

## تعرفه دندانپزشکی بخش خصوصی مراکز درمانی طرف قرارداد سال ۱۴۰۲

کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۰	ویزیت و طرح درمان	۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰		در صورت انجام خدمات ، هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد	شامل معاینه کامل دهان و دندانها ، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، رادیوگرافی و آزمایش می باشد
۷۰۰۰	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۷۷۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰			
۷۰۰۰	گرافی پانورکس	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده	
۷۰۰۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰		مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۷۱۴	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۷۵۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است
D۷۱۴	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۵۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
D۷۱	کشیدن هر دندان عقل	۳,۴۱۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
D۷۲	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۷,۳۱۰,۰۰۰	۸,۳۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	جراحی نسج نرم در برگرفته قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد.
D۷۲	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۸,۸۲۰,۰۰۰	۱۰,۱۲۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	شامل دندانهای است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد .
D۷۲	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۳۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	شامل دندانهای است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است .
D۷۳	آلوپلویلاستی نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۰,۷۶۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است. ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندان قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .
D۷۳	عمیق کردن و وستیبول نیم فک	۱۱,۲۸۰,۰۰۰	۱۳,۹۸۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
D۷۹	فرنتکتومی	۴,۱۴۰,۰۰۰	۵,۶۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
D۷۴	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۰,۰۸۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
D۷۵	بازکردن آبه داخل دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
D۹۹	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
D۷۹	بخیه هر ناحیه	۲,۵۴۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.
D۷۲	اکسپوز کردن دندان	۸,۶۷۰,۰۰۰	۹,۹۷۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
D۳۴	قطع کامل ریشه-به ازا هر ریشه (آمیوتاسیون)	۸,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
D۷۲	بیوپسی از بافت نرم	۶,۱۵۰,۰۰۰	۷,۰۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
D۷۲	بیوپسی از بافت سخت	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۴۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
D۷۲	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۴,۵۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	متخصص ۱۴۰۲	عمومی ۱۴۰۲	ترمیم	کد	
		۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود	ترمیمی	۵,۳۵۰,۰۰۰	۴,۹۱۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	D۲۱
		۲-جهت ترمیم ۳ یا بیش از ۴ دندان ارسال پانورگس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	ترمیمی	۶,۶۵۰,۰۰۰	۶,۱۷۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	D۲۱
		۳-هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده . ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد.شامل دندانهای شیری نمی گردد	ترمیمی	۸,۶۵۰,۰۰۰	۸,۰۶۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	D۲۱
		<b>نکته:</b> انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	ترمیمی	۸,۸۱۰,۰۰۰	۷,۹۴۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	D۲۳
			ترمیمی	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۲۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	D۲۳
			ترمیمی	۹,۸۲۰,۰۰۰	۹,۱۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	D۲۱
			ترمیمی	۱۵,۰۶۰,۰۰۰	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	D۲۳
		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد بین قابل پرداخت است	ترمیمی-پروتز	۳,۲۴۰,۰۰۰	۳,۰۲۰,۰۰۰	پین داخل عاج یا داخل کانال	D۲۹
		۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	ترمیمی - اطفال- پرو	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	۱۱,۲۲۰,۰۰۰	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده ( یک فک)	D۴۳

کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
D۳۲۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد.		
D۳۳	درمان ریشه یک کاناله	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه دو کاناله	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه سه کاناله	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳	درمان مجدد یک کاناله	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو			۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.
D۳۳۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو			۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.
D۳۳۱	درمان مجدد سه کاناله	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۱	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو			
D۳۳۴	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو			
D۳۴	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۰,۳۶۰,۰۰۰	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت			
D۳۴	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۱,۴۲۰,۰۰۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت			
D۳۴	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۵۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت			
D۳۴	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۲۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت			
D۳۴	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۶,۲۵۰,۰۰۰	۶,۹۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت			
D۳۳	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد)	.	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال ومراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه باکلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد	
D۳۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۷,۷۷۰,۰۰۰	۸,۴۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست		
D۳۳	درمان پرפורاسیون یا MTA یا cem-cement	۷,۷۴۰,۰۰۰	۸,۶۱۰,۰۰۰	اندو			

کد	پرو	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۴۳۴	جرم گیری یک فک	۲,۵۲۰,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	پریو	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	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
D۴۳۴	بروساز یک فک	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	پریو		
D۴۳	جرم گیری و برساز دوفک	۵,۶۷۰,۰۰۰	۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو	۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
D۴۲	فلپ ۱/۴ دهان	۱۱,۸۴۰,۰۰۰	۱۴,۲۰۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی بانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
D۴۲	فلپ ۱/۶ دهان	۹,۶۹۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
D۴۲	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۹,۴۹۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست .	
D۴۲	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۸,۳۱۰,۰۰۰	۱۰,۴۸۰,۰۰۰	پریو		
D۴۲	افزایش طول تاج crown Length	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
D۴۲	دیستال وج	۹,۵۴۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
D۳۹	همی سکتن و قطع ریشه	۸,۰۵۰,۰۰۰	۹,۴۲۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	

کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۵۱	پروتز کامل فک بالا	۴۸,۲۶۰,۰۰۰	۵۳,۶۹۰,۰۰۰	پروتز	۱- معاینه بیمار 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 صرفاً " هزینه پروتز کامل فک مقابل قابل 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 .	
D۵۱	پروتز کامل فک پایین	۴۸,۲۶۰,۰۰۰	۵۳,۶۹۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۲	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۳۵,۷۸۰,۰۰۰	۳۹,۴۷۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۲۱	فلپیر ۳ دندان فک بالا	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۳۵,۷۸۰,۰۰۰	۳۹,۴۷۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۲۱	فلپیر ۳ دندان فک پایین	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۲	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۶۷,۴۷۰,۰۰۰	۷۳,۹۸۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۲	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۶۷,۴۷۰,۰۰۰	۷۳,۹۸۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۵	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۱۴,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۴۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
D۵۵	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۱۴,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۶	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۶	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	پروتز		
D۵۷	ریلین پروتز فک بالا	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	۱ در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
D۵۷	ریلین پروتز فک پایین	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	پروتز		
D۲۷	روکش PFM	۲۵,۶۵۰,۰۰۰	۲۹,۱۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
D۶۲	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۲۲,۶۶۰,۰۰۰	۲۶,۵۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۲۷	روکش( پرسنل یا زیرکونیوم ) صرفاً دندان های قدامی	۳۰,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-صرفاً در دندان های قدامی یا 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	
D۶۲	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۲۳,۴۰۰,۰۰۰	۲۶,۶۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۲۹	پست ریختگی	۱۳,۴۶۰,۰۰۰	۱۵,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
D۲۹	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۸,۵۸۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۲۹۴	دراوردن روکش قدیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
D۲۹	چسباندن روکش قدیمی	۳,۶۹۰,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۲۹۴	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۵۴۰,۰۰۰	۲,۵۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۶۹	چسباندن بریج قدیمی	۵,۰۵۰,۰۰۰	۵,۴۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۲۹	دراوردن پست یا پین قدیمی	۵,۵۶۰,۰۰۰	۶,۴۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D۹۹	نایت گارد	۱۶,۰۵۰,۰۰۰	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	

کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۷۱۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
D۷۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۳,۲۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۲	پالپوتومی دندان شیری	۶,۹۰۰,۰۰۰	۷,۵۵۰,۰۰۰	اطفال - آندو		
D۱۲	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۳,۱۹۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
D۱۳	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۸۹۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
D۱۳	ترمیم (دندان دائمی)	۵,۵۶۰,۰۰۰	۵,۷۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
D۲۹	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
D۲۱۲	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۵,۳۵۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۱۲	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۶,۶۵۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۱۶	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۸,۶۵۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۳۹	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۶,۲۶۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
D۲۳۹	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۸,۸۱۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۳۹	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
D۱۵	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۱,۹۸۰,۰۰۰	۱۲,۸۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست. صرفاً یکبار برای هر ناحیه قابل پرداخت می باشد	
D۱۵	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۰,۸۲۰,۰۰۰	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۳۲	پالپتومی دندان شیری قدامی	۵,۳۶۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
D۳۲	پالپتومی دندان شیری خلفی	۶,۶۸۰,۰۰۰	۷,۴۸۰,۰۰۰	اطفال- اندو		

کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	شوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۸۰,۵۱۰,۰۰۰	۱۰۰,۲۶۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه رادیوگرافی های بانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی با معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	
D۸۰						
D۸۰٫۶	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۹۱,۶۹۰,۰۰۰	۱۱۲,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کاتین های نهفته و ...
D۸۰٫۹						
D۸۰						
D۸۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۶۳,۴۱۰,۰۰۰	۷۹,۲۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
D۸۰						
D۸۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	۴۷,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
D۸۰٫۶	پلاک فانکشنال	۴۹,۲۸۰,۰۰۰	۶۱,۴۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد
D۸۰٫۶	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۵۵,۲۵۰,۰۰۰	۶۹,۰۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		به روش ثابت
D۸۶	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۶۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	فوتوگرافی با پلاک	صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

ه 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 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 کل خسارت صرفا در یک قرارداد ( در تاریخ شروع درمان ) قابل پرداخت می باشد.

کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۶۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۰,۳۱۰,۰۰۰	۲۷,۴۷۰,۰۰۰	پریو - فک و صورت	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد <b>تبصره ۵</b> : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
D۶۰۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
D۶۱۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممیران (یک دندان)	۱۳,۵۳۰,۰۰۰	۱۶,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریاال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
D۶۱۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممیران تا سه دندان مجاور	۱۵,۹۹۰,۰۰۰	۲۰,۶۶۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
D۶۱۰	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممیران (یک دندان)	۱۹,۳۱۰,۰۰۰	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
D۶۱۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممیران تا سه دندان مجاور	۲۳,۹۹۰,۰۰۰	۳۱,۳۶۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۲- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
D۶۱۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممیران (یک دندان)	۱۰,۰۹۰,۰۰۰	۱۲,۹۱۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	<b>تبصره ۵</b> : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
D۶۱۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممیران تا سه دندان مجاور	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۸,۴۵۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
D۶۱۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممیران (یک دندان)	۱۷,۲۲۰,۰۰۰	۲۲,۱۴۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
D۶۱۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممیران تا سه دندان مجاور	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
D۷۹	سینوس لیفت OPEN	۰	۶۵,۵۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
D۷۹	سینوس لیفت CLOSE	۳۹,۹۵۰,۰۰۰	۴۶,۸۹۴,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
D۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (باتمنت)	۳۱,۱۵۰,۰۰۰	۳۵,۰۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
D۶۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۲۵,۶۶۰,۰۰۰	۲۹,۵۷۰,۰۰۰	پروتز	<b>تبصره ۵</b> : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
D۶۰۶	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
D۶۱	اوردنجر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۱۵۳,۹۷۰,۰۰۰	۱۶۲,۱۵۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و 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	
D۶۱	اوردنجر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۱۵۳,۹۷۰,۰۰۰	۱۶۲,۱۵۰,۰۰۰	پروتز		

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



<b>ضوابط کلی پرداخت هزینه ها</b>
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- تعرفه مندرج در ستون هزینه لابراتوار سقف پرداختی بوده و در صورت ارائه فاکتور معتبر قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.
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- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد
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، به سرجمع مبلغ جزء حرفه ای خدمت مربوطه اضافه میگردد. بدیهی است در صورت نیاز بیمار به خدمات بیهوشی و آرام بخشی، این افزایش قابل محاسبه نمیشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیشد. <b>این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.</b>
<b>تبصره ۲:</b> در صورتی که فرد مراجعه کننده، معلول جسمی- حرکتی و ذهنی (براساس تعاریف و فهرست ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، مبلغ جزء حرفه ای خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود.
<b>تبصره ۳:</b> در صورت نیاز بیمار به بیهوشی <b>تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ...)</b> حداکثر معادل ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
<b>تبصره ۴:</b> هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد
<b>تبصره ۵:</b> خدمات بیهوشی برای گروههای ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد.

\*کلیه معلولین ذهنی و جسمی

\*موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیمار غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).

<b>تبصره ۶:</b> منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً "آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه القاء استاندارد بیهوشی باشد.
<b>تبصره ۷-</b> حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.
<b>تبصره ۸:</b> در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیشد.