



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت پیوند و

درمان پیوندگان

دستورالعمل حمایت از بیماران خاص ، نادر و

صعب العلاج ، پیوند اعضا ، پیوند سلول های بنیادی خونساز و

بیماری های غیرواگیر (سرطان ، بیماری های قلبی – عروقی و

بیماری های روانی مزمن)

در مراکز و بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و

آموزش پزشکی

سال ۱۴۰۰

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، نادر و صعب العلاج، پیوند اعضا، پیوند سلول های بنیادی خونساز 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 برنامه‌های اجرای طرح تحول سلامت و قانون بودجه سنواتی سال ۱۳۹۹ تدوین و ابلاغ می‌شود 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 نادر و صعب العلاج: متابولیک، بال پروانه ای، اوتیسم، CF، SMA
- ۵-۱ پیوند اعضا: پیوند کلیه - کبد - قلب - ریه - روده - پانکراس
- ۶-۱ پیوند سلول های بنیادی خونساز: پیوند سلول های بنیادی از مغز استخوان، خون محیطی و خون بند ناف
- ۷-۱ بیماری های غیرواگیر:
 - ✓ سرطان: سرطان های Solid Tumor، خون و دستگاه خون ساز
 - ✓ بیماری های قلبی - عروقی: پرفشاری شریان ریوی اولیه و سکتته های مغزی
 - ✓ بیماری های روانی مزمن
- ۸-۱ خدمت مورد حمایت: کلیه خدمات سرپایی مورد اشاره در دستورالعمل
- ۹-۱ بیمه های اصلی پایه: بیمه تامین اجتماعی - بیمه سلامت ایرانیان - نیروهای مسلح
- ۱۰-۱ ردیف های حمایتی: به مبالغ اختصاص داده شده از منابع حمایتی جهت کاهش پرداخت از جیب بیماران در بخش های دولتی و مراکز طرف قرارداد 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 دستورالعمل
- ۲-۳ جمعیت 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

۱-۴ تمامی بیماران ایرانی دارای بیمه پایه (۳ بیمه اصلی) که مبتلا به بیماری های خاص، نادر و صعب‌العلاج، و بیماری های غیرواگیر (سرطان، بیماری های قلبی - عروقی و بیماریهای روانی مزمن) منطبق بر مفاد این دستورالعمل مشمول این برنامه هستند.

۲-۴ در خصوص بیماران نیازمند پیوند اعضا و سلول های بنیادی خونساز، حمایت بسته بر اساس شیوه نامه های ابلاغی عمل خواهد شد.

ماده ۵: شمول خدمات

این دستورالعمل شامل خدمات سرپایی در هر کدام از بیماری ها 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: منابع حمایت مالی و نحوه محاسبه هزینه ها

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

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

نحوه محاسبه هزینه خدمات :

- ✓ مرکز درمانی موظف است هزینه خدمات 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 جایگزین حمایتهای بیمه پایه ، بیمه تکمیلی این بیماران نمی باشد.
- ✓ حمایت های موضوع این دستورالعمل تنها زمانی برای بیماران مصداق می یابد که بیماران مشمول (موضوع ماده ۴) ، از پوشش یکی از بیمه های پایه برخوردار باشند .
- ✓ 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 مرتبط در سامانه RDA، Haemorb، CIS، HIS، medicare، سامانه ثبت سرطان، شبکه ملی اهدا کنندگان سلول های بنیادی خون ساز ایران و OTRI، که دارای تبادل اطلاعات با سپاس 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 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. در همین راستا حذف فرایند ثبت عملکرد از سامانه medicare و سایر سامانه ها در دوره زمانی مذکور به موازات صورت خواهد گرفت که بصورت رسمی به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ خواهد شد.

✓ 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 جهت تسویه حساب خرید خدمت از مراکز غیردانشگاهی طرف قرارداد بوده 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 ارایه دهنده خدمات موضوع این دستورالعمل، صرفاً مجاز به هزینه کرد اعتبارات مربوطه در قالب این دستورالعمل می باشند.

✓ عدم رعایت ضوابط خرید دارو و تجهیزات مصرفی (براساس 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 بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت / مشاوره	روتین	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
	توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی/داخلی /اطفال	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص خون	۱	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش- متخصص جراحی -روانپزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص غدد- متخصص زنان -متخصص قلب		۷۰	۰	۳۰	بر حسب نیاز
	متخصص طب اورژانس	۴	۰	۰	۱۰۰	
	مشاوره روانشناسی	۲	۰	۰	۱۰۰	
	مشاوره تغذیه	۱	۷۰	۰	۳۰	
شنوایی سنجی - بینایی سنجی						
تصویربرداری	اکوکاردیوگرافی - رادیولوژی-سونوگرافی (شکم،لگن،مفاصل)	۱	۷۰	۰	۳۰	
	الاستوگرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	۱	۰	۰	۱۰۰	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هیپاتیت سی ، یک بار درسال با کد ملی ۴۰۱۷۳۵
	MRI-T2*	۲	۷۰	۰	۳۰	با توجه به پوشش خدمت از سوی سازمان های بیمه گر با کد ملی قلب(۷۰۴۰۱۰) کد ملی کبد (۷۰۴۰۵۵)
	سنجش تراکم استخوان (Bone Densitometry)	۱	۷۰	۰	۳۰	Bone Densitometry هر دو سال یک بار توسط بیمه پرداخت می شود
آزمایشات	CBC (جهت شیفت دارو از تزریقی به خوراکی)	۱۲	۷۰	۰	۳۰	
	گلوکز -اوره -کراتینین	۲	۷۰	۰	۳۰	
	آلکالین فسفاتاز-U/A - کلسیم - فسفر- ALT/SGPT- AST/SGOT -	۲	۷۰	۰	۳۰	برای بیماران تحت درمان روتین

					- LDH-T,D.bili	
برای بیماران در شرایط شیفت آهن زدای تزریقی به خوراکی	۳۰	۰	۷۰	۱۲	آلکالین فسفاتاز- U/A - کلسیم- فسفر- ALT/SGPT- AST/SGOT -	
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)	
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر	۰	۰	۱۰۰	۲	آزمایشات Anti HIV , HBs Ag , Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی pcr همراه با تفسیر	
رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی (۳ میلیون تومان در سال و موارد خاص و ارتودنسی بصورت موردی با این مرکز هماهنگ شود)						خدمات دندانپزشکی
	۳۰	۰	۷۰	۲۰	فیزیوتراپی	خدمات توانبخشی

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 مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد.

تبصره ۴: آزمایشات آمادگی بیماران تالاسمی نیازمند پیوند سلول های بنیادی خونساز براساس بسته حمایتی پیوند سلول های بنیادی خونساز 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
ملزومات	اندام مصنوعی	۱	۷۰	-	۳۰	
	چسب فیبری	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	۰	۱۰۰
ویزیت تخصصی	روتین 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 ارثوپیدی - متخصص زنان - روانپزشک	۴	۷۰	-	۳۰	
	مشاوره روانشناسی	۴	۰	۰	۰	۱۰۰
تصویر برداری	رادیوگرافی هر مفصل	۲	۷۰	-	۳۰	
	-سونوگرافی مفاصل ، شکم و لگن -CT scan هر مفصل -MRI هر مفصل اندام فوقانی با و بدون تزریق- شکم و لگن -bonedensitometry	۱	۷۰	-	۳۰	هر کدام یک مورد
	الاستوگرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	۱	۰	۰	۱۰۰	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هیپاتیت سی ، یک بار در سال با کد ملی ۴۰۱۷۳۵

	۳۰	-	۷۰	۱	PTT Mixed-PTT	آزمایشات
	۳۰	-	۷۰	۴	CBC	
	۳۰	-	۷۰	۲	AST- ALT- فسفاتاز- T و D.bili	
	۳۰	-	۷۰	۳۰	فیزیوتراپی	توانبخشی
رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی (۳ میلیون تومان در سال و موارد خاص و ارتودنسی بصورت موردی با این مرکز هماهنگ شود)						خدمات دندانپزشکی
در بیماران نیازمند پلاکت حسب نظر پزشک معالج	۱۰	-	۹۰	۱۲	اشعه دادن فرآورده های پلاکتی	

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 اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد.

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی	درصد پرداختی	درصد پرداختی	توضیحات
----------	----------	------------------------	--------------	--------------	--------------	---------

	از بسته حمایتی	بیمار	بیمه			
<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>	معادل فرانشیز سهم بیمار	-	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر	۱۸۲	Interferon b 1b for inj 30mcg (برند خارجی)	برندهای ایرانی
	۵	-	۹۵	۱۸۲		
<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>	معادل فرانشیز سهم بیمار	-	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر	۱۵۶	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi (برند خارجی)	برندهای ایرانی
	۵	-	۹۵	۱۵۶		
<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>	معادل فرانشیز سهم بیمار	-	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر	۵۲	Interferon b 1a for inj 8 milion u/1mi (برند خارجی)	دارو برندهای ایرانی
	۵	-	۹۵	۵۲		
<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>	۱۰	-	۹۰	۱۵۶	Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml (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>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	
براساس دستورالعمل بیمه پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.	۱۰	۰	۹۰	۵	Rituximab Vial 100 mg, 500 mg	
- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد - در شروع درمان فقط در سال اول ۲۰ روز با دوز روزانه ۲ عدد	۳۰	۰	۷۰	۲۰ روز	Dimethyl fumarate,120mg (برندهای ایرانی)	
- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد - در سال اول ۳۴۵ روز با دوز روزانه ۲ عدد	۳۰	۰	۷۰	۳۴۵ روز	Dimethyl fumarate, 240mg (برندهای ایرانی)	
-پرداخت فرانشیز سهم بیمار به عهده بیمار خواهد بود	۰	۱۰	۹۰	۴	Ocrelizumab و برند ایرانی	
-پرداخت فرانشیز سهم بیمار به عهده بیمار خواهد بود	۰	۱۰	۹۰	۵	Alemtuzumab	
- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد	۳۰	۰	۷۰	۳۴۵	Teriflunamide (برندهای ایرانی)	
	۳۰	۰	۷۰	۱	متخصص ارولوژی - متخصص داخلی / قلب	ویزیت / مش L و ر ه
	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		۳۰	۰	۷۰	۲	MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب
		۳۰	۰	۷۰	۲	MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب
		۳۰	۰	۷۰	۴	AST - ALT - CBC
آزمایش		۱۰۰	۰	۰	۱	تعیین سطح VitD
		۳۰	۰	۷۰	۱۲۰	فیزیوتراپی
توانبخشی		۱۰۰	۰	۰	۹۰	کاردرمانی
		۱۰۰	۰	۰	۴۰	گفتاردرمانی
		۱۰۰	۰	۰	۳۰	مشاوره روانشناسی
		۱۰۰	۰	۰	۴	ارتوپدی فنی
بینایی سنجی						
		۳۰	۰	۷۰	۲	پلازما فرزیس
		۱۰	۰	۹۰	۱	پالس تراپی (متیل پردنیزولون - هر بار به مدت ۵ روز)
	پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد				۳	
	پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد			تزریق دارو در فواصل ۰ - ۱۵ روز بعد و ۶ ماه بعد می باشد	۳	انفوزیون درمانی اکریلیوماب
	پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد			تزریق در سال اول ۵ روز و روزانه یک ویال می باشد	۵	انفوزیون درمانی آلمتوزوماب
		۱۰۰	۰	۰	۱	ست پلازما فرزیس
	تزریق هر ۶ ماه یک بار و پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد				۲	انفوزیون درمانی ریتوکسیماب
	رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی					دندانپزش

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 اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

۴- بسته حمایتی بیماران مبتلا به همودیالیز

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد	درصد	درصد	درصد پرداختی	توضیحات
----------	----------	------------	------	------	--------------	---------

	از بسته حمایتی	پرداختی بیمار	پرداختی بیمه	تعهد		
دارو			۱۰۰	طبق دستور پزشک	۱- Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز) ۲- Sevelamer ۳- Iron sucrose	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
			۹۰	طبق دستور پزشک	Cinacalcet	فقط در صورت عرضه در داروخانه های طرف قرارداد با دانشگاه
ملزومات			۱۰۰	-	ست کامل دیالیز (۵ قلم)	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
			۱۰۰	-	کاتترهای ساب کلاوین دائمی	
			۱۰۰	-	کاتترهای ساب کلاوین موقت	
			۱۰۰	-	گرافت های عروقی	
ویزیت تخصصی			۷۰	۱	ویزیت غدد- ویزیت قلب- ویزیت روانپزشکی	
			۷۰	۳	ویزیت تغذیه	
آزمایش			۷۰	۱۲	پتاسیم_فسفر- کلسیم -FBS	انجام آزمایش FBS تنها برای بیماران دیابتی می باشد
			۱۰۰	۱۲	CBC	CBC در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
			۱۰۰	۲۴	BUN	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
			۱۰۰	۴	کراتی نین	کراتی نین در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
			۷۰	۴	سدیم-آلکان فسفاتاز- البومین سرم-کلسترول- تری گلیسرید- بیکربنات سرم- آهن سرم- TIBC- فریتین-PTH-	
			۷۰	۲	HBS Ag- AST-ALT	
تصویربرداری			۷۰	۱	HCVAb-HBSAb - سطح سرمی ویتامین D	
			۷۰	۱	اکو قلب هر سه سال یک بار- داپلر عروق مرتبط- نوار قلب رادیولوژی ساده قفسه سینه- سونوگرافی شکم	اکو قلب فقط هر سه سال یکبار برای بیماران قابل تعهد می باشد

همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه	تا ۱۵۶ نوبت	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه	۶	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
کارگذاری کاتترهای دائم (پرمیکت) - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت بدون بیهوشی - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت با بیهوشی - تعبیه فیستول شریانی وریدی		۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
کارگذاری گرافت عروقی		۹۰	۰	۱۰	
درمان بیماران مبتلا به هیپاتیت C براساس پروتکل ابلاغی معاونت درمان		۷۰	۰	۳۰	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)
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 (این تبصره شامل خدمت دیالیز نمی شود) .
 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 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 مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

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	درصد پرداختی	درصد پرداختی از بسته	توضیحات
----------	----------	-----------------	--------------	--------------	----------------------	---------

حمایتی	بیمار	بیمه				
۳۰	۰	۷۰	۱	غدد - قلب - روانپزشکی	ویزیت	
۳۰	۰	۷۰	۲	ویزیت تغذیه		
۳۰	۰	۷۰	۱۲	CBC - سدیم - پتاسیم - کلسیم - فسفر - BUN - کراتی نین - Alb	آزمایشات	
در صورت هایپریپاراتیروئیدی و مصرف سیناکلست	۳۰	۰	۷۰	۱۲		PTH
در صورت عدم وجود هایپریپاراتیروئیدی	۳۰	۰	۷۰	۶		
	۳۰	۰	۷۰	۶		FBS - آلکالن فسفاتاز - تری گلیسرید - کلسترول - HDL - LDL ALT - AST - Bil Total & Direct - آهن سرم - فریتین - TIBC - CRP اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین
۳۰	۰	۷۰	۳	اندازه گیری ادرار ۲۴ ساعته (حجم ادرار ، اوره و کراتی نین)		
۳۰	۰	۷۰	۲	HCVAb - HIVAb - HBSAb - HBSAg سطح سرمی ویتامین D		
هرکدام تا یک مورد	۳۰	۰	۷۰	برحسب نیاز - اکو قلب - رادیولوژی ساده قفسه سینه - رادیولوژی ساده شکم - سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست - سونوگرافی شکم	تصویربرداری	
	۳۰	۰	۷۰	برحسب نیاز	نوار قلب	
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: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

۶- بسته حمایتی بیماران متابولیک (موکوپولی ساکاریدوز)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد	درصد پرداختی	درصد پرداختی	توضیحات
			درصد پرداختی	درصد پرداختی	از بسته

	حمایتی	بیمار	بیمه	تعهد		
دارو	داروی ویمیزیم در سامانه medcare ثبت شده و مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از بسته حمایتی می باشد .	-	۹۶	براساس پروتکل	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	
ویزیت	چشم پزشکی - ارتوپدی - جراح اعصاب	-	۷۰	۱		
	گوش و حلق و بینی	-	۷۰	۳		
	روانپزشک	-	۷۰	۴		
	نورولوژی / هماتولوژی (بالغین و اطفال)	-	۷۰	۶		
	ریه اطفال - قلب و عروق اطفال	-	۷۰	۲		
	غدد اطفال	-	۷۰	۵۲		
آزمایش		-	۷۰	۱	BUN-Enzyme level CBC-diff-Ca K-Ferritin-ABG-Cr p-Na-آلکالن فسفاتاز U/A-آلبومین-SGPT-SGOT Urin GAG level	
تصویر برداری	x ray - اکوکاردیوگرافی	-	۷۰	۲		
	EMG - NCV-ECG MWT - 3 MSCT	-	۷۰	۳		
	MRI	-	۷۰	۱		
	کاپنوگرافی	-	۷۰	۱		
	هر کدام یک مورد به تشخیص پزشک معالج	-	۷۰	۱	پلی سونوگرافی - سونوگرافی - الکترورتینوگرافی	
سایر خدمات	تزریق آنزیم صرفا در بیمارستان های دانشگاهی و زیر نظر پزشک معالج مشمول حمایت خواهد بود .	-	۰	۵۲	انفوزیون های درمانی	
اسپیرومتری		-	۷۰	۱		
شنوایی سنجی		-	۷۰	۱		

آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)					
توانبخشی	کاردرمانی - گفتاردرمانی	۵۵	۰	-	۱۰۰
	فیزیوتراپی	۵۵	۷۰	-	۳۰
دندانپزشکی	رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی				

- تبصره ۱:** سلول درمانی در کلیه بیماران موکوپلی 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 ۱۰۰ درصد به ازای هر مورد پیوند خواهد بود .(رجوع شود به بسته پیوند سلول های بنیادی خونساز)
- تبصره ۲:** آزمایشات آمادگی بیماران MPS نیازمند پیوند سلول های بنیادی خونساز براساس بسته حمایتی پیوند سلول های بنیادی خونساز قابل پرداخت می باشد . لازم به ذکر است در خصوص آزمایش HLA Typing (Low and High) میزان حمایت تاسقف ۱۰ نوبت در سال قابل حمایت می باشد .(رجوع شود به بسته پیوند سلولهای بنیادی خونساز)
- 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 و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

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

پانسمان - توسط سازمان غذا و دارو وزارت متبوع تامین و توسط خانه ای.بی در اختیار مددجو قرار داده می شود					ملزومات
				متخصص عفونی - متخصص چشم - فوق تخصص هماتولوژی - مشاوره تغذیه -متخصص روانپزشکی - فوق تخصص ریه	ویزیت
۳۰	۰	۷۰	۴		
				متخصص پوست - متخصص اطفال - فوق تخصص گوارش - فوق تخصص جراحی ترمیمی	
۳۰	۰	۷۰	۱۲		
				متخصص زنان - متخصص ارولوژی -متخصص ارتوپدی - متخصص قلب	ویزیت
۳۰	۰	۷۰	۱		
				ویزیت فوق تخصص نفرولوژی -متخصص گوش و حلق و بینی	
۳۰	۰	۷۰	۲		
				ALB-BUN-Ca-CBC-diff-Cr CRP کمی CRP کیفی ESR-Ferritin-K -Na-P-Retic نجسس خون در مدفوع S/E Serum Iron-SGOT-SGPT Total protein-U/A	آزمایش
۳۰	۰	۷۰	۴		
				نمونه برداری (بیوپسی پوست)	
۳۰	۰	۷۰	۱		تصویربرداری
				آسیب شناس تشخیصی (پاتولوژی)	
۳۰	۰	۷۰	۱		
				MRI-CT - رادیولوژی	تصویربرداری
۳۰	۰	۷۰	۴	اندوسکوپی	
				شنوایی سنجی - بینایی سنجی	توانبخشی
۳۰	۰	۷۰	۱		
				فیزیوتراپی	
				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	کاردرمانی
۱۰۰	۰	۰	۵۰		

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 و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

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 تنفسی	۱۰۵	۷۰	۰	۳۰	

	۱۰۰	۰	۰	۱۰۵	کاردرمانی جسمانی-گفتاردرمانی
آزمایش	۳۰	۰	۷۰	۱	AST-ALT-CPK
تصویربرداری	۳۰	۰	۷۰	۱	گرافی قفسه سینه _ گرافی ستون فقرات
سایر خدمات	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن پنوموکوک
	هر ۵ سال یکبار 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 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 و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

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 ار تپیدی- متخصص تغذیه	۱	۷۰	۰	۳۰	
توانبخشی	کاردرمانی جسمانی- اندامها	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	

		۳۰	۰	۷۰	۵۲	فیزیوتراپی تنفسی
		۱۰۰	۰	۰	۵۲	گفتاردرمانی
آزمایش		۳۰	۰	۷۰	۱	تست ریه اسپیرومتری-AST-ALT-CPK
تصویربرداری		۳۰	۰	۷۰	۱	گرافی قفسه سینه _ گرافی ستون فقرات
سایر خدمات		۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن آنفولانزا
	واکسن پنوموکوک هر ۵ سال یکبار انجام میشود	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن پنوموکوک

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 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 و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

۱۰- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۳)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد	درصد	درصد	درصد	توضیحات
----------	----------	-------	------	------	------	---------

	مورد تعهد	پرداختی بیمه	پرداختی بیمار	پرداختی یارانه	
ویزیت	۴	۷۰	۰	۳۰	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)
	۲	۷۰	۰	۳۰	روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی
	۱	۷۰	۰	۳۰	فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی- متخصص تغذیه-فوق تخصص ریه
توانبخشی	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	کاردرمانی جسمانی- اندامها
	۲۶	۷۰	۰	۳۰	فیزیوتراپی تنفسی
آزمایش	۱	۷۰	۰	۳۰	تست ریه اسپیرومتری-AST-ALT-CPK
تصویربرداری	۱	۷۰	۰	۳۰	گرافی ساده ستون فقرات- گرافی ساده قفسه سینه
سایر خدمات	۱	۰	۰	۱۰۰	واکسن آنفولانزا
	۱	۰	۰	۱۰۰	واکسن پنوموکوک هر ۵ سال یکبار 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 و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد.

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	فیزیوتراپی تنفسی	۲۶	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	تست ریه اسپیرومتری - کشت حلق (خلط)	۶	۷۰	۰	۳۰	
	آزمایشات کبدی (ALT,AST,ALP,Bil) و شمارش سلول خونی (CBC diff)	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
دارو	ویال سدیم کلراید هیپرتونیک ۷٪ - تولید داخل و یا ویال سدیم هیپرتونیک ۷٪ + بیکربنات - تولید داخل	۱۴۶۰	۰	۰	۱۰۰	به ازای هر بیمار
	توبرو مایسین استنشاقی - Bramitob Nebuliser Solution	۳۳۶	۷۰	۰	۳۰	برای ۶۰ درصد بیماران (مورد مصرف دراطفال)
	توبرو مایسین استنشاقی (Dray Powder Inhaler-DPI TOBI)	۱۳۴۴	۷۰	۰	۳۰	برای ۴۰ درصد بیماران (مورد مصرف در بزرگسال)
	کپسول پانکراتین	۲۵۵۵	۷۰	۰	۳۰	
	Capsule Ursobil	۳۶۵	۷۰	۰	۳۰	
	سی تی اسکن ریه (HRCT) - گرافی ساده قفسه سینه-	۱	۷۰	۰	۳۰	هر سه سال یکبار مورد نیاز است.
تصویربرداری	اسکن استخوان DXA	۱	۷۰	۰	۳۰	

	۱۰۰	۰	۰	۱	واکسن آنفلوانزا	سایر خدمات
هر پنج سال یکبار 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 اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) بوده مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

۱۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به اوتیسم

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد	تعداد مورد	تعداد مورد	درصد پرداختی	درصد	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
----------	----------	------------	------------	------------	--------------	------	---------------------	---------

	تعداد-سطح	تعداد-سطح دو	تعداد-سطح سه	بیمه	پرداختی بیمار			
						یک	دو	
	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	روانپزشک	
	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	فوق تخصص نورولوژی	
معادل کد ۹۰۰۰۹۶	۴۸	۹۶	۴۸	۷۰	۰	۳۰	رفتاری- آموزشی	
معادل کد ۹۰۰۰۹۶	۱۲	۱۲	۳۶	۷۰	۰	۳۰	مشاوره ای - حمایتی	
کدملی خدمت ۹۰۰۱۲۵	۳۰	۴۸	۲۴				کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی	
کدملی خدمت ۹۰۱۶۵۰	۳۰	۴۸	۲۴	۷۰		۳۰	کاردرمانی	
کدملی خدمت ۹۰۰۴۲۰	۴	۴	۴	۷۰	۰	۳۰	خدمات ارزیابی گفتار و...	
کدملی خدمت ۹۰۰۴۲۵	۴۴	۹۲	۴۴				درمان اختلالات گفتار، زبان و...	
	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	شنوایی سنجی	
	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	بینایی سنجی	
	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	EEG	
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی	شامل خدمات دندانپزشکی عام و تحت بیهوشی برای کلیه بیماران اوتیسم بدون محدودیت سنی							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: کلیه خدمات به جز خدمت دندانپزشکی صرفاً در بیماران زیر سن ۷ 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	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	
	اسکوپبی 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 و سایر موتاسیون های دخیل در سرطان)	۱	۰	۳۰	۷۰
	دارو	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه یا تفاهم نامه)	*	۷۰	۱۰	۲۰
دارو	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه و تفاهم نامه)	*	۹۰	۱۰	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.
رادپوتراپی	IMRT (بر اساس شناسنامه و استاندارد خدمت رادپوتراپی به روش IMRT)	۱ (دوره درمان)	۰	۳۰	۷۰	

				۱	پلاک براکی تراپی برای تومورهای چشمی			
				۲	نمونه برداری	سایر اقدامات		
			۷۰	۱ (دوره درمان)	تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره و پروفیلاکسی دکولمان رتین			
			۷۰	*	هالوپریدول، انوکسپارین، انواع سرم (از جمله مانیتول)، آلبومین، میدازولام، سدیم دوکوستات	دارو	مراقبت های حمایتی و تسکینی	
			۷۰	۱۲-۲۴	پزشک دوره دیده تسکینی - فلوشیپ طب تسکینی - فلوشیپ درد - روانپزشک روانشناس بالینی - تغذیه بالینی - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	ویزیت		
			۷۰	۶	خدمات تغذیه بالینی			
			۷۰	۳۰	فیزیوتراپی	توانبخشی		
			۷۰	۴۰	گفتار درمانی، کاردرمانی			
			۷۰	۳۰	لنف ادم			
			۷۰	*۱۲	ویزیت پزشک	مراقبت در خانه		
			۷۰	*۲۴	ویزیت و مراقبت پرستار و روانشناس			
			۷۰		این خدمت جهت بیماران با تشخیص رتینوبلاستوم قابل پرداخت می باشد			
			۷۰		* مطابق دستورالعمل و راهنماهای بالینی			
			۷۰		در دو مرحله (درمانی و نگهدارنده)			
			۷۰		* حداکثر یک ویزیت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک تعداد ویزیت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.			
			۷۰		* 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.			

خدمات دندانپزشکی				
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی				
<p>تمامی اقلام پس از ثبت و تایید در سامانه سپاس قابل پرداخت خواهد بود.</p> <p>سهم پرداختی یارانه در تجهیزات مصرفی خارج از تعهدات بیمه، ۷۰٪ تعرفه مصوب می باشد.</p>	۲۰	۱۰	۷۰	<p>بر اساس دستورالعمل رسیدگی به اسناد</p> <p>سوندهای ادراری، ماسک اکسیژن و نزال 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 - پمپ تزریق شیمی درمانی - پورت ورید مرکزی</p> <p>تجهیزات مصرفی</p>

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 (بوستان)	*	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	کاتتریسم 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) اسکن پرفیوژن / اسکن ونتیلاسیون cardiac MRI سونوگرافی آنژیوگرافی / کاتتریزاسیون بطن راست اکوکاردیوگرافی / داپلر	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.
			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	
			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	
۱-۲			۷۰	۱۰	۲۰		
۱-۲			۷۰	۱۰	۲۰		
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.	
	تستهای ژنتیکی	*	۰	۳۰	۷۰		
	سایر آزمایشات	*	۷۰	۱۰	۲۰		

*تعداد و نوع آزمایش به تشخیص پزشک معالج و مطابق با گایدلاین های ابلاغی است	۷۰	۳۰	۰	*	NT-PROBNP	توانبخشی	سایر خدمات درمانی	سکته مغزی
	۳۰	۰	۷۰	۳۵-۲۵	فیزیوتراپی			
*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	توانبخشی	سکته مغزی	
	۱۰	۰	۹۰	*	جراحی های الکتیو			
	۱۰	۰	۹۰	*	سپتوستومی دهلیزی			
				**	خدمات پیوند			
	۲۰	۱۰	۷۰	۴۰	فیزیوتراپی	۶ ماهه اول	توانبخشی	سکته مغزی
	۷۰	۳۰	۰	۳۰	کاردرمانی			
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	گفتاردرمانی			
	۲۰	۱۰	۷۰	۲۰	فیزیوتراپی	۶ ماهه دوم	توانبخشی	سکته مغزی
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	کاردرمانی			
	۷۰	۳۰	۰	۱۰	گفتاردرمانی			
	۲۰	۱۰	۷۰	۱۵	فیزیوتراپی	دوره مراقبت طولانی	توانبخشی	سکته مغزی
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	کاردرمانی			
	۷۰	۳۰	۰	۱۰	گفتاردرمانی			

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 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 سلولهای بنیادی خونساز

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی پیوند: فوق خون و سرطان	*	۷۰	۰	۳۰	*ویزیت روتین سرپایی در درمانگاه پیوند و قبل از بستری شدن بیمار در بخش پیوند. *ویزیت بعد پیوند: تا سه ماه اول پس از پیوند؛ هفتگی یک ویزیت *سه ماه دوم پس از پیوند: هر دو هفته یک ویزیت ماه هفتم تا ماه دوازدهم پس از پیوند؛ ماهانه یک ویزیت *بعد از سال اول بر اساس شرایط بیمار. " قابل ذکر است که دفعات ویزیت در درمانگاه برای بیمارانی است که دچار عارض جدی پیوند نشده اند. لذا در صورت نیاز ممکن است بیمار دفعات بیشتری ویزیت شود."
	تخصصی ایمنولوژی بالینی / ژنتیک پزشکی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی قلب	۳	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص ریه	۳	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 راونپزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی اروولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی عفونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی پزشکی قانونی	۲	۷۰	۰	۳۰	

	۳۰	۰	۷۰	۲	تخصصی چشم	
جهت حفظ قدرت باروری در بیماران کاندید پیوند سلول های بنیادی خونساز	۳۰	۰	۷۰	۲	فلوشیپ ناباروری	
	۳۰	۰	۷۰	۱	نمونه برداری مغز استخوان (فلوسیتومتری، پاتولوژی)، CSF (سیتولوژی و فلوسیتومتری)، کبد (بیماران تالاسمی)، استخوان (بیماران استئوپتروزیس)	
	۳۰	۰	۷۰	۱	شنوایی سنجی، بینایی سنجی (بیماران استئوپتروزیس)	
	۳۰	۰	۷۰	۱	بازبینی بلوک بیوپسی	
* هر ۳ تا ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج	۳۰	۰	۷۰	*	Bone densitometry - رادبولوژی - سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتری - 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، MRI قلب و کبد جهت بررسی اضافه بار آهن و فیبرواسکن	تصویربرداری
رجوع شود به تبصره ۴. در بیماران MPS این حمایت استثناء تا ۱۰ نوبت مورد حمایت می باشد	۱۰۰	۰	۰	۵	(*) آزمایشات تخصصی HLA Typing (Low and High resolution)	آزمایشات
رجوع شود به تبصره ۴.	۱۰۰	۰	۰	۴	(*) کراس مچ دو طرفه و کراس مچ اسکرینینگ به روش فلوسیتومتری	
به ازای هر کلاس. (رجوع شود به تبصره ۴).	۱۰۰	۰	۰	۲	(*) Single Antigen Class I&II به روش لومینکس	
(روزهای +۱۵ و +۳۰ و +۶۰ و +۹۰ و +۱۸۰ و +۳۶۰ بعد از پیوند) رجوع شود به تبصره ۴.	۱۰۰	۰	۰	۶	(*) کایمریسم به روش مولکولی-PCR (قبل و بعد از پیوند) کایمریسم دهنده قبل از پیوند	

هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱	گلوکز ، اسیداوریک، اورده، کراتینین، LH ، FSH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، ALP ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکرها ، PANEAL REACTIVITY ، فریتین، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و PSA (آقایان) و RH ، CA19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C	
هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱	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, EBV(PCR),HIV(PCR)	
هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱	سلامت اهداکننده قبل از پیوند CBC, Diff, ABO, RH, FBS, BUN, Cr, Bili (T, D), Ast, Alk, Alb, LDH, U/A, U/C, HBS Ag, HBS Ab, HBe Ab, HBe Ag, HBC Ab, HCV Ab, HIV Ab, (CMV, Toxo, EBV, HSV, HZV) IgG/Igm, Covid-19 PCR	
* بر اساس شرایط بیمار متغیر است. در هر ویزیت روتین پس از پیوند در درمانگاه باید چک شود.	۳۰	۰	۷۰	*	آزمایشات سطح داروهای ایمنوساپرسیو (سیکلوسپورین، اورلیموس و سیپرولیموس، پروگراف و مایکوفنولات) ، CBC,ESR ، گلوکز ، اسیداوریک، اورده، کراتینین، LH ، FSH ، کلسیم فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، فریتین، در صورت لزوم CMV Ag, PT,PTT,INR, Bili(Total&Direct), CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند
روزهای ۱۵+ و ۳۰+ و ۶۰+ و ۹۰+ و ۱۸۰+ و ۳۶۵+ پس از پیوند.	۳۰	۰	۷۰	۶	نمونه برداری مغز استخوان (فلوسیتومتری، کایمریسم)	
۱۰۰ روز اول هر هفته و در سال اول هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۲۴	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص خون و انکولوژی	ویزیت بعد از ترخیص
مطابق دستورالعمل بسته حمایتی بیماران مبتلا به سرطان. داروها پس از ثبت در سامنه RDA و صدور حواله الکترونیک، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامنه RDA می باشند.				*	داروهای شیمی درمانی	دارو

داروهای سلول گیری، داروهای ایمنوساپرسیو، داروهای ضد قارچ، داروهای ضد ویروس	*			داروهای پس از ثبت در سامانه RDA و صدور حواله الکترونیک، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه RDA می باشند.
---	---	--	--	--

تبصره ۱: پیوند سلول های بنیادی خونساز در بیماران پس از تأیید کمیته تخصصی پیوند 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، معاونت درمان دانشگاه 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 خدمتی پیوند سلول های بنیادی خونساز 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، (در بیماران MPS این حمایت استثناء تا ۱۰ نوبت مورد حمایت می باشد) به ستاد دانشگاهها پرداخت خواهد شد و دانشگاهها پس از ثبت عملکرد مراکز ارائه دهنده خدمات بسته حمایتی موظف به تسویه حساب با مراکز می باشند (این تبصره تا زمان تغییر فرآیند ارجاع مستقیم از بیمارستان به آزمایشگاههای مورد تأیید معاونت درمان دانشگاه برقرار خواهد بود).
تبصره ۵: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با عوارض پس از پیوند سلولهای بنیادی خونساز و عود بیماری، مشمول حذف فرانشیز و قابل پرداخت از محل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری (طرح تحول نظام سلامت) می باشد. مشروط بر اینکه ثبت عملکرد بستری در سامانه HIS بیمارستان ها و گزارش گیری از روی سامانه سپاس صورت گیرد .

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) - MRI شکم 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 آنژیوگرافی	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، فرتین، CRP ،HbA ₁ C وگروه خونی 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,hpigliori 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 Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری	۲	۰	۰	۱۰۰	تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد

HLA typing دهنده				
کراس مچ بین گیرنده و دهنده به روش WBC Cross Match , فلوسیتومتری	۰	۰	۱۰۰	۲
CABG	۱۰	۰	۹۰	۱
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	۳۰	۰	۷۰	۱۲
گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر،AST/SGOT ، ALT/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH	۳۰	۰	۷۰	۱۲
آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)				
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
بیوپسی کلیه پیوندی				
در صورت علائمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	۱۰	۰	۹۰	متناسب با دستور پزشک
ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه _متخصص داخلی ویزیت	۳۰	۰	۷۰	۲۱
ویزیت تغذیه	۳۰	۰	۷۰	۲۱

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.

تبصره ۳: در صورت انجام هر یک از آزمایشات 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 یکر از مراکز مورد تایید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر و به مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد.

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	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه یکبار
	ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص گوارش-متخصص داخلی					
	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 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-رادبولوژی-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 کبد و اسپیرومتري-ERCP	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلكالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP ،HbA ₁ C و گروه خونی و PSA و RH (آقایان) والکتروفروز 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
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 ۶ماه یک بار تا قبل از پیوند
	HLA typing گیرنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتري فلوسیتومتري بین گیرنده و دهنده	۲				در صورت نیاز

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
هرماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین ، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیروولیموس ، اوره ، کراتینین ، در صورت لزوم CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt .pt. INR ,CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood
هرماه 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 ، 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
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	متخصص تغذیه

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

تبصره ۳: در صورت انجام هریک از آزمایشات 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 یکر از مراکز مورد تایید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر و به مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد .

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	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 - 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	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصص چشم پزشکی فوق تخصصی روماتولوژی - تخصص عفونی - تخصص ارولوژی تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
تصویربرداری	Bone densitometry - رادیولوژی - سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتري - پاپ اسمیر (خانم ها) داپلر - MRI شکم و لگن و مغز - VCUG - سی تی اسکن شکم و لگن و مغز - کولون سکویی سونو گرافی داپلر / عروق اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و نوار قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یک بار قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، ALT/SGOT ، فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر ، PTH ، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، کلسیم فسفر ، PANEAL REACTIVITY ، سدیوم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکر ، CRP ، HbA _{1c} ، گروه خونی و PSA (آقایان) ، PT ، 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 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	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند
	در صورت لزوم : HBV DNA PCR / Hcv RNAPCR					
	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده	۲	۰	۰	۱۰۰	تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد

					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	۰	۹۰	۵	انجام بیوپسی قلب پیوندی	
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	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 BK virus urin and blood , Ag&PCR,	آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، GTT ، PTH ، 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 بعد از پیوند
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	متخصص تغذیه	

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.

تبصره ۳: در صورت انجام هر یک از آزمایشات **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 یکر از مراکز مورد تایید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر و به مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد .

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 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					
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 لگن 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 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، Uric Acid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکر، الکتروفروز پروتئین ها ، PANEAL REACTIVITY ، فرتین ، CRP ، HbA _{1c} 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	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 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 PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	۲	۰	۰	۱۰۰	
اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، سی پپتاید 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
آزمایشات آزمایشات بعد از پیوند					

هرماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، FSH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلكالين فسفاتاز، تری گلیسیرید ، 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	۰	۷۰	۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی _ کلیه و غدد
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	متخصص تغذیه

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.

تبصره ۳: در صورت انجام هر یک از آزمایشات 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 یکر از مراکز مورد تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر و به مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد .

۲۰- بسته حمایتی پیوند روده

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد	درصد پرداختی	درصد پرداختی	درصد پرداختی از بسته	توضیحات
----------	----------	------------	--------------	--------------	----------------------	---------

		حمایت ی	بیمار	بیمه	تعهد		
		۳۰	۰	۷۰	۱۲	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	ویزیت/ مشاوره قبل از پیوند
	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است	۳۰	۰	۷۰	۳	تخصصی قلب - فوق تخصصی کلیه - فوق تخصصی غدد	
		۳۰	۰	۷۰	۲	فوق تخصصی ریه - تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی - تخصصی زنان - تخصصی روانپزشک - چشم پزشک - متخصص عفونی - متخصص ارولوژی - فوق تخصصی روماتولوژی	
		۳۰	۰	۷۰	۵	ویزیت / مشاوره تخصصی دیگر در صورت لزوم	
دندان پزشکی							
	رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						
	یکبار هر سال قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱	Bone densitometry - رادیولوژی - 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 سکویی / سونوگرافی داپلر عروق اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و نوآرقلبی - اسپیرومتری	تصویربرداری
	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، GTT ، PTH ، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، آلكالین فسفاتاز، آمیلاز، لیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، Uric Acid ، 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 , pt. , ptt , Bill total & direct protein AC19-9, CA125, ANA , AMA, ASMA, Anti.LKMI, VitA, Vit D, U/A.U/C, C protein	آزمایشات
	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱۲	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 , HBV DNA PCR	
	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 پیتاید 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، آلكالین فسفاتاز، تری گلیسیرید، کلسترول، U/C& U/A، کلسیم فسفر، ALT/SGOT، AST/SGOT، سدیم، پتاسیم، PTH		
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی گوارش و جراح پیوند	ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند	
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	متخصص تغذیه		

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.

تبصره ۳: در صورت انجام هر یک از آزمایشات 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 یکر از مراکز مورد تایید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر و به مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد.

۲۱- بسته حمایتی پیوند ریه

توضیحات	درصد پرداختی از بسته	درصد پرداختی	درصد پرداختی	تعداد مورد	نام خدمت	نوع خدمت
---------	----------------------	--------------	--------------	------------	----------	----------

		تعداد	بیمه	بیمار	حمایتی	
	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 رومالوژی 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					
	Bone densitometry - رادیولوژی - 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 - اسپیرومتری / نوار قلبی	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، اوره، کراتینین، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلكالین فسفاتاز، آمیلاز و لیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، Uric Acid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ، فریتین ، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و PSA (آقایان) ، Total protein ، Albumin serum ، INR ، GGT ، ptt ، Bill total & direct ، 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	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	در صورت لزوم: Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR					
	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، اوره، کراتینین، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلكالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A & U/C ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، AST/SGOT	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	اکو - نوار قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	بعد از پیوند

ویزیت/مشاوره قبل از پیوند

تصویربرداری

آزمایشات

آزمایشات بعد از پیوند

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	۷۰	۰	۳۰	بعد از پیوند
	Chest x ray- ، تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس	۳۰	۷۰	۰	۳۰	بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار
ویزیت	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی ریه و جراحی ریه متخصص تغذیه	۲۱	۷۰	۰	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.

تبصره ۳: در صورت انجام هر یک از آزمایشات 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 یکر از مراکز مورد تأیید مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر و به مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد.

۲۲- بسته حمایتی بیماران روانی مزمن و صعب العلاج

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	تناوب مورد نیاز سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی پارانه	توضیحات
----------	----------	------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	---------------------	---------

خدمات روان درمانی	روان درمانی فردی با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی توسط روانپزشک به ازای هر جلسه حداکثر ۳۰ دقیقه ای (کد ۹۰۰۰۵۱)	۲۴	متغیر	-	بر اساس تعرفه ابلاغی
	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 (کد ۹۰۰۰۹۶)	۱۸	متغیر	-	بر اساس تعرفه ابلاغی
	خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی تا ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک (کد ۹۰۰۰۹۳)	۱۲	متغیر	-	بر اساس تعرفه ابلاغی
خدمات دندانپزشکی		۱			معاونت درمان سالانه حداکثر تا سقف ۲۰ میلیون ریال از هزینه نسخ تجویزی برای هر بیمار را متقبل می‌شود.
خدمات کار درمانی	کار درمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه‌ای (کد ۹۰۰۱۲۵)	۵۰	طبق دستور پزشک	-	۱۰۰
	کار درمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره (کد ۹۰۰۱۲۷)	۵۰	طبق دستور پزشک	-	۱۰۰

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته خدمتی بیماران روانی مزمن و صعب‌العلاج تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می‌باشند.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان می‌تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه‌گر (تعرفه دولتی) اقدام نماید.

۲۳- بسته حمایتی دندانپزشکی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات

<p>حمایت مالی تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p> <p>(حمایت مالی خدمت ارتودنسی بر اساس مستندات ارسالی از دانشگاه به این مرکز صورت می گیرد.)</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یا دندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی تالاسمی</p>
<p>حمایت مالی تا سقف ۵۰۰,۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یا دندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی ام اس</p>
<p>حمایت مالی تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یا دندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی هموفیلی</p>

<p>حمایت مالی تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی همودیالیز</p>
<p>حمایت مالی تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی دیالیز صفاقی</p>

<p>حمایت مالی تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی بیماران متابولیک</p>
<p>حمایت مالی تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ تومان برای هر بیمار (ارائه خدمات دندانپزشکی تحت بیهوشی در صورت نیاز)</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند. ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی بیماران بال پروانه ای</p>

<p>حمایت مالی تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی پیوند اعضا</p>
<p>حمایت مالی تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی پیوند سلول های بنیادی خونساز</p>

<p>حمایت مالی تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار کلیه بیمارانی که در حال درمان فعال می باشند از حمایت مالی این بسته حمایتی برخوردار می گردند.</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی سرطان</p>
<p>حمایت مالی تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار (بیماری روانی مزمن شامل افسردگی ماژور، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی می باشد.)</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی بیماران روانی مزمن</p>

<p>حمایت مالی تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار بدون محدودیت سنی (ارائه خدمات دندانپزشکی تحت بیهوشی در صورت نیاز)</p>	<p>در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه: پرداختی بیمه ۷۰ درصد و پرداختی بیمار ۳۰ درصد</p>	<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ، ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی بیماران اوتیسم</p>
--	--	--	---

تبصره ۱: دستورالعمل حمایت دندانپزشکی از بیماران خاص ، نادر و صعب العلاج ، پیوند اعضا ، پیوند سلول های بنیادی خونساز و بیماری های غیرواگیر (سرطان و بیماری های روانی مزمن) 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 های دندانپزشکی هر ۶ ماه (حداقل سالی دو بار) 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 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

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 حمایت گردد ، فلذا دانشگاه ها موظفند موارد پیشنهادی خود را قبل از شروع درمان به مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها جهت اولویت بندی افراد متقاضی 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 .

تبصره ۵: سقف اعلام شده در خدمات تحت پوشش بیمه تنها پوشش دهنده فرانشیز سهم بیمار می باشد .

ماده ۹: تنظیم صورت حساب

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

- کلیه خدمات در سامانه های بیماران خاص، نادر و صعب العلاج، پیوند اعضا و سرطان به دقت ثبت گردد.
- تکمیل اطلاعات در سامانه های مختلف بر اساس بازه زمانی تعیین شده حد اکثر تا ۱۵ روز 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، RDA، 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.

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
- شبکه ملی اهدا کنندگان سلول های بنیادی خون ساز ایران
- HIS
- RDA
- OTRI
- CIS
- Haemorbd