



دستور العمل حمایت از بیماران خاص، صعب العلاج، پیوند اعضا و سرطان در مراکز و بیمارستان های وابسته به

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۹۸



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 خاص ، صعب‌العلاج ، پیوند اعضا و سرطان در مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های اجرای طرح تحول سلامت و قانون بودجه سنواتی سال ۱۳۹۸ تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ابلاغ لازم‌الاجراست.

ماده ۱: تعاریف واژگان کلیدی

- ۱-۱ وزارت: وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی دولت جمهوری اسلامی ایران
- ۲-۱ بیماریهای خاص: بیماریهای خاص مورد حمایت این بسته شامل: هموفیلی، تالاسمی، دیالیز خونی و صفاقی،
- ۳-۱ بیماریهای صعب‌العلاج: ام‌اس، متابولیک، بال پروانه ای، اتیسم، CF، SMA، PPH (پرفشاری شریان ریوی اولیه)
- ۴-۱ پیوند اعضا: پیوند کلیه-کبد-قلب-ریه-روده-پانکراس، مغز استخوان
- ۵-۱ سرطان: سرطان‌های Solid Tumor، خون‌ودستگاه خون ساز
- ۶-۱ خدمت مورد حمایت: کلیه خدمات سرپایی و بستری مورد اشاره در دستورالعمل
- ۷-۱ بیمه‌های اصلی پایه بیمه تامین اجتماعی-بیمه سلامت ایرانیان-نیروهای مسلح
- ۸-۱ یارانه سلامت بیماران خاص و صعب‌العلاج: به مبالغ اختصاص داده شده از منابع حمایتی در نظر گرفته شده برای حمایت مالی از بیماران در بخش دولتی گفته می‌شود.

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 خاص ، صعب العلاج ، پیوند اعضا و سرطان

ماده ۴: جمعیت مشمول دستورالعمل

تمامی بیماران ایرانی دارای بیمه پایه (۳ بیمه اصلی) که مبتلا به بیماریهای خاص ، صعب العلاج ، پیوند اعضا و سرطان می باشند ، منطبق بر مفاد این دستورالعمل مشمول این برنامه هستند .

ماده ۵: شمول خدمات

این دستورالعمل شامل خدمات سرپایی و خدمات بستری 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 .

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 نخواهد شد.

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 وزارت ایجاد نخواهد کرد.

ماده ۶: نحوه حمایت مالی و محاسبه هزینه ها

حمایت مالی این دسته از خدمات از ۴ منبع تامین مالی میشوند :

- ✓ بیمه پایه
- ✓ منابع حمایتی این بسته
- ✓ بیمه تکمیلی
- ✓ بیمار

نحوه محاسبه هزینه های خدمات :

- مرکز درمانی موظف است هزینه خدمات سرپایی این گروه از بیماران را بر اساس سقف تعهدات بیمه پایه و مطابق با دستورالعمل های ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، کتاب ارزش نسبی و دستورالعملهای مربوطه محاسبه نماید.
- در خدمات مشمول پوشش سازمانهای بیه گر پایه، سقف حمایت این بسته شامل فراشیز بیمار بوده و در خدمات فاقد پوشش بیمه ای، میزان حمایت براساس درصد های مندرج در هر بسته خدمتی (موضوع ماده ۸ این دستورالعمل) می باشد.
- این دستورالعمل مجزا از برنامه حمایت از بیماران نیازمند میباشد.
- این دستورالعمل ناقض حمایت های بیمه پایه، بیمه تکمیلی و ردیف های خاص مربوط به این بیماران نمی باشد.
- اتباع بیگانه فاقد کارت یا ویزای قانونی مشمول این دستورالعمل نمیباشند.
- 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.
- در خصوص 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** مطابق با راهنمای ثبت خدمات میباشند.
- پرداخت به بیمارستان‌ها منوط به تکمیل اطلاعات مندرج در سامانه های تخصصی ادارات مرتبط می باشد .
- پرداخت اعتبارات به دانشگاههای علوم پزشکی منوط به تأیید عملکرد توسط ادارت مرتبط در ستاد معاونت درمان وزارت می باشد .
- دانشگاه اعتبارات مذکور را طبق فهرست اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت به حساب بیمارستان‌های مربوطه واریز خواهد کرد. مدیریت هزینه ها به عهده رئیس بیمارستان خواهد بود.
- اعتبار اختصاص داده شده به دانشگاه در ردیف بیماران خاص و صعب‌العلاج بابت خدمات ارجاعی در نظر گرفته شده است و معاونت درمان دانشگاه موظف است اعتبار موصوف را به مراکز مورد نظر اعم از داروخانه ها و ... ، براساس عملکرد ثبتی در سامانه های معاونت درمان وزارت تخصیص دهد .
- بیمارستانها و مراکز درمانی ارایه دهنده خدمات موضوع این دستورالعمل، صرفا مجاز به هزینه کرد اعتبارات مربوطه در قالب این دستورالعمل میباشند .
- 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 معین، تامین خسارت وارده به عهده مسئولین مرکز ارائه دهنده خدمت می باشد .

۱- بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	DEFEROXAMIN FOR INJ 500 MIG DEFRIPIRON TAB E.C.TAB 500MG DEFERASIROX TAB 500,250,125	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	هزینه داروی دفرکسامین با شرط بیمار خاص و تشکیل پرونده پرداخت خواهد شد.
لوازم	فیلتر خون	۲۴	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه
	پمپ تزریق دسفرال	۱	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه
	لوازم مصرفی دفروکسامین (اسکالپ وین-سرنگ-چسب-پنبه-الکل)	۱۲	۱۰۰	۰	۰	به ازای هرویال دفروکسامین ، ۲و بال آب مقطر باحذف فرانشیز داده می شود .
ویزیت / مشاوره	روئین / توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی /داخلی /اطفال	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص خون	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش - متخصص جراحی -روانپزشک	۱	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص غدد- متخصص زنان -متخصص قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	
	مشاوره روانشناسی	۴	۰	۰	۱۰۰	
شنوایی سنجی - بینایی سنجی						
تصویربرداری	اکوکاردیوگرافی-سنجش تراکم استخوان(Bone densitometry) رادبولوژی-سونوگرافی	۱	۷۰	۰	۳۰	Bone densitometry - هر دو سال یکبار
	الاستوگرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	۱	۰	۰	۱۰۰	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هپاتیت سی یک بار درسال
	MRI-T2*	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایشات	CBC	۴۸	۷۰	۰	۳۰	
	گلوکز -اوره -کراتینین	۲	۷۰	۰	۳۰	

	۳۰	۰	۷۰	۱	اسیداوریک - استرادیول - DHEA-P - LH - FSH - T4 - PTH - TSH - GTT - تری گلیسیرید - کلسترول
	۳۰	۰	۷۰	۳	آلکالین فسفاتاز - U/A - کلسیم - فسفر - ALT/SGPT - AST/SGOT - LDH-T,D.bili
در صورت نیاز جهت بیماران در هر نوبت تزریق خون مشمول حذف فرانشیز می باشد	۳۰	۰	۷۰	۲۴	آزمایش تامین خون سازگار Kell و سایر زیرگروههای فرعی خون (پنل)
	۰	۰	۱۰۰	۱	ازمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنینی در زوجهای تالاسمی مینور که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند تعیین نوع موتاسیون مرحله اول تعیین جنسیت مرحله دوم تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله سوم نمونه برداری از جنین
	۰	۰	۱۰۰	۲	ازمایشات Anti HIV , HBD ag , Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR همراه با تفسیر و انجام آزمایش فریتین
رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی					خدمات دندانپزشکی
	۳۰	۰	۷۰	۲۰	فیزیوتراپی
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه	۰	۰	۱۰۰	۱۲	تزریق دسفرال حین تزریق خون
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه	۰	۰	۱۰۰	۲۴	تزریق خون
					سایر خدمات

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی تالاسمی 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) 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 کاهش فرانشیز تا سقف ۰ (میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد .

تبصره ۴: خدمت ارتودونسی در بیماران تالاسمی در دانشکده های دندانپزشکی با نرخ دولتی تا سقف ۴ میلیون تومان قابل پرداخت است (براساس اسناد مثبت و پس از تأیید دفتر تخصصی مرتبط)

تبصره ۵: آزمایشات آمادگی بیماران تالاسمی نیازمند پیوند مغزاستخوان براساس بسته حمایتی پیوند مغزاستخوان قابل پرداخت می باشد .

۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	Interferon b 1b for inj 30mcg	۱۸۲	۵۹,۴۴	۴۰,۵۶	-	داروی تولید داخل (زیفرن) مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. و داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و به شرح جدول ۴۰ درصد توسط بیمار پرداخت میشود
	Ziferon	۱۸۲	۹۵	-	۵	
	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi	۱۵۶	۶۰,۳۳	۳۹,۶۷	-	داروی تولید داخل (رسیژن) مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. و داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و به شرح جدول ۴۰ درصد توسط بیمار پرداخت میشود
	Recigen	۱۵۶	۹۵	-	۵	
	Interferon b 1a for inj 8 milion u/1mi	۵۲	۵۴,۸۸	۴۵,۱۲	-	داروی تولید داخل (سینووکس) مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. و داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و به شرح جدول ۴۵ درصد توسط بیمار پرداخت میشود
	Cinnovex	۵۲	۹۵	-	۵	
	Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml	۱۵۶	۹۰	-	۱۰	داروی تولید داخل مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد.
	Fingolimod tab -cap	۳۶۵	۹۵	-	۵	داروی تولید داخل مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. تبصره: درمورد داروی فینگولیمود تایید کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی مورد نیاز می باشد.
	Methyl predinosolon for inj 500 mg	۱۰	۹۰	۱۰	۰	
	Natalizomab amp	۱۳	۹۰	۱۰	۰	
Rituximab Vial 100 mg, 500 mg	۵	۹۰	۰	۱۰	براساس دستورالعمل بیمه پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.	
ویزیت/مشاوره	Dimethyl fumarate,120mg	۲۰ روز	۷۰	۰	۳۰	در شروع درمان فقط در سال اول ۲۰ روز با دوز روزانه ۲ عدد
	Dimethyl fumarate, 240mg	۳۶۵ روز	۷۰	۰	۳۰	در سال اول ۳۴۵ روز با دوز روزانه ۲ عدد
	Teriflunamide	۳۶۵	۷۰	۰	۳۰	
ویزیت/مشاوره	متخصص ارولوژی -متخصص داخلی / قلب	۱	۷۰	۰	۳۰	
	زنان و زایمان - عفونی - اورتوپدی - خون - گوارش	۱				تنها در صورت نیاز و بادر خواست پزشک نورولوژیست

		متخصص چشم- تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰
		نورولوژیست	۱۲	۷۰	۰	۳۰
		روانپزشک - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۴	۷۰	۰	۳۰
تصویر برداری		MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب	۲	۷۰	۰	۳۰
		MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب	۲	۷۰	۰	۳۰
		AST - ALT - CBC	۴	۷۰	۰	۳۰
آزمایش		تعیین سطح VitD	۱	۰	۰	۱۰۰
		تبصره : با توجه به عدم پوشش بیمه ای آزمایش تعیین سطح ویتامین D تا سقف یک بار در سال بصورت رایگان جهت بیماران ام اس انجام می شود .				
توانبخشی		فیزیوتراپی	۱۲۰	۷۰	۰	۳۰
		کاردرمانی	۹۰	۰	۰	۱۰۰
		گفتاردرمانی	۴۰	۰	۰	۱۰۰
		مشاوره روانشناسی	۳۰	۰	۰	۱۰۰
		ارتوپدی فنی	۴	۰	۰	۱۰۰
			۲	۷۰	۰	۳۰
بینایی سنجی						
سایر خدمات		پلازما فرزیس	۱	۹۰	۰	۱۰
		انفوزیون درمانی ریتوکسی مب	۲	۹۰	۰	۱۰
دندانپزشکی		رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی				

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی ام اس 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) 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 کاهش فرانشیز تا سقف دو میلیون ریال می باشد.

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	Factor VII Factor VIII Factor VIII.Vonwillebrand Factor IX Factor XIII PCC FEIBA Fibrinogen Desmopressin	طبق دستور پزشک	۱۰۰	-	-	
	اندام مصنوعی	۱	۷۰	-	۳۰	
	چسب فیبرینی	۱	۰	-	۱۰۰	
	بندآورنده موضعی	۱۰	۷۰	-	۳۰	
	پورت وریدی	۱	۷۰	-	۳۰	
	سوزن نمونه برداری	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	روتین	عمومی/داخلی/ طفال	۲۴	۷۰	-	۳۰
	تخصصی	فوق خون	۱۲	۷۰	-	۳۰
		فوق 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	-	۱۰۰

	۳۰	-	۷۰	۲	راديوگرافي هر مفصل	تصوير برداري
هر کدام يك مورد	۳۰	-	۷۰	۱	سونوگرافي هر مفصل-CT scan هر مفصل -MRI هر مفصل اندام فوقاني با و بدون تزريق - bonedensitometry	
	۱۰۰	۰	۰	۱	الاستو گرافي كبد به منظور تشخيص فيبروز (فيبرواسكن)	
	۳۰	-	۷۰	۱	PTT Mixed-PTT	آزمائشات
	۳۰	-	۷۰	۴	CBC	
	۳۰	-	۷۰	۲	AST/SGOT- ALT/SGPT- اكالين فسفاتاز- T وD.bili	
	۰	-	۱۰۰	۱	تعيين نوع موتاسيون مرحله اول-تعيين جنسيت مرحله دوم- تعيين وضعيت نهايي جنين مرحله سوم-نمونه برداري از جنين- سطح فاكترهاي انعقادي	
	۰	-	۱۰۰	۲	Anti HIV Anti HBS HBS Ag Anti HCV	
	۰	-	۱۰۰	۲	مهاركننده هاي ۸ و ۹	
	۰	-	۱۰۰	۱	تعيين ژنوتيب وپروسي هپاتيت C -انجام تازمايش كمى و كيفى HCV-PCR تعيين سطح فاكترهاي انعقادي	
	۳۰	-	۷۰	۳۰	فيزيوتراپي	
با توجه به عدم پوشش بيمه اي اين خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداكثر ۳۰جلسه در سال ، هزينه انجام كاردرمانى را در سقف تعرفه هاي دولتي تعهد مى نمايد .	۱۰۰	-	۰	۳۰	كاردرمانى	
رجوع شود به بسته حمايتى دندانپزشكى						خدمات دندانپزشكى
		-	۱۰۰	۲۵	تزريق فاكتر	ساير خدمات

		-	۱۰۰	۱	تزریق خون
		-	۱۰۰	۱	تزریق کرایو
		-	۱۰۰	۱۲	تزریق پلاکت
		-	۱۰۰	۱۲	پلازما فرزیس درمانی برای هر ۵۰۰ سی سی
تا سقف ۱۰ میلیون ریال در سال م شروط بر ارائه م مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد .	۱۰	-	۹۰	بر حسب مورد	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 پورت توکت ، پلازمافرزیس)
در بیماران نیازمند پلاکت حسب نظر پزشک معالج	۱۰	-	۹۰	۱۲	اشعه دادن فرآورده های پلاکتی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی هموفیلی 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: توضیحات ملزومات :

- اندام مصنوعی ، اورتز، پروتز، عصا ، ویلچر و ابزارهای حرکتی، گچ گیری، اسپلنت ها تا سقف مورد تعهد پس از کسر سهم سازمان بیمه گر
- چسب فیبری تولید داخل مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشد .
- 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

۴- بسته حمایتی بیماران مبتلا به همودیالیز

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	۱- Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز) ۲- Sevelamer ۳- Iron sucrose	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	دربخش سرپایی و بستری
	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	
	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	۲	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
	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
	کراتی نین	۴	۱۰۰	۰	۰	کراتی نین در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است
	سدیم -آلکان 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	
	HCVAb-HBSAb - سطح سرمی ویتامین D	۱	۷۰	۰	۳۰	
	اکو قلب هر سه سال یک بار- داپلر عروق مرتبط- نوار قلب رادیولوژی ساده قفسه سینه- سونوگرافی شکم	۱	۷۰	۰	۳۰	اکو قلب فقط هر سه سال یکبار برای بیماران قابل تعهد می باشد

همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش های دولتی	۱۵۶ نوبت	۱۰۰	۰	۰	۱- هر جلسه دیالیز بیماران علاوه بر پرداخت سهم بیمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال هزینه ست دیالیز بر اساس فاکتور خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه توسط بیمه پایه پرداخت میگردد ۲- تامین ست همودیالیز در کلیه مراکز درمانی به عهده مرکز بوده و مراکز صرفا تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت و از بیمار هزینه ای دریافت نمی گردد.
همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش های خصوصی	۱۵۶ نوبت	۱۰۰	۰	۰	
همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه	۶	۱۰۰	۰	۰	
کارگذاری کاتترهای دایم (پرمیکت) - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت بدون بیهوشی - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت با بیهوشی - تعبیه فیستول شریانی وریدی	۱	۱۰۰	۰	۰	
کارگذاری گرافت عروقی	۱	۹۰	۰	۱۰	
دندانپزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی همودیالیز 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای (تعبیه گرافت - ادم ریه ناشی از افزایش بار مایع....) مشمول کاهش فرانشیز تا سقف ۵ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

۵- بسته حمایتی بیماران مبتلا به دیالیز صفاقی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	محلول دیالیز صفاقی آریتروپئیتین IRON SUCROSE و سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی Sevelamer	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	در بخش بستری و سرپایی
	محلول دیالیز صفاقی و بسته بهداشتی	۱۴۴۰	۱۰۰	۰	۰	
ملزومات	ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی	۱۲	۰	۰	۰	توسط شرکت تولیدکننده محلول تأمین می شود
	کاتتر دیالیز صفاقی مزمن	حسب نیاز	۰	۰	۰	توسط شرکت تولیدکننده محلول تأمین می شود
ویزیت	غدد- قلب- روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	CBC-FBS - سدیم - پتاسیم - کلسیم - فسفر- BUN - کراتی نین الکالین فسفاتاز- تری گلیسرید- کلسترول- HDL- LDL AST- ALT - Bill Total & Direct - آلبومین سرم - آهن سرم فریتین- PTH- TIBC- HBSAg- HBSAb- HIVAb- HCVAb - سطح سرمی ویتامین D- CRP- V/ KT - اندازه گیری ادرار ۲۴ ساعته از نظر حجم ، اوره و کراتی نین اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین	۶	۷۰	۰	۳۰	
	PET	۲	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	-اکو قلب -رادیولوژی ساده قفسه سینه -رادیولوژی ساده شکم -سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست -سونوگرافی شکم	۱	۷۰	۰	۳۰	هر کدام تا یک مورد

	۳۰	۰	۷۰	۲	نوار قلب	
در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد قابل پرداخت توسط بیمه پایه میباشد	۰	۰	۱۰۰	۱	کاتتر گذاری	سایر خدمات
	۰	۰	۱۰۰	۱۲	آموزش و مدیریت بیمار توسط نفرولوژیست	
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						دندانپزشکی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی دیالیز صفاقی 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش 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	درصد پرداختی یارانه	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 یارانه ای)	-	۴	
	چشم پزشکی- ارتوپدی-نورولوژی-جراح اعصاب	۱	۷۰	-	۳۰	
ویزیت	گوش و حلق و بینی	۳	۷۰	-	۳۰	
	روانپزشک	۴	۷۰	-	۳۰	
	هماتولوژی	۶	۷۰	-	۳۰	
	ریه اطفال- قلب و عروق اطفال	۲	۷۰	-	۳۰	
	غدد اطفال	۵۲	۷۰	-	۳۰	
	آزمایش	BUN-Enzyme level CBC-diff-Ca K-Ferritin-ABG-Cr P-Na-آلکالن فسفاتاز U/A-آلبومین-SGPT-SGOT Urin GAG level- تست ژنتیک	۱	۷۰	-	۳۰
تصویر برداری	x ray-اکوکاردیوگرافی	۲	۷۰	-	۳۰	
	EMG - NCV-ECG MWT - 3 MSCT	۳	۷۰	-	۳۰	
	MRI	۱	۷۰	-	۳۰	
	کاپنوگرافی	۱	۷۰	-	۳۰	
	پلی سونوگرافی- سونوگرافی - الکترورتینوگرافی	۱	۷۰	-	۳۰	هر کدام یک مورد به تشخیص پزشک معالج

سایر خدمات	انفوزیون های درمانی	۵۲	۷۰	۳۰	تزریق آنزیم صرفا در بیمارستان های دانشگاهی مشمول حمایت خواهد بود .
اسپیرومتری		۱	۷۰	۳۰	
شنوایی سنجی		۱	۷۰	۳۰	
آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)		۱	۷۰	۳۰	
توانبخشی	کاردرمانی - گفتاردرمانی	۵۵	۰	۱۰۰	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
	فیزیوتراپی	۵۵	۷۰	۳۰	
دندانپزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی

تبصره ۱: سلول درمانی در بیماران تیپ ۶، ۲ و ۱ در صورت ارجاع از سوی متخصصین محترم غدد و با رعایت الگوریتم درمانی ابلاغی و با نظارت معاونت درمان ستاد وزارتخانه در مرکز مورد تایید، مشمول حمایت ۱۰۰ درصد 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 خدمتی متابولیک 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 خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۵: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش 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 یارانه	توضیحات
ملزومات دارویی	انواع کررها - 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 - فوق تخصص گوارش - متخصص چشم - فوق تخصص هماتولوژی - فوق تخصص جراحی ترمیمی - مشاوره تغذیه - متخصص روانپزشکی - فوق تخصص ریه	۴	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص پوست - متخصص اطفال	۱۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص زنان - متخصص ارولوژی - متخصص ارئوپدی - 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	جهت تشخیص بیماری یک بار در طول عمر بیمار
	آسیب شناس تشخیصی (پاتولوژی)	۱	۷۰	۰	۳۰	جهت تشخیص بیماری یک بار در طول عمر بیمار
تصویربرداری	سونوگرافی - رادیولوژی - MRI-CT	۱	۷۰	۰	۳۰	
	اندوسکوپی	۴	۷۰	۰	۳۰	
	شنوایی سنجی - بینایی سنجی	۱	۷۰	۰	۳۰	

	۳۰	۰	۷۰	۵۰	فیزیوتراپی	توانبخشی
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۵۰ جلسه 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 خدمتی EB 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر(تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: داروهای مصرفی به شرط عرضه در داروخانه مراکز دانشگاهی قطب ارائه دهنده خدمات EB تا سقف ۲ میلیون ریال ماهانه قابل گزارش و محاسبه خواهد بود .

تبصره ۴: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش 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 تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	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 یکبار انجام میشود

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی 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 هر کدام 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 سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش فرانشیز تاسقف ۶۰ 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 یارانه	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 یکبار انجام میشود

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش فرانشیز تا سقف ۶۰ 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 یارانه	توضیحات
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)	۴	۷۰	۰	۳۰	
	روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی- 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 یکبار انجام میشود

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی 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 هر کدام 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 سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش فرانشیز تاسقف ۶۰ 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 یارانه	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	آزمایش مدفوع در شروع بیماری و بعد هر سه ماه از نظر الاستاز ، قطرات چربی و تست سودان 3
	تست LCI - تست خواب(پلی سونوگرافی)	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 هیپر تونیک ۷٪-تولید داخل و یا ویال سدیم هیپر تونیک ۷٪ + بیکربنات- تولید داخل	۱۴۶۰	۰	۰	۱۰۰	به ازای هر بیمار
	توبرو مایسین استنشاقی- Bramitob Nebuliser Solution	۳۶۵	۷۰	۰	۳۰	برای ۶۰ درصد بیماران (مورد مصرف دراطفال)
دارو	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	
	سی تی اسکن ریه (HRCT) - گرافی ساده قفسه سینه- اسکن استخوانDXA	۱	۷۰	۰	۳۰	هر سه سال یکبار مورد نیاز است.

اندیکاسیون اسکن ستخوان DXA بر اساس موارد اشاره شده در تبصره ۴						
	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن آنفولانزا	سایر خدمات
هر پنج سال یکبار انجام می شود	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن پنوموکوک	

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی CF 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

تبصره ۳: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول کاهش فرانشیز تاسقف ۱۵ میلیون ریال در سال مشروط بر ارائه مستندات مثبت و ثبت در سامانه معاونت درمان می باشد.

تبصره ۴: اسکن استخوان DXA در بیماران بر اساس ملاک های زیر انجام میشود:

۱. تمامی بیماران بالاتر از ۱۸ سال

۲. کودکان بالاتر از ۸ سال اگر

a. وزن کمتر از ۹۰ درصد وزن ایده آل

b. FEV1,50%

c. تاخیر بلوغ

d. سابقه شکستگی استخوان

تکرار اسکن استخوان بر اساس Z score اسکن بیمار انجام میشود :

(a) $Z \text{ score} \geq -1.0$ ضمن اصلاح تغذیه و ویتامین دی و کلسیم و ویتامین کا هر ۵ سال یکبار اسکن تکرار شود

(b) $-2.0 < Z \text{ score} < -1$ ضمن اصلاح تغذیه ۲ تا ۴ سال یک بار اسکن تکرار شود.

(c) $Z \text{ score} \leq -2.0$ باشد از پامیدرونات و یا اندرونات استفاده شود و سالیانه اسکن تکرار شود.

۱۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا اتیسم

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 یارانه	توضیحات
ویزیت / مشاوره	روانپزشک	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	
	رفتاری - آموزشی	۴۸	۹۶	۴۸	-	۵۰	۵۰	
	مشاوره ای - حمایتی	۱۲	۱۲	۴۸	-	۵۰	۵۰	
توانبخشی	کاردرمانی	۶۰	۹۶	۴۸	-	۵۰	۵۰	
	گفتاردرمانی	۴۸	۹۶	۳۶	-	۵۰	۵۰	
شنوایی سنجی		۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	
بینایی سنجی		۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی اتیسم 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

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

۱۳- بسته حمایتی سرطان

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
تشخیص زودهنگام	ماموگرافی، سونوگرافی، کولونوسکوپی و پولیپکتومی، کولپوسکوپی، نمونه برداری	۱	۷۰	۱۰	۲۰	در مراکز تشخیص زودهنگام دارای مجوز و مورد تایید ستاد وزارت بهداشت
	ویزیت	۱۲ - ۲۴	۷۰	۰	۳۰	
اقدامات تشخیصی و درمانی	سی تی اسکن	۰ - ۲	۷۰	۱۰	۲۰	تعداد خدمات بر اساس دستورالعمل های مربوطه که متعاقباً اعلام می گردد، است و در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود.
	ام آر آی	۰ - ۲	۷۰	۱۰	۲۰	
	اسکن استخوان	۰ - ۲	۷۰	۱۰	۲۰	
	سونوگرافی	۰ - ۲	۷۰	۱۰	۲۰	
	اسکوپی ها	۰ - ۲	۷۰	۱۰	۲۰	
	PET Scan	۱-۰	۰	۱۰۰-۵۰	۵۰-۰	
	پاتولوژی	بدون محدودیت	۷۰	۱۰	۲۰	
	ایمونوهیستوشیمی	۱	۷۰	۱۰	۲۰	
	سایر آزمایشات	۵	۷۰	۱۰	۲۰	
	نمونه برداری		۰ - ۲	۷۰	۱۰	
دارو	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه یا تفاهم نامه)	*	۷۰	۱۰	۲۰	

					داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه و تفاهم نامه)		
			۹۰	*	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه و تفاهم نامه)		
		۱۰	۰	*	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه و تفاهم نامه)		
		۲۰	۱۰	۷۰	هالوپریدول، انوکسپارین، انواع سرم (از جمله مانیتول)، آلبومین، میدازولام، سدیم دوکوستات	دارو	
		۳۰	۰	۷۰	پزشک دوره دیده تسکینی - فلوشیپ طب تسکینی - فلوشیپ درد - دندانپزشک عمومی و متخصص بیماریهای دهان - روانپزشک - روانشناس بالینی - تغذیه - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	ویزیت	
		۳۰	۷۰	۰	خدمات تغذیه		مراقبت های حمایتی و تسکینی
		۲۰	۱۰	۷۰	فیزیوتراپی	توانبخشی	
		۳۰	۷۰	۰	گفتار درمانی، کاردرمانی		
		۳۰	۷۰	۰	لنف ادم		
		۲۰	۱۰	۷۰	ویزیت پزشک	مراقبت در خانه	
		۳۰	۷۰	۰	ویزیت و مراقبت پرستار و روانشناس		
		۳۰	۷۰	۰	مشاوره تلفنی بیمار و خانواده بیمار		
		۲۰	۱۰	۷۰	*ارائه خدمت در مرکز مراقبت های حمایتی و تسکینی یا ارجاع از این مراکز به مراکز دولتی مورد تایید وزارت بهداشت مورد حمایت قرار خواهد گرفت.		
		۲۰	۱۰	۷۰	*مطابق دستورالعمل و راهنمای بالینی		
		۳۰	۷۰	۰	*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.		
		۳۰	۷۰	۰	*۱۲		
		۳۰	۷۰	۰	*۱۲		
		۳۰	۷۰	۰	*۲۴		
		۳۰	۷۰	۰	*۵۰		

تمامی اقلام پس از ثبت و تایید در سامانه سیمای سرطان قابل پرداخت خواهد بود.	۲۰	۱۰	۷۰	بر اساس دستورالعمل مدیریت خدمات حمایتی و تسکینی	سوندهای ادراری ، ماسک اکسیژن و نزال کانولا. انواع لوله های گوارشی، انواع سرنگ، ست سرم، انواع پانسمان، لباسهای فشاری	تجهیزات مصرفی
	۲۰	۱۰	۷۰	بر اساس دستورالعمل رسیدگی به اسناد	سایر تجهیزات مصرفی ضروری از جمله بگ های استومی -دریچه حنجره و ...	

*ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی سرطان صرفا در مراکز منتخب مجری برنامه مراقبت های حمایتی و تسکینی بیماران مبتلا به سرطان و مطابق با دستورالعمل ابلاغی است و حمایت پس از ثبت اطلاعات در سامانه قابل پرداخت خواهد بود.

۱۴- بسته حمایتی پیوند مغز استخوان

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	داروهای شیمی درمانی	*	۷۰	۰	۳۰	* مطابق راهنماهای بالینی
	داروهای ایمونوساپرسیو بعد از پیوند مغز استخوان	*	۷۰	۰	۳۰	* مطابق راهنماهای بالینی
تجهیزات مصرفی	ست های آفرزیس	به تعداد موردنیاز	۷۰	۰	۳۰	
ویزیت	تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ	۱۲-۲۴	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	سی تی اسکن	۰ - ۲	۷۰	۰	۳۰	تعداد خدمات بر اساس دستور پزشک معالج و در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود.
	ام آر آی	۰ - ۲	۷۰	۰	۳۰	
	اسکن استخوان	۰ - ۲	۷۰	۰	۳۰	
	سونوگرافی	۰ - ۲	۷۰	۰	۳۰	
	اسکوپي ها	۰ - ۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایشات	پاتولوژی	بدون محدودیت	۷۰	۰	۳۰	ارزیابی های ابتدایی، حین پیوند و بعد از پیوند
	ایمونوهیستوشیمی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	آزمایشات تخصصی HLA Typing	۵	۰	۰	۱۰۰	
	آزمایشات روتین و تخصصی	۵	۷۰	۰	۳۰	تعداد و نوع آزمایش به تشخیص پزشک معالج

تبصره ۱: پیوند مغز استخوان در مرکز درمانی و با نظارت معاونت درمان وزارت بهداشت، 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، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

۱۵- بسته حمایتی پر فشاری شریان ریوی اولیه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
دارو	داروهای اختصاصی (بوستانان)	*	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 (ایلئومدین)	*	۰	۳۰	۷۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۱۰۰ 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. تعداد و نوع آزمایش به تشخیص پزشک معالج و مطابق با گایدلاین های ابلاغی است
	تستهای ژنتیکی	*	۰	۳۰	۷۰	
	سایر آزمایشات	*	۷۰	۱۰	۲۰	
	NT-PROBNP	*	۰	۳۰	۷۰	

*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
	۷۰	۳۰	۰	*	خدمات توانبخشی	
	۱۰	۰	۹۰	*	جراحی های الکتیو	
	۱۰	۰	۹۰	*	سپتوستومی دهلیزی	
				**	خدمات پیوند	

۱۶- بسته حمایتی پیوند کلیه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	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						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
تصویربرداری	Bone densitometry-رادیلوژی-سونوگرافی-ماموگرافی-آندوسکوپی- Chest x ray- اسپیرومتري-پاپ اسمیر (خانم ها) - MRIشکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز-کولون سکویی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب، اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحیت 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 (آقایان) 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 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 RNA PCR , HBV DNA PCR	۳	۱۰۰	۰	۰	هر ۶ ماه یکبار
	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	۲	۰	۰	۱۰۰	تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد

WBC Cross Match کراس مج بین گیرنده و دهنده	۲	۱۰۰	۰	۰	برای هر گیرنده و دهنده انجام می شود
CABG	۱	۹۰	۰	۱۰	در صورت لزوم در بیماران با تنگی عروق کرونر که با آنژیوگرافی باز نمیشوند
آزمایشات بعد از پیوند	۱۲	۷۰	۰	۳۰	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
آزمایشات بعد از پیوند	۱۲	۷۰	۰	۳۰	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ،
آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	متناسب با دستور پزشک	۹۰	۰	۱۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک)
بیوپسی کلیه پیوندی	متناسب با دستور پزشک	۹۰	۰	۱۰	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند
ویزیت بعد از پیوند	۲۱	۷۰	۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه - متخصص داخلی

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 یارانه	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- راونپزشک- فوق تخصص روما تولوژی -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 -رادینولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray- پاپ اسمیر (خانم ها) - MRI شکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن-و مغز کولون سکپی-سونوگرافی داپلر عروق،اکو و نوار قلب ،اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و فیبرو اسکن کبدو اسپیرومتري-ERCp	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
	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(آقایان) والکتروفورز 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 یکبار تا قبل از پیوند
آزمایشات	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 ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	آنژیوگرافی(تخصصی و درمانی)	۱	۹۰		۱۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند
	بیوپسی کبد	۱	۹۰		۱۰	یکبار قبل از پیوند

هرماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرو لیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt. INR در صورت لزوم ,CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند	
هرماه یکبار	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 و 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	۳۰	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 یارانه	توضیحات
نوازم	سوزن بیوپسی	۵	۰	۰	۱۰۰	در بخش سرپایی
	سوزن بیوپسی	۵	۷۰	۰	۳۰	در حالت بستری
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی گوارش -فوق تخصصی -کلبه 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 تخصص چشم پزشکی-ی فوق تخصصی روماتولوژی- تخصص عفونی -تخصص ارولوژی	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 -رادیولوژی - سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتری -پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر -MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لکن و مغز- کولون سکویی سونو گرافی داپلر /عروق،اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و نوار قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، الکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ،PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA1c، HbA1و گروه خونی و PSA(آقایان) .pt. Bill total & direct , INR,GGT ,Albumin serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,Vita,Vit D,U/A.U/C,	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 وHBV DNA PCR	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	۲	۰	۰	۱۰۰	تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد

انجام بیوپسی قلب پیوندی	۵	۹۰	۱۰	در حالت سرپایی در حالت سرپایی تحت پوشش بیمه نیست	
آزمایشات بعد از پیوند	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، 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	۱۲	۷۰	۰	هر ماه
	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، الکالین فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، پتاسیم ، PTH	۱۲	۷۰	۰	هر ماه
سایر خدمات	اکو - نوار قلب	۳۰	۷۰	۰	حداکثر ۳۰ بار در یک ماه ، قبل از پیوند حداکثر ۳۰ بار در یک ۳ ماه بعد از پیوند و سپس ۳ بار در ماه
	کت راست	۶	۹۰	۰	قبل و بعد پیوند نیاز است
ویزیت	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب	۲۱	۷۰	۰	ابتدا هر هفته بعد از ۳ ماه هر ماه یکبار

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 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 یارانه	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 روائپزشک تخصصی جراحی تخصصی زنان تخصص چشم پزشکی تخصص ارولوژی فوق تخصص روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						
تصویربرداری	Bone densitometry -رادیولوژی- سونوگرافی- ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray- اسپیرومتري - پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر- MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لکن و مغز- کولون سکویی-سونوگرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی- ERCP /انوار قلب	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، 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) Bill total & direct , ptt. 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
آزمایشات	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 فلوسیتومتري بين گیرنده و دهنده PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتري HLA typing دهنده	۲	۰	۰	۱۰۰	
	آزمایشات بعد از پیوند اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، سی پیتاید Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه

هرماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، GTT ، PTH، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، 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 یارانه	توضیحات
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ماهی یکبار
	ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش					
	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 پزشک -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 -رادپولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر -MRI شکم و لگن و مغزی-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی/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، LH ، FSH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، الکالین فسفاتاز،آمیلازولپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ،AST/SGOT ،سدیم،پتاسیم ،PTH، تومور مارکر،الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ،فرتین، CRP ،HbA1C وگروه خونی و RH و PSA(آقایان) INR,GGT , ptt .pt. Bill total & direct , Albumin serum ,Total protein	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein					
	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	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	Hcv RNA , HBV DNA PCR					
	در صورت لزوم :					
	آنژیوگرافی(تخصصی و درمانی)	۱	۹۰	۰	۱۰	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
	خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)	۴	۰	۱۰	۹۰	تازمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد
آزمایشات بعد از پیوند	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،سی پیتاید Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه

					در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood		
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسرید ، 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 بارانه	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 تخصصی روانپزشک- تخصصی چشم پزشکی - تخصصی ارولوژی - فوق تخصصی روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی ریه	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی غدد- تخصصی عفونی	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	تخصصی و فوق دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						
تصویربرداری	Bone densitometry -رادیلوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - پاپ اسمیر(خانم ها) دایر- MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی سونوگرافی دایر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی- اسپیرومتري / نوار قلبی	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسرید ، کلسترول ، Uric Acid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA1C، و گروه خونی 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	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
	اندازه گیری سطح تاکرولیموس، 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	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
اکو - نوار قلب		۲	۷۰	۰	۳۰	بعد از پیوند

آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)			۲	۹۰	۰	۱۰	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
تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس		۳۰	۳۰	۷۰	۰	۳۰	بعد از پیوند
Chest x ray- تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس،		۳۰	۳۰	۷۰	۰	۳۰	بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار
ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراحی ریه		۳۰	۳۰	۷۰		۳۰	بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار

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 دندانپزشکی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
خدمات دندانپزشکی (تالاسمی)	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۷۰	۰	۳۰	حمایت مالی تا سقف ۸۰۰ هزار تومان در سال برای هر بیمار تالا سمی جهت درمان های دندانپزشکی و مبلغ ۴ میلیون تومان بابت ارتودنسی درمانی بدلیل احتمال ایجاد دفورمیتی های فکی تنها یک بار در طول عمر برای هر بیمار
	ارائه خدمات مورد نیازبیمار: 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		۰	۰	۱۰۰	
خدمات دندانپزشکی(ام اس)	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۷۰		۳۰	تا سقف ۵۰۰،۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار ام اس
	ارائه خدمات مورد نیازبیمار: 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		۰	۰	۱۰۰	
خدمات دندانپزشکی (هموفیلی)	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۷۰		۳۰	تا سقف سالانه ۸۰۰ هزار تومان برای هر بیمار هموفیلی
	ارائه خدمات مورد نیازبیمار: 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		۰		۱۰۰	
خدمات دندانپزشکی (همودیالیز)	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۷۰	۰	۱۰۰	تا سقف ۴۰۰،۰۰۰ تومان درسال برای هر بیمار دیالیزی

	۱۰۰			ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ،ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته ،ارتودنسی در،جراحی ریشه در نسج نرم و سخت مانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	
تا سقف ۴۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار دیالیزی	۳۰	۰	۷۰	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی (دیالیز صفاقی)
	۱۰۰	۰	۰	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 یک میلیون تومان در سال برای هر بیمار	۳۰	۰	۷۰	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی(بیماران متابولیک)
	۱۰۰	۰	۰	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	
تاسقف سالانه ۲ میلیون تومان در سال(به دلیل ارائه خدمات دندانپزشکی تحت بیهوشی)	۳۰		۷۰	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی(بیماران بال پروانه ای)
	۱۰۰	۰	۰	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	

سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار پیوندی	۳۰	۰	۷۰	مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز (کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی پیوند اعضا
	۱۰۰	۰	۰	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	
تا سقف ۸۰۰،۰۰۰ تومان سالانه کلیه بیماران تحت درمان کموتراپی، رادیوتراپی سر و گردن و بیماران کاندید مصرف بیسفوسفونات های 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 موزویت ناکید می گردد کلیه بیماران قبل از اقدامات درمانی ذکر گردیده مشاوره دندانپزشک متخصص بیماری های دهان را در پرونده خود داشته باشند.	۳۰		۷۰	مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی (سرطان)
	۱۰۰	۰	۰	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	

تبصره : دستور العمل حمایت از بیماران خاص و صعب العلاج در مراکز و بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی یا مراکز طرف قرارداد ، شامل آن دسته از بیمارانی می گردد که دارای پرونده دندانپزشکی بوده و معاینات دوره ای دندانپزشکی (حد اقل سالی دو بار) را دریافت می نمایند.

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 پیگیری خواهد شد.
- نظارت بر عملکرد واحدهای تابعه به عهده دانشگاه / دانشکده میباشد .
- 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 شده و در لینک های مرتبط ، اطلاعات مورد نیاز را ثبت نمایند .
- آدرس سامانه ورود اطلاعات :

medicare.health.gov.ir/hospman/dtsd