاهی و دولتی می‌توانند از پزشک عمومی واجد شرایط به عنوان شخص مسئول واحد رادیولوژی استفاده نمایند و اینگونه مراکز فقط مجاز به انجام گرافی‌های ساده و غیر تهاجمی می‌باشند.

۷- نحوه محاسبه رادیوگرافی های دندان - در موارد زیر فقط یک کلیشه رادیوگرافی دندان قابل برداشت است:

الف- جهت دندان های قدامی



ب- جهت دندان های خلفی



۸- رادیوگرافی Bitewing (B.W) معادل پری اپیکال (P.A) می باشد. (P.A) حین درمان ریشه دندان قابل محاسبه و برداشت نخواهد بود.

۹- نحوه محاسبه رادیوگرافی های Bitewing (B.W) - در صورت درخواست هر کدام از موارد ذیل جهت بایت وینگ، یک کلیشه رادیوگرافی دندان قابل محاسبه و برداشت است:



ضوابط اختصاصی آنژیوگرافی عروق محیطی

۱- پرداخت تعرفه‌های خدمات آنژیوگرافی بصورت دیجیتال فقط در صورت قابلیت سیستم به انجام آنژیوگرافی افتراقی دیجیتال یا (Digital Subtraction Angiography) DSA و دارابودن دتکتورهای مخصوص جهت ثبت تصاویر امکان‌پذیر می‌باشد. بدیهی است در صورت نصب نرم افزار خاص بر روی دستگاه آنالوگ و تبدیل تصاویر حاصله به تصاویر دیجیتال با استفاده از این نرم افزار، صرفاً تعرفه‌های غیردیجیتال قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۲- عروق محیطی شامل کاروتید، ورتبرال، کلیوی یا احشایی (مزاتر، سیلیاک و ...)، ریوی، آئورت، ایلپاک، فمورال و پوپلیتال می‌باشند و عروق کرونر و مغزی شامل آن نمی‌شود.

۳- آنژیوگرافی عروق محیطی دو یا چند ناحیه - در موارد خاصی که بیمار نیاز به انجام همزمان چند آنژیوگرافی عروق محیطی دارد با لحاظ نمودن کد تعدیلی ۵۱ کتاب ارزش نسبی و رعایت ضوابط و مقررات و ذکر دلیل درخواست، ارزش نسبی به ترتیب از رگ اول به بعد به صورت ۱۰۰٪، ۵۰٪، ۲۵٪ و ... قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره: موارد استثنا شامل خدماتی است که در کتاب ارزش نسبی، بطور مشخص تعرفه‌ای برای آنها عنوان شده است به عنوان مثال در هنگام درخواست آرتیوگرافی شکمی سلکتیو کد ملی ۷۰۱۰۶۵ برای شریان اول و کد ملی ۷۰۱۰۷۰ برای شریان‌های بعدی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ضوابط اختصاصی خدمات سنجش تراکم استخوان (BMD)

۱- در صورت انجام خدمات سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) به روش DEXA، با کدهای ۷۰۰۹۲۰ و یا ۷۰۰۹۲۵ به صورت زیر قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

الف) دانسیتومتری در مؤسسات رادیولوژی و یا پزشکی هسته‌ای - این مؤسسات خدمت دانسیتومتری را فقط برای بیماران ارجاعی که توسط پزشکان معالج تجویز شده است، می‌توانند انجام دهند.

ب) دانسیتومتری در مطب - پزشکان متخصص زنان و زایمان، ارتوپدی، داخلی و فوق تخصص روماتولوژی که دارای مجوزهای قانونی می‌باشند می‌توانند این خدمت را فقط برای بیماران خود تجویز نموده و انجام دهند. در این حالت می‌بایست تسخ مربوطه بصورت دو برگی (نسخه پاراکلینیک و نسخه پزشک) به دفتر اسناد پزشکی ارسال شوند.

تبصره- در این حالت هزینه خدمت دانسیتومتری بدون محاسبه ویزیت قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. بدیهی است رعایت الگوی نسبت منطقی خدمت به ویزیت (سقف گذاری) ضروری می باشد.

۲- عقد قرارداد جدید دانسیتومتری صرفاً با مراکز تصویر برداری رادیولوژی و پزشکی هسته ای مجاز می باشد.

۳- نسخ تجویز شده دانسیتومتری توسط پزشکان متخصص زیر در تعهد پرداخت بیمه ای می باشد :

متخصصین داخلی، زنان، ارتوپدی، طب فیزیکی و فوق تخصص های مرتبط

۴- مهمترین اندیکاسیون های دانسیتومتری به شرح زیر می باشد:

۴-۱- سوء تغذیه طولانی مدت

۴-۲- BMI کمتر از ۲۰ به مدت طولانی

۴-۳- شکستگی پاتولوژیک

۴-۴- کاهش دانسیته استخوان در تصویرهای رادیولوژی

۴-۵- بیماری های هیپوگنادیسم، دیابت تیپ یک، هیپرپاروتیروئیدیسم، پرولاکتینوما، پیوند اعضا، استئوزنز ایمپرکتا، بیماری های ریوی انسدادی مزمن و ماستوسیتوز

۴-۶- مصرف داروها از قبیل: ضد تشنج ها، آنتی کوآگولانها و شیمی درمانی

توضیح: لازم به ذکر است بررسی اسناد براساس اندیکاسیون های فوق انجام می گیرد و اسناد مثبت می بایست پیوست نسخ ارسالی باشد.

۵- انجام دانسیتومتری دوم در افراد دارای یوکی استخوان سنی حداقل پس از ۲ سال قابل پرداخت است و در افراد با بیماری های مرتبط و یا $T-score$ زیر ۳، بین ۶ ماه تا یک سال پس از انجام دانسیتومتری اول قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ضوابط اختصاصی خدمات سونوگرافی

- ۱- در صورت درخواست سونوگرافی نیروئید به همراه عدد لنتاوی گردن (نسخ نرم گردن)، فقط کد ۷۰۱۵۲۰ (سونوگرافی نیروئید) قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۲- با توجه به شرح کد ۷۰۱۵۴۵ (سونوگرافی پستان به همراه فضاهای اغزیلاری یک یا دو طرفه)، درخواست پزشک معالج به هر شکل باشد، می‌بایست گزارش انجام شامل نواحی پستان به همراه فضاهای اغزیلاری دو طرفه باشد.
- ۳- سونوگرافی ناحیه شکم: تعرفه مربوطه می‌بایست متناسب با نوع درخواست پزشک معالج محاسبه گردد. چنانچه تقاضای سونوگرافی شکم بدون ذکر مشخص احشاء داخل شکمی باشد و یا کل احشاء داخل شکمی به تفکیک (شامل کبد، کیسه صفرا، طحال، کلیه ها و پانکراس) و بصورت همزمان درخواست شده باشند صرفاً تعرفه سونوگرافی شکم (کد ملی ۷۰۱۵۵۵) قابل محاسبه و پرداخت است و در صورتیکه هر یک از احشاء داخل شکمی به تنهایی درخواست شده باشد فقط کد ملی مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- توجه: در سونوگرافی ناحیه شکم اگر احشاء داخل شکمی به تفکیک درخواست شود چنانچه مجموع تعرفه درخواستی از تعرفه سونوگرافی شکم بیشتر شود، حداکثر تعرفه سونوگرافی شکم قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۴- سونوگرافی شکم و لگن: در صورت درخواست همزمان سونوگرافی شکم و لگن، صرفاً کد ۷۰۱۶۲۶ با توجه به شرح کد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- توجه: چنانچه درخواست سونوگرافی برخی احشاء شکم و لگن بطور همزمان درخواست گردد و مجموع تعرفه‌های خدمات درخواستی از تعرفه سونوگرافی شکم و لگن (کد ۷۰۱۶۲۶) بیشتر شود، فقط کد ۷۰۱۶۲۶ قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۵- در صورت درخواست سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی داخل از کد ۷۰۱۵۶۰ جهت محاسبه و پرداخت استفاده گردد.
- ۶- کدهای ۷۰۱۵۹۰، ۷۰۱۶۱۱، ۷۰۱۶۱۵، ۷۰۱۶۲۰، ۷۰۱۶۲۵ و ۷۰۱۶۲۵ بطور همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشند و ملاک پرداخت، نوع درخواست پزشک معالج و شرح کد تعرفه است.
- توجه: در صورت درخواست همزمان سونوگرافی کلیه‌ها و لگن، کد ۷۰۱۶۲۵ قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۷- کدهای ۷۰۱۶۱۱ (سونوگرافی کامل لگن) و ۷۰۱۶۵۵ (سونوگرافی رحم و تخمدان) بطور همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشند. و فقط کد ۷۰۱۶۱۱ قابل محاسبه و پرداخت است.
- توجه: در صورت درخواست سونوگرافی رحم و تخمدان به تنهایی، کد ۷۰۱۶۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

۸- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی رحم و ضمام با کلیه‌ها، مجاری ادراری و مثانه، فقط کد ۷۰۱۶۴۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

۹- با توجه به اندیکاسیون آپاندیسیت، سونوگرافی آپاندیس یا هیچ کد سونوگرافی دیگر قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۰- سونوگرافی NT و یا NB (کد ۷۰۱۷۳۰): از آنجائیکه زمان مناسب برای انجام این سونوگرافی بین هفته ۱۱ تا ۱۳ علاوه ۶ روز می‌باشد لذا درج سن حاملگی در نسخه توسط پزشک معالج الزامی است. همچنین درج سن بارداری در هنگام پذیرش نسخه و ارسال گزارش تشخیص انجام شده به همراه سن جنین به صورت مکانیزه الزامی است.

۱۰-۱ در صورت انجام سونوگرافی مذکور خارج از این بازه زمانی، هزینه‌ای قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۰-۲ سونوگرافی NT و یا NB در هر دوره بارداری صرفاً یک بار قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۰-۳ با توجه به شرح کد ۷۰۱۷۳۰ (سونوگرافی NT و یا NB)، تعرفه تعیین حاملگی در این کد لحاظ شده است و به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۰-۴ در صورت درخواست سونوگرافی NT به همراه NB فقط یک بار کد ۷۰۱۷۳۰ (سونوگرافی NT و یا NB) قابل پرداخت است.

۱۱- سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول (کد ۷۰۱۷۳۱): سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول صرفاً در فاصله سه ماهه اول بارداری قابل محاسبه و پرداخت است. ذکر سن بارداری توسط پزشک معالج در نسخه درخواست سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول الزامی است. درج سن بارداری در هنگام پذیرش نسخه و همچنین ارسال گزارش تشخیص انجام شده به همراه سن جنین به صورت مکانیزه الزامی است.

۱۱-۱ با توجه به شرح کد ۷۰۱۷۳۱، تعرفه تعیین حاملگی در این کد لحاظ شده است و به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۲- در تجویز همزمان سونوگرافی تشخیص بارداری با تشخیص مالفورماسیون‌های مادرزادی جنین، فقط تعرفه مالفورماسیون مادرزادی جنین (کد ۷۰۱۷۲۵) قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۳- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی NT و یا NB به همراه سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون‌های مادرزادی جنین:

- در سه ماهه اول بارداری کد ۷۰۱۷۳۱ (سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول) قابل محاسبه و پرداخت است.

- بعد از سه ماه اول فقط کد ۷۰۱۷۲۵ (مالفورماسیون‌های مادرزادی جنین) قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۴- کدهای ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی تعیین حاملگی) و ۷۰۱۸۱۰ (سونوگرافی کالرداپلر رحم حامله) به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۵- در صورت تجویز سونوگرافی لگن از نظر بررسی حاملگی، فقط تعرفه سونوگرافی تعیین حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۶- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی بررسی حاملگی و سونوگرافی رشد جنین و IUGR، فقط تعرفه بررسی رشد جنین و IUGR (کد ۷۰۱۷۳۶) قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۷- در صورت درخواست سونوگرافی حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) به همراه سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل (کد ۷۰۱۷۲۰) هر دو کد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۸- سونوگرافی جنین‌های چندقلویی؛ جهت محاسبه و پرداخت انواع سونوگرافی حاملگی (شامل تعیین حاملگی با کد ۷۰۱۷۱۵، بارداری ترانس وازینال با کد ۷۰۱۷۱۶، بیوفیزیکال پروفایل با کد ۷۰۱۷۲۰، تشخیص مالفورماسیون‌های مادرزادی جنین با کد ۷۰۱۷۲۵، سونوگرافی NT و یا NB با کد ۷۰۱۷۳۰، IUGR با کد ۷۰۱۷۳۶، کالرداپلر رحم حامله با کد ۷۰۱۸۱۰ و ...) در جنین‌های چندقلو، برای قل اول از ارزش نسبی خدمت درخواستی و برای قل‌های اضافه از کد ۷۰۱۷۳۵ با الصاق گزارش استفاده می‌گردد.

۱۹- سونوگرافی دوران بارداری تجویز شده توسط کارشناسان مامایی- با توجه به مصوبه شماره ۱۱۹۵۵۰ مورخ ۹۴/۹/۱۰ هیأت محترم دولت درخصوص طرح آزمایشی (بابلوت) پوشش بیمه‌ای خدمات مامایی در استان‌های اصفهان، اردبیل و گلستان، هزینه سونوگرافی دوران بارداری تجویز شده توسط کارشناسان مامایی با شرایط زیر قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

۱) کارشناسان مامایی که دارای دفتر کار مستقل و پروانه‌دار بوده و با دفاتر اسناد پزشکی استانهای اصفهان، اردبیل، گلستان و منطقه کاشان قرارداد همکاری دارند.

۲) کد قابل محاسبه ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی حاملگی) می‌باشد. در صورت بارداری چندقلویی به ازای هرقل اضافه یک ردیف کد ۷۰۱۷۳۵ نیز قابل محاسبه و پرداخت است.

۳) حداکثر تا ۳ بار سونوگرافی در دوره بارداری قابل محاسبه و پرداخت است.

توجه: پرداخت خدمات فوق متوجه به راه‌اندازی سیستم نسخه الکترونیک ماما در استان‌های فوق می‌باشد.

۲۰- کد ۷۰۱۷۲۶ (سونوگرافی استنوز هایپرتروفیک پیلور نوزاد) تا ۲۸ روزگی نوزاد قابل محاسبه و پرداخت است.

توجه: ذکر سن نوزاد توسط پزشک معالج در نسخه درخواست سونوگرافی استنوز هایپرتروفیک پیلور نوزاد الزامی است.