

۳- بسته حمایتی بیماران مبتلا به ام اس

نوع خدمت	نام خدمت	تعداد مورد تعهد سالانه	درصد پرداختی بیمه	درصد پرداختی بیمار	درصد پرداختی از بسته حمایتی	توضیحات
دارو	Interferon b 1b for inj 30mcg (برند خارجی)	۱۸۲	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه‌گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد
		۱۸۲	۹۵	-	۵	برندهای ایرانی
	Interferon b 1a for inj 44mcg/5mi (برند خارجی)	۱۵۶	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه‌گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد
		۱۵۶	۹۵	-	۵	برندهای ایرانی
Interferon b 1a for inj 8 million u/1mi (برند خارجی)	۵۲	مطابق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی سازمانهای بیمه‌گر	-	معادل فرانشیز سهم بیمار	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد	
	۵۲	۹۵	-	۵	برندهای ایرانی	
	Glatiramer acetate for inj 20 ,40 mg/ml (برندهای ایرانی)	۱۵۶	۹۰	-	۱۰	- داروهای تولید داخل که در سامانه medcare ثبت شده است، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می‌باشد - داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می‌باشد

<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medicare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p> <p>تبصره : درمورد داروی فینگولیمود تایید کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی مورد نیاز می باشد.</p>	۵	–	۹۵	۳۶۵	Fingolimod tab –cap (برندهای ایرانی)	
	۰	۱۰	۹۰	۱۰	Methyl predinosolon for inj 500 mg	
	۰	۱۰	۹۰	۱۳	Natalizomab Amp	
<p>براساس دستورالعمل بیمه پرداخت هزینه داروی ریتوکسی مپ به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد .</p>	۱۰	۰	۹۰	۵	Rituximab Vial 100 mg, 500 mg	
<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medicare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p> <p>– در شروع درمان فقط در سال اول ۲۰روز با دوز روزانه ۲ عدد</p>	۳۰	۰	۷۰	۲۰روز	Dimethyl fumarate,120mg (برندهای ایرانی)	
<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medicare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p> <p>– در سال اول ۳۶۵روز با دوز روزانه ۲ عدد</p>	۳۰	۰	۷۰	۳۶۵روز	Dimethyl fumarate, 240mg (برندهای ایرانی)	
<p>– داروهای تولید داخل که در سامانه medicare ثبت شده است ، مشمول حذف فرانشیز تا سقف مورد تعهد در سامانه از ردیف حمایتی می باشد</p> <p>– داروی خارجی مشمول حذف فرانشیز نبوده و پرداخت فرانشیز سهم بیمار کاملاً به عهده بیمار می باشد</p>	۳۰	۰	۷۰	۳۶۵	Teriflunamide (برندهای ایرانی)	
	۳۰	۰	۷۰	۱	متخصص ارولوژی – متخصص داخلی / قلب	ویزیت / مشاوره
	۳۰	۰	۷۰	۱	زنان و زایمان – عفونی – خون – گوارش	
	۳۰	۰	۷۰	۲	متخصص چشم – تغذیه	

		۳۰	۰	۷۰	۱۲	نورولوژیست
		۳۰	۰	۷۰	۴	روانپزشک - متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - اورتوپدی
تصویر برداری	MRI مغز با و بدون تزریق ماده حاجب	۳۰	۰	۷۰	۲	
	MRI نخاع با و بدون تزریق ماده حاجب	۳۰	۰	۷۰	۲	
آزمایش	AST -ALT -CBC	۳۰	۰	۷۰	۴	
	تعیین سطح VitD	۱۰۰	۰	۰	۱	تبصره: با توجه به عدم پوشش بیمه ای آزمایش تعیین سطح ویتامین D تا سقف یک بار در سال به صورت رایگان جهت بیماران ام اس انجام می شود.
توانبخشی	فیزیوتراپی	۳۰	۰	۷۰	۱۲۰	
	کاردرمانی	۱۰۰	۰	۰	۹۰	
	گفتاردرمانی	۱۰۰	۰	۰	۴۰	با توجه به عدم پوشش بیمه ای این خدمات، معاونت درمان وزارت متبوع هزینه خدمات موصوف را در سقف تعرفه های دولتی تعهد می نماید.
	مشاوره روانشناسی	۱۰۰	۰	۰	۳۰	
	ارتوپدی فنی	۱۰۰	۰	۰	۴	
بینایی سنجی		۳۰	۰	۷۰	۲	
سایر خدمات	پلازما فرزیس	۱۰	۰	۹۰	۱	
	ست پلازما فرزیس	۱۰۰	۰	۰	۱	
	انفوزیون درمانی ریتوکسی مب	۱۰	۰	۹۰	۲	تزریق هر ۶ ماه یک بار صورت می گیرد
دندانپزشکی	رجوع شود به بسته حمایتی دندانپزشکی					

تبصره ۱: کلیه خدمات بسته حمایتی تنها در صورت ارائه در مراکز دانشگاهی و بر اساس تعرفه دولتی اعلام شده از جانب وزارت متبوع قابل حمایت می باشد.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود هر کدام از خدمات در مراکز دانشگاهی و یا دولتی، معاونت درمان می تواند نسبت به خرید خدمت مزبور در قالب قرارداد با بخش غیردانشگاهی و در قالب تعرفه توافقی اقدام نماید.

تبصره ۳: حمایت فرانشیز سهم بیمار در خصوص داروهای تولید داخل که در جدول فوق اشاره شده است تنها بر اساس قیمت پایه محاسبه می گردد و چنانچه از یک ملکول، قیمت های متفاوتی در بازار موجود باشد مابه التفاوت دارو تا قیمت پایه توسط بیمار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۴: فرانشیز خدمات بستری مرتبط با بیماری مربوطه مشمول حذف فرانشیز تا سقف بیست میلیون ریال می باشد.