

دستور العمل به خدمتی

بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی

مقدمه :

این دستورالعمل به حذف یا کاهش فرانشیز دارو و خدمات بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، پیوند کلیه، ام اس ، دیالیز و دیالیز صفاقی)، صعب‌العلاج و سرطانی به منظور کاهش پرداخت از جیب و جبران بخشی از هزینه های درمان آنها اختصاص دارد.

توضیح:

* هزینه کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت مذکور در این دستورالعمل (اعم از اینکه در بخش دولتی، عمومی غیر دولتی و یا خصوصی ارائه گردد) بر مبنای ارزش ریالی k دولتی محاسبه و پرداخت می گردد.

* در موارد خدمات مشمول ۲ K کای دوم مشمول حذف فرانشیز نمی باشد و هزینه ای نیز بابت فرانشیز کای دوم از بیمار دریافت نمی گردد

فهرست تعهدات مشمول این دستورالعمل :

الف) تعهدات همودیالیز

- ۱- خدمت همودیالیز
- ۲- تعبیه راه عروقی
- ۳- هزینه لوازم مصرفی
- ۴- داروهای تخصصی

ب) تعهدات دیالیز صفاقی

- ۱- عمل کاتتر گذاری
- ۲- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- ۳- هزینه محلول دیالیز صفاقی

ج) تعهدات تالاسمی

- ۱- داروهای تخصصی
- ۲- تزریق خون
- ۳- فیلتر خون
- ۴- تزریق دفر وکسامین
- ۵- هزینه پمپ دفر وکسامین
- ۶- هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص
- ۷- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد
- ۸- آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV

د) تعهدات هموفیلی

- ۱- داروهای تخصصی
- ۲- تزریق فاکتور
- ۳- تزریق خون و فرآورده های خونی

۴- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی

۵- آزمایشات Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV

۶- تعویض مفصل

۷- آزمایش ژنتیک تشخیصی پیش از تولد هموفیلی

هـ) تعهدات MS

۱- داروهای تخصصی

و) تعهدات پیوند کلیه

۱- عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه)

۲- داروهای تخصصی

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی

تعهدات شیمی درمانی

۱- هزینه خدمت شیمی درمانی و رادیوتراپی

۲- هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی

۳- جدول ملزومات

۴- هزینه کارگزاری پورت

۵- هزینه سوزن پورت

۶- هزینه کاتتر پورت

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

۱- هزینه خدمت رادیوتراپی

۲- هزینه ماسک های رادیوتراپی

۳- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی

بیماران دیالیزی :

الف) شامل بیمارانی است که دچار نارسایی مزمن کلیه می باشند و نیاز به انجام دیالیز دارند. (دیالیز خونی و صفاقی)

ب) بیمارانی که به هر علت نیاز به انجام همودیالیز حاد دارند.

الف) تعهدات همودیالیز:

۱. خدمت همودیالیز :

۱-۱ - همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ (با ارزش نسبی k ۱۵ در بخش دولتی ، k ۱۹ در بخش عمومی غیردولتی و خیریه ، k ۲۳ در بخش خصوصی) در هر جلسه (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۱-۲ - همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای ۶ جلسه اول) با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ (با ارزش نسبی k ۱۷ در بخش دولتی، k ۲۳ در بخش عمومی غیردولتی و خیریه و k ۲۶ در بخش خصوصی، در هر جلسه (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۲. خدمت تعبیه راه عروقی:

۲-۱ - کاتترگذاری در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۱۵ (با ارزش نسبی k ۹ که در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر k ۳) (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۲-۲ - ایجاد فیستول شریانی- وریدی در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۳۵ (با ارزش نسبی k ۳۵ که در صورت القای بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی برابر k ۴) (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۲-۳ - کارگزاری کاتتر ورید مرکزی قرارداد شده از طریق ورید مرکزی، همراه با تونل زدن ، با پمپ با ورودی زیر جلدی با هر تعداد کاتتر مورد نیاز یا پرمیکت در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۴۳۵ (با ارزش نسبی k ۲۰ و ارزش پایه بیهوشی k ۳) (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۳. هزینه لوازم مصرفی:

۳-۱- کاتترهای سابکلایین دائم و موقت و همچنین گرافت های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه‌ای بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۳-۲- لوله رابط ، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز

در ارتباط با هر جلسه دیالیز (حاد و مزمن) بیماران تحت پوشش بیمه پایه علاوه بر پرداخت سهم بیمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال دیالیز هزینه (لوله رابط ، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) بر اساس فاکتور خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره: تأمین (لوله رابط ، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته بر عهده مرکز می باشد و مراکز درمانی صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی شود.

۳-۳- محلول همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم :

به ازای هر جلسه دیالیز هزینه محلول همو دیالیز و پودر بیکربنات سدیم بر اساس نوع دستگاه بر پایه تفاهم نامه دارویی پرداخت می شود و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.

۴. داروهای تخصصی :

داروهای تخصصی زیر بر اساس ضوابط جاری بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

a. ERYTHROPOIETIN (تمام دوز و اشکال مورد تعهد) : این دارو در بخش سرپایی و بستری بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

b. ترکیبات آهن وریدی تزریقی (مانند IRON SUCROSE) : در بخش سرپایی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

c. Sevelamer: این دارو در بخش سرپایی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

(ب) تعهدات دیالیز صفاقی:

۱. عمل کاترگذاری جهت دیالیز صفاقی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه: مطابق کد ملی ۹۰۰۱۵۰ با ارزش نسبی K ۱۳۷/۵ و ارزش تام بیهوشی K ۱۲/۵ قابل پرداخت می باشد (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

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

تبصره ۲: هزینه کاتر دیالیز صفاقی در شرح خدمت لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد

۲. آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی :

توسط نفرولوژیست براساس راهنمای طبابت بالینی (پیوست شماره یک) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کد ملی ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی K ۱۲ (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۳. هزینه محلول دیالیز صفاقی:

منحصراً هزینه محلول دیالیز صفاقی بر اساس قیمت های ابلاغی سازمان غذا و دارو در هر سال پرداخت می گردد.
تبصره: تأمین محلول دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفاً تعرفه های مندرج در بندهای فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی)
تبصره: تأمین ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و بر عهده شرکت توزیع کننده می باشد.

(ج) تعهدات بیماران تالاسمی:

۱. تزریق خون به بیماران تالاسمی : در بیماران تالاسمی، هزینه هر بار تزریق خون بصورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مچ خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون با کد ملی ۳۰۲۳۴۵ (با ارزش نسبی ۷K) قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می گردد. فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

تبصره: در مواردی که تزریق خون با فراورده های خونی کدهای ۸۰۲۶۶۰ (با ارزش نسبی ۶k) یا ۸۰۲۶۷۶ (با ارزش نسبی ۵k) انجام پذیرد، هزینه فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمی باشد.

۲. فیلتر خون: فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است. براساس فاکتورهای خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت می گردد

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

الف) تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم به جز پمپ و آمپول دفروکسامین مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ بابت هر نوبت (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
ب) هزینه لوازم مصرفی دفروکسامین در منزل تا ۴ k به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز پمپ و آمپول دفروکسامین (به شرح جدول زیر) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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 در نسخه بیمار با حذف فرانشیز داده می شود.

۴. هزینه پمپ دفروکسامین : در صورت احراز خرید از سوی بیمار بر اساس فاکتور معتبر خرید، بر اساس نرخ اعلامی سازمان های بیمه گر، به صورت ۱۰۰ درصد قابل پرداخت می باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی سازمان های بیمه گر، هر ۳ سال یکبار امکان پذیر است.

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

۵. هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص: در این بیماران مطابق با تعرفه گلوبال (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۶. 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، (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۷. آزمایشات Anti HIV – HBs Ag – Anti HBs – Anti HCV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR انجام آزمایش فریتین (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

(حداکثر دوبار در سال مطابق بسته خدمتی بیماران تالاسمی وزارت بهداشت)

تبصره: در بیماران سیکل سل آنمیا و سیکل تالاسمی، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون و داروهای تخصصی به شرح جدول بند(۸) در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی مشمول حذف فرانشیز است. این بیماران دفترچه بیماران خاص دریافت نمی کنند.

۸. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از موارد مندرج در جدول ذیل که در بخش سرپایی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد :

نام دارو	ردیف
DEFEROXAMINE for Inj ۵۰۰mg	۱
DEFRIPIRON Tab E.C.Tab ۵۰۰mg	۲
DEFERASIROX Tab ۵۰۰,۲۵۰,۱۲۵mg	۳

تبصره: هزینه داروهای فوق با شرط بیمار خاص توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

(د) تعهدات بیماران هموفیلی:

۱. داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سربایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (بطور رایگان) 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

تبصره- پذیرش بیماران جدید در خصوص درمان بیماران هموفیلی با پروتکل ITI منوط به تامین منابع مالی و پروتکل درمانی ابلاغی و مصوب از وزارت بهداشت می باشد.

۲. تزریق فاکتور: هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۵۰ و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی k۲ قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۳. تزریق خون و فراورده های خونی: هزینه تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۴۰ و کد ملی ۳۰۲۳۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی k ۲ قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۴. **فیلتر خون:** در صورت تزریق خون، فیلتر خون جداگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سر فصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

۵. **هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی:** بر اساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و ۲۰۰۰۶۶ و کد ملی ۲۰۰۰۶۷ مشمول حذف فرانشیز می گردد.

۶. **آزمایشات Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV** و تعیین ژنوتیپ و بررسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی HCV- PCR و انجام آزمایش تعیین سطح فاکتورهای انعقادی و سطح مهار کننده ۸ و ۹ بر (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۷. **تعویض مفصل بیماران هموفیلی:** هزینه بستری تعویض مفاصل [شامل جراحی، پروتز (تا سقف قیمت اعلامی بیمه) و ...] در تعهد است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۸. **هزینه آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی:**

هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی ۸۱۰۱۱۲ و ۸۱۰۱۸۴ و ۸۱۰۲۶۲ (بر اساس دستورالعمل بیمه ای) و ۸۰۶۵۴۵ و ۸۰۶۵۵۰ در مادرانی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: تا قبل از شروع به کار سیستم ارجاع مشاورین، سازمانهای بیمه گر بر اساس دستورالعمل های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام می نمایند.

۸-۱- بابت نمونه برداری از پرزهای کوریونی جفت با هرروش با کد ملی ۵۰۲۰۸۰ (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

هـ) تعهدات بیماران MS :

۱. داروهای تخصصی:

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

نام دارو	ردیف
Interfron B ۱b for Inj ۳۰ MCG	۱
Interfron B ۱a for Inj ۴۴ MCG/۵ml	۲
Interfron B ۱a Inj ۸ million U/۱ml	۳
Methyl prednisolon for for Inj ۵۰۰ mg	۴
Glatiramer acetate for Inj, ۴۰ و ۲۰ mg/ml	۵
Fingolimod Tab-Cap	۶
Natalizumab Amp	۷
Rituximab Vial ۱۰۰ mg و ۵۰۰mg	۸

که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می گردد. (براساس دستورالعمل های نظارتی)

تبصره ۱- تشخیص ام اس منوط به تأیید بیماری توسط کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

تبصره ۲- پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.

و) تعهدات پیوند کلیه :

۱. عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال - به جز داروهای ایمنوساپرسیو و Anti Thymocyte immunoglobulin (ATG) - به دو صورت زیر قابل پرداخت می باشد.

۱-۱- در صورت دریافت کلیه از فرد زنده با کد ملی ۵۰۰۰۹۰ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

۲-۱- در صورت دریافت کلیه از جسد با کد ملی ۵۰۰۰۹۵ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

تبصره: هزینه لوازم مصرفی بیماران پیوند کلیه در تعرفه گلوبال محاسبه شده و جداگانه قابل درخواست نمی باشد.

۲. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

نام دارو	ردیف
Ciclosporin cap -Tab	۱
Ciclosporin infu	۲
Ciclosporin oral sol	۳
Mycophenolic acid cap-Tab	۴
Erythropoietin	۵
Anti Thymocyte immunoglobulin ۲۵۰ mg/۵ml	۶
Anti Thymocyte immunoglobulin Amp ۲۵mg	۷
Gancyclovir	۸
Cap-Tab Tacrolimus ۱ mg	۹
Cap-Tab Tacrolimus ۵ mg	۱۰
Tab-Cap Sirolimus ۱ mg	۱۱
Vial Daclizumab	۱۲
busulfan	۱۳

- تبصره ۱- داروی سل سپت تولید داخل و مایکوفنولات موفتیل با فرانشیز ۱۵ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبصره ۲: داروهای جدول فوق در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.
(سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
- تبصره ۳: داروهای فوق در سایر موارد پیوند اعضا در زمان بستری (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی:

تعهدات شیمی درمانی

۱. هزینه خدمت شیمی درمانی در مراکز دولتی ، عمومی غیر دولتی و خصوصی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، کد شیمی درمانی ۹۰۱۵۳۵ تا ۹۰۱۵۷۰ به طور رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است) .
تبصره- ویزیت همزمان با شیمی درمانی به دلیل لحاظ شدن در خدمت قابل پرداخت نمی باشد.
۲. هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی در پرونده بستری موقت در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود دولتی، غیر دولتی و خصوصی به شرح جدول ملزومات ذیل $k \frac{1}{5}$ بطور رایگان قابل محاسبه و پرداخت می باشد و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.
تبصره- در صورت استفاده از سیستم های بسته مطابق با استانداردهای وزارت بهداشت علاوه بر $k \frac{1}{5}$ ملزومات مصرفی، کد ۹۰۲۰۱۰ نیز قابل محاسبه و پرداخت است.

جدول ملزومات :

تعداد	ملزومات
۲	آنژیوکت
۱	ست سرم رنگی ساده
۳	سرنگ ۲ سی سی
۳	سرنگ ۵ سی سی
۲	سرنگ ۱۰ سی سی
۲	سرنگ ۲۰ سی سی
به مقدار لازم	پنبه
به مقدار لازم	چسب
۱۵ سی سی	الکل
۲ جفت	دستکش لاتکس
۲	ماسک فیلتردار
۳ جفت	دستکش یکبار مصرف
۱	سه راهی
۲	گاز استریل

۳. هزینه کارگذاری پورت بر اساس کتاب ارزش نسبی به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۴. هزینه سوزن پورت یک عدد در هر بار شیمی درمانی قابل پرداخت خواهد بود. (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۵. هزینه کاتتر پورت تا سقف قیمت های اعلامی سازمان های بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

۱. هزینه خدمت رادیوتراپی از کد ۷۰۵۲۹۰ تا کد ۷۰۵۴۳۵ و خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا کد ۷۰۵۵۵۵ در مراکز دولتی ، عمومی غیر دولتی و خصوصی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت به طور ۱۰۰ درصد (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است) .

۲. هزینه ماسک های رادیوتراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و بر اساس فاکتور معتبر قابل پرداخت است.

۳. هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشپال براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و قابل پرداخت است.