



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

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مقدمه

ماده ۱: تعاریف واژگان کلیدی

ماده ۲: هدف کلی

ماده ۳: اهداف اختصاصی

ماده ۴: جمعیت مشمول دستورالعمل

ماده ۵: شمول خدمات و نحوه حمایت مالی

ماده ۶: نحوه دریافت اعتبارات

ماده ۷: بسته های مورد حمایت

ماده ۸: تنظیم صورت حساب

ماده ۹: نظارت

ماده ۱۰: آدرس سامانه ها

این دستورالعمل در برگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به نحوه حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج در مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی " است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ابلاغ لازم‌الاجراست.

ماده ۱: تعاریف واژگان کلیدی

۱.۱. وزارت بهداشت: وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی دولت جمهوری اسلامی ایران

۱.۲. بیماریهای خاص: بیماریهای خاص مورد حمایت این بسته شامل: هموفیلی، تالاسمی، دیالیز خونی و صفاقی، ام اس، متابولیک و بال پروانه ای

۱.۳. بیماریهای صعب‌العلاج: پیوند اعضا (کلیه - کبد - قلب - ریه - روده - پانکراس، مغز استخوان) و سرطان ، بیماریهای صعب‌العلاج مورد حمایت این بسته محسوب می شوند.

۱-۲ خدمت مورد حمایت: کلیه خدمات سرپایی و بستری اشاره شده در دستورالعمل

۱.۴. بیمه های اصلی پایه بیمه تامین اجتماعی-بیمه سلامت ایرانیان-نیروهای مسلح -کمیته امداد امام خمینی-بیمه خدمات درمانی

۱-۴ یارانه سلامت بیماران خاص و صعب‌العلاج: به مبالغ اختصاص داده شده از منابع حمایتی در نظر گرفته شده برای حمایت مالی از بیماران در بخش دولتی گفته می شود. که شامل: مبالغ

تخصصی برنامه کاهش فرانشیز-ردیف نیازمندان، بیماریهای خاص ، صعب‌العلاج ، پیوند

۲-۴ بیماران مشمول این دستورالعمل شامل دو گروه ذیل میباشد:

- مبتلایان به بیماریهای خاص و صعب‌العلاج نام برده شده در دستورالعمل

ماده ۲: هدف کلی

حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت

ماده ۳: اهداف اختصاصی

- ۱-۳ پوشش حداکثری سهم بیمار برای خدمات تایید شده در دستور العمل
- ۲-۳ شناسایی بیماران آسیب پذیر برای هدفمندسازی پرداخت یارانه سلامت
- ۳-۳ برقراری نظام مند ساختار گزارشات سازمان یافته مرتبط با مراقبت برای نظارت حداکثری بر مراقبت های انجام شده
- ۴-۳ مدیریت بیماری های خاص ، صعب العلاج و پیوند و حفاظت مالی از بیماران مبتلا به این بیماری ها
- ۵-۳ بکارگیری و استقرار پروتکل‌ها و راهنماهای مصوب برای مدیریت بیماری های خاص ، صعب العلاج و پیوند

ماده ۴: جمعیت مشمول دستورالعمل

تمامی بیماران ایرانی واجد بیمه پایه (۴ بیمه اصلی) خاص و صعب العلاج و پیوند منطبق بر مفاد این دستورالعمل مشمول این برنامه می‌باشند.

ماده ۵: شمول خدمات و نحوه حمایت مالی

این دستورالعمل شامل خدمات سرپایی و خدمات بستری هر کدام از بیماریها مطابق با دستورالعمل های تخصصی برنامه (دستورالعمل بیماران خاص و صعب العلاج سازمانهای بیمه گر پایه) و نیز برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری مورد حمایت بوده که به تفکیک در صورت وجود استثنائات توضیح داده خواهد شد.

الف: خدمات بستری :

- این گروه از بیماران در صورت بستری در بیمارستانهای دولتی مطابق با دستورالعمل برنامه کاهش پرداختی و تعهد سازمانهای بیمه گر پایه تحت پوشش خواهند بود
- این بیماران در صورت دارا بودن بیمه تکمیلی مشمول برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری و تخفیف نیازمندان نمیباشند

- بیماران این گروه در صورت تایید سامانه استحقاق سنجی مبنی بر اینکه بیمار در دهک درآمدی ۸، ۹ و ۱۰ قرار دارند مشمول تخفیفات معاونت درمان و برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری نخواهد شد.

ب: خدمات سرپایی:

- خدمات سرپایی این گروه از این بیماران به دو دسته خدمات عمومی و خاص بیماری تقسیم بندی میشود که نحوه تامین مالی آنها به شرح ذیل میباشد:

خدمات عمومی بیماران:

در صورتی که بیماران این گروه نیاز به خدماتی غیر از خدمات اشاره شده در قسمت خدمات خاص بیماری باشد سهم پرداختی آنها مانند سایر بیماران بوده و تفاوتی در تامین مالی نخواهند داشت

خدمات خاص بیماران:

این دسته از خدمات از ۴ منبع تامین مالی میشوند :

- ✓ بیمه پایه
- ✓ منابع حمایتی وزارت بهداشت
- ✓ بیمه تکمیلی
- ✓ بیمار

نحوه محاسبه هزینه های خدمات :

- مرکز درمانی موظف است هزینه خدمات سرپایی این گروه از بیماران را بر اساس تعهدات بیمه پایه مطابق با دستورالعمل بیماران خاص و صعب العلاج، کتاب ارزش نسبی و دستورالعملهای مربوطه محاسبه نماید.
- این بیماران در صورت دارا بودن بیمه تکمیلی مشمول حمایت این دستورالعمل نمیشوند
- بیماران این گروه در صورت تایید سامانه وسع سنجی مبنی بر اینکه بیمار در دهک درآمدی ۸، ۹ و ۱۰ قرار دارند مشمول تخفیفات معاونت درمان نخواهد شد.
- تا زمان راه اندازی سامانه استحقاق سنجی تشخیص نیازمندی بر عهده مددکاری میباشد
- کلیه افرادی که مطابق با سامانه وسع سنجی یا مدد کاری زیر دهک ۸ قرار میگیرند مشمول حمایتهای این دستورالعمل میباشد.
- میزان حمایت از این گروه از بیماران شامل فراشیز بیمار بوده که بر اساس دستورالعمل مورد حمایت میباشد
- این دستورالعمل مجزا از برنامه حمایت از بیماران نیازمند میباشد.

- این دستورالعمل ناقض حمایت‌های بیمه پایه ، بیمه تکمیلی و ردیف های خاص مربوط به این بیماران نمی باشد.
- اتباع بیگانه اعم از دارندگان بیمه پایه یا تکمیلی و یا فاقد آنها مشمول این دستورالعمل نمیباشند
- ایرانیان فاقد شناسنامه با مراجعه به نیروی انتظامی یا مراجع ذیربط، پس از اعلام هویت می توانند جهت پوششش بیمه ای و استفاده از مزایای برنامه اقدام نمایند.
- بسته حمایتی جهت انجام اقدامات پاراکلینیکی و کلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند اعضا (کلیه ، کبد ، قلب ، پانکراس ، ریه ، روده) می باشد .
- بسته حمایتی فقط شامل بیمارانی که در سایت انتظار پیوند ثبت و وضعیت در انتظار آنها به پیوند تغییر یافته است ، می باشد .
- در بیمارستانهایی که اقدامات پاراکلینیکی و کلینیکی قبل ، حین و بعد از پیوند برون سپاری شده است ، تأیید آن مراکز توسط وزارت بهداشت برای انجام خدمات باید صورت پذیرد .

ماده ۶ - نحوه دریافت اعتبارات

- مراکز درمانی موظف به ثبت اطلاعات در سامانه **medcare** مطابق با دستورالعمل میباشند.
- پرداخت به بیمارستان‌ها منوط به تکمیل اطلاعات مندرج در سامانه های مرتبط (سپاس، سامانه های تخصصی ادارات تخصصی) و گزارش پایش عملکرد تیم نظارتی وزات بهداشت و نیز بررسی رضایتمندی افراد تحت حمایت برنامه خواهد بود.
- اعتبار بر اساس ثبت عملکرد ماهانه واحدهای ارائه کننده و با تایید دفاتر تخصصی در ستاد وزارتخانه، توسط معاونت درمان و در قالب برنامه پوشش حمایتی بیماران خاص و صعب العلاج به مراکز درمانی مجاز به ارائه خدمت پرداخت خواهد شد .
- دانشگاه اعتبارات مذکور را طبق فهرست اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت به حساب بیمارستان‌های مربوطه واریز خواهد کرد. . مدیریت هزینه ها به عهده رئیس بیمارستان خواهد بود.
- بیمارستانها و مراکز درمانی ارایه دهنده خدمات موضوع این دستورالعمل، صرفا مجاز به هزینه کرد اعتبارات مربوطه در قالب این دستورالعمل میباشند
- خروج بیمار از بیمارستان جهت تامین دارو، ملزومات پزشکی و خدمات پاراکلینیکی تخلف بوده و در نتایج پایش و تبعا تخصیص اعتبارات موثر خواهد بود .
- عدم رعایت ضوابط خرید دارو ، تجهیزات مصرفی و قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو تخلف محسوب شده و در نتایج پایش و تبعا تخصیص اعتبارات موثر خواهد بود .

۱- بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه وردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	DEFEROXAMIN FOR INJ 500 MIG DEFRIPIRON TAB E.C.TAB 500MG DEFERASIROX TAB 500,250,125	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	هزینه داروی دفرکسامین با شرط بیمار خاص و تشکیل پرونده پرداخت خواهد شد.
لوازم	فیلتر خون	۲۴	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه
	پمپ تزریق دسفرال	۱	۱۰۰	۰	۰	مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه
	لوازم مصرفی دفروکسامین (اسکالپ وین-سرنگ-چسب-پنبه-الکل)	۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	به ازای هروبال دفروکسامین ، ۲ویال آب مقطر باحذف فرانشیز داده می شود .
ویزیت / مشاوره	روتین / توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی/داخلی /اطفال	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص خون	۱۸	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص گوارش- متخصص جراحی -روانپزشک/روانشناس	۱	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص غدد- متخصص زنان -متخصص قلب	۲	۷۰	۰	۳۰	
شنوایی سنجی - بینایی سنجی						
تصویربرداری	اکوکاردیوگرافی-سنجش تراکم استخوان(Bone densitometry) راد یولوژی،*MRI-T2-سونوگرافی	۱	۷۰	۰	۳۰	Bone densitometry هر دو سال یکبار
آزمایشات	CBC	۴۸	۷۰	۰	۳۰	
	گلوکز -اوره -کراتینین	۲	۷۰	۰	۳۰	
	اسیداوریک- استرادیول-P-DHEA- FSH- LH- T4- PTH- TSH- GTT - تری گلیسیرید- کلسترول	۱	۷۰	۰	۳۰	

	۳۰	۰	۷۰	۳	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 دمی باشد	۳۰	۰	۷۰	۲۴	آزمایش تامین خون سازگار Kell منفی
	۰	۰	۱۰۰	۱	ازمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنینی در زوجهای تالاسمی مینور که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند تعیین نوع موتاسیون مرحله اول تعیین جنسیت مرحله دوم تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله سوم نمونه برداری از جنین
	۰	۰	۱۰۰	۲	ازمایشات Anti HIV , HBD ag , Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هیپاتیت C و انجام ازمایشات کمی و کیفی PCR همراه با تفسیر و انجام ازمایش فریتین
رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی					خدمات دندانپزشکی
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه	۰	۰	۱۰۰	۱۲	تزریق دسفرال حین تزریق خون
مطابق با دستورالعمل بیماران خاص شورای عالی بیمه	۰	۰	۱۰۰	۲۴	تزریق خون
					سایر خدمات

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

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

تبصره ۳: فرانشیز اعمال جراحی و خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز می باشد . (ارگانهای محل تجمیع آهن-طحال، کبد ، کیسه صفرا، قلب ، شکستگی در استخوان)

تبصره ۴: خدمت ارتودنسی در بیماران تالاسمی در دانشکده های دندانپزشکی با نرخ دولتی تا سقف ۲ میلیون تومان قابل پرداخت است (براساس اسناد مثبت و پس از تأیید دفتر تخصصی مرتبط)

تبصره ۵: آزمایشات آمادگی بیماران تالاسمی نیازمند پیوند مغزاستخوان فقط در مراکز دانشگاهی و به شرط منجر شدن به پیوند تا سقف ۸ میلیون تومان منوط به استحقاق سنجی و ارائه اسناد مثبت، در تعهد می باشد.

۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	Interferon b 1b for inj 30mcg	۱۸۲	۵۹,۴۴	۴۰,۵۶	-	داروی تولید داخل (زيفرون) مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. و داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و به شرح جدول ۴۰ درصد توسط بیمار پرداخت میشود
	Ziferon	۱۸۲	۹۵	-	۵	
	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi	۱۵۶	۶۰,۳۳	۳۹,۶۷	-	داروی تولید داخل (رسیژن) مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. و داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و به شرح جدول ۴۰ درصد توسط بیمار پرداخت میشود
	Recigen	۱۵۶	۹۵	-	۵	
	Interferon b 1a for inj 8 milion u/1mi	۵۲	۵۴,۸۸	۴۵,۱۲	-	داروی تولید داخل (سینووکس) مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. و داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و به شرح جدول ۴۵ درصد توسط بیمار پرداخت میشود
	Cinnovex	۵۲	۹۵	-	۵	
	Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml	۱۵۶	۹۰	-	۱۰	داروی تولید داخل مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد.
	Fingolimod tab -cap	۳۶۵	۹۵	-	۵	داروی تولید داخل مشمول حذف فرانشیز از ردیف نیازمندان می باشد. تبصره: درمورد داروی فینگولیمود تایید کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی مورد نیاز می باشد.
	Methyl predinosolon for inj 500 mg	۱۰	۹۰	۱۰	۰	
	Natalizomab amp	۱۲	۹۰	۱۰	۰	
Rituximab Vial 100 mg, 50 mg	۴	۹۰	۰	۱۰	براساس دستورالعمل بیمه پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.	
ویزیت/مشاوره	متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - متخصص ارولوژی - متخصص داخلی/ قلب - تغذیه - روانشناسی	۱	۷۰	۰	۳۰	

زنان و زایمان - عفونی - اورتوپدی - خون - گوارش	۱				تنها در صورت نیاز و بادر خواست پزشک نورولوژیست
متخصص چشم	۲	۰	۷۰		
نورولوژیست - روانپزشک	۴	۰	۷۰		
MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب	۲	۰	۷۰		تصویر برداری
MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب	۲	۰	۷۰		
AST - ALT - CBC	۴	۰	۷۰		
تعیین سطح VitD	۱	۰	۰		آزمایش
تبصره : با توجه به عدم پوشش بیمه ای آزمایش تعیین سطح ویتامین D تا سقف یک بار در سال بصورت رایگان جهت بیماران ام اس انجام می شود .					
فیزیوتراپی	۴۰	۰	۷۰		توانبخشی
کاردرمانی - گفتاردرمانی	۴۰	۰	۰		
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۴۰ جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید .					
پلازما فرزیس	۱	۰	۷۰		سایر خدمات
					دندانپزشکی
					رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی

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

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

تبصره ۳ : فرانشیز خدمات ارائه شده بر اساس عملکرد ثبت شده در سامانه توسط بیمارستان یا مراکز ارائه دهنده خدمت و صرفاً پس از تأیید معاونت درمان دانشگاه قابل پرداخت خواهد بود بدیهی است خدمات مورد تعهد باید در بسته ابلاغی درج یا ذکر شده باشد .

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	Factor VII Factor VIII Factor VIII.Vonwillebrand Factor IX Factor XIII PCC FEIBA Fibrinogen Desmopressin	طبق دستور پزشک	۱۰۰	-	-	
	اندام مصنوعی	۱	۷۰	-	۳۰	
	چسب فیبرینی	۱	۰	-	۱۰۰	
	بندآورنده موضعی	۱۰	۷۰	-	۳۰	
	پورت وریدی	۱	۷۰	-	۳۰	
	سوزن نمونه برداری	۱	۰	-	۱۰۰	
ویزیت	روتین	عمومی/داخلی/ طفال	۲۴	۷۰	-	۳۰
	تخصصی	فوق خون	۱۲	۷۰	-	۳۰
		فوق گوارش -متخصص توانبخشی	۲	۷۰	-	۳۰
		متخصص عفونی	۱	۷۰	-	۳۰
		متخصص ارتوپدی - متخصص زنان - روانپزشک یا روانشناس	۴	۷۰	-	۳۰
تصویر برداری	راديوگرافي هر مفصل	۲	۷۰	-	۳۰	
	سونوگرافي هر مفصل-CT scan هر مفصل -MRI هر مفصل اندام فوقانی با و بدون تزریق- bonedensitometry	۱	۷۰	-	۳۰	هر کدام یک مورد

	۳۰	-	۷۰	۱	PTT Mixed-PTT	آزمایشات
	۳۰	-	۷۰	۴	CBC	
	۳۰	-	۷۰	۲	AST/SGOT- ALT/SGPT- فسفاتاز- T و D.bili	
	۰	-	۱۰۰	۱	تعیین نوع موتاسیون مرحله اول- تعیین جنسیت مرحله دوم- تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله سوم- نمونه برداری از جنین- سطح فاکتورهای انعقادی	
	۰	-	۱۰۰	۲	Anti HIV Anti HBS HBS Ag Anti HCV	
	۰	-	۱۰۰	۲	مهارکننده های ۸ و ۹	
	۰	-	۱۰۰	۱	تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C -انجام تازمایش کمی و کیفی HCV- PCR تعیین سطح فاکتورهای انعقادی	
	۳۰	-	۷۰	۳۰	فیزیوتراپی	
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۳۰جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید .	۱۰۰	-	۰	۳۰	کاردرمانی	
رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی					خدمات دندانپزشکی	
		-	۱۰۰	۲۵	تزریق فاکتور	سایر خدمات
		-	۱۰۰	۱	تزریق خون	
		-	۱۰۰	۱	تزریق کرایو	
		-	۱۰۰	۱۲	تزریق پلاکت	

		۱۲	۱۰۰	-	پلازما فرزیس درمانی برای هر ۵۰۰ سی سی
		۳	۹۰	۱۰	تزریق ریفامپین (۵۰ بیمار در سال)
		۳	۹۰	۱۰	درمان مفصل با رادیودار (فسفر ، ایتریوم رادیواکتیو (۵۰ مورد در سال)
		۱	۹۰	۱۰	اشعه دادن فرآورده های خونی

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

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

تبصره ۳: توضیحات ملزومات :

- اندام مصنوعی ، اورترز، پروتز، عصا ، ویلچر و ابزارهای حرکتی، گچ گیری، اسپلنت ها تا سقف مورد تعهد
- چسب فیبری تولید داخل مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشد .
- بندآورنده موضعی تولید داخل ، مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشند.
- هزینه پورت ورید مرکزی جهت درمان های اختصاصی از قبیل مهار ایمنی و پروفیلاکسی
- هزینه سوزن نمونه برداری از جفت جهت تشخیص پیش از تولد مشمول حذف فرانشیز می باشد.

تبصره ۴: خدمات بستری مورد حمایت عبارتند از:

- در خدمات بستری موارد مرتبط با بیماری هموفیلی (مانند سینوکتومی ، درمان داخل مفصلی با رادیو داروها با ایتریوم ۹۰ ، رنیوم ۱۸۶) با احتساب هزینه پرتو دارو ، پونکسیون و تزریق داخل مفصلی ، مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشد .
- هزینه تعبیه پورتوکت مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشد .
- هزینه انجام پلازمافرزیس مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشد .
- فرانشیز اعمال جراحی کنترل خونریزی های ناشی از اختلالات انعقادی بیماران مشمول حذف فرانشیز می شود.

۴- بسته حمایتی بیماران مبتلا به همودیالیز

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	۱-Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز) ۲-Sevelamer ۳-Iron sucrose	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	دربخش سرپایی و بستری
ملزومات	ست کامل دیالیز (۵ قلم)	۱۵۶جلسه	۱۰۰	۰	۰	
	کاتترهای ساب کلاوین دائم	۱	۱۰۰	۰	۰	
	کاتترهای ساب کلاوین موقت	۱	۱۰۰	۰	۰	
	گرافت های عروقی	۱	۱۰۰	۰	۰	
ویزیت تخصصی	ویزیت غدد- ویزیت قلب- ویزیت روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	پنتاسیم-فسفر-کلسیم-FBS	۱۲	۷۰	۰	۳۰	انجام آزمایش FBS تنها برای بیماران دیابتی می باشد
	CBC	۱۲	۱۰۰	۰	۰	CBC در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است
	BUN	۲۴	۱۰۰	۰	۰	این آزمایش در دو نوبت قبل و بعد از دیالیز بصورت ماهانه انجام و در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است
	کراتی نین	۴	۱۰۰	۰	۰	کراتی نین در هزینه گلوبال دیالیز لحاظ شده است
	سدیم-آلکان فسفاتاز-البومین سرم-کلسترول-تری گلیسرید-بیکربنات سرم-آهن سرم-TIBC- فریتین-PTH-	۴	۷۰	۰	۳۰	
	HBS Ag- AST-ALT	۲	۷۰	۰	۳۰	
	HCVAb-HBSAb - سطح سرمی ویتامین D	۱	۷۰	۰	۳۰	
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 در بخش های دولتی	۱۵۶ جلسه	۱۰۰	♦	♦	۱- هر جلسه دیالیز بیماران علاوه بر پرداخت سهم بیمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال هزینه ست دیالیز بر اساس فاکتور خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه توسط بیمه پایه پرداخت میگردد ۲- تامین ست همودیالیز در کلیه مراکز درمانی به عهده مرکز بود و مراکز صرفا تعرفه مندرج در در بند فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت و از بیمار هزینه ای دریافت نمیگردد.
همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش های خصوصی	۱۵۶ جلسه	۱۰۰	♦	♦	
همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه	۶	۱۰۰	♦	♦	
کارگذاری کاتترهای دائم (پرمیکت) - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت بدون بیهوشی - کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت با بیهوشی - تعبیه فیستول شریانی وریدی	۱	۱۰۰	♦	♦	
دندانپزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی

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

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

تبصره ۳: فرانسیز خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانسیز می شود. بطور مثال: تعبیه گرافت - ادم ریه ناشی از افزایش بار مایع....

۵- بسته حمایتی بیماران مبتلا به دیالیز صفاقی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	محلول دیالیز صفاقی اریتروپیتین IRON SUCROSE و سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی Sevelamer	طبق دستور پزشک	۱۰۰	۰	۰	در بخش بستری و سرپایی
	محلول دیالیز صفاقی و بسته بهداشتی	۱۴۴۰	۱۰۰	۰	۰	
ملزومات	ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی		۱۰۰	۰	۰	
	کاتتر دیالیز صفاقی	۱	۱۰۰	۰	۰	
ویزیت	غدد- قلب- روانپزشکی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت تغذیه	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	CBC-FBS - اسید اوریک - فسفر - کلسیم - پتاسیم	۱۲	۷۰	۰	۳۰	انجام آزمایش FBS تنها برای بیماران دیابتی می باشد
	BUN	۱۴	۷۰	۰	۳۰	انجام آزمایش BUN قبل از دیالیز بصورت ماهانه و انجام آن بعد از دیالیز هر شش ماه صرفاً جهت ارزیابی کیفیت دیالیز به روش محاسبه PET می باشد
	کراتی نین - آلبومین سرم - سدیم-PTH - تری گلیسرید- کلسترول- الکالین فسفاتاز- TIBC - آهن سرم- فریتین	۴	۷۰	۰	۳۰	
	HBSAg- AST- ALT-CRP	۲	۷۰	۰	۳۰	
	HCVAb-HBSAb و سطح سرمی ویتامین D	۱	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	-اکو قلب -نوار قلب -رادیولوژی ساده قفسه سینه	۱	۷۰	۰	۳۰	هرکدام تا یک مورد

					-رادیولوژی ساده شکم -سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست -سونوگرافی شکم	
در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد قابل پرداخت توسط بیمه پایه میباشد	♦	♦	۱۰۰	۱	کاتترگذاری	سایر خدمات
	♦	♦	۱۰۰	۴	آموزش و مدیریت بیمار توسط نفرولوژیست	
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی						دندانپزشکی

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

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

تبصره ۳: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با بیماری زمینه ای مشمول حذف فرانشیز می شود. بطور مثال : ادم ریه ناشی از افزایش بار مایع....

۶- بسته حمایتی بیماران متابولیک (موکوپولی ساکاریدوز)

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	داروی ویمزیم 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		۹۶(داروی یارانه ای)		۴	۴درصد فرانشیز سهم بیمار از محل اعتبار کمک به بیماران نیازمند و بی بضاعت نزد معاونت غذا و دارو پرداخت می گردد.
ملزومات	-					
ویزیت	چشم پزشکی - ارتوپدی - نورولوژی - جراح اعصاب	۱	۷۰	-	۳۰	
	گوش و حلق و بینی	۳	۷۰	-	۳۰	
	غدد اطفال - مشاوره روانشناسی	۴	۷۰	-	۳۰	
	هماتولوژی	۶	۷۰	-	۳۰	
	ریه اطفال - قلب و عروق اطفال	۲	۷۰	-	۳۰	
آزمایش	BUN-Enzyme level CBC-diff-Ca K-Ferritin-ABG-Cr P-Na-آلکالن فسفاتاز SGPT-SGOT-آلبومین-U/A Urin GAG level- تست ژنتیک	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	

هر کدام یک مورد به تشخیص پزشک معالج	۳۰	—	۷۰	۱	پلی سومنوگرافی - سونوگرافی الکتروور تینوگرافی، PFT-EMG - NCV
	۳۰	—	۷۰	۱	اسپیرومتری
	۳۰	—	۷۰	۱	شنوایی سنجی
	۳۰	—	۷۰	۱	آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)
با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ، معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۵۵ جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید	۱۰۰	—	۰	۵۵	کاردرمانی - گفتاردرمانی
	۳۰	—	۷۰٪	۵۵	فیزیوتراپی
رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی					دندانپزشکی
مراجعه به تبصره یک	۱۰۰	—	۰	۱	پیوند سلولی

تبصره ۱: سلول درمانی در بیماران تیپ ۶، ۲ و ۱ در صورت ارجاع از سوی متخصصین محترم غدد و پس از تأیید شورای پیوند مرکز درمانی مرتبط با رعایت الگوریتم درمانی ابلاغی و با نظارت معاونت درمان ستاد وزارتخانه در مرکز مورد تأیید، مشمول حمایت ۱۰۰ درصد به ازای هر مورد پیوند خواهد بود .

تبصره ۲: آزمایشات آمادگی بیماران MPS نیازمند پیوند مغزاستخوان فقط در مراکز دانشگاهی و به شرط منجر شدن به پیوند تا سقف ۸ میلیون تومان منوط به استحقاق سنجی و ارائه اسناد مثبت، در تعهد می باشد.

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

تبصره ۴: در صورت عدم وجود هرکدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش خصوصی و در سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر(تعرفه دولتی) اقدام نماید.

۷- بسته حمایتی بیماران بال پروانه ای

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
دارو	-					
ملزومات	پانسمان- توسط سازمان غذا و دارو وزارت متبوع تامین و توسط خانه ای.بی در اختیار مددجو قرار داده می شود					
ویزیت	متخصص عفونی- فوق تخصص گوارش - متخصص چشم- متخصص پوست- فوق تخصص هماتولوژی -فوق تخصص جراحی ترمیمی -مشاوره تغذیه -متخصص روانپزشکی - متخصص قلب - فوق تخصص ریه - متخصص گوش و حلق و بینی	۴	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت متخصص اطفال	۱۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص زنان - متخصص ارولوژی-متخصص ار تپیدی	۱	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت فوق تخصص نفرولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
آزمایش	ALB--BUN-Ca-CBC-diff-Cr کیفی CRP کمی CRP ESR-Ferritin-K -Na-P-Retic تجسس خون در مدفوع S/E Serum Iron-SGOT-SGPT Total protein-U/A	۴	۷۰	۰	۳۰	
	نمونه برداری (بیوپسی پوست)	۱	۷۰	۰	۳۰	جهت تشخیص بیماری یک بار در طول عمر بیمار
	آسیب شناس تشخیصی (پاتولوژی)	۱	۷۰	۰	۳۰	جهت تشخیص بیماری یک بار در طول عمر بیمار
تصویربرداری	سونوگرافی- رادیولوژی-MRI-CT	۱	۷۰	۰	۳۰	
	اندوسکوپی	۴	۷۰	۰	۳۰	

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

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

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

۸- بسته حمایتی پیوند کلیه

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 قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه- متخصص داخلی	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	فوق تخصص گوارش	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی قلب	۳	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص ریه	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	دندان پزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
	تخصصی جراحی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	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 چشم	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی عفونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
تخصصی و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم		۵	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	Bone densitometry -رادیولوژی- 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 سکویی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب، اسکن هسته ای قلب و آنژیوگرافی	۲	۷۰	۰	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج

هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۰	۰	۱۰۰	۱	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، Bill total & direct , ptt , PSA (آقایان) و RH ، HbA1c ، و گروه خونی ، CRP ، PANEAL REACTIVITY .pt. INR,GGT ,Albumin serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	آزمایشات	
هر ۶ ماه یکبار	۰	۰	۱۰۰	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,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNA PCR , HBV DNA PCR		
تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد	۱۰۰	۰	۰	۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده		
برای هر گیرنده و دهنده انجام می شود	۰	۰	۱۰۰	۲	WBC Cross Match کراس مج بین گیرنده و دهنده		
در صورت لزوم در بیماران با تنگی عروق کرونر که با آنژیوگرافی باز نمیشوند	۱۰	۰	۹۰	۱	CABG		
هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱	اندازه گیری سطح تا کرو 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 Ag&PCR, BK virus urin and blood		آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/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)	پیوسته کلیه پیوندی	
در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	۱۰	۰	۹۰	متناسب با دستور پزشک			
	۳۰	۰	۷۰	۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه - متخصص داخلی		ویزیت بعد از پیوند

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

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند کلیه برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال محاسبه و پرداخت می گردد .

۹- بسته حمایتی قبل و بعد از پیوند کبد

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 قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص گوارش- متخصص داخلی	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه یکبار
	فوق تخصص گوارش	۴	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی قلب	۳	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص ریه	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	دندان پزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
	تخصصی جراحی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی زنان	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص 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	
	فوق تخصص روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص عفونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی چشم	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	

هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج	۳۰	۰	۷۰	۲	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- مغز کولون سکی-سونوگرافی داپلر عروق،اکو و نوار قلب، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی و فیبرو اسکن کبد و اسپیرومتري-ERCp	تصویربرداری	
هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۰	۰	۱۰۰	۱	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر ، PANEAL REACTIVITY . فرتین، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) والکتروفوز پروتئین ها Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum,Total protein AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	آزمایشات	
بر اساس شرایط بیمار و در صورت صلاحدید پزشک هفتگی	۳۰	۰	۷۰		Bill total & direct , ptt .pt. INR,BUN,Cr,ALK Ph		
هر ۶ ماه یکبار تا 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,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR		
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰		۹۰	۱	آزمیگرافی (تشخیصی و درمانی)		
یکبار قبل از پیوند	۱۰		۹۰	۱	بیوپسی کبد		
تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد بعد از پیوند	۹۰	۱۰	۰	۴	خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)		
هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱	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		آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۱	گلوکز ، اسید اوریک ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A ، کلسیم فسفر ، سدیم ، پتاسیم AST/SGOT ، ALT/SGOT و Total proteinوAlbumin serum		
دو بار بعد از پیوند	۱۰		۹۰	۲	بیوپسی کبد		
ابتدا ۲ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه انجام می شود	۳۰		۷۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراح کبد		ویزیت بعد از پیوند

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

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند کبد برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال محاسبه و پرداخت می گردد .

۱۰- بسته حمایتی قبل و بعد از پیوند قلب

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	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					
	فوق تخصصی گوارش					
	فوق تخصصی کلیه					
	فوق تخصصی ریه					
	تخصصی گوش و حلق و بینی					
	داندان پزشکی					
	تخصصی جراحی					
	تخصصی زنان					
	فوق تخصصی غدد					
	تخصصی روانپزشک					
	تخصص چشم پزشکی					
	فوق تخصصی روماتولوژی					
	تخصص عفونی					
	تخصص ارولوژی					
تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم						
		۵	۷۰	۰	۳۰	رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
		۲	۷۰	۰	۳۰	
		۲	۷۰	۰	۳۰	
		۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
		۲	۷۰	۰	۳۰	
		۲	۷۰	۰	۳۰	
		۲	۷۰	۰	۳۰	
		۲	۷۰	۰	۳۰	
		۵	۷۰	۰	۳۰	

تصویرپرداری	۲	۷۰	۰	۳۰	Bone densitometry - رادیولوژی - 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 سکویی سونو گرافی داپلر / عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و نوار قلب
آزمایشات	۱	۷۰	۰	۳۰	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، Uric Acid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر ، PANEAL REACTIVITY ، فرتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) ، PT, INR, GGT, Albumin serum, Bil total & direct , ptt. AC19-9, CA125, ANA, AMA, ASMA, Anti. LKMI, VitA, Vit D, U/A, U/C,
	۱	۷۰	۰	۳۰	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
	2	0	0	100	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده
	۵	۹۰	۱۰		انجام بیوپسی قلب پیوندی
آزمایشات بعد از پیوند	۱	۷۰	۰	۳۰	اندازه گیری سطح تا کرو لیموس، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اور لیموس و سیکرو لیموس ، اوره، کراتینین، Pt, ptt, INR, CMV Ab (IgM, IgG) در صورت لزوم CMV Ag & PCR, BK virus urin and blood
	۱	۷۰	۰	۳۰	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C & U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH.
سایر خدمات	۳۰	۷۰	۰	۳۰	اکو - نوار قلب
	۶	۹۰	۰	۱۰	کت راست
ویزیت	۲۱	۷۰	۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب

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 ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال محاسبه و پرداخت می گردد .

۱۱- بسته حمایتی پیوند پانکراس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی بارانه و ردیف نیازمندان	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	۳	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی کلیه	۳	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی ریه	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	دندان پزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
	تخصصی جراحی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی زنان	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	تخصصی روانپزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصص چشم پزشکی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصص عفونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصص ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصص روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	

				۵	۷۰	۰	۳۰	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم
				۱	۷۰	۰	۳۰	تصویربرداری Bone densitometry -رادیولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتري -پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر -MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لکن و مغز- کولون سکوی-سونوگرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی- ERCP /نوار قلب
				۱	۷۰	۰	۳۰	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلاز، لیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفوز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) .ptt . Bill total & direct , INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A,U/C, C protein
				۱	۷۰	0	۳۰	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
				2	0	0	100	HLA typing گیرنده فلوسیتومتري بين گیرنده و دهنده PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتري HLA typing دهنده
				۱۰	۷۰	۰	۳۰	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
				۱	۷۰	۰	۳۰	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، آمیلاز ، لیباز
				۱	۹۰	۰	۱۰	برای تمام بیماران یا عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند
				۲۱	۷۰		۳۰	آزمایشات بعد از پیوند آزمایشات (تشخیصی و درمانی) ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند

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

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند پانکراس برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال محاسبه و پرداخت می گردد .

۱۲- بسته حمایتی پیوند روده

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 قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	12	۷۰	۰	۳۰	ماهی یکبار
	ویزیت /مشاوره تخصصی قلب	۳	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره فوق تخصصی کلیه	۳	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره فوق تخصصی ریه	۲	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره تخصصی گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	دندان پزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
	ویزیت /مشاوره تخصصی جراحی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره تخصصی زنان	۲	۷۰	۰	۳۰	
	ویزیت /مشاوره فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	ویزیت /مشاوره تخصصی روانپزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص چشم پزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	ومتخصص عفونی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	متخصص ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
فوق تخصصی روماتولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰		

ویزیت / مشاوره تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
پارا کلینیکی	۱	۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td>یکبار هر سال قبل از پیوند</td> </td>	۰ <td>۳۰</td> <td>یکبار هر سال قبل از پیوند</td>	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
تصویر برداری	۱	۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td>یکبار هر سال قبل از پیوند</td> </td>	۰ <td>۳۰</td> <td>یکبار هر سال قبل از پیوند</td>	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند
آزمایشات	۱	۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td>هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند</td> </td>	۰ <td>۳۰</td> <td>هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند</td>	۳۰	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند
آزمایشات	۱	۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td>هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند</td> </td>	۰ <td>۳۰</td> <td>هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند</td>	۳۰	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند
آزمایشات	۱	۹۰ <td>۰ <td>۱۰</td> <td>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</td> </td>	۰ <td>۱۰</td> <td>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</td>	۱۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF < 40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند
خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)	۴	۰ <td>۱۰ <td>۹۰</td> <td>تازمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد</td> </td>	۱۰ <td>۹۰</td> <td>تازمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد</td>	۹۰	تازمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد
آزمایشات	۱۲	۷۰ <td></td> <td>۳۰</td> <td>هر ماه</td>		۳۰	هر ماه
بعد از پیوند	۱۲	۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td>هر ماه</td> </td>	۰ <td>۳۰</td> <td>هر ماه</td>	۳۰	هر ماه
ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند	۲۱	۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td></td> </td>	۰ <td>۳۰</td> <td></td>	۳۰	

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 ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال محاسبه و پرداخت می گردد .

۱۳- بسته حمایتی پیوند ریه

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 قبل از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی و جراحی ریه فوق تخصصی گوارش	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	ویزیت/مشاوره فوق تخصصی کلیه	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی ریه	۱۲	۷۰	۰	۳۰	هر ماه
	تخصصی گوش و حلق و بینی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	دندان پزشکی					رجوع شود به بسته حمایتی دندان پزشکی
	تخصصی جراحی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی زنان	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی غدد	۳	۷۰	۰	۳۰	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است
	تخصصی روانپزشک	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی چشم پزشکی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی عفونی	۳	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی ارولوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	فوق تخصصی رومالوژی	۲	۷۰	۰	۳۰	
	تخصصی و فوق دیگر در صورت لزوم	۵	۷۰	۰	۳۰	
تصویربرداری	Bone densitometry- رادیولوژی- سونوگرافی- ماموگرافی- آندوسکوپی - Chest x ray- پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر- MRI شکم و لکن و مغز- VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکویی سونو گرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی- اسپیرومتري/ نوار قلبی	۱	۷۰	۰	۳۰	یکبار هر سال قبل از پیوند

هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۱	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین ، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکر، الکتروفروز پروتئین ها ، PANEAL REACTIVITY ، فرتین ، CRP ، HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) ، Bill total & direct , pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	آزمایشات	
هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۳۰	۰	۷۰	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,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR		
ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه	۳۰	۰	۷۰	۱۰	اندازه گیری سطح تا کرو 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 Ag&PCR BK virus urin and blood		آزمایشات بعد از پیوند
هر ماه	۳۰	۰	۷۰	۱	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		
بعد از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۲	اکو – نوار قلب	بعد از پیوند	
برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%)، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱۰	۰	۹۰	۲	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)		
بعد از پیوند	۳۰	۰	۷۰	۳۰	تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس		
بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار	۳۰	۰	۷۰	۳۰	Chest x ray- تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس ،		
بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار	۳۰		۷۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراحی ریه		ویزیت

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

تبصره ۲: مبلغ گلوبال پیوند ریه برای خدمات ذکر شده در جدول فوق به میزان ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال محاسبه و پرداخت می گردد .

۱۴- بسته حمایتی دندانپزشکی

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی یارانه و ردیف نیازمندان	توضیحات
خدمات دندانپزشکی (تالاسمی)	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۷۰	۰	۳۰	حمایت مالی تا سقف ۸۰۰ هزار تومان در سال برای هر بیمار تالاسمی جهت درمان های دندانپزشکی. و مبلغ ۲ میلیون تومان بابت ارتودنسی درمانی بدلیل احتمال ایجاد دفورمیتی های فکی تنها یک بار در طول عمر برای هر بیمار
	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۰	۰	۱۰۰	
خدمات دندانپزشکی (ام اس)	معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۷۰	۰	۳۰	تا سقف ۵۰۰،۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار ام اس
	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه		۰	۰	۱۰۰	

تا سقف ۸۰۰ هزار تومان در سال برای هر بیمار هموفیلی	۳۰	۰	۷۰		معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی (هموفیلی)
	۱۰۰	۰	۰		ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	
تا سقف ۴۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار دیالیزی	۳۰	۰	۷۰		معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی (همودیالیز)
	۱۰۰	۰	۰		ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	

تا سقف ۴۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار دیالیزی	۳۰	۰	۷۰	معاينه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی (دیالیز صفایی)
	۱۰۰	۰	۰	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته ،جراحی ریشه در نسج نرم و سخت ،ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت ، ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	
تاسقف یک میلیون تومان در سال برای هر بیمار	۳۰	۰	۷۰	معاينه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی(بیمار ان متابولیک)
	۱۰۰	۰	۰	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری ،ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته ،جراحی ریشه در نسج نرم و سخت ،ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	

تاسقف ۲ میلیون تومان در سال برای هر بیمار ای بی (به دلیل ارائه خدمات در اتاق عمل و تحت بیهوشی)	۳۰	۰	۷۰	معاينه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	خدمات دندانپزشکی (بیماران بال پروانه ای)
	۱۰۰	۰	۰	ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: پالپوتومی و پالپکتومی شیری، ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه	

<p>تا سقف ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار پیوندی</p>	<p>۳۰</p>	<p>۰</p>	<p>۷۰</p>	<p>مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز (کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی پیوند اعضا</p>
	<p>۱۰۰</p>	<p>۰</p>	<p>۰</p>	<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوپکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	
<p>تا سقف ۸۰۰،۰۰۰ تومان سالانه</p> <p>کلیه بیماران تحت درمان کموتراپی، رادیوتراپی سر و گردن و بیماران کاندید مصرف بیسفوسفونات های وریدی (تا ۳ سال پس از قطع دارو) مشمول این بسته خدمتی می باشند. به لحاظ پیشگیری و کاهش عوارض دهانی از قبیل استئو رادیو نکروز فک و موکوزیت ناکاید می گردد کلیه بیماران قبل از اقدامات درمانی ذکر گردیده مشاوره دندانپزشک متخصص بیماری های دهان را در پرونده خود داشته باشند.</p>	<p>۳۰</p>	<p>۰</p>	<p>۷۰</p>	<p>مشاوره و معاینه توسط متخصص بیماری های دهان و ارائه خدمات مورد نیاز کشیدن، جرم گیری و بروساز، آموزش بهداشت و رادیو گرافی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	<p>خدمات دندانپزشکی سرطان</p>
	<p>۱۰۰</p>	<p>۰</p>	<p>۰</p>	<p>ارائه خدمات مورد نیاز بیمار: ترمیم دندان با یا بدون عصب کشی، جراحی دندان نهفته، جراحی ریشه در نسج نرم و سخت، ارتودنسی درمانی، درمان های ایمپلنت و پروتز در صورت ضرورت، ژنژیوپکتومی یا ژنژیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه</p>	

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

ماده ۸ : تنظیم صورت حساب

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

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

ماده ۹ : نظارت

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

ماده ۱۰ : آدرس سامانه ها

- برای ثبت اطلاعات بیماران جدید و همچنین ثبت اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی ، کاربران با دریافت نام کاربری و رمز عبور وارد سامانه شده و در لینک های مرتبط ، اطلاعات مورد نیاز را ثبت نمایند .
- آدرس سامانه ورود اطلاعات :

medicare.health.gov.ir/hospman/dtsd