

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

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

در سال ۱۴۰۱

۱- بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمی

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

	۷۰	برای بیماران در شرایط شیفت از آهن زدای تزریقی به خوراکی	۱۲	آلکالین فسفاتاز- U/A - کلسیم - فسفر - ALT/SGPT - LDH - T,D.bili-AST/SGOT	
	۷۰		۲۴	آزمایش تامین خون سازگار Kell و سایر زیرگروههای فرعی خون (پنل)	
	۱۰۰		۲	آزمایشات Anti HIV ,HBs Ag , Anti HBS, Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی pcr همراه با تفسیر	
	۷۰		۲۰	فیزیوتراپی	خدمات توانبخشی
	۹۰		حسب مورد		خدمات بستری

۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی

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

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

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

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

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

۴- 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	۱		۷۰
	ویزیت تغذیه	۲		۷۰
آزمایشات	CBC- سدیم - پتاسیم - کلسیم - فسفر- BUN - کراتی نین - Alb	۱۲		۷۰
	PTH	۱۲	در صورت هایپرپاراتیروئیدی و مصرف سیناکلست	۷۰
		۶	در صورت عدم وجود هایپرپاراتیروئیدی	۷۰
	FBS - آلکالن فسفاتاز-تری گلیسرید- کلسترول- HDL-LDL ALT-AST- Bil Total & Direct - آهن سرم - فریتین- TIBC- CRP اندازه گیری محلول دیالیز صفاقی از نظر حجم ، قند ، اوره و کراتی نین	۶		۷۰
	اندازه گیری ادرار ۲۴ ساعته (حجم ادرار ، اوره و کراتی نین)	۳		۷۰
	HCVAb - HIVAb - HBSAb - HBSAg سطح سرمی ویتامین D	۲		۷۰
	-اکو قلب -رادیولوژی ساده قفسه سینه -رادیولوژی ساده شکم -سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست -سونوگرافی شکم	برحسب نیاز	هر کدام تا یک مورد	۷۰
تصویربرداری	نوار قلب	برحسب نیاز		۷۰

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

۵- بسته حمایتی بیماران تحت درمان به روش دیالیز خونی

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

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

۶- بسته حمایتی بیماران متابولیک (موکوپولی ساکاریدوز)

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

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

۷- بسته حمایتی بیماران بال پروانه ای

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
ملزومات دارویی	انواع کرم ها- لوسیون ها	۱۲		
ویزیت	متخصص عفونی - متخصص چشم- فوق تخصص هماتولوژی - مشاوره تغذیه -متخصص روانپزشکی — فوق تخصص ریه	۴	هر تخصص ۴ بار ویزیت در سال	۷۰
	متخصص پوست - متخصص اطفال - فوق تخصص گوارش - فوق تخصص جراحی ترمیمی	۱۲	هر تخصص ۱۲ بار ویزیت در سال	۷۰
	متخصص زنان- متخصص ارولوژی-متخصص ارتوپدی - متخصص قلب	۱	هر تخصص ۱ بار ویزیت در سال	۷۰
	ویزیت فوق تخصص نفرولوژی -متخصص گوش و حلق و بینی	۲	هر تخصص ۲ بار ویزیت در سال	۷۰
	ALB-BUN-Ca-CBC-diff-Cr CRP کمی CRP کیفی ESR-Ferritin-K -Na-P-Retic تجسس خون در مدفوع S/E Serum Iron-SGOT-SGPT Total protein-U/A	۴		۷۰
آزمایشی	نمونه برداری (بیوپسی پوست)	۱		۷۰
	آسیب شناس تشخیصی (پاتولوژی)	۱		۷۰
	سونوگرافی - رادیولوژی-MRI-CT	۱		۷۰
تصویربرداری	اندوسکوپی	۴		۷۰
	شنوایی سنجی			
	بینایی سنجی			
		۲		۷۰

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

۸- بسته حمایتی بیماران SMA (تیپ ۱)

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

۹- بسته حمایتی بیماران SMA (تپ ۲)

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

۱۰- بسته حمایتی بیماران SMA (تپ ۳)

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

۱۱- بسته حمایتی بیماران CF (سیستیک فیبروزیس)

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

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

۱۲- بسته حمایتی بیماران مبتلا به اوتیسم

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

۱۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به سرطان

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای
تشخیص زودهنگام	ماموگرافی، سونوگرافی، کولونوسکوپی و پولیپکتومی، کولپوسکوپی و نمونه برداری	۱	در مراکز تشخیص زودهنگام بیماری های غیرواگیر و سرطان مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت	۷۰
اقدامات تشخیصی و درمانی	ویزیت	۲۴	مجموع ویزیت	۷۰
	تصویربرداری	۲		۷۰
		۲		۷۰
		۱		۷۰
		۲		۷۰
		۲		۷۰
		۱		۰
		۷۰		۷۰
	آزمایشات	حسب نیاز		۰
		۳		۰
		۱		۰
	دارو	*	* در مورد داروهای دارای راهنمای بالینی، بر اساس اندیکاسیون های ذکر شده در راهنما و در مورد سایر داروها به تشخیص پزشک معالج قابل پرداخت است.	۰ - ۷۰ - ۹۰

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

		• • • - ۷۰ ۹۰	* حداکثر یک ویزیت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک تعداد ویزیت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد. * حداکثر ۲ نوبت در ماه در بیماران end of life در صورت تشخیص پزشک و تیم مراقبتی تعداد ویزیت و مراقبت در ماه (در همین سقف) امکان افزایش دارد. مطابق با قیمت imed و با خرید مرکز بر اساس فاکتور	*۱۲ *۲۴ حسب نیاز حسب مورد	ویزیت پزشک (پزشکان مراکز مراقبتهای حمایتی و تسکینی) ویزیت و مراقبت پرستار و روانشناس 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	مراقبت در خانه تجهیزات مصرفی	خدمات بستری

۱۴- بسته حمایتی بیماری های قلبی - عروقی

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

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

۱۵- بسته حمایتی پیوند سلولهای بنیادی خونساز

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

				لگن و ریه و مغز و سینوس-کولون سکویی - سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ,اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی، MRI قلب و کبد جهت بررسی اضافه بار آهن و فیبرواسکن	
	۱۰۰ برای ۵ اهدا کننده	بر اساس نوع بیماری	۱۰	(*) آزمایشات تخصصی HLA Typing (Low and High (resolution	آزمایشات
			۴	(*) کراس مچ دو طرفه و کراس مچ اسکرینینگ به روش فلوسیتومتری	
			۲	(*) Single Antigen Class I&II به روش لومینکس	
		(روزهای ۱۵+و ۳۰+و ۶۰+و ۹۰+و ۱۸۰+ و ۳۶۵+ بعد از پیوند)	۶	(*) کایمریسم به روش مولکولی-PCR (قبل و بعد از پیوند) کایمریسم دهنده قبل از پیوند	
۷۰		هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۱	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، GTT ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، ALP، AST/SGOT ، سدییم ، پتاسیم ، PTH، تومور مارکرها، PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP، HbA ₁ C و گروه خونی و PSA (آقایان) PTT .PT. INR,GGT ,Albumin ,CA19-،Billi total & direct 9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C	
۷۰		هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند	۱	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG), HBS Ab &Ag, HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG), VDRL, Wright, VIDAL, PPD,TB quantifron,hpylori Ab (IgM,IgG), Toxo (IgG,IgM),BK virus urin and blood, HBV DNA PCR ,Hcv RNA PCR, CMV(PCR),PP65 Ag, EBV(PCR),HIV(PCR)	
۷۰		هر ۶ ماه یکبار قبل از پیوند	۱	سلامت اهداکننده قبل از پیوند CBC, Diff, ABO, RH, FBS, BUN, Cr, Bili (T, D), Ast, 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	

	آزمایشات بعد از پیوند	آزمایشات سطح داروهای ایمنوساپرسیو (سیکلوسپورین، اورلیموس و سیرولیموس، پروگراف و مایکوفنولات) ، CBC,ESR, گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، فریتین، CMV PT,PTT,INR, Bili(Total&Direct), Ag, در صورت لزوم CMV BK virus urin and blood Ag&PCR,	*	* بر اساس شرایط بیمار متغیر است . در هر ویزیت روتین پس از پیوند باید چک شود.	۷۰
		نمونه برداری مغز استخوان(فلوسیتومتری، کایمریسم)	۶	روزهای ۱۵+و ۳۰+و ۶۰+و ۹۰+و ۱۸۰+ و ۳۶۵+ پس از پیوند.	۷۰
	ویزیت بعد از ترخیص	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص خون و انکولوژی	۲۴	۱۰۰ روز اول هر هفته و در سال اول هر ماه	۷۰
	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.	۰ - ۷۰ - ۹۰
		داروهای سلول گیری، داروهای ایمنوساپرسیو، داروهای ضد قارچ، داروهای ضد ویروس	حسب نیاز	بر اساس دستور پزشک	۷۰-۹۰
	خدمات بستری		حسب مورد	قبل ، حین و بعد از پیوند و در صورت بروز عوارض پیوند	۰

۱۶- بسته حمایتی پیوند کلیه

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص کلیه- متخصص داخلی	۱۲	هر ماه	۱۰۰
	فوق تخصص گوارش- تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی عفونی فوق تخصص ریه-تخصصی چشم- فوق تخصص روماتولوژی تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی راونپزشک- تخصصی ارولوژی	۲		۱۰۰
	تخصصی قلب- فوق تخصصی غدد	۳	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است	۱۰۰
	سایر تخصص و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵		۱۰۰
	Bone densitometry -رادیولوژی- سونوگرافی - ماموگرافی - آندوسکوپی - Chest x ray - اسپیرومتری -پاپ اسمیر (خانم ها) - MRI شکم و لگن و مغز-VCUG- سی تی اسکن شکم و لگن و ریه و مغز-کولون سکوپي- سونوگرافی داپلر عروق-اکو و نوار قلب ،اسکن هسته ای قلب و آنژیو گرافی	۲	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج	۹۰
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، HbA1C و گروه خونی و RH و PSA (آقایان) Bill total & direct , ptt. pt. INR,GGT ,Albumin serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	۳	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۹۰

	۹۰	هر ۶ ماه یکبار	۳	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNA PCR , HBV DNA PCR	
	۰		۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	
	۰	برای هر گیرنده و دهنده انجام می شود	۲	کراس مچ بین گیرنده و دهنده به روش WBC Cross Match , فلوسیتومتری	
	۹۰	در صورت لزوم در بیماران با تنگی عروق کرونر که با آنژیوگرافی باز نمیشوند	۱	CABG	
	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین، Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV BK virus urin and blood Ag&PCR,	آزمایشات بعد از پیوند
	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، GTT ، PTH، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT ، سدیم ، پتاسیم ، PTH،	
	۹۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک)	متناسب با دستور پزشک	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
	۰	قبل از پیوند ۳۰در صد بیماران	۵	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز قبل پیوند	

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

۱۷- بسته حمایتی پیوند کبد

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص گوارش-متخصص داخلی	۱۲	هر ماه یکبار	۷۰
	فوق تخصص گوارش	۴		۷۰
	تخصصی قلب فوق تخصص غدد	۳		۷۰
	فوق تخصص ریه- تخصصی گوش و حلق و بینی - تخصصی جراحی -تخصصی زنان تخصصی- راونپزشک- فوق تخصص روماتولوژی -متخصص عفونی-متخصص ارولوژی -تخصصی چشم	۲		۷۰
	تخصصی و فوق تخصص دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
تصویربرداری	Bone densitometry -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 راکو و نوار قلب ،اسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و فیبرو اسکن کبد و اسپیرومتري-ERCP	۲	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند در صورت صلاحدید پزشک معالج	۷۰
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، PTH، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY ، فرتین، CRP، HbA1C وگروه خونی و rH و PSA(آقایان) والکتروفروز پروتئین ها Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin serum,Total protein AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	۳	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۷۰
	Bill total & direct , ptt .pt. INR,BUN,Cr,ALK Ph	۳	براساس شرایط بیمار ودر صورت صلاحدید پزشک هفتگی	۷۰

	۷۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۳	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	
	۰	در صورت نیاز	۲	HLA typing گیرنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده HLA typing دهنده	
	۹۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
	۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	
بستری و انجام عمل پیوند	۹۰	قبل از پیوند	۱	بیوپسی کبد	آزمایشات بعد از پیوند
	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ، اندازه گیری سطح سیکلوسپورین ، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره ، کراتینین ، CMV Ab (IgM,IgG), U/A.U/C Bill total & direct , ptt .pt. INR در صورت لزوم CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	
	۷۰	هر ماه یک بار	۱۲	گلوکز ، اسید اوریک ، GTT ، آلکالین فسفاتاز ، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/A ، کلسیم ، فسفر ، سدیم ، پتاسیم Albumin serum و Total protein و AST/SGOT ، ALT/SGOT	
	۹۰	دو بار بعد از پیوند	۲	بیوپسی کبد	
بعد از پیوند	۷۰-۹۰	ماهانه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنو ساپرسیو	
ویزیت بعد از پیوند	۷۰	ابتدا ۲ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه انجام می شود	به ستون توضیحات رجوع شود	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی و جراح کبد	
	۷۰		۲۱	متخصص تغذیه	

۱۸- بسته حمایتی پیوند قلب

نوع خدمت	نام خدمت		تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوششی بیمه ای
لوازم	پس از پیوند	سوزن بیوپسی	۵	در بیمار سرپایی	۷۰
		سوزن بیوپسی	۵	در بیمار بستری	۷۰
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی قلب		۱۲	هر ماه	۷۰
	فوق تخصصی گوارش -فوق تخصصی -کلیه فوق تخصصی عدد		۳		۷۰
	فوق تخصصی ریه- تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان -تخصصی روانپزشک تخصص چشم پزشکی-فوق تخصصی روماتولوژی- تخصص عفونی -تخصص ارولوژی		۲		۷۰
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم		۵		۷۰
					۷۰
تصویربرداری	Bone densitometry –راد یولوژی- سونوگرافی –ماموگرافی – آندوسکوپی –Chest x ray – اسپیرومتری –پاپ اسمیر(خانم ها) داپلر – MRI شکم و لکن و مغز–VCUG– سی تی اسکن شکم و لکن و مغز- کولون سکوبی سونو گرافی داپلر /عروق راسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی و نوار قلب		۲	هر ۶ ماه یک بار قبل از پیوند	۷۰
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، LH ، T4 ، PTH، TSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر،ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ،پتاسیم ، PTH، تومور مارکر، PANEAL REACTIVITY، فریتین، CRP،HbA ₁ C وگروه خونی و RHو		۳	هر ۳ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۷۰

				Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT ,Albumin (آقایان) PSA serum , AC19-9,CA125,ANA,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C,	
	۷۰	هر ۶ ماه یک بار تا قبل از پیوند	۳	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم :: HBV DNA PCR و Hcv RNAPCR	
	۰		۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده	
	۰	قبل از پیوند ۳۰ در صد بیماران	۵	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز	قبل پیوند
	۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	بستری و انجام عمل پیوند
	۹۰	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	متناسب با دستور پزشک	بیوپسی قلب	آزمایشات بعد از پیوند
	۷۰	هر ماه	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیکرولیموس ، اوره، کراتینین، Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR, BK virus urin and blood	
	۷۰	هر ماه	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH.	

داروه های بعد از پیوند	داروهای ایمنوساپرسیو	متناسب با دستور پزشک	هر ماه	۹۰-۷۰
سایر خدمات	اکو - نوار قلب	به ستون توضیحات رجوع شود	قبل از پیوند : حداکثر ۳۰ بار در یک ماه (روزانه یک بار) بعد از پیوند : - در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه - پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه	۷۰
	کت راست			۷۰
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 ۳۰ بار در یک ماه (روزانه یک بار) بعد از پیوند : - در سه ماه اول حداکثر ۳۰ بار در یک ماه - پس از سه ماهه اول : ۳ بار در یک ماه	۷۰
	متخصص تغذیه			۷۰
		۲۱		

۱۹- بسته حمایتی پیوند پانکراس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت/مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	ماهی یکبار	۷۰
	فوق تخصصی قلب فوق تخصصی کلیه فوق تخصصی غدد	۳		۷۰
	فوق تخصصی ریه تخصصی گوش و حلق و بینی تخصص عفونی تخصصی روانپزشک تخصصی جراحی تخصصی زنان تخصص چشم پزشکی تخصص ارولوژی فوق تخصص روماتولوژی	۲		۷۰
	تخصصی و فوق تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
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 لکن و مغز- کولون سکویی-سونوگرافی داپلر عروق راسکن هسته ای قلب آنژیو گرافی- ERCP /نوار قلب	۱	یکبار هر سال قبل از پیوند	۷۰
آزمایشات	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، PTH, TSH, T4, LH, FSH, GTT, آلکالین فسفاتاز، آمیلازولیباز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، UricAcid ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT, AST/SGOT, سدیم ،پتاسیم PTH, تومور مارکر، الکتروفورز پروتئین ها، PANEAL REACTIVITY, CRP, HbA _{1c} و گروه خونی و RH و PSA(آقایان) Bill total & direct , ptt .pt. INR,GGT,Albumin serum ,Total protein AC19-9,CA125, ANA ,AMA,ASMA,Anti.LKMI,VitA,Vit D,U/A.U/C, C protein	۳	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰
	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	۳	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰

			۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده		
	قبل پیوند	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز	۵	قبل از پیوند ۳۰در صد بیماران		۰
	بستری و انجام عمل پیوند	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	۱			۰
		بیوپسی پانکراس	متناسب با دستور پزشک	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند		۹۰
	آزمایشات بعد از پیوند	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس وسیرولیموس ، اوره، کراتینین،سی پیتاید Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood	۱۲	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ ماه بعد از پیوند ماهیانه		۷۰
		گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، PTH, TSH, T4, LH, FSH, GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH، آمیلاز ،لیپاز	۱۲	هرماه یکبار		۷۰
	آنژیوگرافی(تشخیصی و درمانی)		۱	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰درصد(EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند		۹۰
	داروهای بعد از پیوند	داروهای ایمنو ساپرسیو	متناسب با دستور پزشک	هرماه		۷۰-۹۰
	ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی -کلیه و غدد	۲۱			۷۰
		متخصص تغذیه	۲۱			۷۰

۲۰- بسته حمایتی پیوند روده

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد	توضیحات	پوشش بیمه ای
ویزیت / مشاوره قبل از پیوند	ویزیت روتین تخصصی قبل از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش	۱۲	ماهی یکبار	۷۰
	تخصصی قلب - فوق تخصصی کلیه- فوق تخصصی غدد	۳	در صورت داشتن بیماری غدد مراجعه به پزشک غدد بعد از پیوند نیز نیاز است	۷۰
	فوق تخصصی ریه -تخصصی گوش و حلق و بینی- تخصصی جراحی- تخصصی زنان- تخصصی روانپزشک-چشم پزشک -متخصص عفونی -متخصص ارولوژی - فوق تخصصی روماتولوژی	۲		۷۰
	ویزیت /مشاوره تخصصی دیگر در صورت لزوم	۵		۷۰
پاراکلینیکی	تصویربرداری	۱	یکبار هر سال قبل از پیوند	۷۰
	آزمایشات	۱۲	هر ۳ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰
		۱۲	هر ۶ ماه یکبار تا قبل از پیوند	۷۰

				quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNA , HBV DNA PCR		
	۹۰	برای تمام بیماران با عملکرد قلب زیر ۴۰ درصد (EF<40%) ، دیابتی ها ، سیگاری و دارای فشار خون بالا (متناسب با دستور پزشک) قبل از پیوند	۱	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)		
	۰		۲	HLA typing گیرنده فلوسیتومتری بین گیرنده و دهنده Single Antigen Class I&II به روش لومینکس PANEAL REACTIVITY به روش فلوسیتومتری HLA typing دهنده		
قبل پیوند	۰	قبل از پیوند ۲۰ در صد بیماران	۵	پروتکل حساسیت زدایی و پلاسما فریز		
بستری و انجام عمل پیوند	۰		۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط		
	۹۰	در صورت علایمی دال بر رد و بررسی نوع رد پیوند	متناسب با دستور پزشک	پیوستی روده		
داروهای بعد از پیوند	۹۰-۷۰	هر ماه	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنو ساپرسیو		
آزمایشات بعد از پیوند	۷۰	هر ماه	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین، سی پیتاید Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood		
	۷۰	هر ماه	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، FSH ، LH ، T4 ، TSH ، PTH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم ، PTH		
	۷۰		۲۱	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی گوارش و جراح پیوند		

ویزیت تخصصی روتین بعد از پیوند	متخصص تغذیه	۲۱		۷۰	
-----------------------------------	-------------	----	--	----	--

۲۱- بسته حمایتی پیوند ریه

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

	۷۰	هر ۶ماه یکبار تا قبل از پیوند	۱۲	CMV Ab (IgM,IgG), HSV Ab (IgM,IgG),VZA Ab (IgM,IgG),HBS Ab &Ag,HBC Ab,Hcv Ab,HIV,EBV Ab (IgM,IgG),VDRL,Wright,VIDAL,PPD,TB quantifron,hpglori Ab (IgM,IgG),BK virus urin and blood در صورت لزوم : Hcv RNAPCR , HBV DNA PCR	
	۷۰	ابتدا ۲ تا ۳ بار در هفته بعد از ۳ ماه ۲ بار در ماه و ۶ماه بعد از پیوند ماهیانه	۱۲	اندازه گیری سطح تاکرولیموس ،اندازه گیری سطح سیکلوسپورین، اندازه گیری سطح اورلیموس و سیرولیموس ، اوره، کراتینین Pt,ptt,INR, CMV Ab (IgM,IgG) در صورت لزوم CMV Ag&PCR BK virus urin and blood	آزمایشات بعد از پیوند
	۷۰	هر ماه	۱۲	گلوکز ، اسیداوریک، اوره، کراتینین، PTH، TSH ، T4 ، LH ، FSH ، GTT ، آلکالین فسفاتاز، تری گلیسیرید ، کلسترول ، U/C& ، U/A ، کلسیم فسفر، ALT/SGOT ، AST/SGOT، سدیم ، پتاسیم PTH ،	
بستری و انجام عمل پیوند		۰	۱	انجام عمل جراحی پیوند عضو با کلیه اقدامات مرتبط	
		۹۰	۱	بیوپسی ریه	
		۷۰	۲	اکو – نوار قلب	
بعد از پیوند		۹۰	۲	آنژیوگرافی (تشخیصی و درمانی)	
		۷۰	۳۰	تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس	
		۷۰	۳۰	Chest x ray – ، تست نفس، تست ۶ دقیقه نفس	
داروهای بعد از پیوند		۷۰-۹۰	متناسب با دستور پزشک	داروهای ایمنو ساپرسیو	
ویزیت		۷۰	۳۰	ویزیت روتین تخصصی بعد از انجام پیوند ریه ارایه دهنده خدمت : فوق تخصص داخلی ریه و جراحی ریه	
		۷۰	۲۱	متخصص تغذیه	

۲۲- بسته حمایتی بیماری های روانی مزمن

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	توضیحات	پوشش بیمه ای	
خدمات روان درمانی	روان درمانی فردی با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی توسط روانپزشک به ازای هر جلسه حداکثر ۳۰ دقیقه ای (کد ۹۰۰۰۵۱)	۲۴		۷۰	
	گروه درمانی با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی، توسط روانپزشک به ازای هر جلسه به ازای هر نفر در گروه های ۸ تا ۱۲ نفر (کد ۹۰۰۰۹۶)	۱۸		۷۰	
	خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی تا ۳۰ دقیقه توسط روانپزشک (کد ۹۰۰۰۹۳)	۱۲		۷۰	
خدمات کاردرمانی	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه ای (کد ۹۰۰۱۲۵)	۵۰		۰	
	کاردرمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه ای در گروه های ۸ تا ۱۲ نفره (کد ۹۰۰۱۲۷)	۵۰		۰	
خدمات بستری		حسب مورد		۹۰	

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

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

۲۴- بسته حمایتی دندانپزشکی

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		

		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
--	--	--	---

جمعیت گروه هدف در خدمات دندانپزشکی : 506810 بیمار

۲۵- بسته خدمتی صرع مقاوم به درمان

نوع خدمت	انجام دهنده	جزئیات	تواتر انجام	تعداد نفرات مورد نیاز
ویزیت اولیه	نورولوژیست	شامل ویزیت و مشاوره	هر ماه	۱۰۰۰
الکتروانسفالوگرافی روتین	نورولوژیست	-	هر شش ماه	۱۰۰۰
تصویربرداری	رادیولوژیست	MRI با پروتکل صرع و در صورت لزوم fMRI	یک نوبت	۱۰۰۰
تصویربرداری پزشکی هسته ای	متخصص پزشکی هسته ای	اینترایکتال PET	یک نوبت	۳۰۰
		ایکتال SPECT	یک نوبت	۳۰۰
انجام Video EEG monitoring	نورولوژیست / اپیلتولوژیست	بین ۵ تا ۷ شب بسته به نیاز کد خدمتی هر شب ۱/۹۰۱۳۵۵ / معادل K۹۶	یک نوبت	۱۰۰۰
کمیسیون تصمیم گیری جراحی صرع	نورولوژیست / اپیلتولوژیست، جراح اعصاب، رادیولوژیست، نوروسایکیتریست	ویزیت چند تخصصی و مشاوره با بیمار قبل عمل	یک نوبت	۱۰۰۰
تست های نوروسایکیتری	نورولوژیست / نوروسایکیتریست	۹۰۱۵۰۵ (k حرفه ای: ۵/۲ تست روانی عصبی حافظه یا ویسکانس کد: ۹۰۱۵۱۵ (k حرفه ای: ۳ ارزیابی زبان پریشی کد ۹۰۱۴۸۵ (k حرفه ای: ۲ k فنی: ۱ تست تکاملی گسترده: کد: ۹۰۱۵۰۰ (k حرفه ای ۲ k فنی: ۱) تست هوش: کد: ۹۰۰۱۱۰ (k حرفه ای: ۵/۳ k فنی: ۱ تستهای افسردگی و اضطراب: کد ۹۰۰۱۰۰ k حرفه ای: ۳ تست عصبی روانی کد ۹۰۱۵۲۰ (k حرفه ای: ۲ تست عصبی روانی کامپیوتر کد ۹۰۱۵۲۵ (k حرفه ای: ۸/۱ تست استاندارد شناختی: کد ۹۰۱۵۳۰ (k حرفه ای: ۵/۲	یک نوبت	۱۰۰۰

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

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

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

۲۷- بسته حمایتی بیماران با آسیب شنوایی شدید و عمیق

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