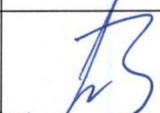
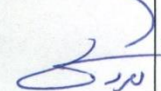


شماره جلسه: یکم و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۱۲:۰۰ الی ۱۹:۳۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اعضای شرکت کننده: رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور: آقای دکتر ظفرقندی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: آقای دکتر رضوی، آقای دکتر صادق نیت و آقای دکتر طباطبائی سازمان برنامه و بودجه: آقای دکتر فراهانی بیمه مرکزی ایران: آقای دکتر مشعلچی فیروزآبادی سازمان نظام پزشکی: آقای دکتر رئیس زاده و آقای دکتر انیسیان سازمان تأمین اجتماعی: آقای دکتر سالاری، آقای دکتر غفاری و آقای دکتر صادقی راد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: خانم دکتر اسمعیلی شه میرزادی سازمان بیمه سلامت ایران: آقای دکتر ناصحی، آقای دکتر عفت پناه و آقای دکتر داودی سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح: آقای دکتر نوبخت و آقای دکتر امامی کمیته امداد امام خمینی (ره): آقای دکتر احمدلو سازمان اداری و استخدامی کشور: آقای دکتر مولودیان و خانم دکتر سحر میر نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر): آقای دکتر روح الامینی نجف آبادی و خانم دکتر زمانی دبیر شورای عالی بیمه سلامت: آقای مهندس معنوی			

دستور جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم) و تعیین بار مالی خدمات ناباروری نسخه پنجم دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری به شرح پیوست مورد تصویب شورای عالی بیمه سلامت کشور قرار گرفت. تبصره: سازمان برنامه و بودجه کشور مکلف است بار مالی اجرای دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری ویرایش (۰۵) را از محل اعتبارات قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تأمین و در ردیفی مجزا به‌طور نشاندار در قالب قانون بودجه سال ۱۴۰۵ کل کشور لحاظ نماید.

دکتر محمدرضا ظفرقندی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بیمه سلامت کشور

دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای

خدمات درمان ناباروری

نسخه (۰۵)

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

مقدمه

این دستورالعمل در راستای اجرای ماده (۴۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، تصویب نامه‌های هیات محترم وزیران به شماره ۵۹۰۷۳/ت/۵۶۷۲۶ و مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ و شماره ۹۱۳۵۲/ت/۹۱۳۵۲ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰ با هدف ایجاد انسجام و وحدت رویه فی مابین مراکز ارائه دهنده خدمت و خریدار خدمت درمان ناباروری و براساس پروتکل و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تنظیم گردیده است. اهداف اصلی این دستورالعمل به شرح ذیل می‌باشد:

- عملیاتی شدن تکالیف قانونی و سیاست‌های جمعیتی بالادستی
- ایجاد دسترسی عادلانه و تسهیل فرایند دسترسی به خدمات درمان ناباروری
- حمایت مالی و کاهش پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات درمان ناباروری
- تسهیل فرایند ارائه خدمات درمان ناباروری و افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان

اسناد بالادستی و مستندات قانونی

- ✓ بند (۱) سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۹۳/۲/۳۰ مبنی بر افزایش نرخ باروری
- ✓ سند بین‌المللی اهداف توسعه هزاره (منتشره در سال ۲۰۰۰) مبنی بر ضرورت دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری
- ✓ تبصره ۳ ماده (۴۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مبنی بر تدوین و پوشش کامل بسته خدمات درمان ناباروری
- ✓ منابع اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در قانون بودجه ۱۴۰۲
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ مورخ ۱۴۰۰/۵/۳۱
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۹۱۳۵۲/ت/۹۱۳۵۲ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۱۳۱۸۴۰/ت/۶۱۸۵۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶
- ✓ دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور و توسعه خدمات ناباروری به شماره ۴۰۰/۱۷۲۵۹ مورخ ۱۳۹۸/۷/۲۰ ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ✓ دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری- نسخه ۰۳. به شماره ۱۴۲/۱۹۰ مورخ ۱۴۰۱/۴/۲۶ ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ✓ دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری- نسخه ۰۴. به شماره ۱۴۲/۵۱۲ مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۰ ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ✓ قوانین بودجه سنواتی
- ✓ تصویب نامه شماره ۱۲۰۱۰/ت/۶۴۸۸۱ مورخ ۱۴۰۵/۰۲/۲۲ هیات محترم وزیران

ماده ۱: تعاریف واژگان

وزارت بهداشت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور

دبیرخانه شورای عالی: دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

معاونت درمان: معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۱۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

بیمه تامین: سازمان تامین اجتماعی

بیمه سلامت: سازمان بیمه سلامت ایران

ساخت: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

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

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

مراکز ارائه دهنده خدمت: کلیه مراکز سطح دو و سه ارائه خدمات درمان ناباروری دارای مجوز از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ناباروری اولیه: زوج بدون فرزند که پس از یکسال تلاش برای باروری، موفق به بارداری طبیعی نبوده است.

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

تبصره ۲: افراد دارای اندیکاسیون آژواسپرمی مشمول مدت زمان تعیین شده نبوده و خدمات مربوطه از زمان مراجعه قابل ارائه خواهد بود.

ناباروری ثانویه: زوجی که دارای فرزند زنده بوده و از تولد آخرین فرزند فاصله حداقل ۲ سال گذشته باشد و برای بارداری مجدد دچار مشکل هستند و پس از یکسال عدم پیشگیری بارداری نتوانسته‌اند به طور طبیعی باردار شوند.

سقط مکرر: از بین رفتن دو بار یا بیش تر بارداری بالینی است.

سطح بندی خدمات درمان ناباروری: سازماندهی ارائه خدمات درمان ناباروری که به سطوح سه گانه، سطح اول کلیه مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگاه‌های تخصصی مانند مطب زنان و زایمان و ارولوزی است، سطح دوم شامل مراکز ارائه دهنده خدمات رفع و کاهش ناباروری از جمله IUI است (آیین‌نامه الزامات راه اندازی خدمات ناباروری سطح دو" به شماره ۱۰۰/۷۷۹ مورخ ۱۴۰۱/۶/۵). سطح سه شامل مراکز تخصصی درمان ناباروری مشتمل بر آزمایشگاه تخصصی جنین شناسی و اتاق عمل‌های کمک باروری (ART) می‌باشد. (آیین‌نامه تاسیس و بهره‌برداری مرکز تخصصی درمان ناباروری" به شماره ۱۰۱/۱۸۱۵/د مورخ ۱۳۹۸/۷/۱۷).

خدمات درمان ناباروری: این خدمات شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی برای زوجین نابارور اولیه و ثانویه که نشان‌دار شده‌اند، می‌باشد. فهرست این خدمات در ماده (۱۲) اشاره شده است.

خدمات درمان ناباروری شخص ثالث: برای مواردی که بیمه شده قادر به دریافت مستقیم خدمات تخصصی ناباروری به علت مشکلات بالینی نمی‌باشد و از شخصی دیگر به نیابت از خود خدمات ناباروری را دریافت می‌نماید؛ مانند رحم اجاره‌ای (جایگزین) جنین، تخمک و اسپرم اهدایی سهم بیمه: معادل درصدی از تعرفه بخش دولتی یا غیردولتی (عمومی غیردولتی، خیریه، خصوصی) خدمات تشخیصی و درمانی است که بیمه پایه در قبال ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد پرداخت می‌نماید.

فرانشیز: بخشی از هزینه خدمات سلامت تحت پوشش بیمه‌های پایه است که به عنوان سهم بیمه شده در زمان دریافت خدمات، پرداخت می‌گردد. تعرفه مصوب: تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای خدمات تشخیصی و درمانی که سالیانه تصویب و ابلاغ می‌گردد.

رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات ارائه شده به بیمار توسط مراکز درمانی مجاز، براساس ضوابط، مقررات و تعرفه‌های مصوب این دستورالعمل جهت پرداخت تایید یا مورد اصلاح و بررسی قرار می‌گیرد. 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.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

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

تعریف (RIF): در مواردی که فرآیند انتقال جنین دو مرتبه ناموفق باشد.

ماده ۲: دامنه کاربرد

- کلیه سازمان‌ها، صندوق‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی
- کلیه مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری در بخش دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه، موقوفه و خصوصی

ماده ۳: جمعیت تحت پوشش دستورالعمل (جمعیت هدف)

بیمه شدگان مشمول دریافت خدمات تحت پوشش این دستورالعمل عبارتند از: خانم‌های متاهل تا ۴۹ سال تمام و آقایان متاهل که شرایط ناباروری اولیه یا ثانویه را داشته باشند.

تبصره ۱: به استناد ماده (۳) مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ هـ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰، در صورتی که زوجین نابارور و زنان دارای سقط مکرر فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه باشند، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش بیمه‌ای ایشان، مطابق آیین نامه بند (الف) ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اقدام نماید.

تبصره ۲: کسانی که دچار سقط مکرر (از دست دادن حداقل ۲ بارداری بالینی) شده‌اند، مشمول این دستورالعمل می‌باشند.

تبصره ۳: مادرانی که جهت تعیین جنسیت و بدون اندیکاسیون‌های علمی مراجعه می‌نمایند، مشمول دستورالعمل مذکور نخواهند بود.

ماده ۴: افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت بسته

منطبق بر استاندارد ارائه خدمات ناباروری، کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمات درمان ناباروری تخصصی عبارتند از:

- فلوشیپ نازایی
- متخصص زنان و زایمان
- متخصص ارولوژی / فلوشیپ آندروولوژی
- PhD بیولوژی تولید مثل و جنین شناسان پیشکسوت مشمول تبصره ۲۸ آیین نامه تاسیس و بهره‌برداری مراکز درمان ناباروری

تبصره ۱: افراد دارای مدرک فلوشیپ نازایی، متخصص زنان و زایمان، متخصص ارولوژی / فلوشیپ آندروولوژی به عنوان افراد صاحب صلاحیت مکلفند نسبت به نشان‌دار کردن زوجین نابارور در سامانه نسخه الکترونیک و با رعایت اصل محرمانگی اقدام نمایند.

تبصره ۲: در سطح یک ارائه خدمات، پزشکان عمومی/پزشک متخصص خانواده می‌توانند براساس معاینه و شرح حال اولیه بیمار نسبت به بیمار یابی، و ارجاع بیمار به سطح دو یا سه جهت نشان دار کردن بیمار برای دریافت بسته خدمات درمان ناباروری اقدام نمایند.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۱۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

ماده ۵: نشان‌دار شدن مشمولین دستورالعمل

سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفاند زیرساخت‌های لازم برای سامانه نسخه الکترونیک را جهت نشان‌دار شدن زوجین مشمول این دستورالعمل و با رعایت اصل محرمانگی براساس استانداردهای ابلاغی یا سرویس‌های ارائه شده از سوی مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام نمایند.

تبصره ۵: افراد دارای مدرک PhD بیولوژی تولیدمثل و جنین‌شناس مجاز به ارائه خدمات مندرج در پیوست شماره چهار در مراکز درمان ناباروری، می‌باشند.

ماده ۶: مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت

۱. مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت درمان ناباروری به تفکیک سطح ارائه خدمات براساس دستورالعمل اجرایی ماده (۴۲) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به صورت دوره‌ای توسط معاونت درمان وزارت بهداشت تعیین و توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور به سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی اعلام می‌گردند. بدیهی است مراکزی که به صورت موردی نسبت به اخذ مجوز اقدام می‌نمایند، در پایان هر ماه براساس اعلام معاونت درمان به فهرست اعلامی اضافه می‌گردند. (ماده ۱۴) - پیوست شماره یک

۲. کلیه مراکز ارائه دهنده خدمت و سازمان‌های بیمه‌گر مطابق با قانون برنامه هفتم توسعه موظف به عقد قرارداد می‌باشند.

تبصره ۱: مراکز مجاز موظف به انعقاد قرارداد بر اساس فرمت ابلاغی شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشند.

تبصره ۲: در مراکز طرف قرارداد، پرداخت اسناد براساس بسته خدمات مشمول دستورالعمل، محاسبه و پرداخت می‌گردد.

تبصره ۳: در مراکز غیر طرف قرارداد، پرداخت هزینه اسناد براساس مدارک مثبت تحویلی توسط بیمه شده به سازمان بیمه مربوطه خواهد بود و سازمان نسبت به پرداخت خسارت براساس مفاد دستورالعمل اقدام خواهد نمود. (خسارت متفرقه)

تبصره ۴: سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند، ۶۰٪ اسناد هزینه مراکز طرف قرارداد را به صورت علی الحساب ظرف مدت حداکثر دو هفته پس از دریافت پرداخت نمایند (قبل از رسیدگی) و مابقی را حداکثر ظرف مدت سه ماه مورد بررسی، رسیدگی و پرداخت قرار دهند.

ماده ۷: ضوابط ارائه بسته خدمات درمان ناباروری

۱. با تشخیص افراد صاحب صلاحیت و نشان‌دار کردن زوجین نابارور در سامانه نسخه الکترونیک؛ زوجین هر دو می‌بایست توسط سازمان بیمه‌گر مربوطه نشان‌دار شده و اسنادشان به صورت جداگانه براساس نوع خدمات انجام شده به سازمان بیمه‌گر خود ارسال شود.

۲. در سطح یک ارائه خدمات، مطابق با دستورالعمل اجرایی ماده (۴۲) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، پزشکان عمومی/پزشکان متخصص خانواده می‌توانند براساس معاینه و شرح حال اولیه بیمار نسبت به بیمار یابی و ارجاع بیمار به سطح دو یا سه جهت نشان دارنمودن بیمار و دریافت بسته خدمات درمان ناباروری اقدام نمایند.

۳. ارائه خدمات درمان ناباروری به زوجین براساس طرح درمان و مطابق با بسته‌های تدوین شده، در پرونده هر یک از زوج یا زوجه و با تشکیل پرونده انجام می‌گردد.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

۴. مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده یا پرونده سیکل‌های درمانی انجام شده را در قالب پرونده کاغذی (با لیست جداگانه از سایر پرونده‌ها) یا الکترونیکی براساس ضوابط سازمان‌های بیمه‌گر، به سازمان بیمه مربوطه ارسال (براساس فرمت هر سازمان بیمه‌گر زوج یا زوجه) نمایند.

تبصره ۱: در خصوص بیمه‌شدگانی که سازمان بیمه آن‌ها دارای ساختار الکترونیک می‌باشد، مراکز در زمان ارائه خدمات از طریق ثبت در سامانه نسبت به ارسال اسناد به سازمان بیمه مربوطه اقدام نمایند.

تبصره ۲: در خصوص نسخ کاغذی، مراکز در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده را به سازمان بیمه‌گر مربوطه ارسال نمایند.

۵. هر یک از خدمات اصلی ناباروری برای بیمه‌شدگان مشمول این دستورالعمل به شرح بسته خدمات (ماده ۱۲) تدوین شده و براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد:

- ❖ بسته خدمتی تلقیح داخل رحمی (IUI)^۱
- ❖ بسته خدمتی IVF^۲ با یا بدون انتقال جنین
- ❖ بسته خدمتی میکروانجکشن یا ICSI^۳ با یا بدون انتقال جنین
- ❖ بسته خدمت FET^۴
- ❖ بسته خدمت غربالگری جنین برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری (مطابق با دستورالعمل اجرایی ماده ۵۳، ابلاغی وزیر به شماره ۱۰۰/۳۸۸ مورخ ۱۴۰۱/۳/۲۵)
- ❖ بسته آزمایش‌های تشخیصی ژنتیک برای مادران دارای سقط مکرر براساس استانداردهای ابلاغی
- ❖ بسته خدمات آزمایشگاهی مرتبط با ناباروری (ماده ۱۴- مندرج در پیوست سه)
- ❖ بسته خدمات فریز اسپرم و تخمک.

۶. ثبت کد تشخیص ناباروری براساس کتاب ICD ۱۰ بیماری‌ها می‌باشد. با کد (N۴۶) برای مرد و کد (N۹۷) برای زن در پرونده زوجین اقدام و ثبت گردد.

۷. در خصوص آن گروه از زوجین که در مرحله اول IVF یا ICSI در مراکز مجاز مربوطه دارای حداقل ۵ جنین با کیفیت (طبق گزارش جنین شناسی) ذخیره شده باشند، پرداخت سیکل بعدی منوط به انجام بسته خدمتی FET است.

تبصره ۱: برای خانم‌های بالای سن ۴۰ سال در ناباروری اولیه لازم به رعایت بند فوق نمی‌باشد.

تبصره ۲: گزارشات جنین شناسی شامل کلیه جزییات تعداد تخمک به دست آمده از مایع فولیکولی، تعداد جنین حاصل از پروسه IVF یا ICSI، تعداد نی/جنین‌های فریز شده و تعداد نی/جنین‌های ذوب شده می‌باشد.

^۱ IUI=Intrauterine Insemination

^۲ IVF=Invitro Fertilization

^۳ ICSI=Intracytoplasmic Sperm Injection

^۴ FET: Frozen Embryo Transfer

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۱۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

۸. برای خدمات انجماد و ذوب حداکثر تعداد ۱۵ جنین و ۵ نی مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر است.
۹. کلیه خدمات آماده سازی (ماده (۱۴) - پیوست شماره دو) که برای هر کدام از زوجین (زن یا مرد) به منظور استفاده از بسته‌های خدمتی مشمول این دستورالعمل، با تشخیص متخصص صاحب صلاحیت؛ 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 از سوی سازمان‌های بیمه‌گر است. (در قالب خسارت متفرقه)
۱۰. به منظور حفظ قدرت تولید مثلی در بیماران سرطانی (زوجین مشمول این دستورالعمل)، خدمات بافت تولید مثلی (تخمندان و بیضه) و اسپرم و تخمک تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.
۱۱. هزینه‌های درمان ناباروری در خدمات شخص ثالث (آماده سازی، تشخیصی و درمانی) مانند رحم اجاره‌ای (جایگزین) و جنین‌هدایی طبق ضوابط این دستورالعمل و با ثبت در پرونده زوجه نابارور قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد، اما هزینه‌های غیردرمانی روش‌های مذکور مانند خرید رحم اجاره‌ای (جایگزین) یا جنین‌هدایی در ضوابط این دستورالعمل نمی‌باشد.
۱۲. در خصوص خدمات شخص ثالث و روش‌های جایگزین ناباروری مطابق با آیین نامه ابلاغی تبصره ماده (۸۱) قانون برنامه هفتم پیشرفت اقدام خواهد شد.
۱۳. فهرست دارو و لوازم مصرفی مورد نیاز برای هر یک از بسته‌های خدمتی درمان ناباروری در ماده (۱۳) به تفصیل بیان گردیده است. این فهرست، منطبق بر استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، صلاحیت پزشک معالج و ضوابط مندرج در این دستورالعمل، مشروط به ارائه قیمت با فاکتور رسمی تا سقف ۹۰ درصد (۹۰٪) قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو در همه بخش‌های مجاز ارائه خدمت، تحت پوشش حمایتی سازمان‌های بیمه‌گر است.
- تبصره ۱:** تعداد و سقف داروها بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و تا زمان ابلاغ استانداردهای مربوطه ملاک عمل ضوابط ابلاغی سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. (ملاک برای تعداد (میزان) مصرف رویه فعلی سازمان‌های بیمه‌گر پایه است)
۱۴. مراکز مجاز مکلفند نسبت به انجام اصالت سنجی دارو و لوازم مصرفی پزشکی مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت و قوانین و ضوابط رسیدگی الکترونیک / کاغذی اسناد هزینه، اقدام نمایند.
۱۵. مراکز ارائه دهنده خدمت درمان ناباروری (تشخیصی و درمانی) موظف به تهیه و تامین دارو و لوازم مصرفی مورد نیاز بیمار بوده و ارجاع بیمار جهت تهیه دارو و لوازم مصرفی مورد نیاز تخلف مرکز محسوب می‌گردد.
۱۶. نحوه محاسبه هزینه تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی براساس قیمت ملزومات مصرفی پزشکی مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه براساس قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو و با تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.
- تبصره ۲:** در مواردی که قیمت در سامانه IMED درج نشده باشد، روال فعلی قیمت‌گذاری توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تداوم می‌یابد.
۱۷. پرداخت آزمایش AMH در اندیکاسیون‌های ذیل برای زوجه نابارور تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر است:
 - زنان کمتر از ۳۵ سال با بیش از یکسال ناباروری و عدم پاسخ به شش دوره درمان تحریک تخمک‌گذاری
 - زنان ۳۵ سال و بالاتر و بیش از شش ماه ناباروری
 - زوجین با مدت ناباروری بیش از ۴ سال

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

- زنان زیر ۳۵ سال با پیش آگهی نامطلوب responder Poor (سطح FSH ≥ 8 روز سوم و یا تعداد فولیکولهای آنترال پایین AFC ≤ 5)
- زوجه کاندید شیمی درمانی یا پرتو درمانی و بیماران با سابقه شیمی درمانی یا پرتو درمانی
- بیماران نابارور مبتلا به اندومتريوز
- زوجه نابارور با سابقه خانوادگی نارسایی زودرس تخمدان (یایسگی قبل از ۴۰ سال)
- زوجه نابارور با سابقه جراحی روی تخمدان
- زوجه نابارور با بیماری زمینه ای اتوایمیون
- ۱۸. پرداخت آزمایش DFI (کد ۸۰۹۰۵۰) در صورت درخواست توسط متخصص اورولوژی با یکی از اندیکا سیون های ذیل برای زوج نابارور تحت پوشش سازمان های بیمه گر است:
- سقط مکرر (RPL)
- شکست مکرر در لانه گزینی (RIF)
- شمارش اسپرم کمتر از ۵ میلیون در هر سی سی
- واریکوسل گرید دو و سه

ماده ۸: نظام پرداخت

تعهدات سازمان بیمه گر

۱. سازمان های بیمه گر ملزم هستند پرونده بیماران نشان دار شده را با تشکیل پرونده و با پوشش حمایتی ۹۰٪ بسته های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل با لحاظ نمودن نوع مرکز مجاز ارائه دهنده خدمت (وضعیت مالکیت) به شرح ذیل، پرداخت نمایند.
 - مراکز دولتی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای بخش دولتی
 - مراکز عمومی غیردولتی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای بخش عمومی غیردولتی
 - مراکز خیریه و خصوصی: تعهدات سازمان های بیمه گر پایه در مراکز خیریه و خصوصی معادل ۶۰ درصد تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای آن بخش است.
- تبدیل:** در بخش دولتی، در صورت تمام وقت بودن هر یک از ارائه دهندگان خدمات مطابق آیین نامه پرداخت تمام وقتی، براساس فهرست ریزکدهای خدماتی که در هر بسته خدمتی تدوین شده است با ضریب ریالی تمام وقتی به صورت سرپایی به عنوان مبنای محاسبات تعرفه خواهد بود.
۲. در مراکز تخصصی ناباروری، جهت محاسبه تعرفه خدمات مراقبت های پرستاری در صورتی که خدمت ارائه شده به بیمار در اتاق عمل و با تکمیل چارت بیهوشی انجام گردد، کد ۹۰۳۵۸۵ یک بار و کد ۹۰۳۵۶۵ به ازای هر ۱۰ دقیقه اتاق عمل یک بار محاسبه و برای خدماتی که خارج از اتاق عمل یا بدون بیهوشی انجام می شوند، مشابه تعرفه درمانگاهی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

فرانشیز بیمار

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۱۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

۳. فرانشیز بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی معادل ۱۰ درصد تعرفه مصوب آن مرکز و در مراکز خیریه و خصوصی سهم بیمار معادل ۴۰ درصد تعرفه آن بخش است.
۴. بار مالی حاصل از اجرای این تصویب‌نامه، از محل منابع اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و ردیف مندرج در قوانین بودجه سنواتی، تامین و به نسبت عملکرد به سازمان بیمه‌گر پرداخت خواهد شد و مطالبات مراکز و بیمارستان‌های طرف قرارداد با رعایت ماده (۳۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) - مصوب ۱۳۹۳ پرداخت خواهد شد.

ماده ۹: اسناد مثبت

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 اسناد مثبت پرونده هر یک از زوج یا زوجه انجام شود. اسناد مثبت به شرح ذیل می‌باشد:

- 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 بر اساس 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 و با ذکر کد ملی 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 می‌باشد، 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.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

ماده ۱۰: تعهدات مجریان برنامه و ملاحظات نظارتی

الف – تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر پایه و واحدهای استانی:

- اداره استانی ضمن رعایت مقررات و ضوابط ابلاغی در خصوص نحوه عقد قرارداد با مراکز مجاز در زمینه ثبت دقیق و صحیح اطلاعات مراکز متقاضی همکاری در سیستم جامع سازمان، اهتمام داشته باشد.
- ضروری است کلیه پروانه‌ها و مجوزهای مربوطه معتبر برابر ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز اخذ گردد.
- سازمان‌های بیمه‌گر در راستای بررسی وضعیت ارائه خدمت، اطمینان از رعایت حقوق بیمه شدگان و با هدف ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز مجاز، در چارچوب ضوابط و مقررات قانونی نسبت به بررسی میزان هزینه‌های ایجاد مراکز و بیمه شدگان به طور مستمر نسبت به پایش سیستمیک اقدام نمایند و در صورت محرز شدن انحراف با استانداردهای تدوینی، ضمن اطلاع و هماهنگی با معاونت درمان (ستاد/دانشگاه) برابر مقررات برخورد مناسب با مرکز را داشته باشند. (کنترل تعداد ریز خدمت، میانگین هزینه پرونده‌های دارای شرایط مشابه درمانی و بررسی وضعیت ارائه خدمات مصوب در هر بسته و سایر شاخص‌های نظارتی)
- سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند، نسبت به پرداخت مطالبات مراکز و بیمارستان‌های طرف قرارداد بر اساس ماده (۳۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)- مصوب ۱۳۹۳، اقدام نمایند.

ب – تعهدات معاونت درمان وزارت بهداشت و واحدهای متناظر دانشگاهی:

- معاونت درمان وزارت بهداشت مکلف است به صورت دوره‌ای، مراکز مجاز ارائه خدمات درمان ناباروری را بصورت مکتوب به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور اعلام نماید.
- معاونت درمان وزارت بهداشت مکلف است اطلاع‌رسانی شفاف به مراکز مجاز متقاضی ارائه خدمات درمان ناباروری در خصوص تعرفه‌های ارائه خدمت و دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری (ضوابط و تعهدات مورد قبول سازمان بیمه‌گر)، داشته باشد.
- نظارت بر درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف به انجام بازدید دوره‌ای از مراکز ارائه دهنده خدمات و نظارت دقیق بر عدم دریافت هرگونه مابه‌التفاوت خارج از تعرفه‌های مصوب سالیانه هیأت وزیران و کنترل استاندارد ارائه خدمات و اجرای ضوابط این دستورالعمل در مراکز مجاز می‌باشد. گزارش دوره‌ای بازدید و نظارت‌ها می‌بایست توسط معاونت درمان وزارت بهداشت به دبیرخانه شورای عالی بیمه ارسال گردد.

ج – تعهدات مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

- مرکز IT وزارت بهداشت مکلف است بستر مناسب جهت تبادل اطلاعات و اسناد هزینه درمان ناباروری را مطابق با استانداردهای تدوینی خود را برای سازمان‌های بیمه و مراکز مجاز ارائه خدمت فراهم نماید.
- مرکز IT وزارت بهداشت مکلف است سند کسب و کار (داده پیام سپاس) را متناسب با دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری تنظیم و جهت اجرا در سیستم HIS کلیه مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت لحاظ نماید.

د – تعهدات مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری:

- کلیه مراکز مجاز ارائه خدمات مکلف هستند در بدو تشکیل پرونده برای دریافت خدمات ناباروری، فرم آموزشی مربوط به بسته خدمات در پوشش و هزینه پرداختی بیماران را مطابق با دستورالعمل ابلاغی به ایشان اطلاع رسانی نمایند.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

- مراکز مجاز ارائه خدمات مکلف است نسبت به ارائه خدمات هر بسته درمانی منطبق بر بسته خدمات درمان ناباروری مورد تعهد اقدام و از ایجاد هزینه‌های غیرضرور برای بیمار خودداری نماید.
- کلیه خدماتی که در بسته خدمتی دیده شده‌اند به صورت جداگانه علاوه بر بسته خدمتی قابل محاسبه نمی‌باشد و موارد خلاف آن، مشمول تعدیلات بیمه ای می‌گردد.
- مراکز مجاز ارائه خدمت مکلف به تامین و ارائه دارو و اقلام مصرفی پزشکی مورد نیاز بیمار منطبق بر بسته خدمتی مشمول این دستورالعمل بوده و ارجاع بیماران به خارج از مرکز، جهت تامین اقلام مذکور، تخلف محسوب می‌گردد.

هـ – تعهدات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور:

- دبیرخانه ملزم به رسیدگی به موارد مطرح شده از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر در راستای اجرای اهداف برنامه است.
- دبیرخانه شورا مکلف به بازنگری دوره‌ای دستورالعمل براساس چالش و مشکلات ارائه شده توسط اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.

ماده ۱۱ – بروزرسانی دستورالعمل

۱. لازم به ذکر است با ابلاغ تعرفه‌های 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 خواهد شد، این دستورالعمل بصورت دوره‌ای هر ۶ ماه قابل بازنگری خواهد بود.
۲. این دستورالعمل جایگزین آخرین دستورالعمل ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور به شماره ۱۴۲/۵۱۲ مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۰ می‌باشد.

تبصره: لازم به ذکر است چنانچه موضوعاتی در این دستورالعمل ذکر نشده است مطابق با ویرایش‌های قبل قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ماده ۱۲ – بسته خدمات درمان ناباروری

۱. بسته خدمت IUI

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. مرحله ارزیابی زوج	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۳	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	آنالیز اسپرم	۲	۸۰۹۰۷۰ ۸۰۹۰۷۵	***کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
		۱	۸۰۳۵۱۰	

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	توضیحات (ضوابط پرداخت)
	بررسی وضعیت سلامتی زوجه	۱	۸۰۱۴۴۰	
		۱	۸۰۱۴۴۵	
		۱	۸۰۱۴۸۵	
		۱	۸۰۱۴۱۵	
		۱	۸۰۱۴۵۰	
	سونوگرافی خانم	۱	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال (براساس استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت یا دستورالعمل اجرای ماده ۴۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت)
	سالیژیوگرافی	۱	۷۰۰۳۷۵	
	سونوگرافی	۲	۷۰۱۶۹۰	- آماده سازی بیمار و ارزیابی پاسخ به داروها یا انجام سونوگرافی الزامی هست
۲. آماده سازی بیمار	خدمت IUI	۱	۵۰۲۰۶۸	- در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام شود، می‌توان از ریز کدهای مربوطه، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.
۳. انجام خدمت IUI	ریز کدهای IUI که در کد ۵۰۲۰۶۸ لحاظ شده است.	۱	۸۰۹۰۴۵	کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۰۵۰	برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI (۸۰۴۴۰۶) همزمان با کد ۸۰۹۰۵۰ قابل گزارش است.
			۸۰۹۰۷۰	کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
			۸۰۹۰۷۵	
			۵۰۱۸۷۰	
۴. خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از IUI	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۱	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	آزمایش Beta HCG	۲	۸۰۱۵۹۰	
	سونوگرافی ها	۱	۷۰۱۶۹۰	
		۱	۷۰۱۷۱۸	
		۲	۷۰۱۷۱۶	

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

۲. بسته خدمت IVF

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. مرحله ارزیابی زوجین	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۳	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	آنالیز اسپرم	۲	۸۰۹۰۷۰ ۸۰۹۰۷۵	کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
	سونوگرافی خانم	۱	۷۰۱۶۹۰	
	سونوگرافی آقا	۱	۷۰۱۶۶۵	
	بررسی وضعیت سلامتی زوج	۱	۸۰۳۵۱۰	
		۱	۸۰۱۴۴۰	
		۱	۸۰۱۴۴۵	
		۱	۸۰۱۴۸۵	
		۱	۸۰۱۴۱۵	
		۱	۸۰۱۴۵۰	
آماده سازی زوج	سونوگرافی	۳	۷۰۱۶۹۰	
۲. مرحله انجام IVF	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۴	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ ناباروری) این ویزیت در طی سیکل درمان و پس از هر بار تجویز خدمات پاراکلینیک جهت مانیتورینگ و آماده سازی بیمار توسط پزشک معالج انجام خواهد شد
	IVF	۱	۵۰۲۰۶۷	برای انتقال کد جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
		۱	۵۰۲۰۵۹	این کد در صورتی که که پونکسیون و انتقال جنین به طور گلوبال توسط یک ارائه دهنده صورت گیرد، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
		۱	۵۰۲۰۶۰	این کد همزمان با کد ۵۰۲۰۵۹ قابل گزارش نمی‌باشد.
		۱	۵۰۲۰۶۲	این کد همزمان با کد ۵۰۲۰۵۹ قابل گزارش نمی‌باشد.
	این کدها در داخل کد ۵۰۲۰۶۷ لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمی‌باشند.	۳	۸۰۹۰۱۵	
		۱	۸۰۹۰۶۰	این کد همزمان با کد ۸۰۹۰۶۳ برای یک جنین قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۰۶۲	هچینگ جنین
		۱	۸۰۹۰۶۳	این کد همزمان با کد ۸۰۹۰۶۰ برای یک جنین قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۰۴۵	آماده سازی اسپرم با روش ساده-کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد. برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI همزمان با کد ۸۰۹۰۵۰ قابل گزارش است.
		۱	۸۰۹۰۵۰	برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI علاوه بر موارد پایه، یک بار دیگر این کد قابل گزارش است.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

	۱	۸۰۹۰۷۰	کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
		۸۰۹۰۷۵	
	۱	۸۰۹۱۵۰	
	۳	۸۰۹۱۶۵	
	۳	۸۰۹۱۷۰	
	۱	۸۰۹۰۲۰	
۳. پس از IVF	۳	۹۷۰۰۱۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
		۹۷۰۰۳۰	
		۹۷۰۰۳۵	
	۲	۷۰۱۶۹۰	تصویربرداری
		۷۰۱۷۱۸	
		۷۰۱۷۱۶	
	۲	۸۰۱۵۹۰	آزمایشگاه

۳. بسته خدمت ICSI

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. ارزیابی اولیه مرد	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۳	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	اسپرموگرام	۲	۸۰۴۴۰۵	
	چک وضعیت سلامتی بیمار	۱	۸۰۱۴۵۵	
	تصویر برداری	۱	۸۱۰۰۲۸	
		۱	۷۰۱۷۹۰	
۲. خدمات مرد ۳. ارزیابی اولیه زن	خدمت اصلی PESA / TESE / MICRO TESE	PESA	۵۰۱۲۰۵	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.
			۱۰۰۰۰۵	
			۸۰۹۰۲۵	
			۵۰۲۰۷۱	
		TESE	۸۰۹۰۵۵	کدهای ۸۰۹۰۵۵ با ۸۰۹۱۵۵ همزمان با هم قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشند.
			۸۰۹۱۵۵	
			۵۰۲۰۷۲	
		MICRO TESE	۸۰۹۱۵۵	
			۸۰۹۰۵۵	
			۸۰۹۰۴۰	
	اسپرم	۱		

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

		۱	۸۰۹۱۱۰	
		۱	۸۰۹۰۸۰	
		۱	۸۰۹۰۹۵	
		۱	۸۰۹۱۱۵	
		۱	۸۰۹۰۷۰	کدهای ۸۰۹۰۷۵ و ۸۰۹۰۷۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۴	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	بررسی وضعیت سلامتی زن	۱	۸۰۳۵۱۰	
		۱	۸۰۱۴۴۰	
		۱	۸۰۱۴۴۵	
		۱	۸۰۱۴۸۵	
		۱	۸۰۱۴۱۵	
		۱	۸۰۱۴۵۰	
	سونوگرافی	۱	۷۰۱۶۹۰	۴. آماده سازی زن
	سونوگرافی	۳	۷۰۱۶۹۰	
۵. خدمت اصلی	خدمت ICSI	۱	۵۰۲۰۶۶	برای یونکسیون یا انتقال کد جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
		۱	۵۰۲۰۵۹	این کد در صورتی که یونکسیون و انتقال جنین به طور گلوبال توسط یک ارائه دهنده صورت گیرد، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
		۱	۵۰۲۰۶۰	هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می‌گردد
		۱	۵۰۲۰۶۳	
	این کدها در داخل کد ۵۰۲۰۶۶ لحاظ شده و به طور جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشند.	۳	۸۰۹۰۱۵	
		۱	۸۰۹۰۶۰	
		۱	۸۰۹۰۶۳	این کد همزمان با کد ۸۰۹۰۶۰ در یک سیکل قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۰۶۲	
		۱	۸۰۹۰۴۵	کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۰۵۰	برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI همزمان با کد ۸۰۹۰۵۰ قابل گزارش است.
		۱	۸۰۹۰۷۵	برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI علاوه بر موارد پایه، یک بار دیگر این کد قابل گزارش است.
		۴	۸۰۹۱۹۶	
		۳	۸۰۹۱۷۰	
		۳	۸۰۹۱۶۵	
		۱	۸۰۹۰۲۰	
		۱	۸۰۹۱۵۰	
			۸۰۹۱۶۰	مطابق شرح کد به ازای هر تخمک گزارش گردد.
۶. پس از ICSI	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۳	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

	آزمایشگاه	۲	۸۰۱۵۹۰
	تصویر برداری	۲	۷۰۱۶۹۰
		۱	۷۰۱۷۱۸
		۲	۷۰۱۷۱۶
		۱	۸۰۹۰۳۰
۷. جنین	انجماد، ذخیره و ذوب جنین	۴	۸۰۹۰۳۵
		۵	تواتر ذکر شده مرتبط با تعداد نی‌های استفاده شده می‌باشد.
		۵	۸۰۹۱۰۵

۴. بسته خدمت FET

مراحل	خدمت	تواتر در یک سیکل درمانی	کد ملی	شرح کد	توضیحات
۱. ارزیابی اولیه	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۲	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	
	تصویربرداری	۱	۷۰۱۶۹۰		
۲. آماده سازی زوجه	تصویربرداری	۳	۷۰۱۶۹۰		
۳. خدمت اصلی	مجموعه خدمات آزمایشگاهی (شامل ذوب، کشت تخمک یا جنین، هچینگ جنین، آماده سازی جنین تا قبل از انتقال جنین)	۱	۵۰۲۰۶۳	برای انتقال کد ۵۰۲۰۶۳ به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.	
	خدمات زیر مجموعه کد ملی خدمت ۵۰۲۰۶۳	۵	۸۰۹۱۰۵	کدهای مذکور همزمان با کد ۵۰۲۰۶۳ قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشند.	
		۱	۸۰۹۰۶۰		
		۱	۸۰۹۰۶۲		
		۱	۸۰۹۰۲۰		
		۱	۸۰۹۰۶۳		
۴. بعد از انتقال	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۲	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	
	تصویربرداری	۱	۷۰۱۷۱۸		
		۲	۷۰۱۷۱۶		
	آزمایشگاه	۲	۸۰۱۵۹۰		

تبصره: کدهای مرتبط با شرح کد اصلی در همه بسته‌های خدمتی همزمان با کد اصلی قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۵. بسته خدمت غربالگری جنین برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

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

تبصره ۵: بسته خدمات غربالگری مادران مطابق جدول فوق بصورت جداگانه و براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت قابل گزارش و محاسبه بوده و تحت پوشش منابع این برنامه است.

۶. آزمایش‌های تشخیصی و ژنتیک برای مادران دارای سقط مکرر و RIF (شکست مکرر در لانه‌گزینی) براساس استانداردهای ابلاغی

کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)	کل	حرفه‌ای	فنی
۸۱۰۳۲۰	#	کارتوتایپ خون با حد تفکیک ۴۰۰ الی ۴۵۰	۱۸	۶	۱۲
۸۱۰۳۴۶	#	تشخیص سریع آنیوپلوئیدی های جنین	۲۵	۷	۱۸
۸۰۳۱۸۰	#	آزمایش لوپوس آنتی کوآگولانت	۱۰۳	۰.۱۸	۰.۸۵
۸۰۳۱۳۶	#	آزمایش تعیین آنتی کاردیولپین (IgM)	۰.۹۲	۰.۲۴	۰.۶۸
۸۰۳۱۳۵	#	آزمایش تعیین آنتی کاردیولپین (IgG)	۰.۹۲	۰.۲۴	۰.۶۸
۸۰۳۱۳۱	#	آزمایش تعیین آنتی فسفولیپید (IgM)	۱.۱۵	۰.۳	۰.۸۵
۸۰۳۱۳۰	#	آزمایش تعیین آنتی فسفولیپید (IgG)	۱.۱۵	۰.۳	۰.۸۵
۸۰۳۴۳۱	#*	آنتی بادی (Anti) Glycoprotein-۲-Beta IgG	۱.۳۱	۰.۳۶	۰.۹۵
۸۰۳۴۳۲	#*	آنتی بادی (Anti) Glycoprotein-۲-Beta IgM	۱.۳۱	۰.۳۶	۰.۹۵
۸۰۲۸۸۰	#	اندازه‌گیری کیفی یا نیمه کمتی ANA (Antibody Anti Nuclear) به روش ایمونوفلورسانس (همزمان با کد ۸۰۲۸۸۱ قابل گزارش نمی‌باشد)	۱.۴۵	۰.۴۵	۱
۸۰۲۸۸۱	#	اندازه‌گیری کیفی یا نیمه کمتی ANA به روش آلایزا (همزمان با کد ۸۰۲۸۸۰ قابل گزارش نمی‌باشد)	۱.۴۵	۰.۴۵	۱
۸۱۰۰۲۲	#*	بررسی پاتل پلی مورفسم‌های مرتبط با ترومبوفیلی شامل (بررسی فاکتور V، فاکتور II، MTHFR، C6۷۷T، MTRF، PAI-1 و ... تا سقف ده موتاسیون در یک پاتل)	۲۰	۷	۱۳
۸۰۲۲۴۶	#	اندازه‌گیری کمتی میزان فاکتور انعقادی II	۲.۴	۰.۵	۱.۹
۸۰۲۲۴۷	#	اندازه‌گیری کمتی میزان فاکتور انعقادی V	۲.۴	۰.۵	۱.۹
۸۰۲۲۳۵	#	آزمایش مصرف پروترومبین	۰.۲	۰.۰۴	۰.۱۶
۸۰۲۲۸۰	#	اندازه‌گیری کمتی پروتئین C	۴.۵	۱.۵	۳
۸۰۲۲۸۵	#	اندازه‌گیری کمتی پروتئین S	۴.۵	۱.۵	۳

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

۷. بسته خدمات فریز برای زوجین نابارور

۷-۱. بسته خدمات فریز اسپرم

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
ارزیابی اولیه مرد	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۳	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	آزمایشگاه	۲	۸۰۴۴۰۵	آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل به روش دستی بطور کامل دستگاه خودکار
		۲	۸۰۱۴۴۵	اندازه‌گیری کمتی (LH) Luteinizing hormone خون
		۲	۸۰۱۴۴۰	اندازه‌گیری کمتی (FSH) hormone stimulating Follicle سرم / پلاسما یا ادرار
		۲	۸۰۱۴۵۵	اندازه‌گیری کمتی تستوسترون Testosterone سرم / پلاسما
		۲	۸۱۰۰۲۸	بررسی حذف نواحی AZF در کروموزوم Y
		۲	۸۱۰۳۲۰	کاربوتایپ خون با حد تفکیک ۴۰۰ الی ۴۵۰
	تصویر برداری	۲	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
		۱	۷۰۱۷۹۰	سونوگرافی کالرداپلر کلیه‌ها یا بیضه‌ها
		۱	۷۰۱۶۶۵	سونوگرافی بیضه‌ها
خدمت اصلی	PESA		۵۰۱۲۰۵	بیوپسی سوزنی اپیدیدیم - رای 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.
			۱۰۰۰۰۵	آسپیراسیون سوزنی (FNA); بدون هدایت رادیولوژیک
			۸۰۹۰۲۵	تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم
			۵۰۲۰۷۱	استحصال اسپرم از بافت بیضه (TESE)
			۸۰۹۰۵۵	تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد) - تا دوبار
	TESE		۸۰۹۱۵۵	تشخیص و آماده سازی اسپرم حاصل از TESE یا Micro TESE
			۵۰۲۰۷۲	استحصال اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی (Micro TESE)
			۸۰۹۱۵۵	تشخیص و آماده سازی اسپرم
	MICRO TESE		۸۰۹۰۵۵	تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)
			۸۰۹۰۹۰	ذخیره سازی اسپرم به ازای هر شش ماه
			۸۰۹۰۴۰	انجماد اسپرم
	خدمت انجماد		۸۰۹۰۸۰	انجماد بافت بیضه
			۸۰۹۰۹۵	ذخیره سازی بافت تولید مثلی (بیضه و تخمدان) به ازای هر شش ماه

۷-۲. بسته خدمات فریز تخمک

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
آماده سازی زن	ویزیت متخصص / فلوشیپ	۲	۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۵	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
	آزمایشگاه	۱	۸۰۳۵۱۰	اندازه‌گیری کمتی AMH در صورت اندیکاسیون Mullerian Ab (Each Class Anti)
		۱	۸۰۱۴۴۰	اندازه‌گیری کمتی (FSH) hormone stimulating Follicle سرم / پلاسما یا ادرار
		۱	۸۰۱۴۴۵	اندازه‌گیری کمتی (LH) Luteinizing hormone خون
		۱	۸۰۱۴۸۵	اندازه‌گیری کمتی استرادیول (E2) سرم / پلاسما
		۳	۸۰۱۴۱۵	اندازه گیری کمتی Thyroid Stimulating Hormone (TSH) سرم / پلاسما
		۱	۸۰۱۴۵۰	اندازه‌گیری کمتی پرولاکتین Prolactin سرم / پلاسما
	سونوگرافی	۴	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال
خدمت اصلی	جداسازی	۱	۵۰۲۰۶۰	پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش (پانکچر)
		۳	۸۰۹۰۱۵	تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۵ تخمک

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

انجماد	۳	۸۰۹۱۷۰	پاکسازی سلول‌های گرانولوزا از تخمک به ازای هر ۴ تخمک (دنود کردن)
	۱	۸۰۹۰۳۰	انجماد جنین و تخمک به ازای اولین نی
	۵	۸۰۹۱۰۰	ذخیره‌سازی تخمک به ازای هر شش ماه
	۴	۸۰۹۰۳۵	به ازای هر نی اضافه
	۱	۸۰۹۰۶۰	کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت به ازای ۵ تخمک یا جنین

ماده ۱۳- بسته خدمات دارو و لوازم مصرفی

۱. فهرست لوازم مصرفی تحت پوشش دستورالعمل مطابق با استانداردهای ابلاغی

الف: ملاک قیمت ملزومات مصرفی پزشکی مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه براساس قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو و با تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.

ب) لوازم مصرفی که در اتاق عمل مشمول ۴۰٪ اتاق عمل می‌باشند، به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

IRC	ایندکس	شرح	واحد
	۱۷۰۳	کاور پروپ استریل	عدد
	۸۷۹	ماسک بیهوشی	عدد
	۴۲۶۸	پتری دیش	سی سی
	۳۲۹۱	میکروپیپت میکرواینجکشن/سوزن اینجکشن	عدد
		کیت ذوب	به ازای هر نی
		کیت فریز	به ازای هر نی
		گابلت	عدد
	۶۷۰۲	روغن مینرال	سی سی
	۴۲۶۴	کرایوبال - کرایوتاپ - کرایوکن	عدد
	۶۵۳	فیلتر سرسرنگی	عدد
	۶۷۰۲	انواع محیط‌های کشت جنین	سی سی
	۸۶۷۵	فیلتر mesh	عدد
	۳۲۹۳	IVF Syringe (سرنگ انتقال)	عدد
	۳۵۴۶	نی فریز اسپرم/جنین	عدد
	۳۲۸۷	کنتتر IUI	عدد
	۳۲۹۱	سوزن بیوپسی (PGD)	عدد
	۱۰۵۱	سوزن پانکچر دو کاناله	عدد
	۱۰۵۰	سوزن پانکچر تک کاناله	عدد
	۱۱۴۵	لوله ساکشن	عدد
	۳۲۹۱	سوزن اینجکت	عدد
	۹۹۶	گان جراحی	عدد
	۱۰۴۲	کنتتر انتقال جنین	عدد
	۹۸۸	کاور لاپاروسکوپی و دوربین	عدد
		نیدل هچینگ	عدد
		ظروف نمونه گیری اسپرم	عدد
		انواع دیش	عدد

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

IRC	ایندکس	شرح	واحد
		محلول فریز اسپرم	سی سی
		نیتروژن مایع	سی سی
		سرنگ انسولین	عدد
		یورین باتل	عدد
		دستکش استریل	عدد
		دستکش غیر استریل	عدد
		ماسک سه لایه بنددار	عدد
		گاز استریل	عدد
		انواع سرنگ	عدد
		سوزن دنودینگ	عدد
		سرسپالر	عدد
		لوله فالکن	عدد
		ازت مایع	سی سی
		اسپکولوم یک بار مصرف	عدد
		انواع آنژیوکت	عدد
		ست سرم	عدد

۲. فهرست داروهای قابل گزارش برای درمان ناباروری براساس استانداردهای ابلاغی

کد دارو	عنوان دارو
۵۲۹۱	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۲۵۰ ug
۶۷۸۳	GANIRELIX INJECTION PARENTERAL ۵۰۰ ug/۱mL ۰,۵MILLILITER
۰۰۸۰۴	MENO TROPINS INJECTION AMP ۷۵ in FSH + ۷۵ in LH
۵۰۰۹۶	GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL ۳,۶ mg
۵۰۰۹۷	GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL ۱۰,۸ mg
۰۰۱۸۵	BUSERELIN ACETATE INJECTION PARENTERAL ۱ mg/۱mL ۵,۵MILLILITER
۱۵۶۶۶	TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION PARENTERAL ۹۵,۶ ug
۰۱۲۶۶	PARENTERAL ۳,۷۵ TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE mg
۱۲۷۰	UROFOLLITROPIN INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SOLUTION INTRAMUSCULAR ۷۵ [iU]
۱۶۰۶۸	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL ۶۰۰ [iU]/۱mL ۱,۵MILLILITER
۱۶۱۸۰	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL ۶۰۰ [iU]/۱mL ۰,۷۵MILLILITER
۱۶۱۷۹	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL ۶۰۰ [iU]/۱mL ۰,۵MILLILITER)
۰۲۵۷۰	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL
۰۰۲۸۶	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۵۰۰۰ [iU]

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بیمه سلامت کشور			
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

کد دارو	عنوان دارو
۰۰۵۰۳	ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL ۱ mg
۰۰۵۰۴	ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL ۲ mg
۲۰۸۲	PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL ۴۰۰ mg
۲۵۳۴	PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL ۲۰۰ mg
۵۵۹۶	DYDROGESTERONE TABLET ORAL ۱۰ mg
۱۱۴۴۱	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL ۲۵۰ mg/۱mL ۲MILLILITER
۱۹۱۷	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL ۲۵۰ mg/۱mL ۱MILLILITER
۱۰۵۷	PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL ۲۵ mg/۱mL
۱۰۵۸	PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL ۵۰ mg/۱mL
۰۰۷۹۱	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTION, SUSPENSION PARENTERAL ۱۵۰ mg/۱mL ۱MILLILITER
۱۹۰۹۳	PROGESTERONE TABLET VAGINAL ۱۰۰ mg
۵۲۲۶۵	PROGESTERONE GEL VAGINAL ۸ % ۱,۱۲۵GRAM
۱۸۸۹۸	PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL ۲۰۰ mg
۱۸۸۹۷	PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL ۱۰۰ mg
۰۰۷۹۲	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLET ORAL ۵ mg
۰۰۶۲۴	HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۵۰۰۰ [iU]/۱mL ۱MILLILITER
۰۰۶۲۵	HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۱۰۰۰۰ [iU]/۱mL ۱MILLILITER
۱۷۷۲۵	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۱MILLILITER
۰۲۲۹۳	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۰,۸MILLILITER)
۰۲۲۹۲	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۰,۶MILLILITER
۰۲۰۴۳	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۰,۴MILLILITER
۰۲۲۹۴	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۰,۲MILLILITER)
۰۱۹۲۲	LETROZOLE TABLET ORAL ۲,۵ mg
۰۱۱۹۳	TAMOXIFEN TABLET ORAL ۱۰ mg
۰۲۴۶۵	TAMOXIFEN TABLET ORAL ۲۰ mg
۰۰۳۱۹	CLOMIPHENE CITRATE TABLET ORAL ۵۰ mg
۰۰۸۳۸	METHYLTESTOSTERONE TABLET ORAL ۲۵ mg
۱۲۰۱	TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL
۵۰۸۷۲	TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL ۲۵۰ mg/۱mL
۲۲۸۷	CABERGOLINE TABLET ORAL ۰,۵ mg
۲۳۷۴	CABERGOLINE TABLET ORAL ۱ mg
۰۰۰۲۷	ALBUMIN (HUMAN) INJECTION, SOLUTION PARENTERAL ۲۰ % ۵۰ MILLILITER
۵۲۹۱	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۲۵۰ ug
۰۰۲۸۴	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۱۵۰۰ [iU]
۱۱۴۰۵	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

کد دارو	عنوان دارو
۰۰۲۸۵	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۵۰۰ [iU]
۱۰۷۸۶	LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۷۵ [iU]
۵۰۳۴۵	FOLLITROPIN ALFA / LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL ۱۵۰ [iU]/۷۵ [iU]
۱۸۴۳۸	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL ۳,۷۵ mg
۲۲۴۲۲	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL ۷,۵ mg
۵۰۳۴۶	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL ۲۲,۵ mg
۵۰۵۴۱	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL ۴۵ mg
۰۰۳۵۲	CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL ۰,۶۲۵ mg
۰۰۳۵۴	CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL ۱,۲۵ mg
۰۰۳۵۳	CONJUGATED ESTROGENS CREAM VAGINAL ۰,۶۲۵ mg/۱g ۴۲,۵ GRAM
۵۰۶۹۵	ESTRADIOL HEMIHYDRATE / LEVONORGESTREL PATCH TRANSDERMAL ۱,۵ mg/۰,۵۲۵ mg/۱۵cm ^۲
۵۰۷۲۰	CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL ۳۰۰ ug/۱ml ۰,۵ml
۵۲۰۶۲	CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL ۲۰۰ ug/۱ml ۰,۵ml
۵۰۸۲۲	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL ۸۳۳ [iU]/۱mL ۰,۷۲MILLILITER
۵۰۸۲۳	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL ۸۳۳ [iU]/۱mL ۱,۰۸MILLILITER
۵۰۱۹۵	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL ۷۵ [iU]/۰,۵mL
۵۰۸۲۱	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL ۸۳۳ [iU]/۱mL ۰,۳۶MILLILITER
۱۷۷۷۳	IMMUNE GLOBULIN INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۵۰MILLILITER
۱۷۷۷۰	IMMUNE GLOBULIN INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۲۵MILLILITER
۱۷۷۷۲	IMMUNE GLOBULIN INJECTION PARENTERAL ۱۰۰ mg/۱mL ۱۰۰MILLILITER
۵۰۰۷۱	هورمون رشد
۵۰۴۲۳	هورمون رشد
۰۱۱۶۰	هورمون رشد
۰۳۰۰۵	قرص استرادیول واژینال/جیناتی Gynati ۱۰.mg
۲۲۶۶۶	آمپول MELITED-(شرایط در تبصره ۴)

تبصره ۱: کلیه داروهای فهرست فوق در صورتی که دارای استانداردهای ابلاغی باشند، مطابق با استاندارد مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشند.

تبصره ۲: داروهای فهرست فوق که مطابق استانداردهای ابلاغی در درمان ناباروری دارای اندیکاسیون نباشند، مطابق این دستورالعمل قابل محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۳: داروهای مصرفی در اتاق عمل برای خدمات درمان ناباروری که خارج از لیست مذکور بوده و در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر هستند، به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۴: داروی MELITED صرفاً در صورت تجویز توسط فوق تخصص غدد و برای افراد مشمول این دستورالعمل با BMI بالای ۳۰.

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

ماده ۱۴ - پیوست‌ها

پیوست یک: مراکز ناباروری مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری

مراکز مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری در سطح ۲ و ۳ مطابق با آخرین لیست اعلامی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

پیوست دو: لیست خدمات آماده سازی جهت دریافت خدمات درمان ناباروری

ردیف	کد ملی خدمت	شرح کد (Value)	توضیحات تکمیلی
۱	۱۰۰۰۰۵	آسپیراسیون سوزنی (FNA) بدون هدایت رادیولوژیک	
۲	۴۰۲۰۵۳	لاپاراسکوپي تشخیصی (عمل مستقل)	
۳	۴۰۲۰۵۴	Ovarian Drilling همراه با لاپاراسکوپي تشخیصی	
۴	۴۰۲۱۲۵	ترمیم فتق اینگوینال، اسلایدینگ	
۵	۵۰۰۱۸۰	اورترومی با درناژ یا بازکردن محل یا اورترومی برای قراردادن استنت دائمی، هر نوع (عمل مستقل)	
۶	۵۰۰۵۷۵	سیستواورتروسکوپي، با یا بدون شستشو و تخلیه لخته‌ها فراوان و با یا بدون کاتتریزاسیون حالب (عمل مستقل)	
۷	۵۰۰۵۹۱	سیستواورتروسکوپي، با اورترومی داخلی؛ مونث یا مذکر زیر دید مستقیم	
۸	۵۰۰۶۹۰	رژکسیون پروستات از داخل مجرا، مرحله اول (ناقص)، مرحله دوم از رزکسیون دو مرحله‌ای یا برداشت رشد مجدد بافت انسدادی، پیش از یکسال بعد از عمل یا برداشت تنگی گردن مثانه متعاقب این عمل (TURP ناقص)	
۹	۵۰۱۰۰۰	بررسی تومسانس شبانه آلت و یا تست ریجیدیته	
۱۰	۵۰۱۱۳۰	بیوپسی انسیزیونال بیضه (عمل مستقل)	
۱۱	۵۰۱۱۴۵	اورکیکتومی ناقص یا رادیکال برای تومور، از راه اینگوینال	
۱۲	۵۰۱۱۷۵	اورکیوپکسی از راه اینگوینال، بدون ترمیم فتق	
۱۳	۵۰۱۲۱۰	اکسپلوراسیون اپیدیدیم یا یا بدون بیوپسی یا اکسیزیون ضایعه موضعی اپیدیدیم	
۱۴	۵۰۱۲۱۵	اکسیزیون اسپرماتوسل یا یا بدون اپیدیدیمکتومی	
۱۵	۵۰۱۲۲۵	اپیدیدیموآزوستومی، آناسوموز اپیدیدیم به مجرای دفران	
۱۶	۵۰۱۲۷۵	واژونومی برای واژوگرام، وزیکولوگرام سمینال یا اپیدیدموگرام (هزینه رادیولوژی به صورت جداگانه محاسبه می‌گردد)	
۱۷	۵۰۱۲۸۰	واژوآزوستومی، واژوآزورافی؛ یک طرفه	
۱۸	۵۰۱۳۰۰	اکسیزیون واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرماتیک برای واریکوسل؛ یا از راه شکم بدون ترمیم فتق	
۱۹	۵۰۱۳۰۵	اکسیزیون واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرماتیک برای واریکوسل؛ از راه شکم با ترمیم فتق	
۲۰	۵۰۱۴۶۵	هایمنکتومی	
۲۱	۵۰۱۵۱۰	کولپوسنتر (عمل مستقل)	
۲۲	۵۰۱۵۵۰	برداشتن سپتوم واژن	
۲۳	۵۰۱۵۵۵	برداشتن کیست یا تومور واژن	
۲۴	۵۰۱۷۷۰	سرکلاژ گردن رحم، غیر مامایی	
۲۵	۵۰۱۷۹۵	دیلاتاسیون و کورتاژ، تشخیصی یا درمانی، غیر مامایی	
۲۶	۵۰۱۸۰۰	میومکتومی اکسیزیون تومور فیبروئید رحم، با هر تعداد میوم داخل جداری، با هر وزنی از راه شکم	

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

ردیف	کد ملی خدمت	شرح کد (Value)	توضیحات تکمیلی
۲۷	۵۰۱۸۰۵	میومکتومی، اکسیزیون تومور(های) فیبروئید رحم، یک تا چهار میوم داخل جدار، با هر وزنی با درآوردن میوم(های) سطحی؛ از راه واژن	
۲۸	۵۰۱۸۳۲	جراحی لاپاراسکوپی اندومتریوز پیشرفته (DIE) شامل آزاد سازی حالب، رحم، مثانه و تخمدانها و عصب ساکرال و کوتر تمام نقاط اندومتریوزی و آزاد سازی و برداشتن کیست اندومتریوزی یا بدون آزادسازی روده	
۲۹	۵۰۱۹۳۰	هیستروسکوپی تشخیصی (عمل مستقل)	
۳۰	۵۰۱۹۳۵	هیستروسکوپی جراحی با نمونه‌گیری از اندومتر و یا پولیپکتومی با یا بدون دیلاتاسیون و کوترناژ	
۳۱	۵۰۱۹۴۰	هیستروسکوپی با آزاد کردن چسبندگی‌های داخل رحمی	
۳۲	۵۰۱۹۴۵	هیستروسکوپی جراحی یا قطع یا درآوردن سپتوم داخل رحمی (به هر روش)	
۳۳	۵۰۱۹۵۰	هیستروسکوپی جراحی با درآوردن لیومیوما	
۳۴	۵۰۱۹۶۵	بستن یا انسداد لوله(های) فالوپ با استفاده از وسیله مخصوص (برای مثال نوار، گیره، حلقه فالوپ) از راه واژن یا سوپراپوبیک	برای موارد دارای اندیکاسیون هیدروسالپنکس
۳۵	۵۰۱۹۷۵	آزادسازی چسبندگیها (سالیژیولیز، اوواریولیز)	(برای اکسیزیون یا تخریب اندومتریوما به روش جراحی باز، به کد ۴۰۲۰۳۰ رجوع کنید)
۳۶	۵۰۱۹۸۰	توبوپلاستی برای مثال آناستوموز لوله به لوله یا کاشت لوله‌ها در جدار رحم	
۳۷	۵۰۱۹۹۰	فیمبروپلاستی	
۳۸	۵۰۲۰۰۰	درناژ کیست(های) تخمدان، یک یا دو طرفه(عمل مستقل)، از راه واژن یا شکم	
۳۹	۵۰۲۰۱۵	تغییر محل و موقعیت تخمدان(ها)	
۴۰	۵۰۲۰۲۰	بیوپسی تخمدان، یک یا دو طرفه (عمل مستقل)	
۴۱	۵۰۲۰۲۵	رزکسیون گوجه‌ای یا برش دو قطعه ای تخمدان، یک یا دو طرفه	
۴۲	۵۰۲۰۳۰	سیستکتومی تخمدان، یک یا دو طرفه	
۴۳	۵۰۲۰۳۵	اوفورکتومی ناقص یا کامل، یک یا دو طرفه	
۴۴	۵۰۲۱۴۵	سرکلاژ گردن رحم در طی حاملگی؛ از راه واژن و یا شکم (شیرودکا یا لش)	
۴۵	۵۰۲۰۶۵	انتقال گامت، زیگوت یا جنین به داخل لوله‌های رحمی با روش لاپاراسکوپی	توصینامه ۲۰۷۷۵/ت۶۳۹۳۶-ه مخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۸
۴۶	۵۰۲۰۶۹	انتقال جنین یا تخمک به داخل لوله رحم (ZIFT یا GIFT) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین شناسی و انتقال با لاپاراسکوپ	(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)
۴۷	۸۰۹۱۷۵	فعال سازی مصنوعی تخمک (Artificial Oocyte Activation) پس از تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم به ازای هر تخمک	
۴۸	۸۰۹۱۸۰	بلوغ آزمایشگاهی تخمک (In Vitro Maturation): رشد تخمک‌های نابالغ در شرایط آزمایشگاهی به ازای هر ۴ تخمک	

پیوست سه: لیست خدمات آزمایشگاهی مرتبط با دستورالعمل(برخی از خدمات)

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

کد ملی (Code)	شرح کد (Value)
۸۰۴۴۰۶	آزمایش تعیین شاخص شکست DNA اسپرم (Sperm DNA Fragmentation Index, SDFI)
۸۰۴۴۰۰	آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل به روش دستی
۸۰۴۴۰۵	آزمایش کامل مایع منی (Analysis Semen) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل دستگاه خودکار
۸۰۴۴۱۰	اندازه‌گیری فروکتوز مایع منی
۸۰۴۴۱۵	آزمایش بعد از مقاربت (PCT)
۸۰۹۰۸۰	انجماد بافت بیضه
۸۰۹۰۹۰	ذخیره‌سازی اسپرم به ازای هر شش ماه
۸۰۹۰۹۵	ذخیره‌سازی بافت تولید مثلی (بیضه و تخمدان) به ازای هر شش ماه
۸۰۹۱۰۰	ذخیره‌سازی تخمک به ازای هر شش ماه
۸۰۹۱۱۵	ذوب بافت بیضه و تخمدان
۸۰۹۱۲۵	ذوب تخمک
۸۰۹۱۳۰	انجماد بافت تخمدان
۸۰۹۱۴۰	بیوپسی میکروسکوپی گوچه قطبی تخمک یا بلاستومر جنین، به منظور تشخیص ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی، تا ۴ تخمک یا جنین
۸۰۹۱۴۱	به ازای هر تخمک یا جنین اضافه
۸۰۹۱۵۰	بیوپسی بلاستوسیت (تروفوکتودرم)
۸۰۹۱۵۵	تشخیص و آماده‌سازی اسپرم حاصل از TESE یا Micro TESE
۸۰۹۱۶۰	پروسه میکروانجکشن تخمک به ازای هر تخمک حاصل از TESE یا Micro TESE
۸۰۹۱۶۵	ارزیابی لقاح به ازای هر تخمک
۸۰۹۱۷۰	پاکسازی سلول‌های گرانولوزا از تخمک به ازای هر ۴ تخمک (دند کردن)
۸۰۹۱۷۵	فعال‌سازی مصنوعی تخمک (Artificial Oocyte Activation) پس از تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم به ازای هر تخمک
۸۰۹۱۸۰	بلوغ آزمایشگاهی تخمک (In Vitro Maturation)، رشد تخمک‌های نابالغ در شرایط آزمایشگاهی به ازای هر ۴ تخمک
۸۰۹۰۶۵	بررسی حرکت و موتیلیتی اسپرم در هیالورونیک اسید
۸۰۹۱۹۶	پروسه میکروانجکشن تخمک به ازای هر ۴ تخمک - به ازای هر ۱ تا ۴ تخمک اضافه، این کد یک بار دیگر قابل گزارش می‌باشد.
۸۰۹۱۱۰	ذوب اسپرم و یا مایع منی
۸۰۹۰۸۵	ذخیره‌سازی جنین به ازای هر نی به ازای هر شش ماه
۸۰۹۰۶۳	کشت تخمک یا جنین بیش از ۷۲ ساعت
۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE
۸۰۹۰۱۵	تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۵ تخمک
۸۰۹۰۲۵	تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم
۸۰۹۰۳۰	انجماد جنین و تخمک به ازای اولین نی
۸۰۹۰۳۵	به ازای هر نی اضافه
۸۰۹۰۴۰	انجماد اسپرم
۸۰۹۰۴۵	آماده‌سازی اسپرم با روش ساده
۸۰۹۰۵۰	آماده‌سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت)
۸۰۹۰۵۵	تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)
۸۰۹۰۶۰	کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت
۸۰۹۰۶۲	هچینگ جنین
۸۰۹۰۲۰	آماده‌سازی جنین برای انتقال یا هر روش (به ازای هر نی)
۸۰۹۱۰۵	ذوب جنین

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

پیوست چهار: لیست خدمات درمان ناباروری که توسط فارغ التحصیلان بیولوژی تولید مثل و جنین شناس در مراکز درمان ناباروری ارائه می‌گردند

ردیف	فهرست خدمات ناباروری قابل ارائه	کد ملی خدمت	کد بین‌المللی
۱	آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل دستگاه خودکار	۸۰۴۴۰۵	
۲	آزمایش بعد از مقاربت (PCT)	۸۰۴۴۱۵	۸۹۳۰۰
۳	آزمایش (Hypo Osmotic Swelling) (HOS)	۸۰۴۴۳۰	
۴	تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۵ تخمک	۸۰۹۰۱۵	۸۹۲۵۴
۵	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش (به ازای هر نی)	۸۰۹۰۲۰	۸۹۲۵۵
۶	تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم	۸۰۹۰۲۵	۸۹۲۵۷
۷	انجماد جنین و تخمک به ازای اولین نی	۸۰۹۰۳۰	۰۰۵۸۷
۸	به ازای هر نی اضافه	۸۰۹۰۳۵	
۹	انجماد اسپرم	۸۰۹۰۴۰	۲-۸۹۲۵۹
۱۰	آماده سازی اسپرم با روش ساده	۸۰۹۰۴۵	۸۹۲۶۰
۱۱	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت)	۸۰۹۰۵۰	۸۹۳۲۳
۱۲	تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)	۸۰۹۰۵۵	۸۹۲۶۴
۱۳	کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت	۸۰۹۰۶۰	۸۹۲۵۰
۱۴	هچینگ جنین	۸۰۹۰۶۲	۸۹۲۵۳
۱۵	کشت تخمک یا جنین بیش از ۷۲ ساعت	۸۰۹۰۶۳	
۱۶	بررسی حرکت و موتیلیتی اسپرم در هیالورونیک اسید	۸۰۹۰۶۵	
۱۷	آنالیز اسپرم با روش کروگی	۸۰۹۰۷۰	
۱۸	آنالیز اسپرم حاصل از RE	۸۰۹۰۷۵	
۱۹	انجماد بافت بیضه	۸۰۹۰۸۰	
۲۰	ذخیره سازی جنین به ازای هر نی به ازای هر شش ماه	۸۰۹۰۸۵	۸۹۳۴۲
۲۱	آزمایش تعیین شاخص شکست DNA اسپرم (Sperm DNA Fragmentation Index, SDFI)	۸۰۴۴۰۶	
۲۲	آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم به طور کامل به روش دستی	۸۰۴۴۰۰	

ردیف	فهرست خدمات ناباروری قابل ارائه	کد ملی خدمت
۲۳	ذخیره سازی اسپرم به ازای هر شش ماه	۸۰۹۰۹۰
۲۴	ذخیره سازی بافت تولید مثلی (بیضه و تخمدان) به ازای هر شش ماه	۸۰۹۰۹۵
۲۵	ذخیره سازی تخمک به ازای هر شش ماه	۸۰۹۱۰۰
۲۶	ذوب جنین	۸۰۹۱۰۵
۲۷	ذوب اسپرم و یا مایع منی	۸۰۹۱۱۰
۲۸	ذوب بافت بیضه و تخمدان	۸۰۹۱۱۵
۲۹	ذوب تخمک	۸۰۹۱۲۵
۳۰	انجماد بافت تخمدان	۸۰۹۱۳۰
۳۱	بیوپسی میکروسکوپی گویچه قطبی تخمک یا بلاستومر جنین، به منظور تشخیص ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی، تا ۴ تخمک یا جنین	۸۰۹۱۴۰
۳۲	به ازای هر تخمک یا جنین اضافه	۸۰۹۱۴۱

شماره جلسه: یکصد و دهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱	ساعت: ۹:۳۰ الی ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
موضوع جلسه: دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری (نسخه پنجم)			

۸۰۹۱۵۰	بیوپسی بلاستوسیت (تروفوآکتودرم)	۳۳
۸۰۹۱۵۵	تشخیص و آماده سازی اسپرم حاصل از TESE یا Micro TESE	۳۴
۸۰۹۱۶۰	پروسه میکرواینجکشن تخمک به ازای هر تخمک حاصل از TESE یا Micro TESE	۳۵
۸۰۹۱۶۵	ارزیابی لقاح به ازای هر تخمک	۳۶
۸۰۹۱۷۰	پاکسازی سلول‌های گرانولوزا از تخمک به ازای هر ۴ تخمک (دنود کردن)	۳۷
۸۰۹۱۷۵	فعال سازی مصنوعی تخمک (Artificial Oocyte Activation) پس از تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم به ازای هر تخمک	۳۸
۸۰۹۱۸۰	بلوغ آزمایشگاهی تخمک (In Vitro Maturation): رشد تخمک‌های نابالغ در شرایط آزمایشگاهی به ازای هر ۴ تخمک	۳۹
۸۰۹۱۹۶	پروسه میکرواینجکشن تخمک به ازای هر ۴ تخمک - به ازای هر ۱ تا ۴ تخمک اضافه، این کد یک بار دیگر قابل گزارش می‌باشد.	۴۰
ردیف	فهرست خدمات ناباروری قابل ارائه	کد ملی خدمت
۱	مجموعه اقدامات آزمایشگاهی (FET) شامل ذوب، کشت تخمک یا جنین، هچینگ جنین، آماده‌سازی جنین تا قبل از انتقال	۵۰۲۰۶۳
۲	مجموعه اقدامات آزمایشگاهی میکرواینجکشن (ICSI) شامل مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین	۵۰۲۰۶۶
۳	مجموعه اقدامات آزمایشگاهی لقاح آزمایشگاهی (IVF) شامل مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی	۵۰۲۰۶۷
۴	مجموعه اقدامات آزمایشگاهی لقاح داخل رحمی (IUI) شامل نمونه‌گیری اسپرم، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح	۵۰۲۰۶۸
۵	مجموعه اقدامات آزمایشگاهی انتقال جنین یا تخمک به داخل لوله رحم (ZIFT یا GIFT) شامل، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی	۵۰۲۰۶۹