

بسته پیشنهادی حمایت از بیماری های خاص و صعب العلاج و نادر

از محل اعتبارات صندوق کمک به درمان بیماران خاص و صعب العلاج سازمان های بیمه گر

در سال ۱۴۰۱

۱- بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت / مشاوره	روتین	۱۸	توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی / داخلی / اطفال	۷۰
	تخصصی	۱۸	فوق تخصص خون	۷۰
		۱	فوق تخصص گوارش - متخصص جراحی - روانپزشک	۷۰
		۲	فوق تخصص غدد - متخصص زنان - متخصص قلب	۷۰
		۴	مشاوره روانشناسی	۰
		۲	مشاوره تغذیه	۰
	شنوایی سنجی - بینایی سنجی		۱	
تصویربرداری	اکوکاردیوگرافی - رادیولوژی - سونوگرافی (شکم، لگن، مفاصل)	۱		۷۰
	الاستوگرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	۱	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هیپاتیت سی ، یک بار در سال با کد ملی ۴۰۱۷۳۵	۰
	MRI-T2*	۲	کد خدمت برای قلب (۷۰۴۰۱۰) کد خدمت برای کبد (۷۰۴۰۵۵)	۷۰
	سنجش تراکم استخوان (Bone Densitometry)	۱	Bone Densitometry هر دو سال یک بار	۷۰
آزمایشات	CBC (جهت شیفت دارو از تزریقی به خوراکی)	۱۲		۷۰
	گلوکز - اوره - کراتینین	۲		۷۰
	آلکالین فسفاتاز - U/A - کلسیم - فسفر - ALT/SGPT - LDH - T,D.bili - AST/SGOT	۲		۷۰

	۷۰	برای بیماران در شرایط شیفت از آهن زدای تزریقی به خوراکی	۱۲	آلکالین فسفاتاز- U/A - کلسیم - فسفر- ALT/SGPT - LDH- T,D.bili-AST/SGOT	
	۷۰		۲۴	آزمایش تامین خون سازگار Kell و سایر زیرگروههای فرعی خون (پنل)	
	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	
	۷۰		۲۰	فیزیوتراپی	خدمات توانبخشی
	۹۰		حسب مورد		خدمات بستری

۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی

نوع خدمت	نام خدمت		تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ملزومات	اندام مصنوعی		۱		۷۰
	چسب فیبرینی		۱		۰
	بندآورنده موضعی		۱۰		۷۰
	پورت وریدی		۱		۷۰
	سوزن نمونه برداری برای انجام CVS یا آمیوسنتز		۱		۰
	ملزومات مصرفی تزریق فاکتورهای انعقادی در منزل (سرنگ-سوزن پورت-آب مقطر-الکل-پنبه-گازاستریل-چسب-دستکش استریل-بتادین)		ماهانه		۰
ویزیت	روتین	عمومی/داخلی/طفال	۲۴		۷۰
		فوق تخصص خون	۱۲		۷۰
		فوق تخصص گوارش - متخصص توانبخشی	۲		۷۰
		متخصص عفونی - متخصص ژنتیک	۱		۷۰
		متخصص ارث‌پدی - متخصص زنان - روانپزشک	۴		۷۰
		مشاوره روانشناسی	۴		۰
		رادیوگرافی هرمفصل	۲		۷۰
تصویر برداری	-سونوگرافی مفاصل ، شکم و لگن		۱		۷۰
	-CT scan هر مفصل -MRI هر مفصل اندام فوقانی با و بدون تزریق - شکم و لگن				۷۰

				bonedensitometry –	
۰	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هیپاتیت سی ، یک بار درسال با کد خدمت ۴۰۱۷۳۵	۱		الاستو گرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)	
۷۰		۱		PTT Mixed-PTT	آزمایشات
۷۰		۴		CBC	
۷۰		۲		AST- ALT- فسفاتاز- T و D.bili	
۷۰		۳۰		فیزوتراپی	
۹۰	در بیماران نیازمند پلاکت حسب نظر پزشک معالج	۱۲		اشعه دادن فر آورده های پلاکتی	سایر خدمات
۹۰		حسب مورد			خدمات بستری

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
دارو	Interferon b 1b for inj 30mcg	۱۸۲	تفاهم نامه دارویی	
	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi	۱۵۶	تفاهم نامه دارویی	
	Interferon b 1a for inj 8 million u/1mi	۵۲	تفاهم نامه دارویی	
	Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml	۱۵۶	تفاهم نامه دارویی	
	Fingolimod tab –cap	۳۶۵	تفاهم نامه دارویی	
	Methyl predinosolon for inj 500 mg	۱۰	تفاهم نامه دارویی	
	Natalizomab Amp	۱۳	تفاهم نامه دارویی	
	Rituximab Vial 100 mg, 500 mg	۵	تفاهم نامه دارویی	
	ویزیت/مشاوره	Dimethyl fumarate,120mg	۲۰ روز	در شروع درمان فقط در سال اول ۲۰ روز با دوز روزانه ۲ عدد
Dimethyl fumarate,)240mg		۳۴۵ روز	در سال اول ۳۴۵ روز با دوز روزانه ۲ عدد	
Ocrelizumab		۴	براساس دستورالعمل دبیرخانه شورای عالی بیمه	
Alemtuzumab		۵	براساس دستورالعمل دبیرخانه شورای عالی بیمه	
Teriflunamide		۳۶۵	تفاهم نامه دارویی	
متخصص ارولوژی - متخصص داخلی / قلب		۱		۷۰
زنان و زایمان - عفونی - خون - گوارش		۱		۷۰
متخصص چشم- تغذیه	۲		۷۰	

	۷۰		۱۲	نورولوژیست	
	۷۰		۴	روانپزشک - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - اورتوپدی	
تصویر برداری	۷۰		۲	MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب	
	۷۰		۲	MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب	
آزمایش	۷۰		۴	AST - ALT - CBC	
	۷۰		۱	تعیین سطح VitD	
توانبخشی	۷۰		۱۲۰	فیزیوتراپی	
	۰		۹۰	کاردرمانی	
	۰		۵۰	گفتاردرمانی	
	۰		۳۰	مشاوره روانشناسی	
	۰		۴	ارتوپدی فنی	
	۷۰		۲	بینایی سنجی	
	۹۰		۱	پلازما فرزیس	سایر خدمات
	۹۰		۳	پالس تراپی (متیل پردنیزولون - هر بار به مدت ۵ روز)	
	-	براساس نوع دستور بستری	۳	انفوزیون درمانی اکریلوزوماب	
	-	براساس نوع دستور بستری	۵	انفوزیون درمانی آلمتوزوماب	
	۰		۱	ست پلازما فرزیس	
	-	براساس نوع دستور بستری	۲	انفوزیون درمانی ریتوکسیماب	
	۹۰		حسب مورد		
خدمات بستری					

۴- بسته حمایتی بیماران تحت درمان به روش دیالیز صفاقی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	بوشش بیمه ای
ویزیت	غدد- قلب- روانپزشکی	۱		۷۰
	ویزیت تغذیه	۲		۷۰
آزمایشات	CBC- سدیم- پتاسیم- کلسیم- فسفر- BUN- کراتی نین- Alb	۱۲		۷۰
	PTH	۱۲	در صورت هایپرپاراتیروئیدی و مصرف سیناکلست	۷۰
		۶	در صورت عدم وجود هایپرپاراتیروئیدی	۷۰
	FBS- آلکالن فسفاتاز- تری گلیسرید- کلسترول- HDL-LDL ALT- AST- Bil Total & Direct- آهن سرم- فریتین- TIBC- CRP	۶		۷۰
	اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین			
	اندازه گیری ادرار ۲۴ساعته (حجم ادرار ، اوره و کراتی نین)	۳		۷۰
	HCVAb - HIVAb- HBSAb- HBSAg سطح سرمی ویتامین D	۲		۷۰
تصویربرداری	-اکو قلب -راد یولوژی ساده قفسه سینه -راد یولوژی ساده شکم -سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست -سونوگرافی شکم	برحسب نیاز	هر کدام تا یک مورد	۷۰
	نوار قلب	برحسب نیاز		۷۰

			حسب مورد	خدمات بستری
--	--	--	----------	----------------

۵- بسته حمایتی بیماران تحت درمان به روش دیالیز خونی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
دارو	۱-Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز) ۲-Sevelamer ۳-Iron sucrose	طبق دستور پزشک		۱۰۰
	Cinacalcet	طبق دستور پزشک		۹۰-۱۰۰
ملزومات	ست کامل دیالیز (۵ قلم)	-		۱۰۰
	کاتترهای ساب کلاوین دائم	-		۱۰۰
	کاتترهای ساب کلاوین موقت	-		۱۰۰
	گرافت های عروقی	-		۱۰۰
ویزیت تخصصی	ویزیت غدد- ویزیت قلب- ویزیت روانپزشکی	۱		۷۰
	ویزیت تغذیه	۳		۷۰
آزمایش	پتاسیم-فسفر- کلسیم-FBS	۱۲		۷۰
	CBC	۱۲		۱۰۰
	BUN	۲۴		۱۰۰
	کراتی نین	۴		۱۰۰
	سدیم-آلکالن فسفاتاز- البومین سرم - کلسترول- تری گلیسرید- بیکربنات سرم -آهن سرم-TIBC - فریتین-PTH -	۴		۷۰
	HBS Ag- AST-ALT	۲		۷۰

	۷۰		۱	HCVAb-HBSAb - سطح سرمی ویتامین D	
تصویربرداری	۷۰	اکو قلب فقط هر سه سال یکبار برای بیماران قابل تعهد می باشد	۱	اکو قلب هر سه سال یک بار - داپلر عروق مرتبط - نوار قلب رادیولوژی ساده قفسه سینه - سونوگرافی شکم	
سایر خدمات	۱۰۰		تا ۱۵۶ نوبت	همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه	
	۱۰۰		۶	همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه	
	۱۰۰			کارگذاری کاتترهای دائم (پرمیکت) - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت بدون بیهوشی - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت با بیهوشی - تعبیه فیستول شریانی وریدی	
	۹۰			کارگذاری گرافت عروقی	
درمان هیپاتیت C	۷۰			درمان بیماران مبتلا به هیپاتیت C براساس پروتکل ابلاغی معاونت درمان	
خدمات بستری	۹۰		حسب مورد		

۶- بسته حمایتی بیماران متابولیک (موکوپولی ساکاریدوز)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
دارو	آلدورازایم-ناگلازایم-ویمیزیم	براساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان	براساس تفاهم نامه دارویی	-
	چشم پزشکی - ارتوپدی - جراح اعصاب	۱		۷۰
ویزیت	گوش و حلق و بینی	۳		۷۰
	روانپزشک	۴		۷۰
	نورولوژی / هماتولوژی (بالغین و اطفال)	۶		۷۰
	ریه اطفال - قلب و عروق اطفال	۲		۷۰
	غدد اطفال	۵۲		۷۰
آزمایش	BUN-Enzyme level CBC-diff-Ca K-Ferritin-ABG-Cr P-Na-آلکالن فسفاتاز U/A-آلبومین-SGPT-SGOT Urin GAG level	۱	یکبار در سال	۷۰
	x ray-اکوکاردیوگرافی EMG - NCV-ECG MWT - 3 MSCT	۲		۷۰
تصویر برداری	MRI	۳		۷۰

	۷۰		۱	کاپنوگرافی	
	۷۰		۱	پلی سومنوگرافی - سونوگرافی - الکتروور تینوگرافی	
	۰		۵۲	انفوزیون های درمانی	سایر خدمات
	۷۰		۱	اسپیرومتری	
	۷۰		۱	شنوایی سنجی	
	۷۰		۱	آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)	
	۰		۵۵	کارد درمانی - گفتار درمانی	توانبخشی
	۷۰		۵۵	فیزیوتراپی	
	۹۰		حسب مورد	خدمات بستری	

۷- بسته حمایتی بیماران بال پروانه ای

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ملزومات دارویی	انواع کرم ها- لوسیون ها	۱۲		
	متخصص عفونی - متخصص چشم- فوق تخصص هماتولوژی - مشاوره تغذیه -متخصص روانپزشکی — فوق تخصص ریه	۴	هر تخصص ۴ بار ویزیت در سال	۷۰
ویزیت	متخصص پوست - متخصص اطفال - فوق تخصص گوارش - فوق تخصص جراحی ترمیمی	۱۲	هر تخصص ۱۲ بار ویزیت در سال	۷۰
	متخصص زنان- متخصص ارولوژی-متخصص ارتوپدی - متخصص قلب	۱	هر تخصص ۱ بار ویزیت در سال	۷۰
	ویزیت فوق تخصص نفرولوژی -متخصص گوش و حلق و بینی	۲	هر تخصص ۲ بار ویزیت در سال	۷۰
	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
آزمایش	نمونه برداری (بیوپسی پوست)	۱		۷۰
	آسیب شناس تشخیصی (پاتولوژی)	۱		۷۰
	سونوگرافی- رادیولوژی-MRI-CT	۱		۷۰
	اندوسکوپی	۴		۷۰
	شنوایی سنجی	۲		۷۰
تصویربرداری	بینایی سنجی	۲		۷۰

	۷۰		۵۰	فیزیوتراپی	توانبخشی
	۰		۵۰	کاردرمانی	
	۰		۴	خدمات اورتوز و پروتز	
	۹۰		حسب مورد	خدمات بستری	

۸- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۱)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)-فوق تخصص ریه	۴		۷۰
	فوق تخصص گوارش-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲		۷۰
	متخصص تغذیه	۱		۷۰
توانبخشی	فیزیوتراپی تنفسی	۱۲۰	جلسه	۷۰
	فیزیوتراپی اندام	۱۲۰	جلسه	۷۰
	کاردرمانی	۱۲۰		۰
	گفتاردرمانی	۷۰		۰
آزمایش	AST-ALT-CPK	۱		۷۰
تصویربرداری	گرافی قفسه سینه - گرافی ستون فقرات	۱		۷۰
سایر خدمات	واکسن پنوموکوک	۱	هر ۵ سال یکبار انجام میشود	۰
خدمات بستری		حسب مورد		۹۰

۹- بسته حمایتی بیماران SMA (تپ ۲)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)	۴		۷۰
	فوق تخصص ریه-روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲		۷۰
	فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی-متخصص تغذیه	۱		۷۰
توانبخشی	فیزیوتراپی اندام	۶۰		۷۰
	فیزیوتراپی تنفسی	۶۰		۷۰
	کاردرمانی	۶۰		۰
	گفتاردرمانی	۶۰		۰
آزمایش	تست ریه اسپرومتری-AST-ALT-CPK	۱		۷۰
تصویربرداری	گرافی قفسه سینه - گرافی ستون فقرات	۱		۷۰
سایر خدمات	واکسن آنفولانزا	۱		۰
	واکسن پنوموکوک	۱	واکسن پنوموکوک هر ۵ سال یکبار انجام میشود	۰
خدمات بستری		حسب مورد		۹۰

۱۰- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۳)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت	نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)	۴		۷۰
	روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	۲		۷۰
	فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی-متخصص تغذیه-فوق تخصص ریه	۱		۷۰
توانبخشی	فیزیوتراپی اندام	۱۰۰		۷۰
	فیزیوتراپی تنفسی	۶۰		۷۰
آزمایش	تست ریه اسپیرومتری-AST-ALT-CPK	۱		۷۰
تصویربرداری	گرافی ساده ستون فقرات- گرافی ساده قفسه سینه	۱		۷۰
سایر خدمات	واکسن آنفولانزا	۱		۰
	واکسن پنوموکوک	۱	هر ۵ سال یکبار انجام میشود	۰
خدمات بستری		حسب مورد		۹۰

۱۱- بسته حمایتی بیماران CF (سیستیک فیبروزیس)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت	فوق تخصص ریه-فوق تخصص گوارش- تغذیه- فیزیوتراپ (ریه)	۶		۷۰
	فوق تخصص غدد	۲	ویزیت غدد برای بیماران بالای ۵ سال	۷۰
توانبخشی	فیزیوتراپی تنفسی	۲۶		۷۰
آزمایش	تست ریه اسپیرومتری- کشت حلق (خلط)	۶		۷۰
	آزمایشات کبدی (ALT,AST,ALP,Bil) و شمارش سلول خونی (CBC diff)	۱		۷۰
	الاستاز مدفوع-چربی در مدفوع	۴	ازمایش مدفوع در شروع بیماری و بعد هر سه ماه از نظر الاستاز ، قطرات چربی و تست سودان 3	۷۰
	تست LCI - تست خواب(پلی سومنوگرافی)	۱		۰
	تست ورزش قلبی ریوی (CPET)	۱		۷۰
	ویال سدیم کلراید هیپرتونیک ۷٪-تولید داخل و یا ویال سدیم هیپرتونیک ۷٪ + بیکربنات- تولید داخل	۱۴۶۰		۷۰
	توبرو مایسین استنشاقی Bramitob Nebuliser Solution-	۳۳۶	برای ۶۰ درصد بیماران (مورد مصرف دراطفال)	۷۰
توبرو مایسین استنشاقی (Dray Powder TOBI Inhaler-DPI)	۱۳۴۴	برای ۴۰درصد بیماران (مورد مصرف در بزرگسال)	۷۰	
دارو	کیسول پانکراتین	۲۵۵۵		۷۰
	Capsule Ursobil	۳۶۵		۷۰

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

۱۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به اوتیسم

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه سطح یک	تعداد مورد تعهد سالانه سطح دو	تعداد مورد تعهد سالانه سطح سه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت / مشاوره	روانپزشک	۲	۲	۲		۷۰
	فوق تخصص نورولوژی	۱	۱	۱		۷۰
	رفتاری - آموزشی (روانشناس)	۴۸	۹۶	۴۸	معادل کد ۹۰۰۰۹۶	۷۰
	مشاوره ای - حمایتی (روانشناس)	۱۲	۱۲	۳۶	معادل کد ۹۰۰۰۹۶	۷۰
توانبخشی	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی	۳۰	۴۸	۲۴	کدملی خدمت ۹۰۰۱۲۵	۷۰
	کاردرمانی	۳۰	۴۸	۲۴	کدملی خدمت ۹۰۱۶۵۰	۷۰
	خدمات ارزیابی گفتار و ...	۴	۴	۴	کدملی خدمت ۹۰۰۴۲۰	۷۰
	درمان اختلالات گفتار، زبان و ...	۴۴	۹۲	۴۴	کدملی خدمت ۹۰۰۴۲۵	۷۰
	شنوایی سنجی	۲	۲	۲		۷۰
	بینایی سنجی	۱	۱	۱		۷۰
	EEG	۱	۱	۱		۷۰

۱۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به سرطان

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای		
تشخیصی زودهنگام	ماموگرافی، سونوگرافی، کولونوسکوپی و پولیپکتومی، کولپوسکوپی و نمونه برداری	۱	در مراکز تشخیص زودهنگام بیماری های غیرواگیر و سرطان مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت	۷۰		
	ویزیت	۲۴	مجموع ویزیت	۷۰		
	تصویربرداری	سی تی اسکن	۲		۷۰	
		ام آر آی	۲		۷۰	
		اسکن استخوان	۱		۷۰	
		سونوگرافی	۲		۷۰	
		اسکوپی ها	۲		۷۰	
		PET Scan	۱		۰	
		پاتولوژی	حسب نیاز		۷۰	
	آزمایشات	ایمونوهیستوشیمی	۳		۰	
		آزمایشات ژنتیک (بررسی ژن های CDH1, BRCA1, BRCA2, و سایر موتاسیون های دخیل در سرطان)	۱		۰	
	دارو	داروهای شیمی درمانی	*		* 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.	۰ - ۷۰ - ۹۰

	۱۰۰		۱ (دوره درمان)	IMRT (بر اساس شناسنامه و استاندارد خدمت رادیوتراپی به روش IMRT)	رادیوتراپی	مراقبت های حمایتی و تسکینی
	۰		۱	پلاک براکی تراپی برای تومورهای چشمی		
	۷۰		۲	نمونه برداری	سایر اقدامات	
	۷۰	این خدمت جهت بیماران با تشخیص رتینوبلاستوم قابل پرداخت می باشد	۱ (دوره درمان)	تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره و پروفیلاکسی دکولمان رتین		
	۹۰ - ۷۰	* مطابق دستورالعمل و راهنماهای بالینی	*	هالوپریدول، انوکسپارین، انواع سرم (از جمله مانیتول)، آلبومین، میدازولام، سدیم دوکوستات	دارو	
	۷۰	مجموع ویزیت	۳۶	پزشک دوره دیده تسکینی - فلوشیپ طب تسکینی - فلوشیپ درد - روانپزشک روانشناس بالینی - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	ویزیت	
	۷۰ - ۰		۶	خدمات تغذیه بالینی		
	۷۰		۳۰	فیزیوتراپی	توانبخشی	
	۰		۴۰	گفتار درمانی، کاردرمانی		
	۰	در دو مرحله (درمانی و نگهدارنده)	۳۰	لنف ادم		

	۰	* حداکثر یک ویزیت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک تعداد ویزیت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.	*۱۲	ویزیت پزشک (پزشکان مراکز مراقبتهای حمایتی و تسکینی)	مراقبت در خانه	
	۰	* 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.	*۲۴	ویزیت و مراقبت پرستار و روانشناس		
	۰ - ۷۰	مطابق با قیمت imed و یا خرید مرکز بر اساس فاکتور	حسب نیاز	سوندهای ادراری، ماسک اکسیژن و نازال کانولا، انواع لوله های گوارشی، انواع سرنگ، ست سرم، انواع پانسمان، لباسهای فشاری و سایر تجهیزات مصرفی ضروری از جمله بگ های استومی - دریچه حنجره - ماسک ترموپلاست - پمپ تزریق شیمی درمانی - پورت ورید مرکزی	تجهیزات مصرفی	
	۹۰		حسب مورد		خدمات بستری	

۱۴- بسته حمایتی بیماری های قلبی - عروقی

نام بیماری	نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای	
پرفشاری شریان ریوی	دارو	داروهای اختصاصی (بوسنتان)	*	* مطابق استاندارد خدمت (وزانه ۱-۳ عدد	۷۰	
		داروهای اختصاصی (ماسیتنتان)	*	* مطابق استاندارد خدمت روزانه ۱ عدد	۷۰	
		داروهای اختصاصی (اپوپروستنول تزریقی)	*	* مطابق استاندارد خدمت روزانه ۱ عدد	۰	
	ویزیت و مشاوره	تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ	*	* مطابق استاندارد خدمت	۷۰	
	تشخیص اولیه	کاتتریسیم بطن راست و Vasoreactivity، آنژیوگرافی عروقی ریه	*	* مطابق استاندارد خدمت	۹۰	
	سایر خدمات تشخیصی	تست پیاده روی ۶ دقیقه	*	* مطابق استاندارد خدمت	۰	
		تست خواب	*	* مطابق استاندارد خدمت	۰	
	تصویربرداری	تعداد و نوع خدمات تصویر برداری به تشخیص پزشک معالج و مطابق استاندارد خدمت ابلاغی است.	CT با کنتراست بالا (High- resolution computed tomography, contrast	۱-۲		۷۰
			اسکن پرفیوژن / اسکن ونتیلاسیون	۲		۷۰
			cardiac MRI	۲		۷۰
			سونوگرافی	۲		۷۰
			آنژیوگرافی / کاتتریزاسیون بطن راست	۲		۹۰
			اکوکاردیوگرافی / داپلر	۲		۷۰

	۰	*تعداد و نوع آزمایش به تشخیص پزشک معالج و مطابق استاندارد خدمت ابلاغی است.	*	ایمونوهیستوشیمی	آزمایشات	
	۰		*	تستهای ژنتیکی		
	۰ - ۷۰		*	سایر آزمایشات		
	۰		*	NT-PROBNP		
	۰		۲۵-۳۵	فیزیوتراپی قلبی ریوی	توانبخشی	سگته مغزی
۰ - ۷۰	* مطابق بسته حمایتی پیوند	۶	خدمات تغذیه	سایر خدمات درمانی	۶ ماهه اول	
		حسب نیاز	جراحی های الکتیو			
		حسب نیاز	سپتوستومی دهلیزی			
		*	خدمات پیوند			
۷۰		۴۰	فیزیوتراپی	۶ ماهه دوم	توانبخشی	
۰		۳۰	کاردرمانی			
۰		۲۵	گفتاردرمانی			
۷۰		۳۰	فیزیوتراپی	دوره مراقبت طولانی		
۰		۲۵	کاردرمانی			
۰		۲۰	گفتاردرمانی			
۷۰		۳۰	فیزیوتراپی	خدمات بستری		
۰		۲۵	کاردرمانی			
۰		۲۰	گفتاردرمانی			
	۹۰		حسب مورد			

۱۵- بسته حمایتی پیوند سلولهای بنیادی خونساز

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت /مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی پیوند: فوق خون و سرطان	*	مطابق استاندارد خدمت	۷۰
	تخصصی ایمنولوژی بالینی /ژنتیک پزشکی	۲		۷۰
	فوق تخصص گوارش	۲		۷۰
	تخصصی قلب	۳		۷۰
	فوق تخصص ریه	۳		۷۰
	تخصصی گوش و حلق و بینی	۲		۷۰
	تخصصی زنان	۲		۷۰
	فوق تخصصی غدد	۳		۷۰
	تخصصی راونپزشک	۲		۷۰
	تخصصی ارولوژی	۲		۷۰
	تخصصی عفونی	۲		۷۰
	تخصصی پزشکی قانونی	۲		۷۰
	تخصصی چشم	۲		۷۰
	فلوشیپ ناباروری	۲	جهت حفظ قدرت باروری در بیماران کاندید پیوند سلول های بنیادی خونساز	۷۰
تصویربرداری	نمونه برداری مغز استخوان (فلوسیتومتری، پاتولوژی)، CSF (سیتولوژی و فلوسیتومتری)، کبد (بیماران تالاسمی)، استخوان (بیماران استئوپتروزیس)	۱		۹۰
	شنوایی سنجی، بینایی سنجی (بیماران استئوپتروزیس)	۱		۷۰
	بازبینی بلوک بیوپسی	۱		۷۰
	Bone densitometry -رادیولوژی- 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	در ستون توضیحات	هر ۳ تا ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحیت پزشک معالج	۷۰

				لگن و ریه و مغز و سینوس-کولون سکویی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب، اسکن هسته ای قلب و آنژیوگرافی، MRI قلب و کبد جهت بررسی اضافه بار آهن و فیبرواسکن	
	بر اساس نوع بیماری	۱۰		(*) آزمایشات تخصصی HLA Typing (Low and High) (resolution)	آزمایشات
۱۰۰ برای ۵ اهدا کننده		۴		(*) کراس مچ دو طرفه و کراس مچ اسکرینینگ به روش فلوسیتومتری	
		۲		(*) Single Antigen Class I&II به روش لومینکس	
	(روزهای ۱۵+ و ۳۰+ و ۶۰+ و ۹۰+ و ۱۸۰+ و ۳۶۵+ بعد از پیوند)	۶		(*) کایمریسم به روش مولکولی-PCR (قبل و بعد از پیوند) کایمریسم دهنده قبل از پیوند	
۷۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۱		گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، ALP ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکرها، PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و PSA (آقایان) PTT .PT. INR,GGT ,Albumin ,CA19-Billi total & direct 9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C	
۷۰	هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند	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)	
۷۰	هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند	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	

	۷۰	* بر اساس شرایط بیمار متغیر است . در هر ویزیت روتین پس از پیوند باید چک شود.	*	آزمایشات سطح داروهای ایمنوساپرسیو (سیکلوسپورین، اورلیموس و سیرولیموس، پروگراف و مایکوفنولات) ، CBC,ESR, 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، فریتین، Bili(Total&Direct), PT,PTT,INR, CMV Ag, در صورت لزوم CMV BK virus urin and blood Ag&PCR,	آزمایشات بعد از پیوند	
	۷۰	روزهای ۱۵+و۳۰+و۶۰+و۹۰+و ۱۸۰+ و ۳۶۵+ پس از پیوند.	۶	نمونه برداری مغز استخوان(فلوسیتومتری، کایمریسم)		
	۷۰	۱۰۰ روز اول هر هفته و در سال اول هر ماه	۲۴	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص خون و انکولوژی	ویزیت بعد از ترخیص	
	۰ - ۷۰ - ۹۰	* در مورد داروهای دارای راهنمای بالینی، بر اساس اندیکاسیونهای ذکر شده در راهنما و در مورد سایر داروها به تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.	حسب نیاز	داروهای شیمی درمانی		دارو
	۹۰-۷۰	بر اساس دستور پزشک	حسب نیاز	داروهای سلول گیری، داروهای ایمنوساپرسیو، داروهای ضد قارچ، داروهای ضد ویروس		
	۰	قبل ، حین و بعد از پیوند و در صورت بروز عوارض پیوند	حسب مورد			خدمات بستری

۱۶- بسته حمایتی پیوند کلیه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه- متخصص داخلی	۱۲	هر ماه	۱۰۰
	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		۱۰۰
	تخصصی قلب- فوق تخصصی غدد	۳	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است	۱۰۰
	سایر تخصص و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵		۱۰۰
تصویربرداری	Bone densitometry -رادپولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتري - پاپ اسمیر (خانم ها) - MRI شکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز-کولون سکوپی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ،اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی	۲	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند در صورت صلاحیت پزشک معالج	۹۰
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، LH ، FSH ، 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، HbA1C 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	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۹۰

	۹۰	هر ۶ ماه یکبار	۳	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	آزمایشات بعد از پیوند
	*		۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	
	*	برای هر گیرنده و دهنده انجام می شود	۲	کراس مچ بین گیرنده و دهنده به روش WBC Cross Match , فلوسیتومتری	
	۹۰	در صورت لزوم در بیماران با تنگی عروق کرونر که با آنژیوگرافی باز نمیشوند	۱	CABG	
	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین، Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV BK virus urin and blood Ag&PCR,	
	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH.	
	۹۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک)	متناسب با دستور پزشک	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
	*	قبل از پیوند ۳۰ در صد بیماران	۵	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز	
قبل پیوند					

	۱۰۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	بستری و انجام عمل پیوند
	۹۰-۷۰	ماهانه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنوساپرسیو	بعد از پیوند
	۷۰		۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص کلیه - متخصص داخلی ویزیت	ویزیت در مانگاه
	۷۰		۲۱	ویزیت تغذیه	پیوند بعد از ترخیص
	۹۰	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	متناسب با دستور پزشک	بیوپسی کلیه پیوندی	

۱۷- بسته حمایتی پیوند کبد

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص گوارش- متخصص داخلی	۱۲	هر ماه یکبار	۷۰
	فوق تخصص گوارش	۴		۷۰
	تخصصی قلب فوق تخصص غدد	۳		۷۰
	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
	تخصصی و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
تصویربرداری	Bone densitometry -رادپولوژی- 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 راکو و نوار قلب ،اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و فیبرو اسکن کبدو اسپیرومتري-ERCP	۲	هر ۶ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج	۷۰
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، 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 RH و PSA(آقایان) والکتروفوروز 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	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۷۰
	Bill total & direct , ptt .pt. INR,BUN,Cr,ALK Ph	۳	براساس شرایط بیمار ودر صورت صلاحدید پزشک هفتگی	۷۰

	۷۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۳	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	
	۰	در صورت نیاز	۲	HLA typing گیرنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده HLA typing دهنده	
	۹۰	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	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
بستری و انجام عمل پیوند	۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	
	۹۰	قبل از پیوند	۱	بیوپسی کبد	
آزمایشات بعد از پیوند	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین ، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره ، کراتینین ، CMV Ab (IgM,IgG) , U/A.U/C Bill total & direct , ptt .pt. INR در صورت لزوم ,CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	
	۷۰	هر ماه یک بار	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	
	۹۰	دو بار بعد از پیوند	۲	بیوپسی کبد	
بعد از پیوند	۹۰-۷۰	ماهانه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنو ساپرسیو	
ویزیت بعد از پیوند	۷۰	ابتدا ۲ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه انجام می شود	به ستون توضیحات رجوع شود	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراح کبد	
	۷۰		۲۱	متخصص تغذیه	

۱۸- بسته حمایتی پیوند قلب

نوع خدمت		نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوششی بیمه ای
لوازم	پس از پیوند	سوزن بیوپسی	۵	در بیمار سرپایی	۷۰
		سوزن بیوپسی	۵	در بیمار بستری	۷۰
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند		ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب	۱۲	هر ماه	۷۰
		فوق تخصصی گوارش - فوق تخصصی - کلیه فوق تخصصی عدد	۳		۷۰
		فوق تخصصی ریه - تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی - تخصصی زنان - تخصصی روانپزشک تخصص چشم پزشکی - فوق تخصصی روماتولوژی - تخصص عفونی - تخصص ارولوژی	۲		۷۰
		تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
تصویربرداری		Bone densitometry - راد بولوژی - 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 سکوبی سونوگرافی داپلر / عروق راسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و نوار قلب	۲	هر ۶ ماه یک بار قبل از پیوند	۷۰
آزمایشات		گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، LH ، T4 ، FSH ، 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	۳	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۷۰

				Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin (آقایان) PSA serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	
۷۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۳		CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم :. HBV DNA PCR و Hcv RNAPCR	
۰		۲		HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	
۰	قبل از پیوند ۳۰ در صد بیماران	۵		پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز	قبل پیوند
۰		۱		انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	بستری و انجام عمل پیوند
۹۰	در صورت علائمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	متناسب با دستور پزشک		پیوستی قلب	
۷۰	هر ماه	۱۲		اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) ,CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood در صورت لزوم	آزمایشات بعد از پیوند
۷۰	هر ماه	۱۲		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.	

	۹۰-۷۰	هر ماه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنوساپرسیو	داروهای بعد از پیوند
	۷۰	<p>قبل از پیوند : حداکثر ۳۰ بار در یک ماه (روزانه یک بار)</p> <p>بعد از پیوند :</p> <ul style="list-style-type: none"> • در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه • پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه 	به ستون توضیحات رجوع شود	اکو - نوار قلب	سایر خدمات
	۷۰	قبل و بعد پیوند نیاز است	۶	کت راست	
	۷۰	<p>قبل از پیوند : حداکثر ۳۰ بار در یک ماه (روزانه یک بار)</p> <p>بعد از پیوند :</p> <ul style="list-style-type: none"> • در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه • پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه 	به ستون توضیحات رجوع شود	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب	ویزیت بعد از پیوند
	۷۰		۲۱	متخصص تغذیه	

۱۹- بسته حمایتی پیوند پانکراس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	ماهی یکبار	۷۰
	فوق تخصصی قلب فوق تخصصی کلیه فوق تخصصی غدد	۳		۷۰
	فوق تخصصی ریه تخصصی گوش و حلق و بینی تخصص عفونی تخصصی روانپزشک	۲		۷۰
	تخصصی جراحی تخصصی زنان تخصص چشم پزشکی تخصص ارولوژی فوق تخصص روماتولوژی	۵		۷۰
تصویربرداری	Bone densitometry -راد یولوژی- 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-سونوگرافی داپلر عروق راسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی- ERCP /نوار قلب	۱	یکبار هر سال قبل از پیوند	۷۰
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، PTH, TSH, T4, LH, FSH, GTT, آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیبیاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT, AST/SGOT, سدیم ،پتاسیم PTH, تومور مارکر،الکتروفروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ، فرتین، CRP, HbA _{1c} وگروه خونی و RH و PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۳	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰
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 Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR : در صورت لزوم :	۳	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰

			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	
	۰	قبل از پیوند ۳۰در صد بیماران	۵	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز	قبل پیوند
	۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	بستری و انجام عمل پیوند
	۹۰	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	متناسب با دستور پزشک	بیوپسی پانکراس	
	۷۰	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه	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
	۷۰	هر ماه یکبار	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، PTH, TSH , T4 , LH , FSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT, سدیم ، پتاسیم ، PTH ، آمیلاز ، لیپاز	
	۹۰	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	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
	۹۰-۷۰	هر ماه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنو ساپرسیو	داروهای بعد از پیوند
	۷۰		۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی - کلیه و غدد	ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند
	۷۰		۲۱	متخصص تغذیه	

۲۰- بسته حمایتی پیوند روده

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	ماهی یکبار	۷۰
	تخصصی قلب - فوق تخصصی کلیه- فوق تخصصی غدد	۳	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است	۷۰
	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
	ویزیت /مشاوره تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
پارا کلینیکی	تصویربرداری	۱	یکبار هر سال قبل از پیوند	۷۰
		۱۲	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰
		۱۲	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰
آزمایشات		۱	یکبار هر سال قبل از پیوند	۷۰
		۱۲	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰
		۱۲	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰

			quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood Hcv RNA , HBV DNA PCR : در صورت لزوم		
۹۰	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	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)		
۰		۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده		
۰	قبل از پیوند ۲۰در صد بیماران	۵	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز	قبل پیوند	
۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	بستری و انجام عمل پیوند	
۹۰	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	متناسب با دستور پزشک	پیویسی روده		
۹۰-۷۰	هر ماه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنو ساپرسیو	داروهای بعد از پیوند	
۷۰	هر ماه	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، 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	
۷۰	هر ماه	۱۲	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		
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	متخصص تغذیه	۲۱	۷۰
-----------------------------------	-------------	----	----

۲۱- بسته حمایتی پیوند ریه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی و جراحی ریه	۱۲	هر ماه	۷۰
	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 رومالوژی	۲		۷۰
	فوق تخصصی ریه	۱۲	هر ماه	۷۰
	فوق تخصصی غدد- تخصصی عفونی	۳		۷۰
	تخصصی و فوق دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
تصویربرداری	Bone densitometry -راد یولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر - MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی سونوگرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی - اسپیرومتري / نوار قلبی	۱	یکبار هر سال قبل از پیوند	۷۰
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفوروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA ₁ C و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۱۲	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰

	۷۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	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 RNAPCR , HBV DNA PCR	
	۷۰	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه	۱۲	اندازه گیری سطح تا کرولیموس ، 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
	۷۰	همراه	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک ، اوره ، کراتینین ، PTH، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر ، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ،	
بستری و انجام عمل پیوند	۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	
	۹۰	قبل از پیوند	۱	بیوپسی ریه	
	۷۰	بعد از پیوند	۲	اکو - نوار قلب	
بعد از پیوند	۹۰	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	۲	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
	۷۰	بعد از پیوند	۳۰	تست نفس ، تست ۶ دقیقه نفس	
	۷۰	بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار سپس هر ماه یکبار	۳۰	Chest x ray- ، تست نفس ، تست ۶ دقیقه نفس	
داروهای بعد از پیوند	۹۰-۷۰	هر ماه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمینو ساپرسیو	
ویزیت	۷۰	بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار سپس هر ماه یکبار	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی ریه و جراحی ریه	
	۷۰		۲۱	متخصص تغذیه	

۲۲- بسته حمایتی بیماری های روانی مزمن

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
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		۷۰
	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		۷۰
	خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی تا ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک (کد ۹۰۰۰۹۳)	۱۲		۷۰
خدمات کاردرمانی	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه‌ای (کد ۹۰۰۱۲۵)	۵۰		۰
	کاردرمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره (کد ۹۰۰۱۲۷)	۵۰		۰
خدمات بستری		حسب مورد		۹۰

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات - کد خدمت	پوشش بیمه ای
تصویر برداری	عکسبرداری از فوندوس، با تفسیر و گزارش	۱	۹۰۰۳۱۰	۷۰
	تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره مانند آواستین (عمل مستقل)	۱	۶۰۲۲۷۵	۷۰
	# OCT یک چشم (شامل کلیه هزینه ها)	۱	۷۰۶۰۰۰	۷۰
	# OCT دو چشم (شامل کلیه هزینه ها)	۱	۷۰۶۰۰۵	۷۰
پروسیجرهای درمانی	پروفیلاکسی دکولمان رتین یا تخریب ضایعه رتین یا کوروئید(مشیمیه) در یک جلسه یا بیشتر؛ با کرایوترپی یا دیاترمی یا لیزر، با یا بدون درناژ مایع زیر شبکیه، فتوکوآگولاسیون	۱	۶۰۲۳۰۵	۷۰
	ترمیم دکولمان رتین؛ با کلینگ اسکلا با یا بدون درناژ مایع زیر شبکیه	۱	۶۰۲۳۱۰	۷۰ - ۹۰
	ترمیم دکولمان رتین با ویتراکتومی به هر روش، همراه با باکلینگ اسکلا	۱	۶۰۲۳۱۵	۷۰ - ۹۰

	۷۰	۶۰۲۳۵۵	۱	# لیزر محدود کننده ضایعات شبکیه مانند پارگی رتین، دژنراسیون لاتیس با فتو کوآگولاسیون
	۷۰	۶۰۲۳۶۰	۱	# تخریب ضایعه موضعی رتین و یا رتینوپاتی (برای مثال ضایعه تومورها با لیزر تراپی؛ (TTT) به ازای هر جلسه
	۷۰	۶۰۲۳۷۰	۱	# درمان رتینوپاتی پیشرفته یا پیشرونده یا ادم ماکولا با فتو کوآگولاسیون (PRP)؛ به ازای هر جلسه و حداکثر تا ۳ جلسه برای هر دوره درمان
	۷۰	۶۰۲۳۷۵	۱	# درمان رتینوپاتی پیشرفته یا پیشرونده بیماریهای شبکیه یا تخریب ضایعه موضعی کوروئید (برای مثال نئواسکولاریزاسیون کوروئید)؛ با درمان فتودینامیک (شامل انفوزیون داخل وریدی) (PDT) برای هر چشم

۲۴- بسته حمایتی دندانپزشکی

پوشش بیمه ای	توضیحات	نام خدمت	نوع خدمت
		<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.</p> <p>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</p> <p>تالاسمی</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.</p> <p>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</p> <p>ام اس</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.</p> <p>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>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.</p> <p>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>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</p> <p>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</p> <p>دیالیز صفاقی</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.</p> <p>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</p> <p>بیماران متابولیک</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.</p> <p>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</p> <p>بیماران بال پروانه ای</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</p> <p>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</p> <p>پیوند اعضا</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</p> <p>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</p> <p>پیوند سلول های بنیادی خونساز</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</p> <p>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</p> <p>سرطان</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</p> <p>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</p> <p>بیماران روانی مزمن</p>

		<p>معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادننانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند</p> <p>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</p> <p>بیماران اوتیسم</p>
--	--	--	---

جمعیت گروه هدف در خدمات دندانپزشکی : 506810 بیمار

۲۵- بسته خدمتی صرع مقاوم به درمان

نوع خدمت	انجام دهنده	جزئیات	تواتر انجام	تعداد نفرات مورد نیاز
ویزیت اولیه	نورولوژیست	شامل ویزیت و مشاوره	هر ماه	۱۰۰۰
الکتروانسفالوگرافی روتین	نورولوژیست	-	هر شش ماه	۱۰۰۰
تصویربرداری	رادیولوژیست	MRI با پروتکل صرع و در صورت لزوم fMRI	یک نوبت	۱۰۰۰
تصویربرداری پزشکی هسته ای	متخصص پزشکی هسته ای	اینترایکتال PET	یک نوبت	۳۰۰
		ایکتال SPECT	یک نوبت	۳۰۰
انجام Video EEG monitoring	نورولوژیست / اپیلتولوژیست	بین ۵ تا ۷ شب بسته به نیاز کد خدمتی هر شب ۱/۹۰۱۳۵۵ معادل ۹۶K	یک نوبت	۱۰۰۰
کمیسیون تصمیم گیری جراحی صرع	نورولوژیست / اپیلتولوژیست، جراح اعصاب، رادیولوژیست، نوروسایکیتریست	ویزیت چند تخصصی و مشاوره با بیمار قبل عمل	یک نوبت	۱۰۰۰
تست های نوروسایکتری	نورولوژیست / نوروسایکیتریست	۹۰۱۵۰۵ (k حرفه ای: ۵/۲ تست روانی عصبی حافظه یا ویسکانس کد: ۹۰۱۵۱۵ (k حرفه ای: ۳ ارزیابی زبان پریشی کد ۹۰۱۴۸۵ (k حرفه ای: ۲ k فنی: ۱ تست تکاملی گسترده: کد: ۹۰۱۵۰۰ (k حرفه ای ۲ k فنی: ۱) تست هوش: کد: ۹۰۰۱۱۰ (k حرفه ای: ۵/۳ k فنی: ۱ تستهای افسردگی و اضطراب: کد ۹۰۰۱۰۰ k حرفه ای: ۳ تست عصبی روانی کد ۹۰۱۵۲۰ (k حرفه ای: ۲ تست عصبی روانی کامپیوتر کد ۹۰۱۵۲۵ (k حرفه ای: ۸/۱ تست استاندارد شناختی: کد ۹۰۱۵۳۰ (k حرفه ای: ۵/۲)	یک نوبت	۱۰۰۰

		<p>تست های نوروفیزیولوژی کد: ۹۰۱۵۱۰)حرفه ای ۴/۲ کفنی: ۲/۱</p> <p>تستهای شخصیت: کد (۹۰۰۱۰۵)حرفه ای ۲/۴</p> <p>ارزیابی گفتار: (۹۰۰۴۲۰)حرفه ای: ۳</p> <p>پرسشنامه خواب: کد: (۹۰۲۱۸۰)حرفه ای: ۲/۱</p>		
۳۰۰	یک نوبت	هزینه هر الکتروود بطور مجزا (بین ۱۰ تا ۲۰ میلیون تومان) که هر بیمار بین ۳ تا ۶ الکتروود احتیاج دارد	نورولوژیست + جراح اعصاب	الکتروودگذاری داخل جمجمه ای
۳۰۰	یک نوبت	استریوتاکسی یا ناویگیشن جهت کاشت الکتروود توسط جراح اعصاب بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان		
۳۰۰	یک نوبت	انجام جراحی الکتروود گذاری K۵۴ کد خدمتی ۶۰۰۲۹۵		
۳۰۰	یک نوبت	انجام مجدد video EEG monitoring با الکتروود داخل جمجمه ای، بین ۵ تا ۷ شب بسته به نیاز کد خدمتی هر شب ۱/۹۰۱۳۵۵ معادل K۹۶		
۲۰۰	یک نوبت	لوبکتومی تمپورال کد خدمتی ۶۰۰۳۱۵		
۴۰۰	یک نوبت	امیگدالوهمیپوکامپکتومی کد خدمتی ۶۰۰۳۹۵		
۳۰۰	یک نوبت	قطع کورپوس کالوزوم کد خدمتی ۶۰۰۳۳۰		
۱۰۰	یک نوبت	اکسیژین کانون تشنج زا با الکتروکورتیکوگرافی حین عمل کد خدمتی ۶۰۰۳۱۰	جراح اعصاب	جراحی صرع متناسب با تشخیص

۲۶- بسته حمایتی جراحی های DBS برای بیماران پارکینسون، دیستونی، ترمور، تیک، تورت و...

نوع خدمت	نام خدمت، تعداد و توضیحات
ملزومات	<p>-سیستم استریوتاکسی</p> <p>-میکرودرایو</p> <p>-الکتروفیزیولوژی مانیتورینگ</p> <p>-MRI حداقل ۱,۵ تسلا</p> <p>-سی تی اسکن</p> <p>-وسایل جنرال برای اعمال جراحی اعصاب (اتاق عمل-میفیلد-C-ARM و...)</p> <p>-جراح اعصاب دارای فلوشیپ فانکشنال و استریوتاکسی مورد تأیید وزارتخانه</p> <p>نورولوژیست دارای فلوشیپ اختلالات حرکتی مورد تأیید</p>
ویزیت تخصصی	<p>-نورولوژی: حداقل ۵ ویزیت قبل از جراحی ، ویزیت های پس از جراحی در قسمت تنظیمات دستگاه منظور شده است</p> <p>-جراحی اعصاب: ویزیت پره آپ (حداقل ۲ ویزیت قبل از جراحی) تا ۵ ویزیت پس از جراحی در صورت عدم بروز کمپلیکاسیون</p> <p>-روانپزشک: حداقل ۳ ویزیت قبل از جراحی ۲ ویزیت پس از جراحی ۲ هفته و ۴ هفته پس از جراحی</p> <p>-بیهوشی: پره آپ قبل از بیهوشی و اقدامات لازم برای آن</p>
تصویر برداری ها	<p>-یک عدد MRI مغز قبل از جراحی</p> <p>-یک عدد MRI مغز برای planning جراحی</p> <p>-یک عدد CT اسکن مغز قبل و یک عدد پس از جراحی</p>
آزمایشات	<p>آزمایشات روتین قبل از جراحی شامل بررسی های قلبی، ریوی، خونی، انعقادی و کلیوی</p>
وسایل مصرفی	<p>-سیستم کامل DBS (شامل لیدها، اکستنشن، باطری)</p> <p>-تیوب های Insertion</p> <p>- وسایل MER به تعداد ۴-۵ عدد برای هر بیمار</p>
خدمات تخصصی حین جراحی	<p>نورومانیتورینگ حین جراحی به مدت ۶-۸ ساعت توسط نورولوژیست و جراح اعصاب حین جراحی</p>
تنظیم و کالیبراسیون IPG	<p>بلافاصله پس از جراحی</p> <p>برنامه ریزی اولیه ۲ جلسه ۲ هفته پس از جراحی</p> <p>- هر ۲ هفته تا ۳ ماه</p> <p>- هر ۴ هفته تا ۶ ماه</p> <p>- هر ۲ ماه تا یکسال</p>
خدمت دراز مدت مربوط خاص	<p>تعویض باطری القایی در صورت لزوم به طور متوسط هر ۳-۵ سال یکبار گاهی اوقات این تعویض ممکن است در بازه زمانی کمتری باشد.</p>
توانبخشی	<p>-فیزیو تراپی پس از جراحی به مدت ۱۰ جلسه در صورت لزوم</p> <p>-کاردرمانی پس از جراحی به مدت ۳۰ جلسه در صورت لزوم</p>

۲۷- بسته حمایتی بیماران با آسیب شنوایی شدید و عمیق

نوع خدمت	نام خدمت	تعهد سالانه	توضیحات
ویزیت	روتین	۶	گوش و حلق و بینی فلوشیپ گوش
	تخصصی	۲	متخصص اطفال
		۲	روانپزشک
		۲	متخصص نورولوژی کودکان
		۲	ویزیت قلب
		۱	ویزیت بیهوشی
توانبخشی و مشاوره	۴۰ - ۶۰	تربیت شنوایی با توجه به شرایط بیمار متغیر است	
	۱۰۰	گفتاردرمانی	
	۴۰	کاردرمانی ذهنی و جسمی بسته به نیاز بیمار	
	۱۰	فیزیوتراپی در صورت اختلال همراه	
	۱۰	مشاوره توسط روان شناس	
وسایل کمک شنیداری و اکسسوری ها و کاشت حلزون	۴		تجویز و اختصاص قالب و باتری سمعک و تنظیم ۲ عدد سمعک توسط شنوایی شناس ارجاع به کلینیکهای تخصصی شنوایی جهت شروع سمعک گذاری و ارزیابی آن طی ۶ ماه
			پردازشگر کاشت حلزون و قطعات همراه
تست های شنوایی	۳		Tone Burst, TEOAE, DPOAE, Hearlab ABR, ASSR, Tymp, OAE,
تصویربرداری	۳		CTscan, MRI واکو و نوار قلب، رادیوگرافی ساده
آزمایش و خدمات آزمایشگاهی			آزمایش های روتین آزمایش های ژنتیک (آزمایش های مرتبط با شنوایی)
تزریقات	۱ نوبت		واکسن پنوموکوک
عمل جراحی کاشت حلزون شنوایی			شامل هتلینگ بیمارستان، پرداخت جهت تیم جراحی و بیهوشی ولوازم مورد نیاز اتاق عمل