

دستورالعمل حمایت از بیماران خاص

معاونت درمان

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بسته حمایتی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور و تالاسمی اینترمدیت

۱. خدمات م شمول حذف یا کاهش فرائز شیبز بیمار که برا ساس ابلاغیه دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی طی نامه شماره ۲۱۵۸۷۲ مورخ ۹۳/۱۱/۱۸ از طرف دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، تحت پوشش بیمه های پایه قرار دارند.

۱.۱. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از:

ردیف	نام دارو
۱	DEFEROXAMINE for Inj 500mg
۲	DEFRIPIRON Tab E.C.Tab 500mg
۳	DEFERASIROX Tab 500,250,125mg

حذف و یا کاهش فرائز برندهای مختلف داروهای فوق الذکر بر اساس جدول سایت بیمه ی سلامت ایرانیان می باشد.

۱.۲. تزریق خون به بیماران تالاسمی: در بیماران تالاسمی، هزینه هر بار تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون (شامل ویزیت، کراس مچ خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با کد ملی ۳۰۲۳۴۵ و با ارزش نسبی K ۳/۵ و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی K ۳ قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرائز شیبز به این بیماران ارائه میگردد. فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرائز شیبز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

۱.۳. تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی: تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی به ۲ صورت انجام می شود:

الف) هزینه تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم به جز پمپ و آمپول دفروکسامین مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ با ارزش نسبی K ۱/۵ بابت هر نوبت به صورت رایگان به بیماران ارائه می گردد.

ب) هزینه لوازم مصرفی دفروکسامین در منزل معادل ۳ک به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز پمپ و آمپول دفروکسامین(به شرح جدول زیر) مشمول حذف فرانشیز میباشد. (براساس بخشنامه های جاری)

اسکالپ وین	۲۵ عدد
سرنگ ۱۰ سی سی زیر ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
سرنگ ۲۰ سی سی بالای ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
چسب ضد حساسیت	یک حلقه
پنبه	یک بسته
الکل	۱۵۰ سی سی

تبصره: به ازای هر ویال دفروکسامین، ۲ ویال آب مقطر 5CC در نسخه بیمار با حذف فرانشیز داده می شود.

۱.۴. **هزینه پمپ دفروکسامین:** در صورت احراز خرید از سوی بیمار بر اساس نرخ اعلامی از سوی مدیریت تجهیزات پزشکی به بیمه، مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی بیمه، هر ۳ سال یکبار براساس فاکتور خرید امکان پذیر است.

تبصره: در صورت نیاز بیمار به پمپ در فاصله زمانی کمتر از ۳ سال با تایید ادارات کل بیمه استانی قابل پرداخت می باشد.

۱.۵. **فیلتر خون:** فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

۱.۶. **هزینه بستری بابت عمل جراحی اسپلنکتومی** در این بیماران طبق تعرفه دولتی مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد.

۱.۷. **هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای تالاسمی مینور** که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند مشمول حذف فرانشیز است.

۱.۸. **آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV** و تعیین ژنوتیپ ویروس هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR همراه با تفسیر گزارش و انجام آزمایش فریتین مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد.

تبصره: در بیماران سیکل سل آنمیا و سیکل تالاسمی، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی مشمول حذف فرانشیز(رایگان) است. این بیماران دفترچه بیماران خاص دریافت نمی کنند.

۲. خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانشیز مورد تعهد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۲,۱. فرانشیز موارد بستری مرتبط با بیماری تالاسمی تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان
- ۲,۲. فرانشیز ویزیت روتین (عمومی/داخلی/متخصص اطفال/فوق تخصص خون) در هر بار مراجعه (حداکثر تا ۱۵ بار در سال)
- ۲,۳. فرانشیز ویزیت فوق تخصص گوارش (برحسب نیاز حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۴. فرانشیز ویزیت فوق تخصص غدد (بعد از ۱۰ سالگی حداکثر سالی ۲ بار)
- ۲,۵. فرانشیز ویزیت فوق تخصص قلب (بعد از ۶ سالگی حداکثر سالی ۲ بار)
- ۲,۶. فرانشیز ویزیت متخصص جراحی (برحسب نیاز حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۷. فرانشیز ویزیت روانپزشک (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۸. خدمات دندانپزشکی سالی یکبار تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان
- ۲,۹. فرانشیز شنوایی سنجی با کد ملی ۹۰۰۴۸۰ و ارزش نسبی ۰,۴k (بعد از ۶ سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۱۰. فرانشیز بینایی سنجی با کد ملی ۹۰۰۲۷۰ و ارزش نسبی ۱,۵ k (بعد از ۶ سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۱۱. فرانشیز اکوکاردیوگرافی با کد ملی ۹۰۰۷۵۰ و ارزش نسبی ۱۱k (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۱۲. فرانشیز Bone densitometry با کد ملی ۷۰۰۹۲۵ و ارزش نسبی ۱۷,۹۱ k (بعد از ۱۸ سالگی حداکثر هر ۴ سال یکبار)

- ۲,۱۳. فرانشیز **MRI-T2*** با کدملی ۷۰۴۲۷۵ و ارزش نسبی K ۱۴,۲۵ (برحسب نیاز حداکثر هر ۲سال یکبار)
- ۲,۱۴. فرانشیز آزمایش **CBC** با کدملی ۸۰۲۰۰۰ و ارزش نسبی K ۰,۳۴ (حداکثر ۱۲ بار در سال)
- ۲,۱۵. فرانشیز آزمایش اسیداوریک با کدملی ۸۰۰۴۲۵ و ارزش نسبی K ۰,۲ (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۱۶. فرانشیز آزمایش **U/A** با کدملی ۸۰۰۲۱۰ و ارزش نسبی K ۰,۰۸ (حداکثر ۶ بار درسال)
- ۲,۱۷. فرانشیز آزمایش گلوکز با کدملی ۸۰۰۴۰۰ و ارزش نسبی K ۰,۱۸ (حداکثر ۲بار در سال)
- ۲,۱۸. فرانشیز آزمایش اوره با کدملی ۸۰۰۴۱۵ و ارزش نسبی K ۰,۱۶ (حداکثر ۶ بار درسال)
- ۲,۱۹. فرانشیز آزمایش کراتینین با کدملی ۸۰۰۴۲۰ و ارزش نسبی K ۰,۲ (حداکثر ۶ بار درسال)
- ۲,۲۰. فرانشیز آزمایش کلسیم با کدملی ۸۰۰۴۸۵ و ارزش نسبی K ۰,۲۵ (حداکثر ۲بار درسال)
- ۲,۲۱. فرانشیز آزمایش فسفر با کدملی ۸۰۰۴۹۵ و ارزش نسبی K ۰,۲۱ (حداکثر ۲بار درسال)
- ۲,۲۲. فرانشیز آزمایش استرادیول با کدملی ۸۰۱۴۸۵ و ارزش نسبی K ۱,۱۵ (در دختران بعد از ۱۵سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۲۳. فرانشیز آزمایش **DHEA-P** با کدملی ۸۰۱۴۶۵ و ارزش نسبی K ۰,۹۸ (در پسران بعد از ۱۵سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۲۴. فرانشیز آزمایش **FSH** با کدملی ۸۰۱۴۴۰ و ارزش نسبی K ۰,۸ (بعد از ۱۵سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۲۵. فرانشیز آزمایش **LH** با کدملی ۸۰۱۴۴۵ و ارزش نسبی K ۰,۸ (بعد از ۱۵سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۲۶. فرانشیز آزمایش **T4** با کدملی ۸۰۱۴۰۵ و ارزش نسبی K ۰,۶۴ (بعد از ۱۰سالگی حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۲۷. فرانشیز آزمایش **TSH** با کدملی ۸۰۱۴۱۵ و ارزش نسبی K ۰,۸۳ (بعد از ۱۰سالگی حداکثر سالی یکبار)

۲,۲۸. فرانشیز آزمایش PTH باکدملی ۸۰۱۵۰۰ و ارزش نسبی ۱,۲۲K (بعد از ۱۰ سالگی حداکثر سالی یکبار)

۲,۲۹. فرانشیز آزمایش GTT باکدملی ۸۰۰۴۱۰ و ارزش نسبی ۰,۶K (بعد از ۱۰ سالگی حداکثر سالی یکبار)

۲,۳۰. فرانشیز آزمایش آلکالین فسفاتاز باکدملی ۸۰۰۵۴۰ و ارزش نسبی ۰,۲۵K (حداکثر ۲ بار در سال)

۲,۳۱. فرانشیز آزمایش ALT/SGPT باکدملی ۸۰۰۵۳۵ و ارزش نسبی ۰,۲۵K (حداکثر ۶ بار در سال)

۲,۳۲. فرانشیز آزمایش AST/SGOT باکدملی ۸۰۰۵۳۰ و ارزش نسبی ۰,۲۵K (حداکثر ۶ بار در سال)

۲,۳۳. هزینه آزمایش تأمین خون سازگار Kell منفی تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان (به ازای هر نوبت تزریق خون)

- معاونت درمان دانشگاه موظف است کلیه خدمات بسته خدمتی تالاسمی را بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع ارائه نماید. تبصره: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان موظف است خدمت مربوطه را از مراکز خیریه و یا خصوصی، خریداری نماید.
- فرانشیز خدمات ارائه شده بر اساس دستورالعمل و مطابق اطلاعات ثبت شده توسط معاونت درمان دانشگاه در پورتال اداره پیوند و بیماریهای خاص در قالب اعتبارات سه ماهه قابل پرداخت می باشد.
- تبصره: در خصوص ارائه ی خدمات غیر مترقبه مرتبط با بیماری که در بسته ی خدمتی فوق موجود نمی باشد، مراتب جهت تصمیم گیری به اطلاع اداره پیوند و بیماری های خاص وزارت متبوع رسانده شود. (براساس فرم مربوطه)

بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

۱. خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانشیز بیمار که بر اساس ابلاغیه دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی طی نامه شماره ۲۱۵۸۷۲ مورخ ۹۳/۱۱/۱۸ از طرف دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، تحت پوشش بیمه های پایه قرار دارند.

۱،۱ در این بیماران داروهای تخصصی به شرح ذیل مشمول کاهش فرانشیز می گردند:

ردیف	نام دارو
۱	INTERFERON BETA-1b for Inj 30 MCG
۲	INTERFERON BETA-1a for Inj 44 MCG/5ml
۳	INTERFERON BETA-1a for Inj 8 million U/1ml
۴	METHYL PREDNISOLON for Inj 500 mg
۵	GLATIRAMER ACETAT for Inj 20mg/ml, 40mg/ml (Copamer – Osvimer, Cinnomer)
۶	Fingolimod Tab-Cap
۷	Natalizimab Amp

تبصره: حذف و یا کاهش فرانشیز داروهای فوق الذکر بر اساس جدول سایت بیمه ی سلامت ایرانیان می باشد.(حذف و کاهش فرانشیز مشمول داروهای تولید داخل بوده و داروهای خارجی (برند) مشمول کاهش فرانشیز نمی شوند).

۱،۲ تشخیص MS منوط به تأیید بیماری توسط متخصص مغزو اعصاب و ثبت در معاونت درمان دانشگاه می باشد. درمورد داروهای فینگولیمود و نتالیزومباب تأیید کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی مورد نیاز می باشد.

۲. خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانشیز مورد تعهد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۲,۱ فرانشیز بستری در موارد مرتبط با بیماری MS بیمار تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان
- ۲,۲ فرانشیز MRI مغز با کد ملی ۷۰۴۰۰۵ و ارزش نسبی K ۸,۳۴ (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۳ فرانشیز MRI نخاع با کد ملی ۷۰۴۰۱۵ و ارزش نسبی K ۸,۳۴ (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۴ فرانشیز پلاسمافریز با کد ملی ۸۰۲۵۵۵ و ارزش نسبی K ۴,۱۷ (حداکثر سالی یک دوره)
- ۲,۵ فرانشیز فیزیوتراپی با کد ملی ۹۰۱۶۴۵ و ارزش نسبی K ۱,۷ (حداکثر ۳۶ جلسه در سال)
- ۲,۶ فرانشیز ویزیت متخصص طب فیزیکی و توانبخشی (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۷ فرانشیز ویزیت متخصص چشم (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۸ فرانشیز ویزیت نورولوژیست (حداکثر ۴ بار در سال)
- ۲,۹ فرانشیز ویزیت روانپزشک (حداکثر ۲ بار در سال)
- ۲,۱۰ فرانشیز ویزیت متخصص داخلی و یا قلب (حداکثر سالی یکبار)
- ۲,۱۱ فرانشیز آزمایش CBC با کد ملی ۸۰۲۰۰۰ و ارزش نسبی K ۰,۳۴ (حداکثر ۴ بار در سال)
- ۲,۱۲ فرانشیز آزمایش ALT با کد ملی ۸۰۰۵۳۵ و ارزش نسبی K ۰,۲۵ (حداکثر ۴ بار در سال)
- ۲,۱۳ فرانشیز آزمایش AST با کد ملی ۸۰۰۵۳۰ و ارزش نسبی K ۰,۲۵ (حداکثر ۴ بار در سال)
- ۲,۱۴ فرانشیز داروهای تولید داخل (سینوکس - رسیژن - زیفرون - اسویمر - کوپامر سینومر - فینگولیمود)

– معاونت درمان دانشگاه موظف است کلیه خدمات بسته خدمتی ام اس را بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع ارائه نماید. تبصره: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان موظف است خدمت مربوطه را از مراکز خیریه و یا خصوصی، خریداری نماید.

– فرانشیز خدمات ارائه شده بر اساس دستورالعمل و مطابق اطلاعات ثبت شده توسط معاونت درمان دانشگاه در پورتال اداره پیوند و بیماریهای خاص در قالب اعتبارات سه ماهه قابل پرداخت می باشد.

تبصره: در خصوص موارد خاص مانند اطفال مبتلا به ام اس و یا ارائه ی خدمات غیر مترقبه مرتبط با بیماری که در بسته ی خدمتی فوق موجود نمی باشد، مراتب جهت تصمیم گیری به اطلاع اداره پیوند و بیماری های خاص وزارت متبوع رسانده شود.

بسته حمایتی بیماران دیالیزی

۱- دیالیز خونی

۱,۱ خدمات مشمول حذف فرائشیز بیمار که بر اساس ابلاغیه دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی طی نامه شماره ۲۱۵۸۷۲ مورخ

۹۳/۱۱/۱۸ از طرف دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، تحت پوشش بیمه های پایه قرار دارند.

۱,۱,۱ همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش های خصوصی و خیریه با کد ۹۰۰۱۴۵ و با ارزش نسبی هر جلسه دیالیز K ۲۳ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱,۱,۲ همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش های دولتی با کد ۹۰۰۱۴۵ و با ارزش نسبی هر جلسه دیالیز K ۱۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱,۱,۳ همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای ۶ جلسه اول) با کد ۹۰۰۱۴۰ و با ارزش نسبی هر جلسه دیالیز K ۱۷ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱,۱,۴ ست کامل دیالیز (سوزن، لوله رابط، صافی دیالیز، پودر بی کربنات و محلول دیالیز): در ارتباط با هر جلسه دیالیز بیماران تحت پوشش بیمه پایه علاوه بر پرداخت

سهام بیمه شده و سهم سازمان (تعرفه گلوبال دیالیز K ۱۵ در بخش دولتی و ۲۳K در بخش خصوصی) هزینه ست کامل دیالیز بر اساس فاکتور خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه بیمارستانهای طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت می شود

۱,۱,۵ کاتترهای سابکلوین دایم، موقت و همچنین گرافت های عروقی بر اساس ضوابط جاری بیمه ای به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۱,۱,۶ هزینه شالون گذاری در این بیماران مطابق کد ۳۰۲۵۱۵ و با ارزش نسبی K ۹ به صورت رایگان قابل محاسبه و پرداخت می باشد. در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی

برابر K ۷ به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۱,۱,۷ ایجاد فیستول شریانی - وریدی در این بیماران مطابق کد ۳۰۲۵۳۵ و با ارزش ۳۷K (سهم جراحی ۲۹K و سهم بیهوشی ۸K) به صورت رایگان به این بیماران ارائه می

گردد.

۱,۱,۸ تعبیه گرافت عروقی در پا، دست و یا پیوندوریدبا کد ۳۰۲۵۵ با ارزش نسبی K ۴۳ (سهم جراحی ۳۵K و سهم بیهوشی ۸K) به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۱,۱,۹ اریتروپیتین (تمام دوز و اشکال مورد تعهد) در بخش سرپایی و بستری به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۱,۱,۱۰ IRON SUCROSE و سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی در بخش سرپایی و بستری به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۱,۱,۱۱ Sevelamer در بخش سرپایی و بستری به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۱,۲ خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانشیز مورد تعهد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۱,۲,۱ فراند شیز آزمايه شهائ سه ماهه شامل: Ferritin, Serum Iron, TIBC, Alkph , SGOT, SGPT, CRP, Chol , TG, HDL ,LDL,PTH ,Albumin (حداکثر ۴ بار در سال برای هر بیمار) uric acid ، serum
- ۱,۲,۲ فرانشیز آزمائشهائ ۶ ماهه شامل: HBSAb, HBSAb, HCVAb, HIVAb (حداکثر ۲ بار در سال برای هر بیمار)
- ۱,۲,۳ فرانشیز اکو قلب با کد ۹۰۰۷۸۵ با ارزش نسبی K ۹,۵ (حداکثر هر سه سال یکبار برای هر بیمار)
- ۱,۲,۴ فرانشیز داپلر عروق مرتبط با درمان دیالیز و تشخیص و درمان عوارض دیالیز جهت تعبیه دستیابی عروقی با کد ۹۰۰۷۴۰ و با ارزش نسبی K ۱۴,۷ (حداکثر ۱ بار در سال برای هر بیمار)
- ۱,۲,۵ فرانشیز نوار قلبی با کد ۹۰۰۷۱۰ و با ارزش نسبی K ۱ (حداکثر ۱ بار در سال برای هر بیمار)
- ۱,۲,۶ فرانشیز رادیولوژی ساده قفسه سینه با کد ۷۰۰۱۴۵ و با ارزش نسبی K ۲,۹۵ مرتبط با درمان دیالیز و تشخیص و درمان عوارض دیالیز (حداکثر ۱ بار در سال برای هر بیمار)
- ۱,۲,۷ فرانشیز سونوگرافی شکم با کد ۷۰۱۵۵۵ و با ارزش نسبی K ۵ مرتبط با درمان دیالیز و تشخیص و درمان عوارض دیالیز (حداکثر ۱ بار در سال برای هر بیمار)
- ۱,۲,۸ فرانشیز ویزیت های مرتبط با دیالیز و عوارض آن: متخصص غدد (حداکثر سالی یکبار) ، ارتوپدی (حداکثر سالی یکبار) ، قلب (حداکثر سالی یکبار) ، روان پزشکی (حداکثر سالی یکبار) و تغذیه (حداکثر ۲ بار در سال)
- تبصره: ویزیت های فوق الذکر بر اساس صلاحدید پزشک معالج صورت خواهد پذیرفت.
- ۱,۲,۹ فرانشیز بستری بیمار بعلت عوارض مرتبط با دیالیز خونی بر اساس صلاحدید پزشک معالج تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان

۲- دیالیز صفاقی

۲,۱ خدمات مشمول حذف فرانسئز بیمار که برا اساس ابلاغیه دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص ، صعب العلاج و سرطانی طی نامه شماره ۲۱۵۸۷۲ مورخ ۹۳/۱۱/۱۸ از طرف دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، تحت پوشش بیمه های پایه قرار دارند.

۲,۱,۱ عمل کاتتر گذاری جهت دیالیز صفاقی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه مطابق کد ۹۰۰۱۵۰ و با ارزش نسبی K۱۵۰ قابل پرداخت است.

تبصره ۱: در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد ، بند فوق قابل اجرا می باشد.

تبصره ۲: کاتتر دیالیز صفاقی به صورت رایگان به بیماران ارائه می گردد.

۲,۱,۲ آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی توسط نفرولوژیست بر اساس راهنمای طبابت بالینی (به پیوست شماره ۱) با کد ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی K ۱۲ به صورت رایگان می باشد

۲,۱,۳ تامین محلول و ملزومات مصرفی ماهیانه دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی به صورت رایگان بوده و مراکز صرفا تعرفه های مندرج در بندهای فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند

۲,۱,۴ اریتروپئیٲین (تمام دوز و اشکال مورد تعهد) در بخش سرپایی و بستری به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد

۲,۱,۵ IRON SUCROSE و سایر ترکیبات آهن وریدی تزریقی در بخش سرپایی و بستری به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۲,۱,۶ Sevelamer در بخش سرپایی و بستری به صورت رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۲,۲ خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانسئز مورد تعهد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲,۲,۱ فرانسئز آزمایشهای روتین (ماهانه) ,Cr, BUN, FBS, diff, CBC, KT/V, Uric Acid, P, Ca, K, Na و آزمایشهای مرتبط با عوارض عفونی و غیر عفونی دیالیز صفاقی (در صورت بروز)

۲,۲,۲ فرانسئز آزمایشهای ۶ ماهه شامل: CRP, PTH, HDL, LDL, TG, Cholesterol, SGOT, SGPT, PET, Ferritin, Serum Iron, TIBC, Alkph, (حداکثر ۲ بار در سال برای هر بیمار به صلاحدید پزشک بیمار)

۲,۲,۳ فرانسئز آزمایش سالیانه HBSAg, HBSAb, HCVAb, HIVAb سالی یکبار

- ۲,۲,۴ فرانسیز آزمایشات تخصصی مرتبط با بیماری در کودکان تحت درمان دیالیز با صلاحدید پزشک مسئول بیمار(برحسب نیاز حداکثر ۲بار در سال)
- ۲,۲,۵ فرانسیز اکو با کد ۹۰۰۷۸۵ با ارزش نسبی K ۹,۵ (حداکثر هر ۴ سال یکبار برای هر بیمار با صلاحدید پزشک معالج بیمار)
- ۲,۲,۶ فرانسیز نوار قلبی با کد ۹۰۰۷۱۰ و با ارزش نسبی K ۱ (حداکثر ۱بار درسال با صلاحدید پزشک معالج)
- ۲,۲,۷ فرانسیز رادیولوژی ساده قفسه سینه با کد ۷۰۰۱۴۵ و با ارزش نسبی K ۲,۹۵ مرتب با درمان دیالیزو تشخیص و درمان عوارض دیالیز.(حداکثر ۱بار درسال برای هر بیمار)
- ۲,۲,۸ فرانسیز رادیولوژی ساده شکم با کد ۷۰۰۲۵۵ و با ارزش نسبی K ۱,۵۶ مرتب با درمان دیالیزو تشخیص و درمان عوارض دیالیز.(حداکثر ۱بار درسال برای هر بیمار)
- ۲,۲,۹ فرانسیز CTScan شکم- لگن با کنتراست با کد ۷۰۲۳۰۰ و با ارزش نسبی K ۹,۰۱ مرتب با درمان دیالیزو تشخیص و درمان عوارض دیالیز (حداکثر ۱بار درسال برای هر بیمار)
- ۲,۲,۱۰ فرانسیز سونوگرافی شکم با کد ۷۰۱۵۵۵ و با ارزش نسبی K ۵ مرتب با درمان دیالیزو تشخیص و درمان عوارض دیالیز (حداکثر ۱بار درسال برای هر بیمار)
- ۲,۲,۱۱ فرانسیز بستری بیمار بعلت عوارض مرتبط با دیالیز صفاقی با صلاحدید پزشک بیمار.
- ۲,۲,۱۲ فرانسیز ویزیت های مرتبط با دیالیز صفاقی و عوارض آن: متخصص غدد(حداکثر سالی یکبار) ، ارتوپدی(حداکثر سالی یکبار) ، قلب (حداکثر سالی یکبار) ، روان پزشکی (حداکثر سالی یکبار) و تغذیه(حداکثر ۲ بار در سال)
- تبصره: کلیه ی ویزیت های فوق الذکر بر اساس صلاحدید پزشک معالج بیمار درخواست خواهد شد.

- معاونت درمان دانشگاه موظف است کلیه خدمات بسته خدمتی دیالیز را براساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع ارائه نماید.
- تبصره: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان موظف است خدمت مربوطه را از مراکز خیریه و یا خصوصی، خریداری نماید.
- فرانسیز خدمات ارائه شده بر اساس دستورالعمل و مطابق اطلاعات ثبت شده توسط معاونت درمان دانشگاه در پورتال اداره پیوند و بیماریهای خاص در قالب اعتبارات سه ماهه قابل پرداخت میباشد.
- تبصره: در خصوص ارائه ی خدمات غیر مترقبه مرتبط با بیماری که در بسته ی خدمتی فوق موجود نمی باشد، مراتب جهت تصمیم گیری به اطلاع اداره پیوند و بیماریهای خاص وزارت متبوع رسانده شود.

بسته حمایتی بیماران مبتلا به هموفیلی

۱- خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانشیز بیمار که براساس ابلاغیه دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی طی نامه شماره ۲۱۵۸۷۲ مورخ

۹۳/۱۱/۱۸ از طرف دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، تحت پوشش بیمه های پایه قرار دارند. (تعهدات بیمه ای)

۱،۱- داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سرپایی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد به شرح جدول ذیل می باشد:

ردیف	نام دارو
۱	Factor VII
۲	Factor VIII
۳	Factor VIII.Vonwillebrand
۴	Factor IX
۵	Factor XIII
۶	PCC
۷	FEIBA
۸	Fibrinogen
۹	Desmopressin

- ۱,۲- هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۵۰ و با ارزش نسبی ۳K و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۳K قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می گردد.
- ۱,۳- تزریق خون، پلاسما و کرایو و پلاکت هزینه هر بار تزریق با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۴۰ و با ارزش نسبی K ۲/۵ و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی K ۳ قابل محاسبه و پرداخت بوده و مشمول حذف فرانشیز می باشد. در صورت تزریق خون، فیلتر خون جداگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت میگردد.
- ۱,۴- آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR همراه با تفسیر گزارش و انجام آزمایش فریتین، انجام آزمایش سطح فاکتور و مهار کننده مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد.
- ۱,۵- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی بر اساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و با ارزش نسبی K ۱/۲ و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی K ۴ قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز میگردد.
- ۱,۶- تعویض مفصل بیماران هموفیلی: هزینه بستری (شامل جراحی، پروتز و ...) در مفاصل زانو، شانه، هیپ در تعهد بیمه ها بوده و مشمول حذف فرانشیز میشود.
- ۱,۷- هزینه آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی:
- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی ۸۰۶۵۴۵، ۸۰۶۵۴۰ و ۸۰۶۵۵۰ در مادرانیکه سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند مشمول حذف فرانشیز است
- تبصره:** تا قبل از شروع بکار سیستم ارجاع مشاورین، سازمانهای بیمه گر بر اساس دستورالعمل های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام مینمایند.
- ۱,۸- بابت نمونه برداری از پرزهای کوریونی جفت با هر روش ، K ۱۲/۲ پرداخت می شود.

۲- خدمات مشمول حذف یا کاهش فرانشیز مورد تعهد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۲,۱- فرانشیز بستری مرتبط با بیماری هموفیلی تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان .
- ۲,۲- فرانشیز پروسیجرها ، اعمال جراحی ارتوپدی و تعویض مفصل مرتبط با بیماری، پروتز و وسایل مورد استفاده در تعویض مفصل (بجز مفصل زانو، شانه و هیپ که مشمول حذف فرانشیز بیمه هستند) در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستانهای دولتی (برحسب نیاز) .
- ۲,۳- هزینه درمان پلاسمافرزیز با کد ملی ۸۰۲۵۵۵ و ارزش نسبی K ۴/۱۷ و ست انجام (حداکثر ۳ بار در سال) .
- ۲,۴- فرانشیز تزریق پلاکت (معمولی یا اشعه دیده) با کد ملی ۳۰۲۳۴۰ و با ارزش نسبی K ۲/۵ و هزینه فیلتر لکوسیت پلاکت و فیلتر لکوسیت bed side (۳ بار در سال)
- ۲,۵- هزینه تهیه ست برای پلاکت از سینگل دانور (۳ بار در سال)
- ۲,۶- فرانشیز چسب فیبرینی و فیلتر پلاکتی برای بیماران هموفیل پس از ثبت در سامانه عملکرد .

- ۲,۷- فرانشیز آزمایش CBC با کد ملی ۸۰۲۰۰۰ و ارزش نسبی k ۰/۳۴ (حداکثر ۴ بار در سال) .
- ۲,۸- فرانشیز آزمایش T.bil با کد ملی ۸۰۰۵۲۵ و ارزش نسبی k ۰/۳۹ (حداکثر ۲ بار در سال) .
- ۲,۹- فرانشیز آزمایش D.bil با کد ملی ۸۰۰۵۲۵ و ارزش نسبی k ۰/۳۹ (حداکثر ۲ بار در سال) .
- ۲,۱۰- فرانشیز آزمایش آلکالین فسفاتاز با کد ملی ۸۰۰۵۴۰ و ارزش نسبی k ۰/۲۵ (حداکثر ۲ بار در سال) .
- ۲,۱۱- فرانشیز آزمایش ALT/SGPT با کد ملی ۸۰۰۵۳۵ و ارزش نسبی k ۰/۲۵ (حداکثر ۲ بار در سال) .
- ۲,۱۲- فرانشیز آزمایش ALT/SGOT با کد ملی ۸۰۰۵۳۰ و ارزش نسبی k ۰/۲۵ (حداکثر ۲ بار در سال) .
- تبصره: در موارد علامت دار، اگر هیپاتیت مثبت باشد با نظر پزشک معالج آنزیمهای کبدی هر سه ماه یکبار تست شود.
- ۲,۱۳- فرانشیز آزمایش PTT با کد ملی ۸۰۲۲۲۰ و ارزش نسبی k ۰/۳۵ (حداکثر ۳ بار در سال) .
- ۲,۱۴- فرانشیز آزمایش Mixed PTT با کد ملی ۸۰۲۲۲۰ و ارزش نسبی k ۰/۳۵ (حداکثر ۳ بار در سال) .
- ۲,۱۵- فرانشیز ویزیت روتین (عمومی/داخلی/متخصص اطفال/فوق تخصص خون در هر بار مراجعه) (حداکثر ۲۵ بار در سال) .
- ۲,۱۶- فرانشیز ویزیت فوق تخصص گوارش (حداکثر ۲ بار در سال) .
- ۲,۱۷- فرانشیز ویزیت متخصص توانبخشی (حداکثر ۲ بار در سال) .
- ۲,۱۸- فرانشیز ویزیت متخصص عفونی (حداکثر ۱ بار در سال) .
- ۲,۱۹- فرانشیز ویزیت متخصص ارتوپدی (حداکثر ۴ بار در سال) .
- ۲,۲۰- فرانشیز ویزیت متخصص زنان (حداکثر ۴ بار در سال) .
- ۲,۲۱- فرانشیز ویزیت روانپزشک یا روانشناس (حداکثر ۴ بار در سال) .
- ۲,۲۲- فرانشیز انجام رادیولوژی مطابق جدول بسته خدمتی (اندامهای مختلف)
- ۲,۲۳- فرانشیز CT Scan هر مفصل با کد ملی ۷۰۳۰۲۵ و ارزش نسبی k ۵/۵۸ (حداکثر ۱ بار در سال)
- ۲,۲۴- فرانشیز CT Scan لگن بدون تزریق با کد ملی ۷۰۲۹۰۵ و ارزش نسبی k ۰/۶۹۱ (حداکثر ۱ بار در سال)
- ۲,۲۵- فرانشیز MRI هر مفصل بدون ماده حاجب با کد ملی ۷۰۴۰۴۰ و ارزش نسبی k ۸/۳۴ (حداکثر ۱ بار در سال) .
- ۲,۲۶- فرانشیز Bone densitometry با کد ملی ۷۰۰۹۲۵ و ارزش نسبی k ۱۷,۹۱ (حداکثر ۱ بار در سال) .

- ۲,۲۷- فرانشیز خدمات دندانپزشکی (بجز ارتودنسی) تا سقف هزینه مشخص شده در پورتال معاونت درمان (حداکثر ۴ بار در سال) .
- ۲,۲۸- فرانشیز کلیه اعمال جراحی مائور و مینور مرتبط با بیماری، جهت درمان، تسکین علائم یا کاهش سرعت روند عوارض هموفیلی در مراکز درمان هموفیلی، در صورت تأیید ضرورت، توسط سرپرست علمی مورد تأیید وزارت متبوع در مراکز فوق الذکر .
- ۲,۲۹- فرانشیز هزینه اندام های مصنوعی، اورتز و پروتز، عصا و ویلچر و ابزارهای حرکتی، گچ گیری و اسپلینت ها و غیره مرتبط با بیماری و عوارض آن بر اساس سقف ذکر شده در پورتال معاونت درمان
- ۲,۳۰- فرانشیز خدمات **توانبخشی** (فیزیوتراپی – کار درمانی) به صورت بستری و سرپایی پس از کسر سهم سازمان های بیمه گر و یا جلسات بیش از سقف ماهانه سازمانهای بیمه گر .
- ۲,۳۱- فرانشیز داروهای بی فسفونات در درمان پوکی استخوان ، درمانهای هورمونی مرتبط با بیماری های زنان و زایمان در بیماران مونث سمپتوماتیک یا در دوران حاملگی . (برحسب نیاز)
- معاونت درمان دانشگاه موظف است کلیه خدمات بسته خدمتی هموفیلی را بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع ارائه نماید.
- تبصره: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاون درمان موظف است خدمت مربوطه را از مراکز خیریه و یا خصوصی ذیصلاح، خریداری نماید.
- فرانشیز خدمات ارائه شده بر اساس دستورالعمل و مطابق اطلاعات ثبت شده توسط معاونت درمان دانشگاه در پورتال اداره پیوند و بیماریهای خاص در قالب اعتبارات سه ماهه قابل پرداخت می باشد.
- تبصره: در خصوص ارائه ی خدمات غیر مترقبه مرتبط با بیماری که در بسته ی خدمتی فوق موجود نمی باشد(نظیر موارد اورژانس هپاتیت C)، مراتب جهت تصمیم گیری به اطلاع اداره پیوند و بیماری های خاص وزارت متبوع رسانده شود.