



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، ام‌اس، 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 می‌شوند.

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

۱.۴. بیمه‌های 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 می‌شود. 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 medicare 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<br>DEFRIPIRON TAB E.C.TAB 500MG<br>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 /<br>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)<br>رادپولوژی،*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- ALT/SGPT-AST/SGOT- 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<br>تعیین نوع موتاسیون مرحله اول<br>تعیین جنسیت مرحله دوم<br>تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله سوم<br>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                                       |    |   |     |    | <b>خدمات دندانپزشکی</b>  |
| 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  |
|  |    |   |     |    | <b>سایر خدمات</b>  |

**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 (زیرفون) 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 million 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.<br>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 . |    |   |    | ۱۰۰ |  |
| فیزیوتراپی  | ۴۰ | ۰ | ۷۰ |     |  |
| 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 |     | ۳۰   |
| 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<br>Factor VIII<br>Factor VIII.Vonwillebrand<br>Factor IX<br>Factor XIII<br>PCC<br>FEIBA<br>Fibrinogen<br>Desmopressin | طبق دستور پزشک                                    | ۱۰۰               | -                  | -                                    |                 |
|              | اندام مصنوعی   | ۱   | ۷۰                | -                  | ۳۰                                   |                 |
|              | چسب فیبری  | 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 | رادیوگرافی هر مفصل   | ۲   | ۷۰                | -                  | ۳۰                                   |                 |
|              | سونوگرافی 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  | <b>آزمایشات</b>         |
|   | 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<br>Anti HBS<br>HBS Ag<br>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<br>تعیین سطح فاکتورهای انعقادی                                     |                         |
|   | ۳۰  | - | ۷۰  | ۳۰ | فیزیوتراپی   |                         |
| با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات ،<br>معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر<br>۳۰جلسه در سال ، هزینه انجام کاردرمانی و<br>گفتاردرمانی را در سقف تعرفه های دولتی<br>تعهد می نماید . | ۱۰۰ | - | ۰   | ۳۰ | کاردرمانی  |                         |
| رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی  |     |   |     |    |  | <b>خدمات دندانپزشکی</b> |
|   |     | - | ۱۰۰ | ۲۵ | تزریق فاکتور   | <b>سایر خدمات</b>       |
|   |     | - | ۱۰۰ | ۱  | تزریق خون  |                         |
|   |     | - | ۱۰۰ | ۱  | تزریق کرایو  |                         |
|   |     | - | ۱۰۰ | ۱۲ | تزریق پلاکت  |                         |

|  |  |     |    |   |
|--|--|-----|----|---|
|  |  | ۱۰۰ | ۱۲ | پلازما فرزیس درمانی برای هر ۵۰۰ سی سی                                 |
|  |  | ۱۰  | ۳  | تزریق ریفامپین<br>(۵۰ بیمار در سال)                                   |
|  |  | ۱۰  | ۳  | درمان مفصل با رادیودار (فسفر ، ایتریوم رادیواکتیو<br>(۵۰ مورد در سال) |
|  |  | ۱۰  | ۱  | 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 پلاسمافرزیس 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 یارانه و ردیف نیازمندان | توضیحات  |
|-------------|---|-----------------|-------------------|--------------------|------------------------------|--|
| دارو        | ۱-Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز)<br>۲-Sevelamer<br>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<br>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<br>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<br>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<br>اریتروپیتین<br>IRON SUCROSE و سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی<br>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<br>-نوار قلب<br>-رادیولوژی ساده قفسه سینه   | ۱               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   | هرکدام تا یک مورد   |

|  |   |   |     |   |   |            |
|--|---|---|-----|---|---|------------|
|  |   |   |     |   | -رادیولوژی ساده شکم<br>-سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست<br>-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 ویزیم 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<br>CBC-diff-Ca<br>K-Ferritin-ABG-Cr<br>P-Na-آلکان فسفاتاز<br>U/A-آلبومین-SGPT-SGOT<br>Urin GAG level- تست ژنتیک   | ۱               | ۷۰                  | -                  | ۳۰                                   |   |
| تصویر برداری | x ray-اکوکاردیوگرافی<br>EMG - NCV-ECG<br>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  | <b>اسپیرومتری</b>  |
|  | ۳۰  | — | ۷۰  | ۱  | <b>شنوایی سنجی</b>   |
|  | ۳۰  | — | ۷۰  | ۱  | <b>آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)</b>                          |
| 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  |     |   |     |    | <b>دندانپزشکی</b>  |
| مراجعه به تبصره یک   | ۱۰۰ | — | ۰   | ۱  | <b>پیوند سلولی</b>   |

**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 ارئوپدی  | ۱               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |  |
|             | ویزیت فوق تخصص نفرولوژی   | ۲               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |  |
| آزمایش      | ALB--BUN-Ca-CBC-diff-Cr<br>کیفی CRP کمی CRP<br>ESR-Ferritin-K -Na-P-Retic<br>تجسس خون در مدفوع S/E<br>Serum Iron-SGOT-SGPT<br>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 ،<br>معاونت درمان وزارت متبوع حداکثر ۵۰ جلسه در<br>سال ، هزینه انجام کاردرمانی و گفتاردرمانی را در<br>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<br>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) -MRIشکم و لگن ومغز-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 (آقایان) PSA و RH و HbA1c و گروه خونی و CRP ، PANEAL REACTIVITY ، فریتین، ، AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, .pt. INR,GGT ,Albumin serum , | 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<br>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<br>فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده<br>PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری<br>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)  |          |                       |
| در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند   | ۱۰  | ۰ | ۹۰  | متناسب با دستور پزشک | بیوبسی کلیه پیوندی  |          |                       |
|   | ۳۰  | ۰ | ۷۰  | ۲۱                   | ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند<br>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<br>قبل از پیوند | ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند<br>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  | MRI – Bone densitometry – سونوگرافی – ماموگرافی – آندوسکوپی – Chest x ray – پاپ اسمیر (خانم ها) – شکم و لگن و مغز – VCUG – سی تی اسکن شکم و لگن و مغز کولون سکبی – سونوگرافی داپلر عروق اکو و نوار قلب اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و فیبرو اسکن کبد و اسپیرومتری – 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 ، فریتین، CRP، HbA <sub>1c</sub> و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) والکتروفورز پروتئین ها<br>Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum,Total protein<br>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<br>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  | آزمیوگرافی (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،<br>CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt .pt. INR<br>در صورت لزوم CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood   |                    |
| هر ماه یکبار   | ۳۰ | ۰  | ۷۰  | ۱  | گلوکز ، اسید اوریک ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A ، کلسیم فسفر ، سدیم ، پتاسیم<br>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<br>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<br>ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب |                 |                   |                    |                                      |   |
|                                     | فوق تخصصی گوارش   | ۱۲              | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   | هر ماه  |
|                                     | فوق تخصصی کلیه  | ۳               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |   |
|                                     | فوق تخصصی ریه   | ۳               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |   |
|                                     | فوق تخصصی گوش و حلق و بینی  | ۲               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |   |
|                                     | دندان پزشکی   | ۲               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   | 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                                   |   |
|                                     | فوق تخصصی روماتولوژی  | ۲               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |   |
|                                     | تخصص عفونی  | ۲               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |   |
|                                     | تخصص ارولوژی  | ۲               | ۷۰                | ۰                  | ۳۰                                   |   |
| تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم | ۵   | ۷۰              | ۰                 | ۳۰                 |                                      |   |

|                       |    |    |    |     |  |   |
|-----------------------|----|----|----|-----|--|---|
| تصویربرداری           | ۲  | ۷۰ | ۰  | ۳۰  | هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند  | 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  | هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند   | گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، الکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، Uric Acid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکر ، PANEAL REACTIVITY ، فریتین، CRP ، HbA <sub>1c</sub> و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) ، ptt , pt. INR,GGT ,Albumin serum . AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A,U/C, |
|                       | ۱  | ۷۰ | ۰  | ۳۰  | هر ۶ 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<br>در صورت لزوم :، HBV DNA PCR و Hcv RNAPCR   |
|                       | 2  | 0  | 0  | 100 | تا زمان پوشش بیمه ای تحت پوشش حمایت این برنامه میباشد  | HLA typing گیرنده<br>فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده<br>PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری<br>HLA typing دهنده   |
|                       | ۵  | ۹۰ | ۱۰ |     | در حالت سرپایی در حالت سرپایی تحت پوشش بیمه نیست   | انجام بیوپسی قلب پیوندی   |
| آزمایشات بعد از پیوند | ۱  | ۷۰ | ۰  | ۳۰  | هر ماه   | 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)<br>در صورت لزوم ,CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood  |
|                       | ۱  | ۷۰ | ۰  | ۳۰  | هر ماه   | گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، الکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH   |
| سایر خدمات            | ۳۰ | ۷۰ | ۰  | ۳۰  | حداکثر ۳۰ بار در یک ماه، قبل از پیوند<br>حداکثر ۳۰ بار در یک ۳ ماه بعد از پیوند و سپس ۳ بار در ماه | اکو - نوار قلب  |
|                       | ۶  | ۹۰ | ۰  | ۱۰  | قبل و بعد پیوند نیاز است   | کت راست   |
| ویزیت                 | ۲۱ | ۷۰ | ۰  | ۳۰  | ابتدا هر هفته بعد از ۳ ماه هر ماه یکبار  | وبزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند<br>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<br>قبل از پیوند | ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند<br>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                                   |   |

|                                |     |   |    |    |   |
|--------------------------------|-----|---|----|----|---|
|                                |     |   |    |    | تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم   |
|                                | ۳۰  | ۰ | ۷۰ | ۵  |   |
| تصویربرداری                    | ۳۰  | ۰ | ۷۰ | ۱  | Bone densitometry -رادیولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتری - پاپ اسمیر (خانم ها) داپلر - MRI اسکیم و لکن و مغز - VCUg - سی تی اسکن شکم و لکن و مغز - کولون سکوی - سونوگرافی داپلر عروق، اسکن هسته ای قلب آنژیوگرافی - ERCP / انوار قلب  |
|                                | ۳۰  | ۰ | ۷۰ | ۱  | گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلكالين فسفاتاز، آمیلاز، لیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، Uric Acid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، تومور مارکر، الکتروفوز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ، فرتین، CRP ، HbA <sub>1c</sub> و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) .pt. ptt. Bill total & direct ، Total protein ، Albumin serum ، INR ، GGT ، C protein |
|                                | ۳۰  | 0 | 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, hpigliori Ab (IgM, IgG), BK virus urin and blood<br>در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR  |
| آزمایشات                       | 100 | 0 | 0  | 2  | HLA typing گیرنده<br>فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده<br>PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری<br>HLA typing دهنده   |
| آزمایشات بعد از پیوند          | ۳۰  | ۰ | ۷۰ | ۱۰ | 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   |
|                                | ۳۰  | ۰ | ۷۰ | ۱  | گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلكالين فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C & U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH ، آمیلاز ، لیپاز   |
|                                | ۱۰  | ۰ | ۹۰ | ۱  | 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 | ۳۰  |   | ۷۰ | ۲۱ |   |

**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<br>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  |
| تصویربرداری                            | 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 &lt; 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 &lt; 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   |
| آزمایشات                               | ۴  | ۰ <td>۱۰ <td>۹۰</td> <td>خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)</td> </td>   | ۱۰ <td>۹۰</td> <td>خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)</td>  | ۹۰ | خدمات دندانپزشکی (پوسیدگی دندان با و بدون عصب کشی، پر کردن دندان ، کشیدن دندان، جراحی لثه)   |
| آزمایشات                               | ۱۲ | ۷۰ <td></td> <td>۳۰</td> <td>اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، سی پیتاید<br/>Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)<br/>در صورت لزوم CMV Ag&amp;PCR BK virus urin and blood</td> |   | ۳۰ | اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، سی پیتاید<br>Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)<br>در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood |
| بعد از پیوند                           | ۱۲ | ۷۰ <td>۰ <td>۳۰</td> <td>گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C&amp; U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم، پتاسیم ، PTH</td> </td>                               | ۰ <td>۳۰</td> <td>گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C&amp; U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم، پتاسیم ، PTH</td> | 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                               |
| 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<br>قبل از پیوند | ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ریه<br>ارایه دهنده خدمت: فوق تخصص داخلی و جراحی ریه<br>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)<br>داپلر- MRI شکم و لکن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن 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   |

|              |    |    |   |    |   |   |
|--------------|----|----|---|----|---|---|
| آزمایشات     | ۱  | ۷۰ | ۰ | ۳۰ | هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند  | گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY، فرتین، CRP، HbA <sub>1c</sub> 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 |
|              | ۱  | ۷۰ | ۰ | ۳۰ | هر ۶ 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<br>در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR   |
|              | ۱۰ | 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   | اندازه گیری سطح تاکرو لیموس، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرو لیموس ، اوره، کراتینین Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)<br>در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood  |
|              | ۱  | ۷۰ | ۰ | ۳۰ | هر ماه  | گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، 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 | ۲  | ۷۰ | ۰ | ۳۰ | بعد از پیوند  | اکو - نوار قلب  |
|              | ۲  | ۹۰ | ۰ | ۱۰ | برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%)، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا ( متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند | آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)  |
|              | ۳۰ | ۷۰ | ۰ | ۳۰ | بعد از پیوند  | تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس  |
|              | ۳۰ | ۷۰ | ۰ | ۳۰ | بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار  | Chest x ray- تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس ،   |
|              | ۳۰ | ۷۰ |   | ۳۰ | بعد از پیوند و ترخیص از بیمارستان تا ۶ ماه هر هفته یکبار. سپس هر ماه یکبار  | ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه<br>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، زئزیوکتومی یا زئزیوپلاستی 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، زئزیوکتومی یا زئزیوپلاستی توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه                             |                              |

|  |     |   |    |  |  |
|--|-----|---|----|--|--|
| تا سقف ۴۰۰/۰۰۰ تومان در سال برای هر بیمار<br>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   | <b>خدمات<br/>دندانپزشکی<br/>(دیالیز صفایی)</b>     |
|  | 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<br>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   | <b>خدمات<br/>دندانپزشکی(بیمار<br/>ان متابولیک)</b> |
|  | 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><b>خدمات دندانپزشکی پیوند اعضا</b></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 <b>ناکاید</b> 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><b>خدمات دندانپزشکی سرطان</b></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](http://medicare.health.gov.ir/hospman/dtsd)