

دستورالعمل جایز از بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج، پوئداحصنا، پوئدسلول های بنیادی خونساز و بیماری های غیرواکسیر (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 صعب‌العلاج، 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 لازم‌الاجراست.

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 صعب‌العلاج: 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 سکته 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 تجمیع و تحلیل خدمات ارائه شده به بیماران در قالب سامانه های ثبت عملکرد
- ۳-۳ نظارت حداکثری بر خدمات انجام شده
- ۴-۳ استقرار و نهادینه کردن پروتکل‌ها و راهنماهای مصوب برای مدیریت بیماری های موضوع این دستورالعمل

ماده ۴: جمعیت مشمول دستورالعمل

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 فرانشیز 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، medcare، 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 medcare 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 آرایه 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 از بسته حمایتی	توضیحات	
ویزیت / مشاوره	روتین	۱۸	۷۰	۰	۳۰	توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی/داخلی /اطفال	
	تخصصی	فوق تخصص خون	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
		فوق تخصص گوارش- متخصص جراحی -روانپزشک	۱	۷۰	۰	۳۰	
		فوق تخصص غدد- متخصص زنان -متخصص قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	
		متخصص طب اورژانس		۷۰	۰	۳۰	بر حسب نیاز
		مشاوره روانشناسی	۴	۰	۰	۱۰۰	
		مشاوره تغذیه	۲	۰	۰	۱۰۰	
شنوایی سنجی - بینایی سنجی							
تصویربرداری	اکوکاردیوگرافی - رادیولوژی-سونوگرافی (شکم،لگن،مفاصل)	۱	۷۰	۰	۳۰		
	الاستو گرافی کبد به منظور تشخیص فیروز (فیبرواسکن)	۱	۰	۰	۱۰۰	فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هیپاتیت سی ، یک بار در سال یا کدملی 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 شیفیت 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 - LDH-T,D.bili	۲	۷۰	۰	۳۰	برای بیماران تحت درمان روتین	

برای بیماران در شرایط شیفت آهن زدای تزریقی به خوراکی	۳۰	۰	۷۰	۱۲	آلکالین فسفاتاز-U/A - کلسیم - فسفر-AST/SGOT- ALT/SGPT - LDH-T,D.bili
در صورت نیاز جهت بیماران در هر نوبت تزریق خون مشمول حذف فرانشیز می باشد	۳۰	۰	۷۰	۲۴	آزمایش تامین خون سازگار Kell و سایر زیرگروههای فرعی خون (پنل)
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 هیپاتیت 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 - گاز استریل - چسب - دستکش استریل - بتادین)	ماهانه	۰	۰	۱۰۰		
ویزیت	روتین	۲۴	۷۰	-	۳۰	عمومی / داخلی / اطفال	
	تخصصی	متخصص طب اورژانس		۷۰	-	۳۰	حسب نیاز
		فوق تخصص خون	۱۲	۷۰	-	۳۰	
		فوق تخصص گوارش - متخصص توانبخشی	۲	۷۰	-	۳۰	
		متخصص عفونی - متخصص ژنتیک	۱	۷۰	-	۳۰	
		متخصص ارتوپدی - متخصص زنان - روانپزشک	۴	۷۰	-	۳۰	
		مشاوره روانشناسی	۴	۰	۰	۱۰۰	
	رادیوگرافی هر مفصل	۲	۷۰	-	۳۰		
تصویر برداری	-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 هپاتیت سی ، یک بار در سال با کد ملی ۴۰۱۷۳۵	

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

	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 (۳میلیون 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 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 بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	Interferon b 1b for inj 30mcg (برند خارجی)	۱۸۲	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد
	برندهای ایرانی	۱۸۲	۹۵	-	۵	
	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi (برند خارجی)	۱۵۶	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد
	برندهای ایرانی	۱۵۶	۹۵	-	۵	
	Interferon b 1a for inj 8 milion u/1mi (برند خارجی)	۵۲	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد
	برندهای ایرانی	۵۲	۹۵	-	۵	
Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml (برندهای ایرانی)	۱۵۶	۹۰	-	۱۰	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد	
Fingolimod tab –cap (برندهای ایرانی)	۳۶۵	۹۵	-	۵	- 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	

تبصره: درمورد داروی فینگولیمود تایید کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی مورد نیاز می باشد.						
	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 ۲۰روز با دوز روزانه ۲ عدد	۳۰	۰	۷۰	۲۰روز	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	۳۴۵روز	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	۳۶۵	Teriflunamide (برندهای ایرانی)	
	۳۰	۰	۷۰	۱	متخصص ارولوژی - متخصص داخلی / قلب	ویزیت / مشاوره

	زنان و زایمان - عفونی - خون - گوارش	۱	۷۰	۰	۳۰
	متخصص چشم - تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰
	نورولوژیست	۱۲	۷۰	۰	۳۰
	روانپزشک - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - اورتوپدی	۴	۷۰	۰	۳۰
تصویر برداری	MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب	۲	۷۰	۰	۳۰
	MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب	۲	۷۰	۰	۳۰
	AST - ALT - CBC	۴	۷۰	۰	۳۰
آزمایش	تعیین سطح VitD	۱	۰	۰	۱۰۰
	تبصره: با توجه به عدم پوشش بیمه ای آزمایش تعیین سطح ویتامین D تا سقف یک بار در سال به صورت رایگان جهت بیماران ام اس انجام می شود.				
توانبخشی	فیزیوتراپی	۱۲۰	۷۰	۰	۳۰
	کاردرمانی	۹۰	۰	۰	۱۰۰
	گفتاردرمانی	۴۰	۰	۰	۱۰۰
	مشاوره روانشناسی	۳۰	۰	۰	۱۰۰
	ارتوپدی فنی	۴	۰	۰	۱۰۰
بینایی سنجی					
	پلازما فرزیس	۱	۹۰	۰	۱۰
سایر خدمات	پالس تراپی (متیل پردنیزولون - هر بار به مدت ۵ روز)	۳			پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد
	انفوزیون درمانی اکریلوزوماب	۳	تزریق دارو در فواصل ۰ - ۱۵ روز بعد و ۶ ماه بعد می باشد		پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد
	انفوزیون درمانی آلمتوزوماب	۵	تزریق در سال اول ۵ روز و روزانه یک ویال می باشد		پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز طرح تحول نظام سلامت می باشد
	ست پلازما فرزیس	۱	۰	۰	۱۰۰

تذریق 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						دندانپزشکی

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

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

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

تبصره ۴: فرانشیز 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 تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	۱- Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز) ۲- Sevelamer ۳- Iron sucrose	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	Cinacalcet	طبق دستور پزشک	۹۰	۰	۱۰	فقط در صورت عرضه در داروخانه های طرف قرارداد با دانشگاه
ملزومات	ست کامل دیالیز (۵ قلم)	—	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر
	کاتترهای ساب کلاوین دائم	—	۱۰۰	۰	۰	
	کاتترهای ساب کلاوین موقت	—	۱۰۰	۰	۰	
	گرافت های عروقی	—	۱۰۰	۰	۰	
ویزیت تخصصی	ویزیت غدد- ویزیت قلب- ویزیت روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۳	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	پتاسیم-فسفر- کلسیم-FBS	۱۲	۷۰	۰	۳۰	انجام آزمایش FBS تنها برای بیماران دیابتی می باشد
	CBC	۱۲	۱۰۰	۰	۰	CBC در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
	BUN	۲۴	۱۰۰	۰	۰	این آزمایش در دو نوبت قبل و بعد از دیالیز بصورت ماهانه انجام و در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
	کراتی نین	۴	۱۰۰	۰	۰	کراتی نین در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است و به صورت جداگانه پرداخت نمی شود
	سدیم-آلکالن فسفاتاز- البومین سرم-کلسترو- تری گلیسرید- بیکربنات سرم- آهن سرم-TIBC- فریتین-PTH-	۴	۷۰	۰	۳۰	
	HBS Ag- AST-ALT	۲	۷۰	۰	۳۰	
	HCVAb-HBSAb - سطح سرمی ویتامین D	۱	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	اکو قلب هر سه سال یک بار- داپلر عروق مرتبط- نوار قلب رادیولوژی ساده قفسه سینه- سونوگرافی شکم	۱	۷۰	۰	۳۰	اکو قلب فقط هر سه سال یکبار برای بیماران قابل تعهد می باشد

همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه	تا ۱۵۶ نوبت	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص سازمانهای بیمه گر	
سایر خدمات	همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه	۶	۱۰۰	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 هیپاتیت C 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 هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و با تعرفه توافقی اقدام نماید(این تبصره شامل خدمت دیالیز نمی شود) .
- تبصره ۳:** فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای 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

- 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.

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت	غدد- قلب- روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایشات	CBC - سدیم - پتاسیم - کلسیم - فسفر- BUN - کراتی نین - Alb	۱۲	۷۰	۰	۳۰	
	PTH	۱۲	۷۰	۰	۳۰	در صورت هایپرپاراتیروئیدی و مصرف سیناکلست
		۶	۷۰	۰	۳۰	در صورت عدم وجود هایپرپاراتیروئیدی
	FBS - آلکالن فسفاتاز-تری گلیسرید- کلسترول-HDL-LDL AST-ALT - Bil Total & Direct - آهن سرم - فریتین-TIBC-CRP اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین	۶	۷۰	۰	۳۰	
	اندازه گیری ادرار ۲۴ساعته (حجم ادرار ، اوره و کراتی نین)	۳	۷۰	۰	۳۰	
HCVAb - HIVAb - HBSAb - HBSAg سطح سرمی ویتامین D	۲	۷۰	۰	۳۰		
تصویربرداری	-اکو قلب -رادیولوژی ساده قفسه سینه -رادیولوژی ساده شکم -سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست -سونوگرافی شکم	برحسب نیاز	۷۰	۰	۳۰	هر کدام تا یک مورد
	نوار قلب	برحسب نیاز	۷۰	۰	۳۰	
دندانپزشکی						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی

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 تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	توضیحات
دارو	داروی ویمیزیم برای آن عده از بیماران که توسط کمیته علمی مدیریت بیماریهای متابولیک و یا مراکز قطب درمانی منتخب، بعنوان بیماران واجد شرایط دریافت دارو تعیین شده اند به شرط رعایت پروتکل درمانی ابلاغی	براساس پروتکل	۹۶	-	۴
	چشم پزشکی - ارتوپدی - جراح اعصاب	۱	۷۰	-	۳۰
ویزیت	گوش و حلق و بینی	۳	۷۰	-	۳۰
	روانپزشک	۴	۷۰	-	۳۰
	نورولوژی / هماتولوژی (بالغین و اطفال)	۶	۷۰	-	۳۰
	ریه اطفال - قلب و عروق اطفال	۲	۷۰	-	۳۰
	غدد اطفال	۵۲	۷۰	-	۳۰
آزمایش	BUN-Enzyme level CBC-diff-Ca K-Ferritin-ABG-Cr P-Na-آلکالن فسفاتاز U/A-آلبومین-SGPT-SGOT Urin GAG level	۱	۷۰	-	۳۰
تصویر برداری	x ray - اکوکاردیوگرافی EMG - NCV-ECG MWT - 3 MSCT	۲	۷۰	-	۳۰
	MRI	۳	۷۰	-	۳۰
	کاپنوگرافی	۱	۷۰	-	۳۰
	پلی سونوگرافی - سونوگرافی - الکترو تینوگرافی	۱	۷۰	-	۳۰
	هر کدام یک مورد به تشخیص پزشک معالج				

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

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

	۳۰	۰	۷۰	۵۰	فیزیوتراپی	توانبخشی
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۵۰ جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید	۱۰۰	۰	۰	۵۰	کاردرمانی	
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						دندانپزشکی

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته 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: 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	
	کاردرمانی جسمانی-گفتاردرمانی	۱۰۵	۰	۰	۱۰۰	
آزمایش	AST-ALT-CPK	۱	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	گرافی قفسه سینه - گرافی ستون فقرات	۱	۷۰	۰	۳۰	
سایر خدمات	واکسن پنوموکوک	۱	۰	۰	۱۰۰	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 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 .

۹- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۲)

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

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته 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)

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

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 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 .

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	آزمایش مدفوع در شروع بیماری و بعد هر سه ماه از نظر الاستاز ، قطرات چربی و تست سودان 3
	تست LCI - تست خواب (پلی سومنوگرافی)	۱	۰	۰	۱۰۰	سالی یک بار در صورت صلاحدید پزشک
	تست ورزش قلبی ریوی (CPET)	۱	۷۰	۰	۳۰	سالی یک بار در صورت صلاحدید پزشک
	ویال سدیم کلراید هیپرتونیک ۷٪- تولید داخل و یا ویال سدیم هیپرتونیک ۷٪ + بیکربنات- تولید داخل	۱۴۶۰	۰	۰	۱۰۰	به ازای هر بیمار
	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		
تصویربرداری	سی تی اسکن ریه (HRCT) - گرافی ساده قفسه سینه-	۱	۷۰	۰	۳۰	HRCT هر سه سال یکبار مورد نیاز است.

	۳۰	۰	۷۰	۱	اسکن استخوان DXA	
	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 تعهد-سطح یک	تعداد مورد تعهد-سطح دو	تعداد مورد تعهد-سطح سه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	توضیحات
ویزیت / مشاوره	روانپزشک	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص نورولوژی	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	
	رفتاری- آموزشی	۴۸	۹۶	۴۸	۷۰	۰	۳۰	معادل کد ۹۰۰۰۹۶
	مشاوره ای - حمایتی	۱۲	۱۲	۳۶	۷۰	۰	۳۰	معادل کد ۹۰۰۰۹۶
توانبخشی	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی	۳۰	۴۸	۲۴				کدملی خدمت ۹۰۰۱۲۵
	کاردرمانی	۳۰	۴۸	۲۴	۷۰		۳۰	کدملی خدمت ۹۰۱۶۵۰
	خدمات ارزیابی گفتار و...	۴	۴	۴	۷۰	۰	۳۰	کدملی خدمت ۹۰۰۴۲۰
	درمان اختلالات گفتار، زبان و...	۴۴	۹۲	۴۴				کدملی خدمت ۹۰۰۴۲۵
	شنوایی سنجی	۲	۲	۲	۷۰	۰	۳۰	
	بینایی سنجی	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	
	EEG	۱	۱	۱	۷۰	۰	۳۰	
	دندانپزشکی	شامل خدمات دندانپزشکی عام و تحت بیهوشی برای کلیه بیماران اوتیسم بدون محدودیت سنی						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی

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

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

تبصره ۳: کلیه خدمات 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		
	اسکوپیی 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 BRCA1, BRCA2, CDH1 و سایر موتاسیون های دخیل در سرطان)	۱	۰	۳۰	۷۰		
	دارو	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه یا تفاهم نامه)	*	۷۰	۱۰	۲۰	* در مورد داروهای دارای راهنمای بالینی، بر اساس اندیکاسیون های ذکر شده در راهنما و در مورد سایر داروها به تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.
دارو	داروهای شیمی درمانی (تحت پوشش بیمه و تفاهم نامه)	*	۹۰	۱۰	۰		

				۱ (دوره درمان)	IMRT (بر اساس شناسنامه و استاندارد خدمت رادیوتراپی به روش IMRT)	رادیوتراپی	
	۷۰	۳۰	۰	۱	پلاک براکی تراپی برای تومورهای چشمی		
	۲۰	۱۰	۷۰	۲	نمونه برداری	سایر اقدامات	
این خدمت جهت بیماران با تشخیص رتینوبلاستوم قابل پرداخت می باشد	۱۰	۰	۹۰	۱ (دوره درمان)	تزیق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره و پروفیلاکسی دکولمان رتین		
* مطابق دستورالعمل و راهنماهای بالینی	۲۰	۱۰	۷۰	*	هالوپریدول، انوکسپارین، انواع سرم (از جمله مانیتول)، آلبومین، میدازولام، سدیم دوکوستات	دارو	مراقبت های حمایتی و تسکینی
	۳۰	۰	۷۰	۱۲-۲۴	پزشک دوره دیده تسکینی - فلوشیپ طب تسکینی - فلوشیپ درد - روانپزشک روانشناس بالینی - تغذیه بالینی - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی	ویزیت	
	۳۰	۷۰	۰	۶	خدمات تغذیه بالینی		
	۲۰	۱۰	۷۰	۳۰	فیزیوتراپی	توانبخشی	
	۳۰	۷۰	۰	۴۰	گفتار درمانی، کاردرمانی		
در دو مرحله (درمانی و نگهدارنده)	۳۰	۷۰	۰	۳۰	لنف ادم		
* حداکثر یک ویزیت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک تعداد ویزیت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.	۲۰	۱۰	۷۰	*۱۲	ویزیت پزشک	مراقبت در خانه	

<p>*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.</p>	۳۰	۷۰	۰	*۲۴	<p>ویزیت و مراقبت پرستار و روانشناس</p>		
<p>رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی</p>					خدمات دندانپزشکی		
<p>تمامی اقلام پس از ثبت و تایید در سامانه سپاس قابل پرداخت خواهد بود. 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 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</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 (بوستانان)	*	۷۰	۱۰	۲۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۶۰۰-۱۲۰۰ بیمار روزانه ۱-۳ عدد)	
		داروهای اختصاصی (ماسیتنتان)	*	۰	۳۰	۷۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۶۰۰ بیمار روزانه ۱ عدد)	
		داروهای اختصاصی (اپوپروستنول تزریقی)	*	۰	۳۰	۷۰	* مطابق راهنماهای بالینی (۱۰ بیمار روزانه ۱ عدد)	
	ویزیت و مشاوره	تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ	*	۷۰	۰	۳۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
	تشخیص اولیه	کاتتریسیم بطن راست و Vasoreactivity، آنژیوگرافی عروق ریه	*	۹۰	۱۰-۰	۰-۱۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
	سایر خدمات تشخیصی	تست پیاده روی ۶ دقیقه	*	۷۰	۱۰	۲۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
		تست خواب	*	۷۰	۱۰	۲۰	* مطابق راهنماهای بالینی	
	تصویربرداری		CT با کنتراست بالا (High-resolution computed tomography, contrast)	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	تعداد خدمات بر اساس دستورالعمل های مربوطه که متعاقباً اعلام می گردد، می باشد و در صورت ثبت در سامانه، قابل پرداخت خواهد بود. تعداد و نوع خدمات تصویر برداری به تشخیص پزشک معالج و مطابق با گایدلاین های ابلاغی است.
			اسکن پرفیوژن / اسکن ونتیلاسیون	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	
			cardiac MRI	۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰	
سونوگرافی			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰		
آنژیوگرافی / کاتتریزاسیون بطن راست			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰		
اکوکاردیوگرافی / داپلر			۱-۲	۷۰	۱۰	۲۰		
آزمایشات		ایمونوهیستوشیمی	*	۷۰	۱۰	۲۰	*تعداد خدمات بر اساس دستورالعمل های مربوطه که متعاقباً 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		
	۳۰	۰	۷۰	۲۵-۳۵	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	سایر خدمات درمانی		
	۱۰	۰	۹۰	*	جراحی های الکتیو			
	۱۰	۰	۹۰	*	سپتوستومی دهلیزی			
				**	خدمات پیوند			
	۲۰	۱۰	۷۰	۴۰	فیزیوتراپی	۶ ماهه اول	توانبخشی	سگنه مغزی
	۷۰	۳۰	۰	۳۰	کاردرمانی			
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	گفتاردرمانی			
	۲۰	۱۰	۷۰	۲۰	فیزیوتراپی	۶ ماهه دوم		
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	کاردرمانی			
	۷۰	۳۰	۰	۱۰	گفتاردرمانی			
	۲۰	۱۰	۷۰	۱۵	فیزیوتراپی	دوره مراقبت طولانی		
	۷۰	۳۰	۰	۱۵	کاردرمانی			
	۷۰	۳۰	۰	۱۰	گفتاردرمانی			

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

تبصره ۲۵: 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 سربایی 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		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 ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰		

	۳۰	۰	۷۰	۲	تخصصی عفونی	
	۳۰	۰	۷۰	۲	تخصصی پزشکی قانونی	
	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 - 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 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 +۳۶۵ 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، FSH ، LH ، 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 RH و PSA(آقایان) Billi total & direct ، PTT .PT. INR,GGT ,Albumin ,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 متغییر است. در هر ویزیت روتین پس از پیوند در درمانگاه باید چک شود.	۳۰	۰	۷۰	*	آزمایشات سطح داروهای ایمنوساپرسیو (سیکلوسپورین، اورلیموس و سیرولیموس، پروگراف و مایکوفنولات) ، CBC,ESR ، گلوکز ، اسیداوریک، اورده، کراتینین، FSH ، LH ، GTT ، PTH، TSH ، T4 ، آلکالین 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 سامانه RDA می باشند.				*	داروهای شیمی درمانی	دارو

داروهای سلول گیری، داروهای ایمنوساپرسیو، داروهای ضد قارچ، داروهای ضد ویروس	*			داروها 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-رادایولوژی- سونوگرافی-ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray- اسپیرومتری-پاپ اسمیر (خانم ها) - MRIشکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز-کولون سکوپ- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب، اسکن هسته ای قلب و آنژیوگرافی	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یک بار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY ، 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	۱۰۰	۰	۰	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند
آزمایشات	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpigli Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNA PCR , HBV DNA PCR	۳	۱۰۰	۰	۰	هر ۶ماه یکبار
	HLA typing گیرنده	۲	۰	۰	۱۰۰	تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد

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

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 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 تأیید 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 -رادیلوژی- 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 راسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و فیبرو اسکن کبد و اسپیرومتري-ERCp	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ،PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و 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
	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	۲				۱۰۰

					PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتري فلوسیتومتري بين گیرنده و دهنده HLA typing دهنده
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰	۹۰	۱		آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)
قبل از پیوند	۱۰	۹۰	۱		بیوپسی کبد
هر ماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt . INR در صورت لزوم CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood
هر ماه یک بار	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسید اوریک ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A ، کلسیم ، فسفر ، سدیم ، پتاسیم AST/SGOT ، ALT/SGOT و Total protein و Albumin serum
دو بار بعد از پیوند	۱۰	۹۰	۲		بیوپسی کبد
ابتدا ۲ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه انجام می شود	۳۰	۷۰		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 هر یک از آزمایشات HLA typing گیرنده ، فلوسیتومتري بين گیرنده و دهنده ، Single Antigen Class I&II به روش لومینکس، PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتري، HLA typing دهنده در بکر 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-ی فوق تخصصی روماتولوژی- تخصص عفونی-تخصص ارولوژی					
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
تصویربرداری	Bone densitometry -رادپولوژی- سونوگرافی -ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتری -پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر - MRI شکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکوپي 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، GTT ، PTH، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر ، PANEAL REACTIVITY ، فریتین، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) .pt. Bill total & direct , INR,GGT ,Albumin serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند

هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	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	
تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد	۱۰۰	۰	۰	۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	
در حالت سرپایی در حالت سرپایی تحت پوشش بیمه نیست	۱۰		۹۰	۵	انجام بیوپسی قلب پیوندی	
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرو لیموس، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اور لیموس 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، اسید اوریک، اوره، کراتینین، TSH، T4، LH، FSH، GTT، PTH، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید، کلسترول، AST/SGOT، ALT/SGOT، فسفر، U/C& U/A، 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
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:	۳۰	۰	۷۰	به ستون توضیحات رجوع شود		ویزیت بعد از پیوند ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی قلب

• در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه						
	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/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ماهی یکبار
	فوق تخصصی قلب فوق تخصصی کلیه فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصصی ریه تخصصی گوش و حلق و بینی تخصص عفونی تخصصی روانپزشک تخصصی جراحی تخصصی زنان تخصص چشم پزشکی تخصص ارولوژی فوق تخصص روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
تصویربرداری	Bone densitometry-رادایولوژی-سونوگرافی-ماموگرافی-آندوسکوپی - Chest x ray- اسپیرومتری-پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر -MRIشکم و لکن و مغز-VCUG-سی تی اسکن شکم و لگن و مغز-کولون سکوی-سونوگرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی- ERCP انوار قلب	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین ، LH ، T4 ، PTH ، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) , Bill total & direct ptt .pt. INR,GGT, Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	۳	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ماه 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
گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، FSH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، آمیلاز، لیپاز	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه یکبار
آنزیموگرافی (تشخیصی و درمانی)					
ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی - کلیه و غدد	۲۱	۷۰	۰	۳۰	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
ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند	۲۱	۷۰	۰	۳۰	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 تایید 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 تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ماهی یکبار
	تخصصی قلب - فوق تخصصی کلیه- فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	فوق تخصصی ریه -تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی روانپزشک- چشم پزشک -متخصص عفونی -متخصص ارولوژی -فوق تخصصی روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی						
پاراکلینیک و تصویربرداری	Bone densitometry –راد یولوژی – سونوگرافی – ماموگرافی – آندوسکوپی – Chest x ray – پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر – MRI شکم و لکن و مغزی –VCUG– سی تی اسکن شکم و لکن و مغز- کولون سکویی /سونوگرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و نوار قلبی – اسپیرومتری	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیبیاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) Total ,Albumin serum ,GGT ,INR ,ptt .pt. Bill total & direct protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNA , HBV DNA PCR	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند

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

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

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

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 بکر 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.

۲۱- بسته حمایتی پیوند ریه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی و جراحی ریه	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی گوارش- فوق تخصصی کلیه- تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی -تخصصی زنان تخصصی روانپزشک- تخصصی چشم پزشکی -تخصصی ارولوژی -فوق تخصصی رومالوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی ریه	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصصی غدد- تخصصی عفونی	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	تخصصی و فوق دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
دندان پزشکی رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						
تصویربرداری	Bone densitometry -رادیولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر -MRIشکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی سونو گرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی - اسپیرومتري / نوار قلبی	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) Total protein ,Albumin serum ,INR,GGT ,ptt .pt. 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 در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood	۱۲	۷۰	۰	۳۰	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه

هرماه	۳۰	۰	۷۰	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، ALT/SGOT ، فسفاتاز، تری گلیسرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، PTH ، پتاسیم ، PTH		
بعد از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۲	اکو - نوار قلب	بعد از پیوند	
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%)، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰	۰	۹۰	۲	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)		
بعد از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۳۰	تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس		
بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ماه هر هفته یکبار.سپس هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۳۰	Chest x ray- ، تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس		
بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ماه هر هفته یکبار.سپس هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه	ویزیت	
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی ریه و جراحی ریه متخصص تغذیه		

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 ۱۰۰میلیون 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 تأیید مرکز مدیریت پیوندودرمان بیماریهای وزارت متبوع مبلغ از گلوبال پیوند کسر وبه مرکز ارائه دهنده خدمت تخصیص مییابد.

۲۲- بسته حمایتی بیماران روانی مزمن و صعب‌العلاج

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	تناوب مورد نیاز سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه	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	طبق دستور پزشک	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					
	خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی تا ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک (کد ۹۰۰۰۹۳)	۱۲					
خدمات دندانپزشکی		۱				معاونت درمان سالانه حداکثر تا سقف ۲۰ میلیون ریال از هزینه نسخ تجویزی برای هر بیمار را متقبل می‌شود.	
خدمات کاردرمانی	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه‌ای (کد ۹۰۰۱۲۵)	۵۰	طبق دستور پزشک	-	-	۱۰۰	
	کاردرمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره (کد ۹۰۰۱۲۷)	۵۰					

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 هرکدام 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

توضیحات	درصد پرداختی از بسته حمایتی	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی بیمه	تعداد مورد تعهد سالانه	نام خدمت	نوع خدمت
حمایت مالی تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار (حمایت مالی خدمت ارتودنسی بر اساس مستندات ار سالی از دانشگاه به این مرکز صورت می گیرد.)	در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه:	پرداختی بیمه ۷۰ درصد	و پرداختی بیمار ۳۰ درصد		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	خدمات دندانپزشکی تالاسمی
حمایت مالی تا سقف ۵۰۰,۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار	در خصوص خدمات مورد تعهد بیمه:	پرداختی بیمه ۷۰ درصد	و پرداختی بیمار ۳۰ درصد		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	خدمات دندانپزشکی ام اس

<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 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 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، medcare 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 medcare

○ سامانه ثبت سرطان

○ شبکه ملی اهدا کنندگان سلول های بنیادی خون ساز ایران

○ HIS

○ RDA

○ OTRI

○ CIS

○ Haemorbd