

دستورالعمل حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج، پیوند اعضا، پیوند متراستخوان و

بیماری‌های غیرواگیر (سرطان، بیماری‌های قلبی - عروقی و بیماری‌های روانی مزمن)

در مراکز و بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سال ۱۳۹۹

فهرست

مقدمه

ماده ۱: تعاریف واژگان کلیدی

ماده ۲: هدف کلی

ماده ۳: اهداف اختصاصی

ماده ۴: جمعیت مشمول دستورالعمل

ماده ۵: شمول خدمات

ماده ۶: نحوه حمایت مالی و محاسبه هزینه ها

ماده ۷: نحوه پرداخت اعتبارات

ماده ۸: بسته های مورد حمایت

ماده ۹: تنظیم صورت حساب

ماده ۱۰: نظارت

ماده ۱۱: آدرس سامانه ها

این دستورالعمل در برگیرندهی ضوابط و مقررات مربوط به نحوه حمایت از بیماران مبتلا به بیماری های خاص و صعب العلاج، پیوند اعضا، پیوند مغز استخوان و بیماری های غیرواگیر (سرطان ، بیماری های قلبی - عروقی و بیماریهای روانی مزمن) در مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در چارچوب مجموعه برنامه های اجرای طرح تحول سلامت و قانون بودجه سنواتی سال ۱۳۹۹ تدوین و ابلاغ می شود و از تاریخ ابلاغ لازم الاجراست.

ماده ۱: تعاریف واژگان کلیدی

- ۱-۱ وزارت: وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی دولت جمهوری اسلامی ایران
- ۲-۱ معاونت درمان: معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳-۱ بیماریهای خاص: بیماریهای خاص مورد حمایت این بسته شامل: تالاسمی، ام اس، هموفیلی، دیالیز خونی و صفاقی
- ۴-۱ بیماریهای صعب العلاج: متابولیک، بال پروانه ای، اوتیسم، SMA، CF
- ۵-۱ پیوند اعضا: پیوند کلیه - کبد - قلب - ریه - روده - پانکراس
- ۶-۱ پیوند مغز استخوان
- ۷-۱ بیماری های غیرواگیر:
 - ✓ سرطان: سرطان های Solid Tumor، خون و دستگاه خون ساز
 - ✓ بیماری های قلبی - عروقی: پرفشاری شریان ریوی اولیه و سکتة های مغزی
 - ✓ بیماری های روانی مزمن
- ۸-۱ خدمت مورد حمایت: کلیه خدمات سرپایی و بستری مورد اشاره در دستورالعمل
- ۹-۱ بیمه های اصلی پایه: بیمه تامین اجتماعی - بیمه سلامت ایرانیان - نیروهای مسلح
- ۱۰-۱ ردیف های حمایتی بیماران خاص و صعب العلاج: به مبالغ اختصاص داده شده از منابع حمایتی در نظر گرفته شده برای حمایت مالی از بیماران در بخش دولتی گفته می شود.

ماده ۲: هدف کلی

حفاظت مالی بیماران گروه هدف در برابر هزینه‌های تشخیصی، درمانی، دارویی و توانبخشی

ماده ۳: اهداف اختصاصی

- ۱-۳ پوشش حداکثری سهم بیمار برای خدمات تایید شده در دستور العمل
- ۲-۳ تجمیع و تحلیل خدمات ارائه شده به بیماران در قالب سامانه های ثبت عملکرد
- ۳-۳ نظارت حداکثری بر خدمات انجام شده
- ۴-۳ استقرار و نهادینه کردن پروتکل‌ها و راهنماهای مصوب برای مدیریت بیماری های موضوع این دستورالعمل

ماده ۴: جمعیت مشمول دستورالعمل

تمامی بیماران ایرانی دارای بیمه پایه (۳ بیمه اصلی) که مبتلا به بیماری های خاص، صعب‌العلاج، پیوند اعضا، پیوند مغز استخوان و بیماری های غیرواگیر منطبق بر مفاد این دستورالعمل مشمول این برنامه هستند.

ماده ۵: شمول خدمات

این دستورالعمل شامل خدمات سرپایی، خدمات بستری و بستری موقت در هر کدام از بیماری‌ها مطابق با دستورالعمل های ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت بوده که به تفکیک در صورت وجود استثنائات توضیح داده خواهد شد.

تبصره ۱: این بیماران در صورت دارا بودن بیمه تکمیلی مشمول برنامه حمایتی این دستورالعمل نمی باشند (به استثنای مستمری بگیران و بازنشسته های تحت پوشش بیمه آتیه سازان).

تبصره ۲: بیماران گروه های هدف در صورت راه اندازی سامانه استحقاق سنجی، چنانچه در دهک های درآمدی ۸، ۹ و ۱۰ قرار گیرند، مشمول تخفیفات این بسته حمایتی نخواهند بود.

تبصره ۳: چنانچه بیماران گروه های هدف به خدماتی غیر از خدمات اشاره شده در بسته های حمایتی نیاز داشته باشند، سهم پرداختی آنها مانند سایر بیماران بوده و تعهدی برای معاونت درمان ایجاد نخواهد کرد.

ماده ۶: نحوه حمایت مالی و محاسبه هزینه ها

حمایت مالی این دسته از خدمات از ۴ منبع ، تأمین مالی می شوند:

- ✓ بیمه پایه (از محل اعتبارات صندوق خدمات پایه و ردیف حمایتی بر اساس دستورالعمل بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر)
- ✓ ردیف های حمایتی معاونت
- ✓ بیمه تکمیلی
- ✓ بیمار

نحوه محاسبه هزینه خدمات :

- ✓ مرکز درمانی موظف است هزینه خدمات (اعم از سرپایی و بستری) این گروه از بیماران را بر اساس سقف تعهدات بیمه پایه و مطابق با دستورالعمل های ابلاغی معاونت درمان ، کتاب ارزش نسبی و دستورالعمل های مربوطه محاسبه نماید.
- ✓ در خدمات مشمول پوشش سازمانهای بیمه گر پایه، سقف حمایت این بسته شامل فراشیز بیمار بوده و در خدمات فاقد پوشش بیمه ای ، میزان حمایت براساس درصدهای مندرج در هر بسته خدمتی (موضوع ماده ۸ این دستورالعمل) می باشد .
- ✓ این دستورالعمل مجزا از برنامه حمایت از بیماران نیازمند می باشد.
- ✓ این دستورالعمل ناقض حمایتهای بیمه پایه ، بیمه تکمیلی این بیماران نمی باشد.
- ✓ اتباع بیگانه که در گروه جمعیت مشمول این دستورالعمل (موضوع ماده ۴) و فاقد کارت یا ویزای قانونی هستند (اقامت غیر مجاز) ، مشمول این دستورالعمل نبوده لیکن اتباع بیگانه که از اقامت مجاز و قانونی برخوردار می باشند و تحت پوشش سازمان بیمه سلامت هستند از حمایت های این بسته برخوردار می باشند .
- ✓ ایرانیان فاقد شناسنامه با مراجعه به نیروی انتظامی یا مراجع ذیربط، پس از اعلام هویت می توانند جهت پوشش بیمه ای و استفاده از مزایای این بسته اقدام نمایند.
- ✓ درخصوص بسته حمایتی پیوند ، این دستورالعمل شامل بیمارانیست که در سامانه انتظار پیوند ثبت نام نموده اند و وضعیت آنها از حالت انتظار به پیوند تغییر یافته است.

ماده ۷: نحوه پرداخت اعتبارات

- ✓ مراکز درمانی موظف به ثبت اطلاعات در سامانه medicare ، سپاس ، سامانه ثبت سرطان و یا سایر سامانه های اعلامی معاونت درمان مطابق با راهنمای ثبت خدمات می باشند.
- ✓ **تبصره مهم:** با توجه به برنامه این معاونت مبنی بر اخذ گزارشات ثبت عملکرد به صورت متمرکز از سامانه سپاس که تا پایان سال جاری برنامه ریزی شده است ، به منظور جلوگیری از ضرر و زیان مراکز ارائه دهنده خدمت (اعم از سرپایی ، بستری و بستری موقت) علی الخصوص مراکز غیر دانشگاهی طرف قرارداد ، معاونت درمان دانشگاه تمهیداتی اتخاذ نماید تا مراکز مذکور اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده را همزمان به سامانه سپاس نیز ارسال نمایند . بدیهی است مقدماتی نظیر اخذ گواهی تبادل اطلاعات و سایر الزامات اتصال به سپاس ضروری می باشد . در همین راستا حذف اطلاعات ثبت عملکرد از سامانه medicare و سایر سامانه ها در دوره زمانی مذکور به موازات صورت خواهد گرفت .
- ✓ پرداخت به بیمارستان ها منوط به تکمیل اطلاعات مندرج در سامانه های تخصصی ادارات مرتبط می باشد .
- ✓ پرداخت اعتبارات به دانشگاه های علوم پزشکی منوط به تأیید عملکرد توسط ادارات مرتبط در ستاد معاونت درمان می باشد .
- ✓ دانشگاه ، اعتبارات مذکور را طبق فهرست اعلام شده از سوی معاونت درمان به حساب بیمارستان های مربوطه واریز خواهد کرد . مدیریت هزینه ها به عهده رئیس بیمارستان خواهد بود .
- ✓ اعتبار تخصیص داده شده به معاونت درمان دانشگاه مبتنی بر دستورالعمل داده پیام خدمات سلامت در نظر گرفته شده است و معاونت درمان دانشگاه موظف است اعتبار موصوف را به مراکز مورد نظر اعم از داروخانه ها ، مراکز توانبخشی و ... که از آنها خرید خدمت نموده است براساس عملکرد ثبتی در سامانه های فوق الذکر تخصیص دهد .
- ✓ بیمارستانها و مراکز درمانی آرایه دهنده خدمات موضوع این دستورالعمل، صرفاً مجاز به هزینه کرد اعتبارات مربوطه در قالب این دستورالعمل می باشند .
- ✓ عدم رعایت ضوابط خرید دارو ، تجهیزات مصرفی و قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو تخلف محسوب شده و در نتایج پایش و تبعاً تخصیص اعتبارات موثر خواهد بود .
- ✓ ثبت ناقص و نادرست اطلاعات در سامانه های ثبت عملکرد ، منجر به عدم تخصیص منابع تا زمان اصلاح در مهلت معین خواهد شد . بدیهی است پس از اتمام این مهلت ، تأمین خسارت وارده به عهده مسئولین مراکز ارائه دهنده خدمت و معاونت درمان دانشگاه خواهد بود .

ماده ۸: بسته های مورد حمایت دستورالعمل

۱- بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	DEFEROXAMIN FOR INJ 500 Mg DEFERIPRONE TAB F.C.Tab 500 Mg DEFERASIROX TAB 500,250,125 Mg DEFERASIROX F.c. Tab 90,180,360 Mg HYDROXY UREA Tab 500 Mg	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	هزینه داروی دفروکسامین با شرط بیمار خاص و تشکیل پرونده پرداخت خواهد شد. مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	فیلتر خون (۱ واحدی و ۲ واحدی)		۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
لوازم	پمپ تزریق دسفرال		۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	لوازم مصرفی دفروکسامین (اسکالپ وین-سرنگ-چسب-پنبه-الکل)	۱۲	۱۰۰	۰	۰	به ازای هر ویال دفروکسامین ، ۲ ویال آب مقطر باحذف فرانشیز داده می شود . مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
ویزیت / مشاوره	روتین	توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی/داخلی /اطفال	۱۸	۷۰	۳۰	
	تخصصی	فوق تخصص خون	۱۸	۷۰	۳۰	
		فوق تخصص گوارش - متخصص جراحی -روانپزشک	۱	۷۰	۳۰	
		فوق تخصص غدد- متخصص زنان -متخصص قلب	۲	۷۰	۳۰	
		متخصص طب اورژانس		۷۰	۳۰	بر حسب نیاز
		مشاوره روانشناسی	۴	۰	۱۰۰	
		مشاوره تغذیه	۲	۰	۱۰۰	
		شنوایی سنجی - بینایی سنجی				
تصویربرداری	اکوکاردیوگرافی - رادیولوژی-سونوگرافی	۱	۷۰	۳۰		
	الاستوگرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	۱	۰	۱۰۰	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هپاتیت سی ، یک بار درسال	

MRI-T2*	۲	۰	۰	۱۰۰	تا زمان تعیین تعرفه و پوشش خدمت از سوی سازمان های بیمه گر
سنجش تراکم استخوان (Bone Densitometry)	۱	۷۰	۰	۳۰	Bone Densitometry هر دو سال یک بار توسط بیمه پرداخت می شود
CBC	۴۸	۷۰	۰	۳۰	
گلوکز -اوره -کراتینین	۲	۷۰	۰	۳۰	
اسیداوریک - استرادیول - TSH PTH- T4- LH- FSH- DHEA-P - GTT - تری گلیسیرید - کلسترول	۱	۷۰	۰	۳۰	
آلکالین فسفاتاز - U/A - کلسیم - فسفر - AST/SGOT- ALT/SGPT - LDH-T,D.bili - آزمایش فریتین	۳	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش تامین خون سازگار Kell و سایر زیرگروه های فرعی خون (پنل)	۲۴	۷۰	۰	۳۰	در صورت نیاز جهت بیماران در هر نوبت تزریق خون مشمول حذف فرانشیز می باشد
آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنینی در زوج های تالاسمی مینور که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاه های ژنتیک معرفی شده باشند. تعیین نوع موتاسیون مرحله اول تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله دوم نمونه برداری از جنین	۱	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمان های بیمه گر
آزمایشات Anti HIV , HBs Ag , Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هیپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی pcr همراه با تفسیر	۲	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمان های بیمه گر
خدمات دندانپزشکی					
فیزیوتراپی	۲۰	۷۰	۰	۳۰	رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی
خدمات توانبخشی					
تزریق دسفرال حین تزریق خون		۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمان های بیمه گر
تزریق خون		۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمان های بیمه گر
فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای (ارگان های محل تجمع آهن - طحال، کبد، کیسه صفرا، قلب، شکستگی در استخوان)	بر حسب مورد	۹۰	-	۱۰	تا سقف ۲۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای (ارگانهای محل تجمع آهن-طحال، کبد، کیسه صفرا، قلب، شکستگی در استخوان) مشمول حذف فرانشیز تا سقف ۲۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد .

تبصره ۴: آزمایشات آمادگی بیماران تالاسمی نیازمند پیوند مغزاستخوان براساس بسته حمایتی پیوند مغزاستخوان قابل پرداخت می باشد .

۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	Factor VII Factor VIII Factor VIII.Vonwillebrand Factor IX Factor XIII PCC FEIBA Fibrinogen Desmopressin	طبق دستور پزشک	۱۰۰	-	-	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	اندام مصنوعی	۱	۷۰	-	۳۰	
	چسب فیبرینی	۱	۰	-	۱۰۰	
	بندآورنده موضعی	۱۰	۷۰	-	۳۰	
	پورت وریدی	۱	۷۰	-	۳۰	
	سوزن نمونه برداری برای انجام CVS یا آمنیوسنتز	۱	۰	-	۱۰۰	
	ملزومات مصرفی تزریق فاکتورهای انعقادی در منزل (سرنگ-سوزن پورت-آب مقطر-الکل-پنبه-گازاستریل-چسب-دستکش استریل-بتادین)	ماهانه	۰	۰	-	۱۰۰
ویزیت	عمومی/داخلی/طفال	۲۴	۷۰	-	۳۰	
	متخصص طب اورژانس		۷۰	-	۳۰	حسب نیاز
	فوق تخصص خون	۱۲	۷۰	-	۳۰	
	فوق تخصص گوارش - متخصص توانبخشی	۲	۷۰	-	۳۰	
	متخصص عفونی - متخصص ژنتیک	۱	۷۰	-	۳۰	

	متخصص ارتوپدی - متخصص زنان - روانپزشک	۴	۷۰	-	۳۰
	مشاوره روانشناسی	۴	۰	۰	۱۰۰
تصویر برداری	رادیوگرافی هر مفصل	۲	۷۰	-	۳۰
	سونوگرافی هر مفصل - CT scan هر مفصل - MRI هر مفصل اندام فوقانی با و بدون تزریق - bonedensitometry	۱	۷۰	-	۳۰
	الاستو گرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	۱	۰	۰	۱۰۰
	PTT Mixed-PTT	۱	۷۰	-	۳۰
آزمایشات	CBC	۴	۷۰	-	۳۰
	AST- ALT- فسفاتاز- T و D.bili	۲	۷۰	-	۳۰
	تعیین نوع موئاسیون مرحله اول - تعیین جنسیت مرحله دوم - تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله سوم - نمونه برداری از جنین		۱۰۰	-	۰
	Anti HIV Anti HBS HBS Ag Anti HCV		۱۰۰	-	۰
	تعیین سطح مهارکننده فاکتورهای ۸ و ۹ تعیین سطح سایر فاکتورهای انعقادی		۱۰۰	-	۰
	تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C - انجام آزمایش کمی و کیفی HCV-PCR	۱	۱۰۰	-	۰
	فیزیوتراپی	۳۰	۷۰	-	۳۰
	کاردرمانی	۳۰	۰	-	۱۰۰
خدمات دندانپزشکی	رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی				
توانبخشی	با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۳۰ جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید .	۳۰	۰	-	۱۰۰

تزریق فاکتور		۱۰۰	-	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
تزریق خون		۱۰۰	-	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
تزریق کرایو-FFP		۱۰۰	-	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
تزریق پلاکت		۱۰۰	-	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
پلازما فرزیس درمانی برای هر ۵۰۰ سی سی		۹۰	-	۱۰
اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای هموفیلی (مانند سینوکتومی، تزریق ریفامپین، درمان داخل مفصلی با رادیو داروها از قبیل فسفر یا ایتریوم رادیواکتیو، تعویض مفصل، تعبیه پور توکت)	بر حسب مورد	۹۰	-	تا سقف ۲۰ میلیون ریال در سال م شروط بر ارائه م مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.
اشعه دادن فرآورده های پلاکتی	۱۲	۹۰	-	در بیماران نیازمند پلاکت حسب نظر پزشک معالج

سایر خدمات

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: توضیحات ملزومات:

- اندام مصنوعی، اورتز، پروتز، عصا، ویلچر و ابزارهای حرکتی، گچ گیری، اسپیلنت ها تا سقف مورد تعهد پس از کسر سهم سازمان بیمه گر
- بندآورنده موضعی تولید داخل، مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشند.
- هزینه پورت ورید مرکزی جهت درمان های اختصاصی از قبیل مهار ایمنی و پروفیلاکسی
- هزینه سوزن نمونه برداری از جفت جهت تشخیص پیش از تولد مشمول حذف فرانشیز می باشد.
- ملزومات مصرفی پورت ماهانه:

- برای پروفیلاکسی یکبار در هفته: ۲۰۰ هزار تومان
- برای پروفیلاکسی دو بار در هفته: ۳۰۰ هزار تومان
- برای پروفیلاکسی سه بار در هفته: ۴۰۰ هزار تومان
- برای ITI: ۵۰۰ هزار تومان ماهانه

تبصره ۴: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با بیماری مربوطه مشمول حذف فرانشیز تا سقف ۲۰ میلیون ریال می باشد.

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	Interferon b 1b for inj 30mcg (برند خارجی)	۱۸۲	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه‌گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد
		۱۸۲	۹۵	-	۵	برندهای ایرانی
	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi (برند خارجی)	۱۵۶	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه‌گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد
		۱۵۶	۹۵	-	۵	برندهای ایرانی
	Interferon b 1a for inj 8 million u/1mi (برند خارجی)	۵۲	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه‌گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد
		۵۲	۹۵	-	۵	برندهای ایرانی
	Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml (برندهای ایرانی)	۱۵۶	۹۰	-	۱۰	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد

<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p> <p>تبصره : درمورد داروی فینگولیمود تایید کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی مورد نیاز می باشد.</p>	۵	–	۹۵	۳۶۵	Fingolimod tab –cap (برندهای ایرانی)	
	۰	۱۰	۹۰	۱۰	Methyl prednisolon for inj 500 mg	
	۰	۱۰	۹۰	۱۳	Natalizomab Amp	
<p>براساس دستورالعمل بیمه پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد .</p>	۱۰	۰	۹۰	۵	Rituximab Vial 100 mg, 500 mg	
<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p> <p>– در شروع درمان فقط در سال اول ۲۰روز با دوز روزانه ۲ عدد</p>	۳۰	۰	۷۰	۲۰روز	Dimethyl fumarate,120mg (برندهای ایرانی)	
<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p> <p>– در سال اول ۳۶۵روز با دوز روزانه ۲ عدد</p>	۳۰	۰	۷۰	۳۶۵روز	Dimethyl fumarate, 240mg(برندهای ایرانی)	
<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p>	۳۰	۰	۷۰	۳۶۵	Teriflunamide (برندهای ایرانی)	
	۳۰	۰	۷۰	۱	متخصص ارولوژی – متخصص داخلی / قلب	ویزیت / مشاوره
	۳۰	۰	۷۰	۱	زنان و زایمان – عفونی – خون – گوارش	
	۳۰	۰	۷۰	۲	متخصص چشم – تغذیه	

		۳۰	۰	۷۰	۱۲	نورولوژیست
		۳۰	۰	۷۰	۴	روانپزشک - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - اورتوپدی
تصویر برداری	MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب	۳۰	۰	۷۰	۲	
	MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب	۳۰	۰	۷۰	۲	
آزمایش	AST-ALT-CBC	۳۰	۰	۷۰	۴	
	تعیین سطح VitD	۱۰۰	۰	۰	۱	تبصره: با توجه به عدم پوشش بیمه ای آزمایش تعیین سطح ویتامین D تا سقف یک بار در سال به صورت رایگان جهت بیماران ام اس انجام می شود.
توانبخشی	فیزیوتراپی	۳۰	۰	۷۰	۱۲۰	
	کاردرمانی	۱۰۰	۰	۰	۹۰	
	گفتاردرمانی	۱۰۰	۰	۰	۴۰	با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات، معاونت درمان وزارت متبوع هزینه خدمات موصوف را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید.
	مشاوره روانشناسی	۱۰۰	۰	۰	۳۰	
	ارتوپدی فنی	۱۰۰	۰	۰	۴	
بینایی سنجی		۳۰	۰	۷۰	۲	
سایر خدمات	پلازما فرزیس	۱۰	۰	۹۰	۱	
	ست پلازما فرزیس	۱۰۰	۰	۰	۱	
	انفوزیون درمانی ریتوکسی مب	۱۰	۰	۹۰	۲	تزریق هر ۶ ماه یک بار صورت می گیرد
دندانپزشکی	رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی					

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: حمایت فرانشیز سهم بیمار در خصوص داروهای تولید داخل که در جدول فوق اشاره شده است تنها بر اساس قیمت پایه محاسبه می گردد و چنانچه از یک ملکول، قیمت های متفاوتی در بازار موجود باشد مابه التفاوت دارو تا قیمت پایه توسط بیمار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۴: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با بیماری مربوطه مشمول حذف فرانشیز تا سقف بیست میلیون ریال می باشد.

۴- بسته حمایتی بیماران مبتلا به همودیالیز

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	۱- Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز) ۲- Sevelamer ۳- Iron sucrose	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	Cinacalcet	طبق دستور پزشک	۹۰	۰	۱۰	فقط در صورت عرضه در داروخانه های طرف قرارداد با دانشگاه
ملزومات	ست کامل دیالیز (۵ قلم)	-	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	کاتترهای ساب کلاوین دائم	-	۱۰۰	۰	۰	
	کاتترهای ساب کلاوین موقت	-	۱۰۰	۰	۰	
	گرافت های عروقی	-	۱۰۰	۰	۰	
ویزیت تخصصی	ویزیت غدد- ویزیت قلب- ویزیت روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۳	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	پتاسیم-فسفر-کلسیم-FBS	۱۲	۷۰	۰	۳۰	انجام آزمایش FBS تنها برای بیماران دیابتی می باشد
	CBC	۱۲	۱۰۰	۰	۰	CBC در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
	BUN	۲۴	۱۰۰	۰	۰	این آزمایش در دو نوبت قبل و بعد از دیالیز بصورت ماهانه انجام و در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
	کراتی نین	۴	۱۰۰	۰	۰	کراتی نین در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
	سدیم-آلکالین فسفاتاز-البومین سرم-کلسترول-تری گلیسرید-بیکربنات سرم-آهن سرم-TIBC- فریتین-PTH-	۴	۷۰	۰	۳۰	
	HBS Ag- AST-ALT	۲	۷۰	۰	۳۰	

	۳۰	۰	۷۰	۱	HCVAb-HBSAb - سطح سرمی ویتامین D	
اکو قلب فقط هر سه سال یکبار برای بیماران قابل تعهد می باشد	۳۰	۰	۷۰	۱	اکو قلب هر سه سال یک بار - داپلر عروق مرتبط - نوار قلب رادیولوژی ساده قفسه سینه - سونوگرافی شکم	تصویبررداری
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر	۰	۰	۱۰۰	تا ۱۵۶ نوبت	همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه	سایر خدمات
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر	۰	۰	۱۰۰	۶	همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه	
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر	۰	۰	۱۰۰		کارگذاری کاتترهای دائم (پرمیکت) - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت بدون بیهوشی - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت با بیهوشی - تعبیه فیستول شریانی وریدی	
	۱۰	۰	۹۰		کارگذاری گرافت عروقی	
هزینه های مربوط به دوره درمان ۳ الی ۶ ماه (بسته به شرایط پاسخگویی بیمار) شامل فرانشیز آزمایشات ، رادیولوژی و دارو در تعهد می باشد (رجوع به تبصره ۴ ذیل جدول)	۳۰	۰	۷۰		درمان بیماران مبتلا به هیپاتیت C براساس پروتکل ابلاغی معاونت درمان	درمان هیپاتیت C
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						دندانپزشکی

- تبصره ۱:** کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند (این تبصره شامل خدمت دیالیز نمی شود) .
- تبصره ۲:** در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و با تعرفه توافقی اقدام نماید(این تبصره شامل خدمت دیالیز نمی شود) .
- تبصره ۳:** فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای (تعبیه گرافت - ادم ریه ناشی از افزایش بار مایع....) مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۵ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.
- تبصره ۴:** بسته درمان هیپاتیت C در بیماران متعاقباً اعلام خواهد شد .

۵- بسته حمایتی بیماران مبتلا به دیالیز صفاقی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	اریتروپوئیتین	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	IRON SUCROSE و سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی Sevelamer					
ملزومات	محلول دیالیز صفاقی	۱۴۴۰	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی (بسته های بهداشتی)	۱۲	۰	۰	۰	توسط شرکت تولیدکننده محلول تأمین می شود
	کاتتر دیالیز صفاقی مزمن	حسب نیاز	۰	۰	۰	در گلوبال تعبیه کاتتر دیالیز صفاقی مزمن پیش بینی شده و به صورت جداگانه محاسبه نمی شود .
ویزیت	غدد- قلب- روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایشات	CBC - سدیم - پتاسیم - کلسیم - فسفر- BUN - کراتی نین - Alb	۱۲	۷۰	۰	۳۰	
	PTH	۱۲	۷۰	۰	۳۰	در صورت هایپرپاراتیروئیدی و مصرف سیناکلست
	FBS - آلکالن فسفاتاز-تری گلیسرید- کلسترول- HDL-LDL AST- ALT- Bil Total & Direct- آهن سرم - فریتین- TIBC- CRP اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین	۶	۷۰	۰	۳۰	در صورت عدم وجود هایپرپاراتیروئیدی
	اندازه گیری ادرار ۲۴ساعته (حجم ادرار ، اوره و کراتی نین)	۳	۷۰	۰	۳۰	
	HCVAb - HIVAb - HBSAb - HBSAg سطح سرمی ویتامین D	۲	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	-اکوقلب -رادپولوژی ساده قفسه سینه	برحسب نیاز	۷۰	۰	۳۰	هرکدام تا یک مورد

					-رادیولوژی ساده شکم -سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست -سونوگرافی شکم
	۳۰	۰	۷۰	بر حسب نیاز	نوار قلب
به صورت گلوبال به میزان K۱۵۰ توسط سازمانهای بیمه گر و مطابق با دستورالعمل بیماران خاص تعهد می شود. در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد قابل تعهد توسط سازمان بیمه گر پایه میباشد	۰	۰	۱۰۰	بر حسب نیاز	کاتتر گذاری
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر	۰	۰	۱۰۰	۱۲	آموزش و مدیریت بیمار توسط نفرولوژیست
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی					دندان پزشکی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۵ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۶- بسته حمایتی بیماران متابولیک (موکوپولی ساکاریدوز)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	توضیحات
دارو	داروی ویمیزیم برای آن عده از بیماران که توسط کمیته علمی مدیریت بیماریهای متابولیک و یا مراکز قطب درمانی منتخب، بعنوان بیماران واجد شرایط دریافت دارو تعیین شده اند به شرط رعایت پروتکل درمانی ابلاغی	براساس پروتکل	۹۶	-	داروی ویمیزیم در سامانه medcare ثبت شده و مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از بسته حمایتی می باشد.
ویزیت	چشم پزشکی - ارتوپدی - جراح اعصاب	۱	۷۰	-	
	گوش و حلق و بینی	۳	۷۰	-	
	روانپزشک	۴	۷۰	-	
	نورولوژی / هماتولوژی (بالغین و اطفال)	۶	۷۰	-	
	ریه اطفال - قلب و عروق اطفال	۲	۷۰	-	
	غدد اطفال	۵۲	۷۰	-	
آزمایش	BUN-Enzyme level CBC-diff-Ca K-Ferritin-ABG-Cr P-Na-آلکالن فسفاتاز U/A-آلبومین-SGPT-SGOT Urin GAG level	۱	۷۰	-	
تصویر برداری	x ray - اکوکاردیوگرافی EMG - NCV-ECG MWT - 3 MSCT	۲	۷۰	-	
	MRI	۳	۷۰	-	

	۳۰	-	۷۰	۱	کاپنوگرافی	
هر کدام یک مورد به تشخیص پزشک معالج	۳۰	-	۷۰	۱	پلی سومنوگرافی - سونوگرافی - الکترورتینوگرافی	
تزیق آنزیم صرفاً در بیمارستان های دانشگاهی و زیر نظر پزشک معالج مشمول حمایت خواهد بود .	۱۰۰	-	۰	۵۲	انفوزیون های درمانی	سایر خدمات
	۳۰	-	۷۰	۱		اسپیرومتری
	۳۰	-	۷۰	۱		شنوایی سنجی
	۳۰	-	۷۰	۱		آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۵۵ جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید	۱۰۰	-	۰	۵۵	کاردرمانی - گفتاردرمانی	توانبخشی
	۳۰	-	۷۰	۵۵	فیزیوتراپی	
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						دندانپزشکی

تبصره ۱: سلول درمانی در کلیه بیماران موکویلی ساکاریدوز کاندید پیوند سلولی با صلاحدید پزشک معالج ، در صورت ارجاع از سوی متخصصین محترم غدد وهما تولوژیست اطفال و بالغین و با رعایت الگوریتم درمانی ابلاغی و با نظارت معاونت درمان ، مشمول حمایت ۱۰۰درصد به ازای هر مورد پیوند خواهد بود.(رجوع شود به بسته پیوند مغزاستخوان)

تبصره ۲: آزمایشات آمادگی بیماران MPS نیازمند پیوند مغزاستخوان براساس بسته حمایتی پیوند مغزاستخوان قابل پرداخت می باشد .

تبصره ۳: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۴: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۵: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۱۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۷- بسته حمایتی بیماران بال پروانه ای

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ملزومات دارویی	انواع کرم ها- لوسیون ها	۱۲				به تبصره ۳ ذیل جدول رجوع شود
ملزومات	پانسمان- توسط سازمان غذا و دارو وزارت متبوع تامین و توسط خانه ای.بی در اختیار مددجو قرار داده می شود					
ویزیت	متخصص عفونی - متخصص چشم- فوق تخصص هماتولوژی - مشاوره تغذیه -متخصص روانپزشکی — فوق تخصص ریه	۴	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص پوست - متخصص اطفال - فوق تخصص گوارش - فوق تخصص جراحی ترمیمی	۱۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص زنان- متخصص ارولوژی-متخصص ارتوپدی - متخصص قلب	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت فوق تخصص نفرولوژی -متخصص گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	ALB-BUN-Ca-CBC-diff-Cr CRP کمی CRP کیفی ESR-Ferritin-K -Na-P-Retic تجسس خون در مدفوع S/E Serum Iron-SGOT-SGPT Total protein-U/A	۴	۷۰	۰	۳۰	
	نمونه برداری (بیوپسی پوست)	۱	۷۰	۰	۳۰	
	آسیب شناس تشخیصی (پاتولوژی)	۱	۷۰	۰	۳۰	

	۳۰	۰	۷۰	۱	سونوگرافی - رادیولوژی - MRI-CT	تصویربرداری
	۳۰	۰	۷۰	۴	اندوسکوپی	
	۳۰	۰	۷۰	۱	شنوایی سنجی - بینایی سنجی	
	۳۰	۰	۷۰	۵۰	فیزیوتراپی	توانبخشی
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۵۰جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید	۱۰۰	۰	۰	۵۰	کاردرمانی	
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						دندانپزشکی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هرکدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: داروهای مصرفی به شرط عرضه در داروخانه مراکز دانشگاهی قطب ارائه دهنده خدمات EB تا سقف **۳ میلیون ریال** ماهانه قابل گزارش و محاسبه خواهد بود .

تبصره ۴: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تا سقف ۱۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۸- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۱)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد نعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)-فوق تخصص ریه	۴	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص تغذیه	۱	۷۰	۰	۳۰	
توانبخشی	فیزیوتراپی اندامها - فیزیوتراپی تنفسی	۱۰۵	۷۰	۰	۳۰	
	کاردرمانی جسمانی-گفتاردرمانی	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	
آزمایش	AST-ALT-CPK	۱	۷۰	۰	۳۰	
سایر خدمات	واکسن پنوموکوک	۱	۰	۰	۱۰۰	هر ۵ سال یک بار انجام میشود

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی SMA تیپ یک، تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هرکدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۱۵۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۹- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۲)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)	۴	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص ریه-روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی-متخصص تغذیه	۱	۷۰	۰	۳۰	
توانبخشی	کاردرمانی جسمانی- اندامها	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	
	فیزیوتراپی تنفسی	۵۲	۷۰	۰	۳۰	
	گفتاردرمانی	۵۲	۰	۰	۱۰۰	
آزمایش	تست ریه اسپیرومتری-AST-ALT-CPK	۱	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	گرافی ساده ستون فقرات	۱	۷۰	۰	۳۰	
سایر خدمات	واکسن آنفولانزا	۱	۰	۰	۱۰۰	
	واکسن پنوموکوک	۱	۰	۰	۱۰۰	واکسن پنوموکوک هر ۵ سال یک بار انجام میشود

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی SMA تیپ دو، تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۱۵۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۱۰- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۳)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)	۴	۷۰	۰	۳۰	
	روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش-متخصص ار توپدی- متخصص تغذیه-فوق تخصص ریه	۱	۷۰	۰	۳۰	
توانبخشی	کاردرمانی جسمانی- اندامها	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	
	فیزیوتراپی تنفسی	۲۶	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	تست ریه اسپیرومتری-AST-ALT-CPK	۱	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	گرافی ساده ستون فقرات- گرافی ساده قفسه سینه	۱	۷۰	۰	۳۰	
سایر خدمات	واکسن آنفولانزا	۱	۰	۰	۱۰۰	
	واکسن پنوموکوک	۱	۰	۰	۱۰۰	هر ۵ سال یک بار انجام میشود

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی SMA تیپ سه، تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هرکدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۱۵۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۱۱- بسته حمایتی بیماران CF (سیستیک فیبروزیس)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت	فوق تخصص ریه-فوق تخصص گوارش- تغذیه- فیزیوتراپ (ریه)	۶	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص غدد	۲	۷۰	۰	۳۰	ویزیت غدد برای بیماران بالای ۵ سال
توانبخشی	کاردرمانی جسمانی- اندامها	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	
	فیزیوتراپی تنفسی	۲۶	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	تست ریه اسپیرومتری- کشت حلق (خلط)	۶	۷۰	۰	۳۰	
	آزمایشات کبدی و شمارش سلول خونی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	الاستاز مدفوع-چربی در مدفوع	۴	۷۰	۰	۳۰	ازمایش مدفوع در شروع بیماری و بعد هر سه ماه از نظر الاستاز ، قطرات چربی و تست سودان 3
	تست LCI - تست خواب(پلی سومنوگرافی)	۱	۰	۰	۱۰۰	سالی یک بار در صورت صلاحدید پزشک
	تست ورزش قلبی ریوی(CPET)	۱	۷۰	۰	۳۰	سالی یک بار در صورت صلاحدید پزشک
	ویال سدیم کلراید هیپرتونیک ۷٪-تولید داخل و یا ویال سدیم هیپرتونیک ۷٪ + بیکربنات- تولید داخل	۱۴۶۰	۰	۰	۱۰۰	به ازای هر بیمار
دارو	توبرو مایسین استنشاقی-Bramitob Nebuliser Solution	۳۶۵	۷۰	۰	۳۰	برای ۶۰ درصد بیماران (مورد مصرف دراطفال)
	توبرو مایسین استنشاقی(Dray Powder Inhaler-DPI TOBI)	۱۴۶۰	۷۰	۰	۳۰	برای ۴۰درصد بیماران (مورد مصرف در بزرگسال)
	کپسول پانکراتین	۱۰۹۵	۷۰	۰	۳۰	
	Capsule Ursobil	۳۶۵	۷۰	۰	۳۰	

هر سه سال یک بار مورد نیاز است. HRCT	۳۰	۰	۷۰	۱	سی تی اسکن ریه (HRCT) - گرافی ساده قفسه سینه-	تصویربرداری
	۳۰	۰	۷۰	۱	اسکن استخوان DXA	
	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن آنفلوانزا	سایر خدمات
هر پنج سال یک بار انجام می شود	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن پنوموکوک	

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز تاسقف ۱۵۰ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۱۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به اوتیسم

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد-سطح یک	تعداد مورد تعهد-سطح دو	تعداد مورد تعهد-سطح سه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت / مشاوره	روانپزشک	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	
	رفتاری- آموزشی	۴۸	۹۶	۴۸	-	۰	۱۰۰	
	مشاوره ای - حمایتی	۱۲	۱۲	۴۸	-	۰	۱۰۰	
توانبخشی	کاردرمانی	۶۰	۹۶	۴۸	-	۰	۱۰۰	
	گفتاردرمانی	۴۸	۹۶	۴۸	-	۰	۱۰۰	
	شنوایی سنجی	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	
	بینایی سنجی	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	
	EEG	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	
	دندانپزشکی							رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: کلیه خدمات صرفاً در بیماران زیر سن ۶ سال قابل حمایت و محاسبه می باشد .

۱۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به سرطان

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات	
تشخیص زودهنگام	ماموگرافی، سونوگرافی، کولونوسکوپی و پولیپکتومی، کولپوسکوپی و نمونه برداری	۱	۷۰	۱۰	۲۰	در مراکز تشخیص زودهنگام بیماری های غیرواگیر و سرطان مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت	
	ویزیت	۱۲-۲۴	۷۰	۰	۳۰		
اقدامات تشخیصی و درمانی	تصویربرداری	۲	۷۰	۱۰	۲۰	تعداد خدمات در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود.	
	سی تی اسکن	۲	۷۰	۱۰	۲۰		
	ام آر آی	۲	۷۰	۱۰	۲۰		
	اسکن استخوان	۱	۷۰	۱۰	۲۰		
	سونوگرافی	۲	۷۰	۱۰	۲۰		
	اسکوپی ها	۲	۷۰	۱۰	۲۰		
	PET Scan	۱	۰	۵۰	۵۰		
	پاتولوژی	بدون محدودیت	۷۰	۱۰	۲۰		
	آزمایشات	ایمونوهیستوشیمی	۳	۷۰	۱۰		۲۰
	آزمایشات ژنتیک (بررسی ژن های CDH1, BRCA1, BRCA2)	۱	۰	۳۰	۷۰		
نمونه برداری		۲	۷۰	۱۰	۲۰		
دارو	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه یا تفاهم نامه)	*	۷۰	۱۰	۲۰	* در مورد داروهای دارای راهنمای بالینی، بر اساس اندیکاسیون های ذکر شده در راهنما و در مورد سایر داروها به تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.	

					داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه و تفاهم نامه)		
	۰	۱۰	۹۰	*			
	۷۰	۳۰	۰	۱ (دوره درمان)	IMRT سرطان های سر و گردن و پروستات	رادپوتراپی	
* مطابق دستورالعمل و راهنماهای بالینی	۲۰	۱۰	۷۰	*	هالوپریدول، انوکسپارین، انواع سرم (از جمله مانیتول)، آلبومین، میدازولام، سدیم دوکوستات	دارو	مراقبت های حمایتی و تسکینی
	۳۰	۰	۷۰	۱۲-۲۴	پزشک دوره دیده تسکینی - فلوشیپ طب تسکینی - فلوشیپ درد - روانپزشک روانشناس بالینی - تغذیه بالینی - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	ویزیت	
	۳۰	۷۰	۰	۶	خدمات تغذیه بالینی		
	۲۰	۱۰	۷۰	۳۰	فیزیوتراپی	توانبخشی	
	۳۰	۷۰	۰	۴۰	گفتار درمانی، کاردرمانی		
در دو مرحله (درمانی و نگهدارنده)	۳۰	۷۰	۰	۳۰	لنف ادم		
* حداکثر یک ویزیت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک تعداد ویزیت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.	۲۰	۱۰	۷۰	*۱۲	ویزیت پزشک		
* حداکثر ۲ نوبت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک و تیم مراقبتی تعداد ویزیت و مراقبت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.	۳۰	۷۰	۰	*۲۴	ویزیت و مراقبت پرستار و روانشناس		

خدمات دندانپزشکی				
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی				
تمامی اقلام پس از ثبت و تایید در سامانه سیمای سرطان قابل پرداخت خواهد بود. سهم پرداختی یارانه در تجهیزات مصرفی خارج از تعهدات بیمه، ۷۰٪ تعرفه مصوب می باشد.	۲۰	۱۰	۷۰	بر اساس دستورالعمل رسیدگی به اسناد
				سوندهای ادراری، ماسک اکسیژن و نازال کانولا، انواع لوله های گوارشی، انواع سرنگ، ست سرم، انواع پانسمان، لباسهای فشاری و سایر تجهیزات مصرفی ضروری از جمله بگ های استومی - دریچه حنجره - ماسک ترموپلاست
				تجهیزات مصرفی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد .

تبصره ۲: حمایت مالی در مراقبت های حمایتی و تسکینی بیماران مبتلا به سرطان مطابق بسته فوق صرفا در مراکز منتخب مجری برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان و مطابق با دستورالعمل های ابلاغی است و پس از ثبت اطلاعات در سامانه قابل پرداخت خواهد بود.

۱۴- بسته حمایتی بیماری های قلبی - عروقی

نام بیماری	نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات	
پرفشاری شریان ریوی اولیه	دارو	داروهای اختصاصی (بوسنتان)	*	۷۰	۱۰	۲۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۶۰۰-۱۲۰۰ بیمار روزانه ۱-۳ عدد)	
		داروهای اختصاصی (ماسیتنتان)	*	۰	۳۰	۷۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۶۰۰ بیمار روزانه ۱ عدد)	
		داروهای اختصاصی (اپوپروستنول تزریقی)	*	۰	۳۰	۷۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۱۰ بیمار روزانه ۱ عدد)	
	ویزیت و مشاوره	تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ	*	۷۰	۰	۳۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
	تشخیص اولیه	کاتتریسیم بطن راست و Vasoreactivity، آنژیوگرافی عروق ریه	*	۹۰	۱۰-۰	۰-۱۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
	سایر خدمات تشخیصی	تست پیاده روی ۶ دقیقه	*	۷۰	۱۰	۲۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
		تست خواب	*	۷۰	۱۰	۲۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
	تصویربرداری		CT با کنتراست بالا (High-resolution computed tomography, contrast)	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	تعداد خدمات بر اساس دستورالعمل های مربوطه که متعاقبا اعلام می گردد، می باشد و در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود. تعداد و نوع خدمات تصویر برداری به تشخیص پزشک معالج و مطابق با گایدلاین های ابلاغی است.
			اسکن پرفیوژن / اسکن ونتیلاسیون	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	
			cardiac MRI	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	
سونوگرافی			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰		
آنژیوگرافی / کاتتریزاسیون بطن راست			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰		
اکوکاردیوگرافی / داپلر	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰				
آزمایشات		ایمونوهیستوشیمی	*	۷۰	۱۰	۲۰		

*تعداد خدمات بر اساس دستورالعمل های مربوطه که متعاقبا اعلام می گردد، می باشد و در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود.	۷۰	۳۰	۰	*	تستهای ژنتیکی		
	۲۰	۱۰	۷۰	*	سایر آزمایشات		
*تعداد و نوع آزمایش به تشخیص پزشک معالج و مطابق با گایدلاین های ابلاغی است	۷۰	۳۰	۰	*	NT-PROBNP		
	۳۰	۰	۷۰	۳۵-۲۵	فیزیوتراپی	توانبخشی	
*تعداد خدمات بر اساس دستورالعمل های مربوطه که متعاقبا اعلام می گردد، می باشد و در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود. ** مطابق بسته حمایتی پیوند	۷۰	۳۰	۰	*	خدمات تغذیه	سایر خدمات درمانی	
	۱۰	۰	۹۰	*	جراحی های الکتیو		
	۱۰	۰	۹۰	*	سپتوستومی دهلیزی		
				**	خدمات پیوند		
	۲۰	۱۰	۷۰	۲۰	فیزیوتراپی	سه هفته ای	توانبخشی
	۷۰	۳۰	۰	۳۰	کاردرمانی		
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	گفتار درمانی		
	۷۰	۳۰	۰	۲	ارتز پروتز		
	۲۰	۱۰	۷۰	۳۰	فیزیوتراپی	۶ ماهه اول	
	۷۰	۳۰	۰	۴۰	کاردرمانی		
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	گفتاردرمانی		

تبصره ۱۵: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد .

تبصره ۲۰: حمایت مالی بیماران قلبی - عروقی مطابق بسته فوق ، صرفا در مراکز منتخب مجری برنامه های قلبی - عروقی مورد تایید معاونت درمان و مطابق با دستورالعمل های ابلاغی است و پس از ثبت اطلاعات در سامانه قابل پرداخت خواهد بود.

۱۵- بسته حمایتی پیوند مغز استخوان

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت /مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی پیوند: فوق خون و سرطان	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصص گوارش	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص ریه	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	دندان پزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
	تخصصی زنان	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	تخصصی روانپزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی عفونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی پزشکی قانونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص چشم	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فلوشیپ ناباروری یا فلوشیپ اندرولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	جهت حفظ قدرت باروری در بیماران کاندید پیوند مغز استخوان

تصویربرداری	Bone densitometry -رادپولوژی- سونوگرافی -ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتري - پاپ اسمیر (خانم ها) - MRI شکم و لگن و مغز و سینوس-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز و سینوس-کولون سکویی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ،اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
آزمایشات	*آزمایشات تخصصی HLA Typing	۵	۰	۰	۱۰۰	رجوع شود به تبصره ۴.
	*کراس مچ یک طرفه و کراس مچ اسکرینینگ به روش فلوسیتومتري	۴	۰	۰	۱۰۰	رجوع شود به تبصره ۴.
	* Single Antigen Class I&II به روش لومینکس	۲	۰	۰	۱۰۰	به ازای هر کلاس. (رجوع شود به تبصره ۴).
	*کایمریسم به روش مولکولی-PCR (قبل و بعد از پیوند)	۳	۰	۰	۱۰۰	رجوع شود به تبصره ۴.
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، UricAcid ، کلسترول ، کلسیرید ، GTT ، PTH. TSH ، T4 ، LH ، FSH ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، ALP. سدیم ، پتاسیم ،PTH، تومور مارکرها، PANEAL ، REACTIVITY، فریتین، HbA _{1c} ، CRP. و گروه خونی و PSA(آقایان)PTT .PT. ، Billi total & direct INR,GGT ,Albumin ,CA19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A,U/C	۱	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG), HBS Ab &Ag, HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG), VDRL, Wright, VIDAL, PPD,TB quantifron,hpylori Ab (IgM,IgG), Toxo (IgG,IgM),BK virus urin and blood, HBV DNA PCR ,Hcv RNA PCR, CMV(PCR),PP65 Ag	۱	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یکبار
آزمایشات بعد از پیوند	آزمایشات سطح داروهای ایمنوساپرسیو (سیکلوسپورین، اورلیموس و سیرولیموس، پروگراف و مایکوفنولات) ، CBC,ESR ، اوره، کراتینین ، CMV Ab (IgM,IgG) PT,PTT,INR, در صورت لزوم BK virus urin and blood , CMV Ag(PCR) ، گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، GTT ، PTH. TSH ، T4 ، LH ، FSH ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT. سدیم ، پتاسیم ، PTH.	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، GTT ، PTH. TSH ، T4 ، LH ، FSH ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT. سدیم ، پتاسیم ، PTH.	۱	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
ویزیت بعد از ترخیص	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص خون و آنکولوژی	۱۵	۷۰	۰	۳۰	سالانه
دارو	داروهای شیمی درمانی					طبق دستورالعمل بسته سرطان

تبصره ۱: پیوند مغز استخوان در بیماران پس از تأیید کمیته تخصصی پیوند مرکز درمانی و با نظارت معاونت درمان ، مشمول حمایت ۱۰۰ درصدی به ازای هر مورد پیوند خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: کلیه خدمات بسته حمایتی پیوند مغز استخوان تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۴: هزینه آزمایشاتی که با (*) مشخص شده اند، به ستاد دانشگاهها پرداخت خواهد گردید (این تبصره تا زمان تغییر فرآیند ارجاع مستقیم از بیمارستان به آزمایشگاههای مورد تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیمارها برقرار خواهد بود).

۱۶- بسته حمایتی پیوند کلیه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه-متخصص داخلی	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصص گوارش- تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی عفونی فوق تخصص ریه-تخصصی چشم- فوق تخصص روماتولوژی تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی راونپزشک- تخصصی ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی قلب- فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	تخصصی و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						
تصویربرداری	Bone densitometry-رادیولوژی- سونوگرافی- ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray- اسپیرومتری-پاپ اسمیر (خانم ها) - MRIشکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز-کولون سکوپ- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ,اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY ، فریتین، CRP ،HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آفایان)، Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	۳	۱۰۰	۰	۰	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNA PCR , HBV DNA PCR	۳	۱۰۰	۰	۰	هر ۶ ماه یکبار

تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد	۱۰۰	۰	۰	۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده
برای هر گیرنده و دهنده انجام می شود	۰	۰	۱۰۰	۲	کراس مچ بین گیرنده و دهنده به روش WBC Cross Match , فلوسیتومتری
در صورت لزوم در بیماران با تنگی عروق کرونر که با آنژیوگرافی باز نمیشوند	۱۰	۰	۹۰	۱	CABG
هرماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکروولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood
هرماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، GTT ، PTH، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH.
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک)	۱۰	۰	۹۰	متناسب با دستور پزشک	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)
در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	۱۰	۰	۹۰	متناسب با دستور پزشک	بیوپسی کلیه پیوندی
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه - متخصص داخلی
					ویزیت بعد از پیوند

تبصره ۱: هزینه بسته حمایتی خدمات و اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند کلیه به صورت گلوبال به مراکز درمانی انجام دهنده پیوند پس از تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها پرداخت می گردد.

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند کلیه برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰ میلیون ریال محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۷- بسته حمایتی قبل و بعد از پیوند کبد

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص گوارش-متخصص داخلی	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه یکبار
	فوق تخصص گوارش	۴	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی قلب فوق تخصص غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصص ریه- تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی -تخصصی زنان تخصصی- راوینزشک- فوق تخصص روماتولوژی -متخصص عفونی- متخصص ارولوژی -تخصصی چشم	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						
تصویربرداری	Bone densitometry-رادیلوژی- سونوگرافی- ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray- پاپ اسمیر (خانم ها) - MRIشکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن- مغز کولون سکپی-سونوگرافی داپلر عروق ااکو و نوار قلب راسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و فیبرو اسکن کبد و اسپیرومتري-ERCP	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH. TSH ، GTT ، آلكالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و PSA(آقایان) والکتروفوز پروتئین ها ، Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum,Total protein AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	۳	۱۰۰	۰	۰	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند
	Bill total & direct , ptt .pt. INR,BUN,Cr,ALK Ph	۳	۷۰	۰	۳۰	براساس شرایط بیمار ودر صورت صلاحدید پزشک هفتگی
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یک بار تا قبل از پیوند

در صورت نیاز	۱۰۰		۲	HLA typing گیرنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده HLA typing دهنده		
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰		۹۰	۱	آزوبوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
قبل از پیوند	۱۰		۹۰	۱	بیوپسی کبد	
هر ماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین ، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره ، کراتینین ، در صورت لزوم CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt. INR ,CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسید اوریک ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A ، کلسیم ، فسفر ، سدیم ، پتاسیم AST/SGOT ، ALT/SGOT و Total protein,Albumin serum	
دو بار بعد از پیوند	۱۰		۹۰	۲	بیوپسی کبد	
ابتدا ۲ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه انجام می شود	۳۰		۷۰	به ستون توضیحات رجوع شود	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراح کبد	ویزیت بعد از پیوند

تبصره ۱: هزینه بسته حمایتی خدمات و اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند کبد به صورت گلوبال به مراکز درمانی انجام دهنده پیوند پس از تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها پرداخت می گردد.

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند کبد برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰ میلیون ریال محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۸- بسته حمایتی قبل و بعد از پیوند قلب

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
لوازم	سوزن بیوپسی	۵	۰	۰	۱۰۰	در بخش سرپایی
	سوزن بیوپسی	۵	۰	۷۰	۳۰	در حالت بستری
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب	۱۲	۰	۷۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی گوارش-فوق تخصصی -کلیه فوق تخصصی غدد	۳	۰	۷۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصصی ریه- تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان-تخصصی روانپزشک	۲	۰	۷۰	۳۰	
	تخصص چشم پزشکی-فوق تخصصی روماتولوژی- تخصص عفونی -تخصص ارولوژی	۵	۰	۷۰	۳۰	
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم					
دندان پزشکی						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
تصویربرداری	Bone densitometry -راد یولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتري -پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر - MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی سونو گرافی داپلر /عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و نوار قلب	۲	۰	۷۰	۳۰	هر ۶ ماه یک بار قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) ، Albumin serum ,GGT , INR , ptt .pt. Bill total & direct , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,Vita,Vit D,U/A.U/C,	۳	۰	۷۰	۳۰	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : HBV DNA PCR و Hcv RNAPCR /	۳	۰	۷۰	۳۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند

تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد	۱۰۰	۰	۰	۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	
در حالت سرپایی در حالت سرپایی تحت پوشش بیمه نیست	۱۰		۹۰	۵	انجام بیوپسی قلب پیوندی	
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرو لیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین ، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره ، کراتینین ، Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، GTT ، PTH, TSH ، T4 ، LH ، FSH ، ، آلکالین فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر ، AST/SGOT ، ALT/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH.	
قبل از پیوند : حداکثر ۳۰ بار در یک ماه (روزانه یک بار) بعد از پیوند : • در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه • پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه	۳۰	۰	۷۰	به ستون توضیحات رجوع شود	اکو - نوار قلب	سایر خدمات
قبل و بعد پیوند نیاز است	۱۰	۰	۹۰	۶	کت راست	
قبل از پیوند : حداکثر ۳۰ بار در یک ماه (روزانه یک بار) بعد از پیوند : • در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه	۳۰	۰	۷۰	به ستون توضیحات رجوع شود	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب	ویزیت

تبصره ۱: هزینه بسته حمایتی خدمات و اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند قلب به صورت گلوبال به مراکز درمانی انجام دهنده پیوند پس از تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها پرداخت می گردد.

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند قلب برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰ میلیون ریال محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۹- بسته حمایتی پیوند پانکراس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ماهی یکبار
	فوق تخصصی قلب فوق تخصصی کلیه فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصصی ریه تخصصی گوش و حلق و بینی تخصص عفونی تخصصی روانپزشک تخصصی جراحی تخصصی زنان تخصص چشم پزشکی تخصص ارولوزی فوق تخصص روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
تصویربرداری	Bone densitometry-راد یولوژی-سونوگرافی-ماموگرافی-آندوسکوپی -Chest x ray- اسپیرومتری-پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر -MRIشکم و لکن و مغز-VCUG-سی تی اسکن شکم و لگن و مغز-کولون سکویی-سونوگرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی- ERCP /نوار قلب	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، FSH ، T4 ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) ، Bill total & direct ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس	۲	۰	۰	۱۰۰	

PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری					HLA typing دهنده
ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	
هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، LH ، FSH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر ، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، پتاسیم ، PTH ، آمیلاز ، لیپاز
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰	۰	۹۰	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)
	۳۰		۷۰	۲۱	ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند

تبصره ۱: هزینه بسته حمایتی خدمات و اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند پانکراس به صورت گلوبال به مراکز درمانی انجام دهنده پیوند پس از تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها پرداخت می گردد.

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند پانکراس برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰ میلیون ریال محاسبه و پرداخت می گردد.

۲۰- بسته حمایتی پیوند روده

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ماهی یکبار
	تخصصی قلب - فوق تخصصی کلیه- فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصصی ریه -تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی روانپزشک- چشم پزشکی -متخصص عفونی -متخصص ارولوژی -فوق تخصصی روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						
پاراکلینیک و تصویربرداری	Bone densitometry –راد یولوژی – سونوگرافی – ماموگرافی – آندوسکوپی – Chest x ray – پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر – MRI شکم و لکن و مغزی –VCUG– سی تی اسکن شکم و لکن و مغز- کولون سکوی /سونوگرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و نوار قلبی – اسپیرومتری	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیبیاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP ،HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) Total ,Albumin serum ,GGT ,INR ,ptt .pt. Bill total & direct protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood Hcv RNA , HBV DNA PCR : در صورت لزوم	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند

برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰	۰	۹۰	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)		
	۱۰۰			۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده		
تازمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد	۹۰	۱۰	۰	۴	خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)		
هر ماه	۳۰		۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، سی پتاید Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند	
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH. TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH		
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند		

تبصره ۱: هزینه بسته حمایتی خدمات و اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند روده به صورت گلوبال به مراکز درمانی انجام دهنده پیوند پس از تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها پرداخت می گردد.

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند روده برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰ میلیون ریال محاسبه و پرداخت می گردد.

۲۱- بسته حمایتی پیوند ریه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراحی ریه	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی گوارش- فوق تخصصی کلیه- تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی -تخصصی زنان	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی روانپزشک- تخصصی چشم پزشکی -تخصصی ارولوژی -فوق تخصصی روماتولوژی	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی ریه	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصصی غدد- تخصصی عفونی	۵	۷۰	۰	۳۰	
تخصصی و فوق دیگر در صورت لزوم						
دندان پزشکی						
	رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی					
تصویربرداری	Bone densitometry -راد یولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - پاپ اسمیر (خانم ها) داپلر- MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی سونوگرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی- اسپیرومتري/ نوار قلبی	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، FSH ، T4 ، PTH. TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلاز و لیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها. PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) Total protein ,Albumin serum , ptt .pt. INR,GGT ,AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند

ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تا کرو لیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین ، اندازه گیری سطح اور لیموس و سیرو لیموس ، اوره ، کراتینین Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسید اوریک ، اوره ، کراتینین ، GTT ، PTH ، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر ، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، PTH ، پتاسیم	
بعد از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۲	اکو - نوار قلب	بعد از پیوند
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰	۰	۹۰	۲	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
بعد از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۳۰	تست نفس ، تست ۶ دقیقه نفس	
بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار . سپس هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۳۰	Chest x ray - ، تست نفس ، تست ۶ دقیقه نفس	
بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار . سپس هر ماه یکبار	۳۰		۷۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراحی ریه	ویزیت

تبصره ۱: هزینه بسته حمایتی خدمات و اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند ریه به صورت گلوبال به مراکز درمانی انجام دهنده پیوند پس از تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها پرداخت می گردد.

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند ریه برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰ میلیون ریال محاسبه و پرداخت می گردد.

۲۲- بسته حمایتی بیماران روانی مزمن و صعب العلاج

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	داروهای تجویزی توسط روانپزشک معالج	طبق دستور پزشک		به توضیحات مراجعه شود		
	روان درمانی فردی با رویکرد های تحلیلی ، شناختی ، رفتاری ، شناختی - رفتاری ، حمایتی و هیپنوتراپی توسط روانپزشک به ازای هر جلسه حداکثر ۳۰ دقیقه ای	۱۸	۷۰	۱۰	۲۰	معاونت درمان سالانه حداکثر تا سقف ۵ میلیون ریال از هزینه نسخ تجویزی برای هر بیمار را متقبل می شود
	گروه درمانی با رویکردهایی مانند تحلیلی ، شناختی ، رفتاری ، شناختی - رفتاری ، حمایتی ، توسط روانپزشک به ازای هر جلسه به ازای هر نفر در گروههای ۸ تا ۱۲ نفر	۱۸	۷۰	۱۰	۲۰	
خدمات روانی	خانواده درمانی ، زوج درمانی ، درمان زناشویی و سکس تراپی تا ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک	۱۰	۷۰	۱۰	۲۰	
	خدمات دندانپزشکی					
خدمات کاردرمانی	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه ای	۵۰	۷۰	۱۰	۲۰	رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی
	کاردرمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه ای در گروههای ۸ تا ۱۲ نفره	۵۰	۷۰	۱۰	۲۰	

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد .

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: حمایت فرانشیز سهم بیمار در خصوص داروها بر اساس داروهای تولید داخل و براساس قیمت پایه آن دارو محاسبه می گردد و چنانچه از یک مولکول قیمت های متفاوتی در بازار موجود باشد ، مابه التفاوت قیمت دارو تا قیمت پایه توسط بیمار پرداخت خواهد شد .

۲۳- بسته حمایتی دندانپزشکی

توضیحات	درصد پرداختی از بسته حمایتی	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی بیمه	تعداد مورد تعهد سالانه	نام خدمت	نوع خدمت
<p>حمایت مالی تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار تالا سمی جهت درمان های دندانپزشکی و مبلغ ۸/۰۰۰/۰۰۰ تومان بابت ارتودنسی درمانی به دلیل احتمال ایجاد دفورمیتی های فکی تنها یک بار در طول عمر برای هر بیمار.</p> <p><u>نکته مهم:</u> سقف تعداد موارد قابل حمایت برای ارتودنسی درمانی حداکثر ۵۰۰ بیمار در سال می باشد فلذا دانشگاه ها موظفند موارد پیشنهادی خود را قبل از شروع درمان به مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها اطلاع رسانی نموده و هماهنگ نمایند.</p>	۳۰	۰	۷۰		<p>معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیوگرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی تالاسمی</p>
	رجوع به ستون توضیحات	۰	۰		<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	
<p>تا سقف ۵۰۰,۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار ام اس</p>	۳۰	۰	۷۰		<p>معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیوگرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی ام اس</p>
	رجوع به ستون توضیحات	۰	۰		<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	

<p>حمایت مالی تاسقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان درسال برای هر بیمار هموفیلی جهت درمان های دندانپزشکی و مبلغ ۴/۰۰۰/۰۰۰ تومان بابت ارتودنسی درمانی تنها یک بار در طول عمر برای هر بیمار.</p> <p><u>نکته مهم</u>: سقف تعداد موارد قابل حمایت برای ارتودنسی درمانی حداکثر ۲۰۰ بیمار در سال می باشد فلذا دانشگاه ها موظفند موارد پیشنهادی خود را قبل از شروع درمان به مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها اطلاع رسانی نموده و هماهنگ نمایند .</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>۷۰</p>	<p>۳۰</p>	<p>معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p> <p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز و دندان مصنوعی در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی هموفیلی</p>
<p>تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ تومان درسال برای هر بیمار دیالیزی</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>۷۰</p>	<p>۳۰</p>	<p>معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p> <p>ارائه خدمات مورد نیازبیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، ارتودنسی، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی همودیالیز</p>
<p>تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار دیالیزی</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>۷۰</p>	<p>۳۰</p>	<p>معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی دیالیز صفاقی</p>

	رجوع به ستون توضیحات	♦	♦	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت ،ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	
تاسقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار	۳۰	♦	۷۰	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی بیماران متابولیک
	رجوع به ستون توضیحات	♦	♦	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت ،ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	
تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان برای هر بیمار	۳۰		۷۰	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی بیماران بال پروانه ای
تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال (به دلیل ارائه خدمات دندانپزشکی تحت بیهوشی)	رجوع به ستون توضیحات	♦	♦	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت ،ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	

<p>سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار پیوندی</p>	<p>۳۰</p>	<p>۰</p>	<p>۷۰</p>	<p>مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز : کشیدن ، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی پیوند اعضا</p>
<p>سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار پیوندی</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>۰</p>	<p>۰</p>	<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار :ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی،جراحی دندان نهفته ،جراحی ریشه در نسج نرم و سخت ،ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی پیوند مغز استخوان</p>
<p>تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان سالانه کلیه بیماران تحت درمان کموتراپی، رادیوتراپی سر و گردن و بیماران کاندید مصرف بیس فسفونات های</p>	<p>۳۰</p>	<p>۰</p>	<p>۷۰</p>	<p>مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز : کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی سرطان</p>

<p>وریدی (تا ۳ سال پس از قطع دارو) مشمول این بسته خدمتی می باشند. به لحاظ پیشگیری و کاهش عوارض دهانی از قبیل استئو رادیو نکروز فک و موکوزیت فاکاید می گردد کلیه بیماران قبل از اقدامات درمانی ذکر شده مشاوره دندانپزشک متخصص بیماری های دهان را در پرونده خود داشته باشند.</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>♦</p>	<p>♦</p>	<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	
<p>تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ تومان سالانه کلیه بیماران قبل از اقدامات درمانی ذکر شده مشاوره دندانپزشک متخصص بیماری های دهان را در پرونده خود داشته باشند</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>♦</p>	<p>۷۰</p>	<p>مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیوگرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p> <p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی بیماران روانی مزمن</p>
<p>تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان برای هر بیمار اوتیسم</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>♦</p>	<p>۷۰</p>	<p>مشاوره و معاینه توسط دندانپزشک و ارائه خدمات مورد نیاز فلوراید تراپی، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیوگرافی توسط متخصصین مربوطه و معاینات دوره ای</p>	<p>خدمات دندانپزشکی بیماران اوتیسم</p>
<p>تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال (به دلیل ارائه خدمات دندانپزشکی تحت بیهوشی)</p>	<p>رجوع به ستون توضیحات</p>	<p>♦</p>	<p>♦</p>	<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی و ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه</p>	

تبصره ۱: دستورالعمل حمایت دندانپزشکی از بیماران خاص ، صعب العلاج ، روانی مزمن و صعب العلاج در مراکز و بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی با مراکز طرف قرار داد ، شامل آن دسته از بیمارانی می گردد که دارای پرونده دندانپزشکی بوده و معاینات دوره ای دندانپزشکی (حداقل سالی دوبار) را دریافت می نمایند .

تبصره ۲: کلیه خدمات بسته حمایتی دندانپزشکی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشند .

تبصره ۳: در صورت عدم وجود هرکدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات تعرفه دولتی اقدام نماید

تبصره ۴: با توجه به هزینه بالای ارتودنسی درمانی و محدودیت اعتبارات مرتبط ، مقرر گردید سقف تعداد موارد قابل حمایت برای ارتودنسی درمانی در بیماران تالاسمی حداکثر ۵۰۰ بیمار و در بیماران هموفیلی حداکثر ۲۰۰ بیمار در سال حمایت گردد ، فلذا دانشگاه ها موظفند موارد پیشنهادی خود را قبل از شروع درمان به مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها اطلاع رسانی نموده و هماهنگ نمایند .

در غیر این صورت این معاونت تعهدی در برابر حمایت مالی درمان مذکور برای بیماران تالاسمی و هموفیلی نخواهد داشت .

ماده ۹: تنظیم صورت حساب

از آنجاییکه خدمات مشمول این دستورالعمل غالباً خدمات سرپایی است و از منابع مختلف تامین مالی خواهد شد لذا لازم است:

- کلیه خدمات در سامانه های بیماران خاص ، صعب العلاج پیوند و سرطان به دقت ثبت گردد .
- تکمیل اطلاعات در سامانه های مختلف بر اساس بازه زمانی تعیین شده حد اکثر تا یک ماه پس از اتمام هر فصل قابل انجام بوده و پس از آن امکان ثبت اطلاعات میسر نخواهد بود .

ماده ۱۰: نظارت

- نظارت بر اجرای برنامه به صورت مکانیزه و بر اساس گزارشات الکترونیکی و همچنین بازدید های حضوری و از طریق سامانه سپاس و medicare و سایر سامانه های مرتبط پیگیری خواهد شد.
- نظارت بر عملکرد واحدهای تابعه به عهده دانشگاه / دانشکده می باشد .
- عدم رعایت مفاد این دستورالعمل مشمول کسورات مندرج در برنامه حمایتی می باشد .
- ستاد اجرایی وزارت بر اساس گزارشات سامانه های مدیریت اطلاعات ، بر عملکرد دانشگاه / دانشکده نظارت می نماید ،

ماده ۱۱: آدرس سامانه ها

- برای ثبت اطلاعات بیماران جدید و همچنین ثبت اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی ، کاربران با دریافت نام کاربری و رمز عبور، وارد سامانه های مرتبط شده و اطلاعات را ثبت خواهند کرد .
- سامانه های ورود اطلاعات :
 - سامانه medicare
 - سامانه ثبت سرطان
 - سامانه سپاس