|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | | |
| بسته پیشنهادی حمایت از بیماری های خاص و صعب العلاج و نادر  از محل اعتبارات صندوق کمک به درمان بیماران خاص و صعب العلاج سازمان های بیمه گر  در سال 1401 | |  |

1. **بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمي**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت / مشاوره | روتین | **توسط پزشک درمانگر تالاسمی : عمومی/داخلی /اطفال** | **18** |  | **70** |  |
| تخصصی | **فوق تخصص خون** | **18** |  | **70** |
| **فوق تخصص گوارش- متخصص جراحي -روانپزشك** | **1** |  | **70** |
| **فوق تخصص غدد- متخصص زنان -متخصص قلب** | **2** |  | **70** |
| **مشاوره روانشناسی** | **4** |  | **0** |
| **مشاوره تغذیه** | **2** |  | **0** |
| **شنوایی سنجی – بینایی سنجی** | | | **1** |  | **70** |
| تصویربرداری | **اكوكارديوگرافي- راديولوژي-سونوگرافی (شکم،لگن،مفاصل)** | | **1** |  | **70** |
| **الاستو گرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)** | | **1** | **فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هپاتیت سی ، یک بار درسال با کدملی 401735** | **0** |
| **MRI-T2\*** | | **2** | **کد خدمت برای قلب(704010)**  **کد خدمت برای کبد (704055)** | **70** |
| **سنجش تراکم استخوان ( ( Bone Densitometry** | | **1** | **Bone Densitometry هر دوسال یک بار** | **70** |
| آزمایشات | **CBC (جهت شیفت دارو از تزریقی به خوراکی)** | | **12** |  | **70** |
| **گلوكز -اوره –كراتينين** | | **2** |  | **70** |
| **آلكالين فسفاتاز- U/A- كلسيم- فسفر- ALT/SGPT- AST/SGOT- T,D.bili-- LDH** | | **2** |  | **70** |
| **آلكالين فسفاتاز- U/A- كلسيم- فسفر- ALT/SGPT- AST/SGOT- T,D.bili-- LDH** | | **12** | **برای بیماران در شرایط شیفت از آهن زدای تزریقی به خوراکی** | **70** |
| **آزمايش تامين خون سازگارKell و سایر زیرگروههای فرعی خون(پنل)** | | **24** |  | **70** |
| **آزمایشات, Anti HBS, Anti HCV , Anti HIV ,HBs Ag و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت c و انجام آزمایشات کمی و کیفی pcr همراه با تفسیر** | | **2** |  | **100** |
| خدمات توانبخشی | **فیزیوتراپی** | | **20** |  | **70** |
| خدمات بستری |  | | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ملزومات** | **اندام مصنوعی** | | 1 |  | **70** |  |
| **چسب فیبرینی** | | 1 |  | **0** |
| **بندآورنده موضعی** | | 10 |  | **70** |
| **پورت وریدی** | | 1 |  | **70** |
| **سوزن نمونه برداری برای انجام CVS یا آمنیوسنتز** | | 1 |  | **0** |
| **ملزومات مصرفی تزریق فاکتورهای انعقادی در منزل (سرنگ-سوزن پورت-آب مقطر-الکل –پنبه-گازاستریل-چسب-دستکش استریل- بتادین)** | | ماهانه |  | **0** |
| **ویزیت** | **روتین** | **عمومي/داخلی/ طفال** | 24 |  | **70** |
|  | **فوق تخصص خون** | 12 |  | **70** |
| **فوق تخصص گوارش - متخصص توانبخشي** | 2 |  | **70** |
| **متخصص عفوني- متخصص ژنتیک** | 1 |  | **70** |
| **متخصص ارتوپدي- متخصص زنان- روانپزشك** | 4 |  | **70** |
| **مشاوره روانشناسی** | 4 |  | **0** |
| **تصویر برداری** | **رادیوگرافی هرمفصل** | | 2 |  | **70** |
| **-سونوگرافی مفاصل ، شکم و لگن**  **- CT scan هر مفصل -MRI هرمفصل اندام فوقاني با و بدون تزريق- شکم و لگن**  **- bonedensitometry** | | 1 |  | **70** |
| **الاستو گرافی کبد به منظور تشخیص فیبروز (فیبرواسکن)** | | 1 | **فیبرواسکن کبد برای بیماران با سابقه هپاتیت سی ، یک بار درسال با کد خدمت 401735** | **0** |
| **آزمایشات** | **PTT- Mixed PTT** | | 1 |  | **70** |
| **‍CBC** | | 4 |  | **70** |
| **D.biliوT- آلكالين فسفاتاز- ALT - AST** | | 2 |  | **70** |
| توانبخشی | **فیزیوتراپی** | | 30 |  | **70** |
| **سایر خدمات** | **اشعه دادن فرآورده های پلاکتی** | | 12 | **در بیماران نیازمند پلاکت حسب نظر پزشک معالج** | **90** |
| خدمات بستری |  | | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع خدمت** | **نام خدمت** | **تعداد مورد تعهد سالانه** | **توضیحات** | پوشش بیمه ای |  |
| **دارو** | **Interferon b 1b for inj 30mcg** | **182** | **تفاهم نامه دارویی** |  |  |
| **Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi** | **156** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **Interferon b 1a for inj 8 milion u/1mi** | **52** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml** | **156** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **Fingolimod tab –cap** | **365** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **Methyl predinosolon for inj 500 mg** | **10** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **Natalizomab Amp** | **13** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **Rituximab Vial 100 mg, 500 mg** | **5** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
|  | **Dimethyl fumarate,120mg** | **20 روز** | **درشروع درمان فقط در سال اول 20روز با دوز روزانه 2 عدد** |  |
| **Dimethyl fumarate, 240mg(** | **345 روز** | درسال اول 345 روز با دوز روزانه 2 عدد |  |
| **Ocrelizumab** | **4** | **براساس دستورالعمل دبیرخانه شورای عالی بیمه** |  |
| **Alemtuzumab** | **5** | **براساس دستورالعمل دبیرخانه شورای عالی بیمه** |  |
| **Teriflunamide** | **365** | **تفاهم نامه دارویی** |  |
| **ویزیت/مشاوره** | **متخصص ارولوژي - متخصص داخلي / قلب** | **1** |  | **70** |
| **زنان و زایمان – عفونی – خون – گوارش** | **1** |  | **70** |
| **متخصص چشم– تغذیه** | **2** |  | **70** |
| **نورولوژيست** | **12** |  | **70** |
| **روانپزشك- متخصص طب فيزيكي و توانبخشي - اورتوپدی** | **4** |  | **70** |
| **تصویر برداری** | **MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب** | **2** |  | **70** |
| **MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب** | **2** |  | **70** |
| **آزمایش** | **CBC-ALT- AST** | **4** |  | **70** |
| **تعیین سطح VitD** | **1** |  | **70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی** | **120** |  | **70** |
| **کاردرمانی** | **90** |  | **0** |
| **گفتاردرمانی** | **50** | **0** |
| **مشاوره روانشناسی** | **30** | **0** |
| **ارتوپدی فنی** | **4** | **0** |
| **بینایی سنجی** | | **2** |  | **70** |
| **سایر خدمات** | **پلاسما فرزیس** | **1** |  | **90** |
| **پالس تراپی (متیل پردنیزولون – هر بار به مدت 5 روز )** | **3** |  | **90** |
| **انفوزیون درمانی اکرلیزوماب** | **3** | **براساس نوع دستور بستری** | **-** |
| **انفوزیون درمانی آلمتوزوماب** | **5** | **براساس نوع دستور بستری** | **-** |
| **ست پلاسما فرزیس** | **1** |  | **0** |
| **انفوزیون درمانی ریتوکسیماب** | **2** | **براساس نوع دستور بستری** | **-** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران تحت درمان به روش دیالیز صفاقی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ویزیت** | **غدد- قلب- روانپزشکی** | 1 |  | **70** |  |
| **ویزیت تغذیه** | 2 |  | **70** |
| **آزمایشات** | **CBC- سدیم – پتاسیم - کلسیم - فسفر- BUN -کراتی نین – Alb** | 12 |  | **70** |
| **PTH** | 12 | **در صورت هایپرپاراتیروئیدی و مصرف سیناکلست** | **70** |
| 6 | **در صورت عدم وجود هایپرپاراتیروئیدی** | **70** |
| **FBS - آلکالن فسفاتاز-تری گلیسرید- کلسترول-LDL-HDL**  **ALT –AST – Bil Total & Direct - آهن سرم - فریتین- TIBC- CRP**  **اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین** | 6 |  | **70** |
| **اندازه گیری ادرار 24ساعته ( حجم ادرار ، اوره وکراتی نین )** | 3 |  | **70** |
| **HBSAg-HBSAb-HIVAb- HCVAb**  **سطح سرمی ویتامین D** | 2 |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **-اکوقلب**  **-رادیولوژی ساده قفسه سینه**  **-رادیولوژی ساده شکم**  **-سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست**  **-سونوگرافی شکم** | برحسب نیاز | **هرکدام تا یک مورد** | **70** |
| **نوار قلب** | برحسب نیاز |  | **70** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  |  |

1. **بسته حمایتی بیماران تحت درمان به روش دیالیز خونی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| دارو | **1-Erythropoietin (تمام اشکال مورد تعهد و دوز)**  **2-Sevelamer**  **3-Iron sucrose** | **طبق دستور پزشک** |  | **100** |  |
| **Cinacalcet** | **طبق دستور پزشک** |  | **90-100** |
| ملزومات | **ست کامل دیالیز ( 5 قلم )** | **-** |  | 100 |
| **کاتترهای ساب کلاوین دایم** | **-** | **100** |
| **کاتترهای ساب کلاوین موقت** | **-** | **100** |
| **گرافت های عروقی** | **-** | **100** |
| ویزیت تخصصی | **ویزیت غدد- ویزیت قلب- ویزیت روانپزشکی** | **1** |  | 70 |
| **ویزیت تغذیه** | **3** |  | 70 |
| آزمایش | **پتاسیم –فسفر- کلسیم -FBS** | **12** |  | **70** |
| **CBC** | **12** |  | **100** |
| **BUN** | **24** |  | **100** |
| **کراتی نین** | **4** |  | **100** |
| **سدیم -آلکالن فسفاتاز- البومین سرم –کلسترول- تری گلیسرید- بیکربنات سرم -آهن سرم- TIBC- فریتین- PTH-** | **4** |  | **70** |
| **ALT- AST- HBS Ag** | **2** |  | **70** |
| **HBSAb- HCVAb- سطح سرمی ویتامین D** | **1** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **اکوقلب هر سه سال یک بار- داپلر عروق مرتبط- نوارقلب رادیولوژی ساده قفسه سینه- سونوگرافی شکم** | **1** | **اکو قلب فقط هر سه سال یکبار برای بیماران قابل تعهد می باشد** | **70** |
| **سایر خدمات** | **همودیالیز بیماران دچارنارسایی مزمن کلیه** | **تا 156 نوبت** |  | **100** |
| **همودیالیز بیماران دچارنارسایی حاد کلیه** | **6** |  | **100** |
| **کارگذاری کاتترهای دایم ( پرمیکت )- کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت بدون بیهوشی- کارگذاری کاتترهای ساب کلاوین موقت با بیهوشی- تعبیه فیستول شریانی وریدی** |  |  | **100** |
| **کارگذاری گرافت عروقی** |  |  | **90** |
| **درمان هپاتیت C** | **درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C براساس پروتکل ابلاغی معاونت درمان** |  |  | **70** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران متابولیک (موکوپولی ساکاریدوز)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **دارو** | **آلدورازایم-ناگلازایم-ویمیزیم** | **براساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان** | **براساس تفاهم نامه دارویی** | **-** |  |
| **ویزیت** | **چشم پزشکی- ارتوپدی- -جراح اعصاب** | 1 |  | **70** |
| **گوش و حلق و بینی** | 3 |  | **70** |
| **روانپزشک** | 4 |  | **70** |
| **نورولوژی / هماتولوژی ( بالغین و اطفال )** | 6 |  | **70** |
| **ریه اطفال- قلب و عروق اطفال** | 2 |  | **70** |
| **غدد اطفال** | 52 |  | **70** |
| **آزمایش** | **Enzyme level-BUN**  **Ca-CBC-diff**  **Cr-ABG-Ferritin-K**  **Na-P-آلکالن فسفاتاز**  **SGOT-SGPT-آلبومین-U/A**  **Urin GAG level** | 1 | **یکبار در سال** | **70** |
| **تصویر برداری** | **x ray- اکوکاردیوگرافی**  **ECG-EMG - NCV**  **6 MWT - 3 MSCT** | 2 |  | **70** |
| **MRI** | 3 |  | **70** |
| **کاپنوگرافی** | 1 |  | **70** |
| **پلی سومنوگرافی- سونوگرافی - الکترورتینوگرافی** | 1 |  | **70** |
| **سایرخدمات** | **انفوزیون های درمانی** | 52 |  | **0** |
| **اسپیرومتری** | | 1 |  | **70** |
| **شنوایی سنجی** | | 1 |  | **70** |
| **آزمون های روانشناختی (IQ/DQ)** | | 1 |  | **70** |
| **توانبخشی** | **کاردرمانی- گفتاردرمانی** | 55 |  | **0** |
| **فیزیوتراپی** | 55 |  | **70** |
| **خدمات بستری** | | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران بال پروانه ای**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ملزومات دارویی** | **انواع کرم ها- لوسیون ها** | **12** |  |  |  |
| **ویزیت** | **متخصص عفونی - متخصص چشم- فوق تخصص هماتولوژی - مشاوره تغذیه -متخصص روانپزشکی –– فوق تخصص ریه** | **4** | **هر تخصص 4 بار ویزیت در سال** | **70** |
| **متخصص پوست - متخصص اطفال - فوق تخصص گوارش - فوق تخصص جراحی ترمیمی** | **12** | **هر تخصص 12 بار ویزیت در سال** | **70** |
| **متخصص زنان- متخصص ارولوژی-متخصص ارتوپدی - متخصص قلب** | **1** | **هر تخصص 1 بار ویزیت در سال** | **70** |
| **ویزیت فوق تخصص نفرولوژی -متخصص گوش و حلق و بینی** | **2** | **هر تخصص 2بار ویزیت در سال** | **70** |
| **آزمایش** | **ALB-BUN-Ca-CBC-diff-Cr**  **CRPکمیCRPکیفی**  **ESR-Ferritin-K -Na-P-Retic**  **S/Eتجسس خون در مدفوع**  **Serum Iron-SGOT-SGPT**  **Total protein-U/A** | **4** |  | **70** |
| **نمونه برداری (بیوپسی پوست)** | **1** |  | **70** |
| **آسیب شناس تشخیصی(پاتولوژی)** | **1** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **سونوگرافی- رادیولوژی-CT- MRI** | **1** |  | **70** |
| **اندوسکوپی** | **4** |  | **70** |
| **شنوایی سنجی** | | **2** |  | **70** |
| **بینایی سنجی** | | **2** |  | **70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی** | **50** |  | **70** |
| **کاردرمانی** | **50** |  | **0** |
| خدمات اورتوز و پروتز | | **4** |  | **0** |
| خدمات بستری | | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ 1)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ویزیت** | **نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)-فوق تخصص ریه** | **4** |  | **70** |  |
| **فوق تخصص گوارش-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی** | **2** |  | **70** |
| **متخصص تغذیه** | **1** |  | **70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی تنفسی** | **120** | **جلسه** | **70** |
| **فیزیوتراپی اندام** | **120** | **جلسه** | **70** |
| **کاردرمانی** | **120** |  | **0** |
| **گفتاردرمانی** | **70** |  | **0** |
| **آزمایش** | **AST-ALT-CPK** | **1** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **گرافی قفسه سینه – گرافی ستون فقرات** | **1** |  | **70** |
| **سایر خدمات** | **واکسن پنوموکوک** | **1** | **هر 5 سال یکبار انجام میشود** | **0** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ 2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ویزیت** | **نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)** | **4** |  | **70** |  |
| **فوق تخصص ریه-روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی** | **2** |  | **70** |
| **فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی- متخصص تغذیه** | **1** |  | **70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی اندام** | **60** |  | **70** |
| **فیزیوتراپی تنفسی** | **60** |  | **70** |
| **کاردرمانی** | **60** |  | **0** |
| **گفتاردرمانی** | **60** |  | **0** |
| **آزمایش** | **تست ریه اسپیرومتریAST-ALT-CPK-** | **1** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **گرافی قفسه سینه – گرافی ستون فقرات** | **1** |  | **70** |
| **سایر خدمات** | **واکسن آنفولانزا** | **1** |  | **0** |
| **واکسن پنوموکوک** | **1** | **واکسن پنوموکوک هر 5سال یکبار انجام میشود** | **0** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ 3)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ویزیت** | **نورولوژیست (اطفال-بزرگسال)** | **4** |  | **70** |  |
| **روانپزشک-متخصص طب فیزیکی و توانبخشی** | **2** |  | **70** |
| **فوق تخصص گوارش-متخصص ارتوپدی- متخصص تغذیه-فوق تخصص ریه** | **1** |  | **70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی اندام** | **100** |  | **70** |
| **فیزیوتراپی تنفسی** | **60** |  | **70** |
| **آزمایش** | **تست ریه اسپیرومتریAST-ALT-CPK-** | **1** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **گرافی ساده ستون فقرات- گرافی ساده قفسه سینه** | **1** |  | **70** |
| **سایر خدمات** | **واکسن آنفولانزا** | **1** |  | **0** |
| **واکسن پنوموکوک** | **1** | **هر 5سال یکبار انجام میشود** | **0** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران CF (سیستیک فیبروزیس)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ویزیت** | **فوق تخصص ریه-فوق تخصص گوارش- تغذیه- فیزیوتراپ (ریه)** | **6** |  | **70** |  |
| **فوق تخصص غدد** | **2** | **ویزیت غدد برای بیماران بالای 5 سال** | **70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی تنفسی** | **26** |  | **70** |
| **آزمایش** | **تست ریه اسپیرومتری- کشت حلق ( خلط)** | **6** |  | **70** |
| **آزمایشات کبدی(ALT,AST,ALP,Bil)و شمارش سلول خونی(CBC diff)** | **1** |  | **70** |
| **الاستاز مدفوع –چربی در مدفوع** | **4** | **ازمایش مدفوع در شروع بیماری و بعد هر سه ماه از نظر الاستاز ، قطرات چربی و تست سودان 3** | **70** |
| **تست LCI - تست خواب(پلی سومنوگرافی)** | **1** |  | **0** |
| **تست ورزش قلبی ریوی(CPET)** | **1** |  | **70** |
| **دارو** | **ویال سدیم کلراید هیپرتونیک 7%-تولید داخل و یا**  **ویال سدیم هیپرتونیک 7% + بیکربنات- تولید داخل** | **1460** |  | **70** |
| **توبرو مایسین استنشاقیBramitob Nebuliser Solution-** | **336** | **برای 60 درصد بیماران (مورد مصرف دراطفال)** | **70** |
| **توبرو مایسین استنشاقی(TOBI Dray Powder Inhaler-DPI )** | **1344** | **برای 40درصد بیماران (مورد مصرف در بزرگسال)** | **70** |
| **کپسول پانکراتین** | **2555** |  | **70** |
| **Capsule Ursobil** | **365** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **سی تی اسکن ریه) (HRCT- گرافی ساده قفسه سینه-** | **1** | **HRCT هر سه سال یکبار مورد نیاز است.** | **70** |
| **اسکن استخوانDXA** | **1** |  | **70** |
| **سایر خدمات** | **واکسن آنفلوانزا** | **1** |  | **0** |
| **واکسن پنوموکوک** | **1** | **هر پنج سال یکبار انجام می شود** | **0** |
| خدمات بستری |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماران مبتلا به اوتیسم**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد  تعهد سالانه سطح یک | تعداد مورد تعهد سالانه سطح دو | تعداد مورد تعهد سالانه سطح سه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت / مشاوره | **روانپزشك** | **2** | **2** | **2** |  | **70** |  |
| **فوق تخصص نورولوژی** | **1** | **1** | **1** |  | 70 |
| **رفتاری- آموزشی( روانشناس)** | **48** | **96** | **48** | معادل کد 900096 | 70 |
| **مشاوره ای - حمایتی( روانشناس)** | **12** | **12** | **36** | معادل کد 900096 | 70 |
| توانبخشی | **کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی** | **30** | **48** | **24** | کدملی خدمت 900125 | 70 |
| **کاردرمانی** | **30** | **48** | **24** | کدملی خدمت 901650 | 70 |
| **خدمات ارزیابی گفتارو...** | 4 | 4 | 4 | کدملی خدمت 900420 | 70 |
| **درمان اختلالات گفتار،زبان و...** | **44** | **92** | **44** | کدملی خدمت 900425 | 70 |
| شنوایی سنجی | | **2** | **2** | **2** |  | 70 |
| بینایی سنجی | | **1** | **1** | **1** |  | 70 |
| **EEG** | | **1** | **1** | **1** |  | 70 |

1. **بسته حمایتی بیماران مبتلا به سرطان**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **تشخیص زودهنگام** | **ماموگرافی، سونوگرافی، کولونوسکوپی و پولیپکتومی، کولپوسکوپی و نمونه برداری** | | **1** | **در مراکز تشخیص زودهنگام بیماری های غیرواگیر و سرطان**  **مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت** | **70** |  |
| **اقدامات تشخیصی و درمانی** | **ویزیت** | **تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ** | **۲۴** | **مجموع ویزیت** | **70** |
| **تصویربرداری** | **سی تی اسکن** | **2** |  | **70** |
| **ام آر آی** | **2** | **70** |
| **اسکن استخوان** | **1** | **70** |
| **سونوگرافی** | **2** | **70** |
| **اسکوپی ها** | **2** | **70** |
| **PET Scan** | **1** | **0** |
| **آزمایشات** | **پاتولوژی** | **حسب نیاز** | **70** |
| **ایمونوهیستوشیمی** | **3** | **0** |
| **آزمایشات ژنتیک**  **(بررسی ژن های CDH1, BRCA1 , BRCA2 و سایر موتاسیون های دخیل در سرطان)** | **1** | **0** |
| **دارو** | **داروهای شیمی درمانی** | **\*** | **\* در مورد داروهای دارای راهنمای بالینی، بر اساس اندیکاسیون‌های ذکر شده در راهنما و در مورد سایر داروها به تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.** | **0 - 70 - 90** |
| **رادیوتراپی** | **IMRT ( بر اساس شناسنامه و استاندارد خدمت رادیوتراپی به روش IMRT)** | **1**  **(دوره درمان)** |  | **100** |
| **پلاک براکی تراپی برای تومورهای چشمی** | **1** |  | **0** |
|  | **سایر اقدامات** | **نمونه ‌برداری** | **2** |  | **70** |
| **تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره و پروفیلاکسی دکولمان رتین** | **1**  **(دوره درمان)** | **این خدمت جهت بیماران با تشخیص رتینوبلاستوم قابل پرداخت می باشد** | **70** |
| **مراقبت های حمایتی**  **و**  **تسکینی** | **دارو** | **هالوپریدول، انوکساپارین، انواع سرم (از جمله مانیتول)، آلبومین، میدازولام، سدیم دوکوستات** | **\*** | **\* مطابق دستورالعمل و راهنماهای بالینی** | **70 - 90** |
| **ویزیت** | **پزشک دوره دیده تسکینی – فلوشیپ طب تسکینی – فلوشیپ درد – روانپزشک روانشناس بالینی – متخصص طب فیزیکی و توانبخشی** | **36** | **مجموع ویزیت** | **70** |
| **خدمات تغذیه بالینی** | | **6** |  | **0 - 70** |
| **توانبخشی** | **فیزیوتراپی** | **30** |  | **70** |
| **گفتار درمانی، کاردرمانی** | **40** |  | **0** |
| **لنف ادم** | **30** | **در دو مرحله (درمانی و نگهدارنده)** | **0** |
| **مراقبت در خانه** | **ویزیت پزشک( پزشکان مراکز مراقبتهای حمایتی و تسکینی)** | **12\*** | **\* حداکثر یک ویزیت در ماه**  **در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک تعداد ویزیت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.** | **0** |
| **ویزیت و مراقبت**  **پرستار و روانشناس** | **24\*** | **\*حداکثر 2 نوبت در ماه**  **در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک و تیم مراقبتی تعداد ویزیت و مراقبت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد.** | **0** |
| **تجهیزات مصرفی** | **سوندهای ادراری، ماسک اکسیژن و نازال کانولا، انواع لوله های گوارشی، انواع سرنگ، ست سرم، انواع پانسمان، لباسهای فشاری و سایر تجهیزات مصرفی ضروری از جمله بگ های استومی – دریچه حنجره – ماسک ترموپلاست- پمپ تزریق شیمی درمانی- پورت ورید مرکزی** | | **حسب نیاز** | **مطایق با قیمت imed و یا خرید مرکز بر اساس فاکتور** | **0 - 70** |
| خدمات بستری |  | | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی بیماری های قلبی - عروقی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام بیماری | نوع خدمت | | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **پرفشاری شریان ریوی** | **دارو** | | **داروهای اختصاصی ( بوسنتان)** | \* | **\* مطابق استاندارد خدمت**  **(وزانه 1-3 عدد** | **70** |  |
| **داروهای اختصاصی ( ماسیتنتان)** | **\*** | **\* مطابق استاندارد خدمت**  **روزانه 1عدد** | **70** |
| **داروهای اختصاصی (اپوپروستنول تزریقی)** | **\*** | **\* مطابق استاندارد خدمت**  **روزانه 1عدد** | **0** |
| **ویزیت و مشاوره** | | **تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ** | **\*** | **\* مطابق استاندارد خدمت** | **70** |
| **تشخیص اولیه** | | **کاتتریسم بطن راست و Vasoreactivity، آنژیوگرافی عروق ریه** | **\*** | **\* مطابق استاندارد خدمت** | **90** |
| **سایر خدمات تشخیصی** | | **تست پیاده روی 6 دقیقه** | **\*** | **\* مطابق استاندارد خدمت** | **0** |
| **تست خواب** | **\*** | **\* مطابق استاندارد خدمت** | **0** |
| **تصویربرداری** | | **CT با کنتراست بالا ( High-resolution computed tomography, contrast)** | **2 – 1** | **تعداد و نوع خدمات تصویر برداری به تشخیص پزشک معالج و مطابق استاندارد خدمت ابلاغی است.** | **70** |
| **اسکن پرفیوژن/ اسکن ونتیلاسیون** | **2** | **70** |
| **cardiac MRI** | **2** | **70** |
| **سونوگرافی** | **2** | **70** |
| **آنژیوگرافی / کاتتریزاسیون بطن راست** | **2** | **90** |
| **اکوکاردیوگرافی/ داپلر** | **2** | **70** |
| **آزمایشات** | | **ایمونوهیستوشیمی** | **\*** | **\*تعداد و نوع آزمایش به تشخیص پزشک معالج و مطابق استاندارد خدمت ابلاغی است.** | **0** |
| **تستهای ژنتیکی** | **\*** | **0** |
| **سایر آزمایشات** | **\*** | **0 - 70** |
| **NT-PROBNP** | **\*** | **0** |
| **توانبخشی** | | **فیزیوتراپی قلبی ریوی** | **25-35** |  | **0** |
| **سایر خدمات درمانی** | | **خدمات تغذیه** | **6** | **.**  **\* مطابق بسته حمایتی پیوند** | **0 - 70** |
| **جراحی های الکتیو** | **حسب نیاز** | **90** |
| **سپتوستومی دهلیزی** | **حسب نیاز** | **90** |
| **خدمات پیوند** | **\*** | **0** |
| **سکته مغزی** | **توانبخشی** | **6 ماهه اول** | **فیزیوتراپی** | **40** |  | **70** |
| **کاردرمانی** | **30** | **0** |
| **گفتاردرمانی** | **25** | **0** |
| **6 ماهه دوم** | **فیزیوتراپی** | **30** |  | **70** |
| **کاردرمانی** | **25** | **0** |
| **گفتاردرمانی** | **20** | **0** |
| **دوره مراقبت طولانی** | **فیزیوتراپی** | **30** |  | **70** |
| **کاردرمانی** | **25** | **0** |
| **گفتاردرمانی** | **20** | **0** |
| خدمات بستری | | |  | **حسب مورد** |  | **90** |

1. **بسته حمایتی پیوند سلولهای بنیادی خونساز**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| **ویزیت/مشاوره قبل از پیوند** | **ویزیت روتین تخصصی پیوند: فوق خون و سرطان** | | **\*** | **مطابق استاندارد خدمت** | **70** |  |
| **تخصصی ایمنولوژی بالینی//ژنتیک پزشکی** | | **2** |  | **70** |
| **فوق تخصص گوارش** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی قلب** | | **3** |  | **70** |
| **فوق تخصص ریه** | | **3** |  | **70** |
| **تخصصی گوش و حلق و بینی** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی زنان** | | **2** |  | **70** |
| **فوق تخصصی غدد** | | **3** |  | **70** |
| **تخصصی راونپزشک** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی ارولوژی** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی عفونی** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی پزشکی قانونی** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی چشم** | | **2** |  | **70** |
| **فلوشیپ ناباروری** | | **2** | **جهت حفظ قدرت باروری در بیماران کاندید پیوند سلول های بنیادی خونساز** | **70** |
|  | **نمونه برداری مغز استخوان(فلوسیتومتری، پاتولوژی)، CSF (سیتولوژی و فلوسیتومتری)، کبد (بیماران تالاسمی)، استخوان (بیماران استئوپتروزیس)** | | **1** |  | **90** |
|  | **شنوایی سنجی، بینایی سنجی (بیماران استئوپتروزیس)** | | **1** |  | **70** |
|  | **بازبینی بلوک بیوپسی** | | **1** |  | **70** |
| **تصویربرداری** | **Bone densitometry –رادیولوژی- سونوگرافی – ماموگرافی- آندوسکوپی – Chest x ray- اسپیرومتری –پاپ اسمیر (خانم ها) –MRI شکم و لگن و مغز و سینوس–VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز و سینوس-کولون سکوپی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ,اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی، MRI قلب و کبد جهت بررسی اضافه بار آهن و فیبرواسکن** | | **در ستون توضیحات** | **هر 3 تا 6ماه یکبار تا قبل از پیوند درصورت صلاحدید پزشک معالج** | **70** |
| **آزمایشات** | **(\*)آزمایشات تخصصی HLA Typing (Low and High resolution)** | | **10** | **بر اساس نوع بیماری** | **100 برای 5 اهدا کننده** |
| **(\*)کراس مچ دو طرفه و کراس مچ اسکرینینگ به روش فلوسیتومتری** | | **4** |  |  |
| **(\*) Single Antigen Class I&II به روش لومینکس** | | **2** |  |  |
| **(\*) کایمریسم به روش مولکولی PCR-(قبل و بعد از پیوند)**  **کایمریسم دهنده قبل از پیوند** | | **6** | **(روزهای +15و+30و +60و +90و +180 و +365 بعد از پیوند )** |  |
| **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، ALP، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکرها، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1C و گروه خونی و RHو PSA(آقایان) Billi total & direct، PTT .PT. INR,GGT ,Albumin ,CA19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C** | | **1** | **هر 3 ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG), HBS Ab &Ag, HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG), VDRL, Wright, VIDAL, PPD,TB quantifron,hpylori Ab (IgM,IgG),** Toxo (IgG,IgM),**BK virus urin and blood, HBV DNA PCR ,Hcv RNA PCR,** **CMV(PCR),PP65 Ag, EBV(PCR),HIV(PCR)** | | **1** | **هر 6ماه یکبار قبل از پیوند** | **70** |
| **سلامت اهداکننده قبل از پیوند**  **CBC, Diff, ABO, RH, FBS, BUN, Cr, Bili (T, D), Ast, Alk, Alb, LDH, U/A, U/C, HBS Ag, HBS Ab, HBe Ab, HBe Ag, HBC Ab, HCV Ab, HIV Ab, )CMV, Toxo, EBV, HSV, HZV( IgG/Igm, Covid-19 PCR** | | **1** | **هر 6ماه یکبار قبل از پیوند** | **70** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **آزمایشات سطح داروهای ایمنوساپرسیو (سیکلوسپورین، اورلیموس و سیرولیموس، پروگراف و مایکوفنولات) ، CBC,ESR گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، فریتین، Bili(Total&Direct), PT,PTT,INR, CMV Ag, ، درصورت لزوم BK virus urin and blood CMV Ag&PCR,** | **\*** | **\* بر اساس شرایط بیمار متغیراست. در هر ویزیت روتین پس از پیوند باید چک شود.** | **70** |
| **نمونه برداری مغز استخوان(فلوسیتومتری، کایمریسم)** | **6** | **روزهای +15و+30و +60و +90و +180 و +365 پس از پیوند.** | **70** |
| **ویزیت بعد از ترخیص** | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص خون و انکولوژی** | | **24** | **100 روز اول هر هفته و در سال اول هر ماه** | **70** |
| **دارو** | **داروهای شیمی درمانی** | | **حسب نیاز** | **\* در مورد داروهای دارای راهنمای بالینی، بر اساس اندیکاسیون‌های ذکر شده در راهنما و در مورد سایر داروها به تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.** | **0 - 70 - 90** |
| **داروهای سلول گیری، داروهای ایمنوساپرسیو، داروهای ضد قارچ، داروهای ضد ویروس** | | **حسب نیاز** | **بر اساس دستور پزشک** | **70-90** |
| خدمات بستری |  | | حسب مورد | قبل ، حین و بعد از پیوند و در صورت بروز عوارض پیوند | 0 |

1. **بسته حمایتی پیوند کلیه**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت/مشاوره قبل از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه– متخص داخلی** | | **12** | **هر ماه** | **100** |  |
| **فوق تخصص گوارش- تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی عفونی**  **فوق تخصص ریه-تخصصی چشم- فوق تخصص روماتو لوژی**  **تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی راونپزشک- تخصصی ارولوژی** | | **2** |  | **100** |
| **تخصصی قلب- فوق تخصصی غدد** | | **3** | **در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعداز پیوند نیز نیاز است** | **100** |
| **سایر تخصص و فوق تخصص دیگر درصورت لزوم** | | **5** |  | **100** |
| تصویربرداری | **Bone densitometry –رادیولوژی- سونوگرافی – ماموگرافی- آندوسکوپی – Chest x ray- اسپیرومتری -پاپ اسمیر (خانم ها) -MRI شکم و لگن ومغز–VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز-کولون سکوپی- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ,اسکن هسته ای قلب وآنژیو گرافی** | | **2** | **هر 6ماه یک بار تا قبل از پیوند درصورت صلاحدید پزشک معالج** | **90** |
| آزمایشات | **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1Cوگروه خونی و RHو PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,**  **AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,** | | **3** | **هر 3 ماه یک بار تا قبل از پیوند** | **90** |
| **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**  **درصورت لزوم :HBV DNA PCR Hcv RNA PCR ,** | | **3** | **هر 6ماه یکبار** | **90** |
| **HLA typing گیرنده**  **فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده**  **Single Antigen Class I&II به روش لومینکس**  **PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری**  **HLA typing دهنده** | | **2** |  | **0** |
| **کراس مچ بین گیرنده و دهنده به روش**  **فلوسیتومتری , WBC Cross Match** | | **2** | **برای هر گیرنده و دهنده انجام می شود** | **0** |
| **CABG** | | **1** | **در صورت لزوم در بیماران با تنگی عروق کرونر که با آنژیوگرافی باز نمیشوند** | **90** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،**  **Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)**  **درصورت لزوم BK virus urin and blood ,CMV Ag&PCR,** | **12** | **هرماه یک بار** | **70** |
| **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،** | **12** | **هرماه یک بار** | **70** |
| **آنژیوگرافی(تشخیصی و درمانی)** | | | **متناسب با دستور پزشک** | **برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر 40درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا ( متناسب با دستور پزشک)** | **90** |
| **قبل پیوند** | **پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز** | | **5** | **قبل از پیوند 30در صد بیماران** | **0** |
| **بستری و انجام عمل پیوند** | **انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط** | | **ا** |  | **100** |
| **بعد از پیوند** | **داروهای ایمینوساپرسیو** | | **متناسب با دستور پزشک** | **ماهانه** | **70-90** |
| **ویزیت درمانگاه پیوند بعد از ترخیص** | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه – متخصص داخلی**  **ویزیت** | | **21** |  | **70** |
| **ویزیت تغذیه** | | **21** |  | **70** |
| **بیوپسی کلیه پیوندی** | | | **متناسب با دستور پزشک** | **در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند** | **90** |

1. **بسته حمایتی** پیوند کبد

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد | | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت/مشاوره قبل از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص گوارش– متخصص داخلی** | | **12** | | **هر ماه یکبار** | **70** |  |
| **فوق تخصص گوارش** | | **4** | |  | **70** |
| **تخصصی قلب فوق تخصص غدد** | | **3** | |  | **70** |
| **فوق تخصص ریه- تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی -تخصصی زنان تخصصی- راونپزشک- فوق تخصص روماتولوژی -متخصص عفونی- متخصص ارولوژی -تخصصی چشم** | | **2** | |  | **70** |
| **تخصصی و فوق تخصص دیگر درصورت لزوم** | | **5** | |  | **70** |
| تصویربرداری | **Bone densitometry –رادیولوژی- سونوگرافی – ماموگرافی- آندوسکوپی – Chest x ray- پاپ اسمیر (خانم ها) -MRI شکم و لگن و مغز–VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن-و مغز کولون سکپی-سونوگرافی داپلر عروق,اکو و نوار قلب ,اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و فیبرو اسکن کبدو اسپیرومتری-ERCP** | | **2** | | **هر 6ماه یکبار تا قبل از پیوند درصورت صلاحدید پزشک معالج** | **70** |
| آزمایشات | **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1Cوگروه خونی و RHو PSA(آقایان) والکتروفروز پروتتین 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,** | | **3** | | **هر 3 ماه یک بار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **Bill total & direct , ptt .pt. INR,BUN,Cr,ALK Ph** | | **3** | | **براساس شرایط بیمار ودر صورت صلاحدید پزشک هفتگی** | **70** |
| **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**  **HBV DNA PCR Hcv RNAPCR ,** | | **3** | | **هر 6ماه یک بار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **typing HLAگیرنده**  **Single Antigen Class I&II به روش لومینکس**  **PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری**  **فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده**  **typing HLA دهنده** | | **2** | | **در صورت نیاز** | **0** |
| **آنژیوگرافی(تشخیصی و درمانی)** | | **1** | | **برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر 40درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا ( متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند** | **90** |
| **بستری و انجام عمل پیوند** | **انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط** | | **ا** | |  | **0** |
| **بیوپسی کبد** | | **1** | | **قبل از پیوند** | **90** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،**  **CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt .pt. INR**  **درصورت لزوم BK virus urin and blood ,CMV Ag&PCR,** | **12** | | **هرماه یک بار** | | **70** |
| **گلوکز ، اسید اوریک ، اGTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A ، کلسیم ,فسفر ، سدیم ،پتاسیم**  **Albumin serumو Total protein و ALT/SGOT ، AST/SGOT** | **12** | | **هرماه یک بار** | | **70** |
| **بیوپسی کبد** | **2** | | **دو بار بعد از پیوند** | | **90** |
| بعد از پیوند | **داروهای ایمینو ساپرسیو** | **متناسب با دستور پزشک** | | **ماهانه** | | **70-90** |
| ویزیت بعد از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراح کبد** | **به ستون توضیحات رجوع شود** | | **ابتدا 2بار در هفته بعد از 3 ماه 2 بار در ماه و 6ماه بعد از پیوند ماهیانه انجام می شود** | | **70** |
| **متخصص تغذیه** | **21** | |  | | **70** |

.

1. **بسته حمایتی** پیوند قلب

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| لوازم | **پس از پیوند** | **سوزن بیوپسی** | **5** | **در بیمار سرپایی** | **70** |  |
| **سوزن بیوپسی** | **5** | **در بیمار بستری** | **70** |
| ویزیت/مشاوره قبل از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب** | | **12** | **هر ماه** | **70** |
| **فوق تخصصی گوارش -فوق تخصصی -کلیه فوق تخصصی غدد** | | **3** |  | **70** |
| **فوق تخصصی ریه- تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان -تخصصی روانپزشک**  **تخصص چشم پزشک-ی فوق تخصصی روماتولوژی- تخصص عفونی -تخصص ارولوژی** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی و فوق تخصصی دیگر درصورت لزوم** | | **5** |  | **70** |
| تصویربرداری | **Bone densitometry –رادیولوژی- سونوگرافی – ماموگرافی- آندوسکوپی – Chest x ray- اسپیرومتری -پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر-MRI شکم و لکن و مغز–VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکوپی سونو گرافی داپلر /عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و نوار قلب** | | **2** | **هر 6 ماه یک بار قبل از پیوند** | **70** |
| آزمایشات | **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1Cوگروه خونی و RHو PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,**  **AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,** | | **3** | **هر 3 ماه یک بار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **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**  **درصورت لزوم :،HBV DNA PCR و Hcv RNAPCR/** | | **3** | **هر 6ماه یک بار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **typing HLAگیرنده**  **فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده**  **Single Antigen Class I&II به روش لومینکس**  **PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری**  **HLA typing دهنده** | | **2** |  | **0** |
| **قبل پیوند** | **پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز** | | **5** | **قبل از پیوند 30در صد بیماران** | **0** |
| **بستری و انجام عمل پیوند** | **انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط** | | **ا** |  | **0** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **بیوپسی قلب** | | **متناسب با دستور پزشک** | **در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند** | **90** |
| **اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،**  **Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)**  **درصورت لزوم BK virus urin and blood ,CMV Ag&PCR,** | | **12** | **هر ماه** | **70** |
| **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،** | | **12** | **هرماه** | **70** |
| **داروه های بعد از پیوند** | **داروهای ایمینوساپرسیو** | | **متناسب با دستور پزشک** | **هرماه** | **70-90** |
| **سایر خدمات** | **اکو – نوار قلب** | | **به ستون توضیحات رجوع شود** | **قبل از پیوند : حداکثر 30 بار در یک ماه ( روزانه یک بار )**  **بعد از پیوند :**   * **در سه ماه اول حداکثر 30 بار در یک ماه** * **پس از سه ماهه اول : 3 بار در یک ماه** | **70** |
| **کت راست** | | **6** | **قبل و بعد پیوند نیاز است** | **70** |
| ویزیت بعد از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب** | | **به ستون توضیحات رجوع شود** | **قبل از پیوند : حداکثر 30 بار در یک ماه ( روزانه یک بار )**  **بعد از پیوند :**   * **در سه ماه اول حداکثر 30 بار در یک ماه**   **پس از سه ماهه اول : 3 بار در یک ماه** | **70** |
| **متخصص تغذیه** | | **21** |  | **70** |

1. **بسته حمایتی** پیوند پانکراس

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت/مشاوره قبل از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش** | | **12** | **ماهی یکبار** | **70** |  |
| **فوق تخصصی قلب فوق تخصصی کلیه فوق تخصصی غدد** | | **3** |  | **70** |
| **فوق تخصصی ریه تخصصی گوش و حلق و بینی تخصص عفونی تخصصی روانپزشک**  **تخصصی جراحی تخصصی زنان تخصص چشم پزشکی تخصص ارولوژی فوق تخصص روماتولوژی** | | **2** |  | **70** |
| **تخصصی و فوق تخصصی دیگر درصورت لزوم** | | **5** |  | **70** |
| تصویربرداری | **Bone densitometry –رادیولوژی- سونوگرافی – ماموگرافی- آندوسکوپی – Chest x ray- اسپیرومتری -پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر-MRI شکم و لکن و مغز–VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکوپی-سونوگرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی ERCP -/نوار قلب** | | **1** | **یکبار هر سال قبل از پیوند** | **70** |
| آزمایشات | **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز،آمیلازولیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر،الکتروفروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1Cوگروه خونی و RHو PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein**  **AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein** | | **3** | **هر 3 ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **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**  **درصورت لزوم :HBV DNA PCR Hcv RNAPCR ,** | | **3** | **هر 6ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **typing HLAگیرنده**  **فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده**  **Single Antigen Class I&II به روش لومینکس**  **PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری**  **HLA typing دهنده** | | **2** |  | **0** |
| **قبل پیوند** | **پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز** | | **5** | **قبل از پیوند 30در صد بیماران** | **0** |
| **بستری و انجام عمل پیوند** | **انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط** | | **ا** |  | **0** |
|  | **بیوپسی پانکراس** | | **متناسب با دستور پزشک** | **در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند** | **90** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،سی پپتاید**  **Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)**  **درصورت لزوم BK virus urin and blood ,CMV Ag&PCR** | | **12** | **ابتدا 2تا 3بار در هفته بعد از 3 ماه 2 بار درماه و 6ماه بعد از پیوند ماهیانه** | **70** |
| **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 ،لیپاز** | | **12** | **هرماه یکبار** | **70** |
| **آنژیوگرافی(تشخیصی و درمانی)** | | | **1** | **برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر 40درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا ( متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند** | **90** |
| **داروهای بعد از پیوند** | | **داروهای ایمینو ساپرسیو** | **متناسب با دستور پزشک** | **هرماه** | **70-90** |
| **ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند** | | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی –کلیه و غدد** | **21** |  | **70** |
| **متخصص تغذیه** | **21** |  | **70** |

1. **بسته حمایتی** پیوند روده

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت/ مشاوره قبل از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش** | | **12** | **ماهی یکبار** | **70** |  |
| **تخصصی قلب - فوق تخصصی کلیه- فوق تخصصی غدد** | | **3** | **در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است** | **70** |
| **فوق تخصصی ریه - تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی روانپزشک-چشم پزشک - متخصص عفونی - متخصص ارولوژی -فوق تخصصی روماتولوژی** | | **2** |  | **70** |
| **ویزیت /مشاوره تخصصی دیگر درصورت لزوم** | | **5** |  | **70** |
| پاراکلینیکی | تصویربرداری | **Bone densitometry –رادیولوژی- سونوگرافی – ماموگرافی- آندوسکوپی – Chest x ray- پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر-MRI شکم و لکن و مغزی–VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و مغز- کولون سکوپی/سونوگرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و نوارقلبی- اسپیرومتری** | **1** | **یکبار هر سال قبل از پیوند** | **70** |
| آزمایشات | **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز،آمیلازولیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر،الکتروفروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1Cوگروه خونی و RHو PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein**  **AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein** | **12** | **هر 3 ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **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**  **درصورت لزوم :HBV DNA PCR Hcv RNA ,** | 12 | **هر 6ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **آنژیوگرافی(تشخیصی و درمانی)** | **1** | **برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر 40درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا ( متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند** | **90** |
|  | **typing HLAگیرنده**  **فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده**  **Single Antigen Class I&II به روش لومینکس**  **PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری**  **typing HLA دهنده** | **2** |  | **0** |
| **قبل پیوند** | **پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز** | | **5** | **قبل از پیوند 20در صد بیماران** | **0** |
| **بستری و انجام عمل پیوند** | **انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط** | | **ا** |  | **0** |
|  | **بیوپسی روده** | | **متناسب با دستور پزشک** | **در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند** | **90** |
| داروهای بعد از پیوند | **داروهای ایمینو ساپرسیو** | | **متناسب با دستور پزشک** | **هر ماه** | **70-90** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،سی پپتاید**  **Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)**  **درصورت لزوم BK virus urin and blood ,CMV Ag&PCR** | | **12** | **هر ماه** | **70** |
| **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** | | **12** | **هر ماه** | **70** |
| ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش وجراح پیوند** | | **21** |  | **70** |
| **متخصص تغذیه** | | **21** |  | **70** |

1. **بسته حمایتی** پیوند ریه

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | | تعداد مورد تعهد | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| ویزیت/مشاوره قبل از پیوند | **ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوندریه**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراحی ریه** | | 12 | **هر ماه** | **70** |  |
| **فوق تخصصی گوارش - فوق تخصصی کلیه- تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی -تخصصی زنان**  **تخصصی روانپزشک- تخصصی چشم پزشکی -تخصصی ارولوژی -فوق تخصصی رومالوژی** | | 2 |  | **70** |
| **فوق تخصصی ریه** | | 12 | **هر ماه** | **70** |
| **فوق تخصصی غدد- تخصصی عفونی** | | 3 |  | **70** |
| **تخصصی و فوق دیگر درصورت لزوم** | | 5 |  | **70** |
| 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 لگنو مغز- کولون سکوپی سونو گرافی داپلر عروق,اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی- اسپیرومتری/ نوار قلبی** | | 1 | **یکبار هر سال قبل از پیوند** | **70** |
| آزمایشات | **گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ،PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز،آمیلازولیپاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر،الکتروفروز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY ، فرتین،CRP ، HbA1Cوگروه خونی و RHو PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum ,Total protein**  **AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein** | | 12 | **هر 3 ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| **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**  **درصورت لزوم :HBV DNA PCR Hcv RNAPCR ,** | | 12 | **هر 6ماه یکبار تا قبل از پیوند** | **70** |
| آزمایشات بعد از پیوند | **اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین**  **Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG)**  **درصورت لزوم BK virus urin and blood ,CMV Ag&PCR** | 12 | **ابتدا 2تا 3بار در هفته بعد از 3 ماه 2 بار درماه و 6ماه بعد از پیوند ماهیانه** | **70** |
| **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** | 12 | **هرماه** | **70** |
| **بستری و انجام عمل پیوند** | **انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط** | | **ا** |  | **0** |
|  | **بیوپسی ریه** | | **1** | **قبل از پیوند** | **90** |
| بعد از پیوند | **اکو – نوار قلب** | | 2 | **بعد از پیوند** | **70** |
| آنژیوگرافی(تشخیصی و درمانی) | | 2 | **برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر 40درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا ( متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند** | **90** |
| **تست نفس، تست 6 دقیقه نفس** | | 30 | **بعد از پیوند** | **70** |
| **تست نفس، تست 6 دقیقه نفس ، Chest x ray-** | | 30 | **بعداز پیوند و ترخیص از بیمارستان تا 6ماه هر هفته یکبار.سپس هر ماه یکبار** | **70** |
| داروهای بعد از پیوند | **داروهای ایمینو ساپرسیو** | | **متناسب با دستور پزشک** | **هر ماه** | **70-90** |
| ویزیت | **ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوندریه**  **ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی ریه و جراحی ریه** | | 30 | **بعداز پیوند و ترخیص از بیمارستان تا 6ماه هر هفته یکبار.سپس هر ماه یکبار** | **70** |
| **متخصص تغذیه** | | 21 |  | **70** |

1. **بسته حمایتی بیماری های روانی مزمن**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | تعداد مورد تعهد سالانه | توضیحات | پوشش بیمه ای |  |
| خدمات روان درمانی | روان درمانی فردی با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی توسط روانپزشک به ازای هر جلسه حداکثر 30 دقیقه ای (کد 900051) | 24 |  | **70** |  |
| گروه درمانی با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی، توسط روانپزشک به ازای هرجلسه به ازای هر نفر در گروه‌های 8 تا 12 نفر (کد 900096) | 18 | 70 |
| خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی تا 30 دقیقه توسط روانپزشک (کد 900093) | 12 | 70 |
| خدمات کاردرمانی | کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل 30 دقیقه‌ای (کد 900125) | 50 |  | 0 |
| کاردرمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل 45 دقیقه‌ای در گروههای 8 تا 12 نفره (کد 900127) | 50 | 0 |
| خدمات بستری |  | حسب مورد |  | 90 |

1. **- بسته حمایتی بیماران رتینوپاتی دیابتی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع خدمت** | **نام خدمت** | **تعداد مورد تعهد سالانه** | **توضیحات – کد خدمت** | پوشش بیمه ای |  |
| **تصویر برداری** | عکسبرداری از فوندوس، با تفسیر و گزارش | **1** | **900310** | **70** |  |
| تزریق ماده فارماکولوژیک داخل ویتره مانند آواستین (عمل مستقل) | **1** | **602275** | **70** |
| **#** OCT یک چشم (شامل کلیه هزینه ها) | **1** | **706000** | **70** |
| **#** OCT دو چشم (شامل کلیه هزینه ها) | **1** | **706005** | **70** |
| **پروسیجرهای درمانی** | پروفیلاکسی دکولمان رتین یا تخریب ضایعه رتین یا کوروئید(مشیمیه)در یک جلسه یا بیشتر؛ با کرایوتراپی یا دیاترمی یا لیزر، با یا بدون درناژ مایع زیر شبکیه، فتوکوآگولاسیون | **1** | **602305** | **70** |
| ترمیم دکولمان رتین؛ باکلینگ اسکلرا با یا بدون درناژ مایع زیر شبکیه | **1** | **602310** | **70 - 90** |
| ترمیم دکولمان رتین با ویترکتومی به هر روش، همراه با باکلینگ اسکلرا | **1** | **602315** | **70 - 90** |
| # لیزر محدود کننده ضایعات شبکیه مانند پارگی رتین، دژنراسیون لاتیس با فتوکوآگولاسیون | **1** | **602355** | **70** |
| **#** تخریب ضایعه موضعی رتین و یا رتینوپاتی (برای مثال ضایعه تومورها با لیزر تراپی؛ (TTT) به ازای هر جلسه | **1** | **602360** | **70** |
| **#** درمان رتینوپاتی پیشرفته یا پیشرونده یا ادم ماکولا با فوتوکوآگولاسیون (PRP)؛ به ازای هر جلسه و حداکثر تا 3 جلسه برای هر دوره درمان | **1** | **602370** | **70** |
| **#** درمان رتینوپاتی پیشرفته یا پیشرونده بیماریهای شبکیه یا تخریب ضایعه موضعی کوروئید (برای مثال نئواسکولاریزاسیون کوروئید)؛ با درمان فوتودینامیک (شامل انفوزیون داخل وریدی) (PDT) برای هر چشم | **1** | **602375** | **70** |

1. **بسته حمایتی دندانپزشکی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع خدمت | نام خدمت | توضیحات | | | پوشش بیمه ای |
| خدمات دندانپزشکی  تالاسمی | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یا دندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند.**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، .......... توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | |  |  |
| خدمات دندانپزشکی  ام اس | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یا دندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند.**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی هموفیلی | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یا دندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند.**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی  همودیالیز | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند.**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی  دیالیز صفاقی | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی  بیماران متابولیک | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند.**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی  بیماران بال پروانه ای | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند.**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| **خدمات دندانپزشکی**  **پیوند اعضا** | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| **خدمات دندانپزشکی**  **پیوند سلول های بنیادی خونساز** | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| **خدمات دندانپزشکی**  **سرطان** | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی  بیماران روانی مزمن | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** |  | | |  |
| خدمات دندانپزشکی  بیماران اوتیسم | **معاینه ترجیحاً توسط متخصص بیماری های دهان فک و صورت انجام گردد ولی متخصصین سایر رشته ها یادندانپزشک عمومی آگاه نیز میتوانند معاینات اولیه را انجام دهند**  **ارائه خدمات مورد نیاز از قبیل تجویز رادیو گرافی، کشیدن، جرم گیری و بروساژ، آموزش بهداشت، پالپوتومی و پالپکتومی ،ترمیم تاج دندان با یا بدون درمان ریشه، ............. توسط متخصصین مربوطه یا دندانپزشک عمومی آگاه** | |  | |  |

**جمعیت گروه هدف در خدمات دندانپزشکی : 506810 بیمار**

**تجمیع بارمالی برنامه های جاری**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **برنامه** | **جمعیت هدف در سال** | **هزینه واحد** | **بار مالی کل (ریال)** |
| **دیالیز خونی** | **37,000** | **1,154,662,983** | **42,722,530,357,000** |
| **دیالیز صفاقی** | **800** | **481,964,803** | **385,571,842,000** |
| **هموفیلی** | **13,000** | **47,419,460** | **616,452,989,000** |
| **تالاسمی** | **18,860** | **83,880,581** | **1,581,987,758,000** |
| **ام اس** | **78,000** | **236,873,129** | **18,476,104,060,000** |
| **سی اف** | **2,400** | **1,095,958,815** | **2,630,301,156,000** |
| **ای بی** | **800** | **263,164,123** | **210,531,298,000** |
| **متابولیک** | **500** | **619,924,364** | **309,962,182,000** |
| **اوتیسم** | **2,000** | **190,017,200** | **380,034,400,000** |
| **SMA** | **1,000** | **1,652,885,650** | **1,652,885,650,000** |
| **پیوند کلیه** | **2500** | **1,000,000,000** | **2,500,000,000,000** |
| **پیوند کبد** | **1200** | **2,700,000,000** | **3,240,000,000,000** |
| **پیوند قلب** | **150** | **2,100,000,000** | **315,000,000,000** |
| **پیووند پانکراس** | **65** | **1,200,000,000** | **78,000,000,000** |
| **پیوند ریه** | **20** | **3,200,000,000** | **64,000,000,000** |
| **پیوند روده** | **15** | **2,500,000,000** | **37,500,000,000** |
| **پیوند مغز استخوان** | **1500** | **1,700,000,000** | **2,550,000,000,000** |
| **سرطان (خروجی سپاس) + دارو** | **350,000 (بیمار جدید)** | **190,000,000** | **66,500,000,000,000** |
| **خدمات دندانپزشکی** | **شامل کلیه بیماران بالا میباشد** | **3,829,442** | **5,824,070,000,000** |
| **جمع کل** | **506,810** |  | **150,074,931,692,000** |

**جمعیت هدف و بار مالی برنامه های پیشنهادی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **برنامه** | **جمعیت هدف در سال** | **هزینه واحد** | **بار مالی کل (ریال)** |
| **کاشت حلزون** | **2,000** | **500,000,000** | **1,000,000,000,000** |
| **رتینوپاتی دیابتی** | **1,250,000** | **7,609,677** | **11,414,515,000,000** |
| **پرفشاری شریان ریوی** | **6,000** | **726,112,000** | **4,356,672,000,000** |
| **سکته مغزی (توانبخشی سرپایی و بستری)** | **90,000** | **75,000,000** | **6,750,000,000,000** |
| **سکته قلبی (توانبخشی سرپایی و بستری)** | **60,000** | **50,000,000** | **3,000,000,000,000** |
| **صرع مقاوم به درمان** | **1,000** | **400,000,000** | **400,000,000,000** |
| **پارکینسون دیستونی** | **1,000** | **1,100,000,000** | **1,100,000,000,000** |
| **ضایعه نخاعی (توانبخشی سرپایی و بستری)** | **2000** | **150,000,000** | **300,000,000,000** |
| **بیماری های روانی مزمن** | **3000** | **130,000,000** | **400,000,000,000** |
| **جمع کل** | **1410,000** |  | **28,721,187,000,000** |