

**تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۱ (هزینه های متفرقه)**

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۶۹۰,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰		در صورت انجام خدمات ، هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد	شامل معاینه کامل دهان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، رادیوگرافی و آزمایش می باشد.
۲	۷۰۰۰۶۵	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۵۶۹,۳۳۰	۵۶۹,۳۳۰			
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکلوزال	۹۱۲,۲۴۰	۹۱۲,۲۴۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۳۸۱,۰۳۰	۱,۳۸۱,۰۳۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۳۸۱,۰۳۰	۱,۳۸۱,۰۳۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
ردیف	کد	هزینه ای	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۱۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		ارسال گرافی قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامیست.
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۸۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D ۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۶۸۰,۰۰۰	۳,۰۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D ۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۵,۷۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	جراحی نسج نرم دربرگیرنده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد.
۵	D ۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۶,۹۶۰,۰۰۰	۸,۰۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانانی است که بطور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد.
۶	D ۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۸,۰۸۰,۰۰۰	۹,۳۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانانی است که بطور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول بطور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است.
۷	D ۷۲۲۱	آلوتوپلاستی نیم فک	۷,۲۲۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		هزینه آلوتوپلاستی دربرگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم ، برداشت استخوان و بخیه موضع دارد.

۸	D ۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۱,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.
۹	D ۷۹۶۰	فرنگتومی	۶,۸۲۰,۰۰۰	۷,۹۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۱۰	D ۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۰,۷۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۱	D ۷۵۱۰	باز کردن آبسه داخل دهان	۳,۲۱۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۲	D ۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۳	D ۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	۱-بخیه صرفاً بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هر کوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.
۱۴	D ۷۲۸۰	اکسیوز کردن دندان	۶,۸۴۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱-جهت تسهیل دررویش دندان نهفته قابل پرداخت نمی باشد. ۲-رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
۱۵	D ۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به ازاء هر ریشه(آمیوتاسیون)	۶,۴۲۰,۰۰۰	۷,۳۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	۱-خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
۱۶	D ۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۴,۸۹۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- بیماریهای دهان و فک	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۷	D ۷۲۸۰	بیوپسی از بافت سخت	۵,۸۴۰,۰۰۰	۶,۷۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	
۱۸	D ۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به CBCT یا OPG قبل از درمان دارد.
ردیف	کد	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	D ۲۱۴۰	ترمیم آمالکام یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۸۶۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود.
۲	D ۲۱۵۰	ترمیم آمالکام دو سطحی	۴,۸۴۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	ترمیمی	۲-جهت ترمیم ۲ یا بیش از ۲ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامیست.
تعاریف						

<p>۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت MOD شده ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد.</p> <p>نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد.</p>	ترمیمی	۶,۸۱۰,۰۰۰	۶,۳۲۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	D ۲۱۶۰	۳	
	ترمیمی	۴,۹۶۰,۰۰۰	۴,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	D ۲۳۹۱	۴	
	ترمیمی	۷,۰۲۰,۰۰۰	۶,۳۹۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	D ۲۳۹۲	۵	
	ترمیمی	۸,۹۰۰,۰۰۰	۷,۹۲۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	D ۲۳۹۳	۶	
	ترمیمی	۷,۷۷۰,۰۰۰	۷,۱۷۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام - چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندانهای دائمی	D ۲۱۶۱	۷	
	ترمیمی	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۷۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندانهای دائمی	D ۲۳۹۴	۸	
	ترمیم - پروتز	۲,۵۳۰,۰۰۰	۲,۳۵۰,۰۰۰	پین داخل عاج یا داخل کانال	D ۲۹۵۱	۹	
	ترمیمی - اطفال - پریو	۹,۸۷۰,۰۰۰	۸,۷۸۰,۰۰۰	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لث شده (یک فک)	D ۴۳۲۱	۱۰	
	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است.						
	۱- صرفاً جهت دندانهای تروماتیک و لث قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.						

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	درمان ریشه	کد	ردیف
	<p>۱- یک رادیوگرافی قبل یا بعد از درمان الزامیست.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	اندو	۶,۰۸۰,۰۰۰	۵,۵۴۰,۰۰۰	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	D۳۲۲۰/۱	۱
		اندو	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	۸,۴۱۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کاناله	D۳۳۱۰	۲
		اندو	۱۱,۷۱۶,۰۰۰	۹,۶۳۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کاناله	D۳۳۱۰/۱	۳
		اندو	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کاناله	D۷۱۴۰/۲	۴
		اندو	۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کانال اضافه	D۷۱۴۰/۳	۵
		اندو	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	۸,۴۱۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	D۳۳۱۰/۴	۶
		اندو	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	۹,۶۳۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	D۳۳۱۰/۵	۷
		اندو	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	D۳۳۱۰/۶	۸
		اندو	۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کانال اضافه	D۳۳۱۰/۷	۹
		اندو	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	۸,۴۱۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	D۳۳۱۰/۸	۱۰
		اندو	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	۹,۶۳۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	D۳۳۱۰/۹	۱۱
		اندو	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	D۳۳۲۰/۱۰	۱۲
		اندو	۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کانال اضافه	D۳۳۱۰/۱۱	۱۳
		اندو	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰	درمان مجدد یک کاناله	D۳۳۴۶	۱۴

		انندو	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	درمان مجدد دو کاناله	D۳۳۴۶/۱	۱۵
		انندو	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد سه کاناله	D۳۳۴۶/۲	۱۶
		انندو	۵,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کانال اضافه	D۳۳۴۶/۳	۱۷
		انندو	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	D۳۳۴۶/۴	۱۸
		انندو	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	D۳۳۴۶/۵	۱۹
		انندو	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	D۳۳۴۶/۶	۲۰
		انندو	۵,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کانال اضافه	D۳۳۴۶/۷	۲۱
		انندو	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	D۳۳۴۶/۸	۲۲
		انندو	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	D۳۳۴۶/۹	۲۳
		انندو	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	D۳۳۴۶/۱۰	۲۴
		انندو	۵,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کانال اضافه	D۳۳۴۶/۱۱	۲۵
		انندو-جراحی فک و صورت	۹,۸۶۰,۰۰۰	۸,۲۲۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی(دندان ۳،۲،۱)	D۳۴۱۰	۲۶
		انندو-جراحی فک و صورت	۱۰,۹۶۰,۰۰۰	۹,۰۶۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی(دندان ۴و۵)ریشه اول	D۳۴۲۱	۲۷
		انندو-جراحی فک و صورت	۱۱,۹۶۰,۰۰۰	۹,۸۵۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی(دندان ۸،۷،۶) ریشه اول	D۳۴۲۵	۲۸
		انندو-جراحی فک و صورت	۵,۱۴۰,۰۰۰	۴,۲۴۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	D۳۴۲۶	۲۹

		اندو-جراحی فک و صورت	۵,۴۷۰,۰۰۰	۴,۹۳۰,۰۰۰	رتروگراد - به ازاء هر ریشه	D۳۴۳۰	۳۰	
شامل باز کردن دندان، آماده سازی فضای کاناها، جا گذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کاناال و مرا حل لازم برای قراردادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد.	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	اندو-اطفال	۸,۴۲۰,۰۰۰	۰	اپکسیفیکاسیون - کل جلسات	D۳۳۵۱	۳۱	
	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	اندو-اطفال	۶,۷۷۰,۰۰۰	۶,۱۹۰,۰۰۰	اپکسوزنزیس هر دندان	D۳۲۲۲	۳۲	
		اندو	۷,۰۳۰,۰۰۰	۶,۳۱۰,۰۰۰	درمان پرفوراسیون با MTA یا Cem-cement	D۳۳۳۳	۳۳	
<b>تعاریف</b>	<b>ضوابط و مدارک لازم</b>	<b>متخصص مشمول تعرفه تخصصی</b>	<b>تعرفه متخصص</b>	<b>تعرفه عمومی</b>	<b>پریو</b>	<b>کد</b>	<b>ردیف</b>	
	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در تعهد می باشد و حداکثر یکبار در سال. در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تأیید جداگانه ضروری می باشد. ۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهدا شنکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.	پریو	۳,۸۷۰,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰	جرم گیری یک فک	D۴۳۴۶-۱	۱	
		پریو	۷۹۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	بروساز یک فک	D۴۳۴۶-۲	۲	
		پریو	۹,۳۲۰,۰۰۰	۷,۷۰۰,۰۰۰	جرم گیری و بروساز دو فک	D۴۳۴۶	۳	
		پریو	۱۱,۴۱۰,۰۰۰	۹,۴۳۰,۰۰۰	فلپ ۱/۴ دهان	D۴۲۴۰	۴	
		پریو	۹,۳۵۰,۰۰۰	۷,۷۶۰,۰۰۰	فلپ ۱/۶ دهان	D۴۲۴۱	۵	
		پریو	۲۱,۳۱۰,۰۰۰	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	D۴۲۷۷	۶	
		پریو	۸,۶۰۰,۰۰۰	۶,۷۸۰,۰۰۰	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	D۴۲۷۸	۷	
		۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.						
		ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست						

۸	۵۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown length	۸,۲۸۰,۰۰۰	۱۰,۱۳۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.
۹	۵۴۲۷۴	دیستال وج	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۵۵۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد. گرافی قبل و بعد درمان الزامیست.
۱۰	۵۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۶,۴۰۰,۰۰۰	۷,۵۳۰,۰۰۰	پریو-پریو جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامیست.
ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	۵۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه بیمه پس از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۳- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفا هزینه پروتز کامل فک مقابل پرداخت می باشد. ۴- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.
۲	۵۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۳	۵۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۹,۵۸۰,۰۰۰	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	
۴	۵۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	
۵	۵۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۸,۸۹۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	
۶	۵۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	
۷	۵۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۸	۵۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۹	۵۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	پروتز	
۱۰	۵۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	پروتز	

		پروتز	۵,۷۱۰,۰۰۰	۵,۱۶۰,۰۰۰	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	D۵۶۱۱	۱۱
		پروتز	۵,۷۱۰,۰۰۰	۵,۱۶۰,۰۰۰	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	D۵۶۱۲	۱۲
	در صورتی که پروتز کامل دو فک قبل از یک سال نیاز به ریلاین ۱۵ شته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد.	پروتز	۷,۷۷۰,۰۰۰	۶,۶۹۰,۰۰۰	ریلاین پروتز فک بالا	D۵۷۳۰	۱۳
		پروتز	۷,۷۷۰,۰۰۰	۶,۶۹۰,۰۰۰	ریلاین پروتز فک پایین	D۵۷۳۱	۱۴
شامل تمام جلاسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از در مان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	پروتز- ترمیمی	۱۶,۸۴۰,۰۰۰	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	روکش PFM	D۲۷۵۱	۱۵
		پروتز- ترمیمی	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	پروتز ثابت (پونیک) PFM	D۶۲۴۱	۱۶
	۱- صرفا در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان. ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	پروتز- ترمیمی	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	روکش (پرسن یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	D۲۷۴۰	۱۷
		پروتز- ترمیمی	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت (پونیک) تمام پرسن یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	D۶۲۴۵	۱۸
	۱- ارائه راد یوگرافی بعد از در مان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	پروتز- ترمیمی	۸,۹۸۰,۰۰۰	۷,۵۲۰,۰۰۰	پست ریختگی	D۲۹۵۲	۱۹
	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	پروتز- ترمیمی	۷,۴۴۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	فایبر پست + ترمیم کامپوزیت	D۲۹۵۰	۲۰
شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود.		پروتز- ترمیمی	۱,۶۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	درآوردن روکش قدیمی	D۲۹۵۵/۱	۲۱
		پروتز- ترمیمی	۳,۱۶۰,۰۰۰	۲,۸۹۰,۰۰۰	چسباندن روکش قدیمی	D۲۹۲۰	۲۲
		پروتز- ترمیمی	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	خارج کردن بریج قدیمی	D۲۹۵۵/۲	۲۳



		بروتز- ترمیمی	۴,۳۶۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	چسباندن بریج قدیمی	D۶۹۳۰	۲۴
		بروتز- ترمیمی	۵,۱۰۰,۰۰۰	۴,۳۸۰,۰۰۰	دراوردن پست یا پین قدیمی	D۲۹۵۵	۲۵
	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- ارائه فتوگرافی پس از درمان الزامیست.	پروتز	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	نایت گارد	D۹۹۴۴	۲۶
<b>تعاریف</b>	<b>ضوابط و مدارک لازم</b>	<b>متخصص مشمول تعرفه تخصصی</b>	<b>تعرفه متخصص</b>	<b>تعرفه عمومی</b>	<b>اطفال</b>	<b>کد</b>	<b>ردیف</b>
		اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	کشیدن دندان قدامی(شیری)	D۷۱۱۱/۱	۱
		اطفال	۲,۹۲۰,۰۰۰	۲,۵۶۰,۰۰۰	کشیدن دندان خلفی (شیری)	D۷۱۱۱	۲
		اطفال - اندو	۶,۰۸۰,۰۰۰	۵,۵۴۰,۰۰۰	پالپوتومی دندان شیری	D۳۲۲۰	۳
	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد.	اطفال	۲,۵۷۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	D۱۲۰۸	۴
	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	اطفال	۳,۲۶۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	فیشر سیلنت هر دندان	D۱۳۵۱	۵
		اطفال- ترمیمی	۴,۵۲۰,۰۰۰	۴,۳۶۰,۰۰۰	(دندان دائمی) PRP ترمیم	D۱۳۵۲	۶
	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر بوده و جداگانه قابل S.S.C پرداخت نمی باشد.	اطفال	۶,۶۱۰,۰۰۰	۵,۸۹۰,۰۰۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	D۲۹۳۰	۷
	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	اطفال	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	D۲۱۴۰/۱	۸
		اطفال	۵,۲۳۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دوسطحی اطفال	D۲۱۵۰/۱	۹

		اطفال	۶,۸۱۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	ترمیم آمالکام سه سطحی اطفال	D۲۱۶۰/۱	۱۰
		اطفال	۴,۹۶۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	D۲۳۹۱/۱	۱۱
		اطفال	۷,۰۲۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	D۲۳۹۲/۱	۱۲
		اطفال	۸,۹۰۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	D۲۳۹۳/۱	۱۳
	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست.	اطفال - ارتو	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	D۱۵۱۰	۱۴
		اطفال - ارتو	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	D۱۵۱۶	۱۵
		اطفال - ارتو	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	D۱۵۱۷	۱۶
		اطفال - ارتو	۹,۵۰۰,۰۰۰	۸,۸۰۰,۰۰۰	فضا نگهدار متحرک - یک طرفه	D۱۵۲۰	۱۷
		اطفال - ارتو	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	D۱۵۲۶	۱۸
		اطفال - ارتو	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	D۱۵۲۷	۱۹
	ارائه گرافی قبل یا بعد از درمان الزامیست.	اطفال - ارتو	۴,۷۸۰,۰۰۰	۴,۱۸۰,۰۰۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	D۳۲۳۰	۲۰
	ارائه گرافی قبل یا بعد از درمان الزامیست.	اطفال - ارتو	۵,۸۴۰,۰۰۰	۵,۱۸۰,۰۰۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	D۳۲۴۰	۲۱
<b>تعاریف</b>	<b>ضوابط و مدارک لازم</b>	<b>متخصص مشمول تعرفه تخصصی</b>	<b>تعرفه متخصص</b>	<b>تعرفه عمومی</b>	<b>ارتودنسی</b>	<b>کد</b>	<b>ردیف</b>
	ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فوتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از	ارتودنسی - اطفال	۷۵,۷۰۰,۰۰۰	۵۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	D۸۰۸۰	۱

شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب ، کاین های نهفته و ....	جسیانندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	ارتودنسی – اطفال	۸۳,۶۹۰,۰۰۰	۶۲,۵۸۸,۱۰۶	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	D۸۰۹۰	۲
						D۸۰۸۰/۱	۳
						D۸۰۹۰/۱	۴
شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک		ارتودنسی	۶۲,۳۷۰,۰۰۰	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	D۸۰۲۰	۵
						D۸۰۳۰	۶
						D۸۰۴۰	۷
شامل هرگونه دستگاه متحرک ، عادت شکن ها ، چین Face bow ، Face mask کپ ،		ارتودنسی – اطفال	۴۱,۱۷۰,۰۰۰	۳۰,۳۷۰,۰۰۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	D۸۰۷۰	۸
شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان متحرک می باشد.		ارتودنسی – اطفال	۴۸,۶۰۰,۰۰۰	۳۵,۱۰۰,۰۰۰	پلاک فانکشنال	D۸۰۷۰/۱	۹
به روش ثابت		ارتودنسی – اطفال	۵۰,۶۲۰,۰۰۰	۳۵,۷۷۰,۰۰۰	توسعه عرضی فک بالا ( ثابت ) RPE	D۸۰۷۰/۲	۱۰
		ارتودنسی – ترمیم	۹,۶۰۰,۰۰۰	۷,۷۴۰,۰۰۰	ریتینر ثابت یا متحرک ( هر فک )	D۸۶۸۰	۱۱

تبصره : با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارتودنسی ، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارتودنسی ثابت در صورت درمانی بودن آن حداکثر در طی دو دوره قرارداد متوالی ( حداکثر ۵۰ درصد تعرفه در دوره اول قرارداد و ۵۰ درصد باقیمانده در دوره دوم قرارداد ) در صورت داشتن پوشش بیمه ای در تاریخ شروع درمان با رعایت تعرفه سال شروع درمان و سایر مفاد قرارداد تا سقف تعهد بیمه شده بلامانع می باشد و در مورد ارتودنسی های غیر ثابت کمال خسارت صرفا در یک قرارداد ( در تاریخ شروع درمان ) قابل پرداخت می باشد.

ردیف	کد	ایمپلنت	تعارفہ عمومی	تعارفہ متخصص	متخصص مشمول تعارفہ تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D6۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت(حق الزحمه جراح )	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۲۲,۵۳۰,۰۰۰	پریو - فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
۲	D6۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو - فک و صورت		
۳	D6۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران (یک دندان)	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۴	D6۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۵	D6۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران (یک دندان)	۱۳,۶۵۰,۰۰۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۶	D6۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۷	D6۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران(یک دندان )	۷,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲۹۵,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۸	D6۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۹,۸۸۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۹	D6۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران(یک دندان )	۱۲,۳۵۰,۰۰۰	۱۵,۹۹۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۱۰	D6۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۹۱۰,۰۰۰	۱۷,۹۴۰,۰۰۰	پریو - جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو - فک و صورت		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	پریو - فک و صورت		

	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور	پروتز	۱۹,۱۶۰,۰۰۰	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت )	۱۳ D۶۰۶۰
	قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	پروتز	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۱۴ D۶۲۴۱
		پروتز	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه یک واحد آنالوگ ، اباتمنت ، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۵ D۶۰۶۰/۱
	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور قید گردیده و	پروتز	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۱۶ D۶۱۱۰
	جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج ) و نیز ارائه فوتوگرافی بعد از درمان	پروتز	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۱۷ D۶۱۱۱

تبصره : انجام کلیه خدمات به جز ردیف ۱۱ و ۱۲ هر ۵ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.

### ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

۱- تعرفه های تخصصی صرفاً به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون ، متخصص مشمول حق تخصص ،پرداخت می گردد.به عنوان مثال : در صورت کشیدن دندان توسط جراح فک و صورت ، تعرفه تخصصی لحاظ خواهد شد و چنانچه کشیدن دندان توسط متخصص پروتز انجام شود ، تعرفه معادل عمومی محاسبه خواهد شد.
۲- در کلیه جراحی ها هزینه برش بافت (فلپ) و بخیه لحاظ گردیده است و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.
۳- هزینه لابراتوار در خدمات محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.
۴- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد.
۵- فوتوگرافی : منظور از فوتوگرافی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.
۶- با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت های بیمه ، جهت کنترل هزینه های ارتودنسی و ایمپلنت شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند.
۷- تبصره ۴ – حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت یک دندان پرداخت خواهد شد.
۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد.
<b>سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی</b>
<b>تبصره ۱ :</b> در صورتی که فرد مراجعه کننده ، کودک تا ۱۰ سال تمام باشد ، ۵۰٪ مبلغ جزء حرفه ای خدمت مربوطه اضافه میگردد.بدیهی است در صورت نیاز بیمار به خدمات بیهوشی و آرام بخشی ، این افزایش قابل محاسبه نمیشود.همچنین این تبصره برای خدماتی که بطور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است ، قابل گزارش و اخذ نمیشود.این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.
<b>تبصره ۲ :</b> در صورتی که فرد مراجعه کننده ، معلول جسمی – حرکتی و ذهنی (براساس تعریف و فهرست ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ) باشد ، مبلغ جزء حرفه ای خدمت مذکور ، ۲برابر خواهد بود.
<b>تبصره ۳ :</b> در صورت نیاز بیمار به بیهوشی و یا آرامبخشی متوسط و شدید ، تعرفه بیهوشی با پایه (۳) با تکمیل چارت بیهوشی توسط متخصص مربوطه ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.سایر تعدیل کننده ها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی کتاب ارزش نسبی مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه و پرداخت خواهد شد.
<b>تبصره ۴ :</b> حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت آر سی تی یک دندان پرداخت خواهد شد.
<b>تبصره ۵:</b> در صورت انجام خدمات دندانپزشکی ، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیشود.