

تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۱ مراکز طرف قرارداد

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	وزیت و طرح درمان	۶۹۰,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰		وزیت منجر به درمان 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
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		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۳۸۱,۰۳۰	۱,۳۸۱,۰۳۰		مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
ردیف	کد	جراحی فک و صورت	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		ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۸۵۰,۰۰۰		بیش از ۴ دندان الزامی است	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۶۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰			
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۵,۷۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰			جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۶,۹۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰		۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	شامل دنداننی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد .
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۳۸۰,۰۰۰		۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	شامل دنداننی 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 .
۷	D۷۳۲۱	آلوئوپلاستی نیم فک	۶,۴۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰		۱- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دنداننی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	هزینه آلوئوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۴۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرویو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۸,۰۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۵۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱,۳۴۰,۰۰۰	۱,۳۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرویو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرویو	۱- بخیه صرفاً 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.
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۵,۸۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۴,۶۰۰,۰۰۰	۶,۱۸۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرویو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۳,۷۰۰,۰۰۰	۵,۱۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و پرویو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد

ردیف	کد	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۴۵۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	<p>۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود</p> <p>۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس (OPG) قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p> <p>۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و یا ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد</p> <p>نکته:</p> <p>انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یک سال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد</p>		
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۴,۷۰۰,۰۰۰	۵,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۵,۵۰۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۵,۷۵۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۶,۸۵۰,۰۰۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۱,۳۶۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۷,۳۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پرو		<p>۱- صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد.</p> <p>۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.</p>	
ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۹۵۰,۰۰۰	اندو	<p>انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفا زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.</p> <p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>		
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۸,۵۰۰,۰۰۰	۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو			
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	اندو			
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۷,۸۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۹,۲۰۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو			

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۸,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۴۵۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۷,۳۰۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵)	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸)	۸,۹۰۰,۰۰۰	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۱,۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات	۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است	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 با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنیز هر دندان	۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۴,۸۰۰,۰۰۰	۶,۴۵۰,۰۰۰	اندو		
ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۱,۷۶۰,۰۰۰	۱,۷۶۰,۰۰۰	پریو	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تایید جداگانه ضروری می باشد ۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانبزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۲۰	فلپ ۱/۴ دهان	۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامی است .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سگشن و قطع ریشه	۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	<p>پانورکس(OPG) قبل از درمان و فتوگرافی بعد از درمان الزامیست</p> <p>۱- در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است</p> <p>۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.</p> <p>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 قابل پرداخت می باشد</p> <p>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 .</p> <p>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 .</p> <p>۶-هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است .</p>	تعاریف
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر ۳ دندان فک بالا	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک پایین	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۵,۸۵۰,۰۰۰	۶,۲۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	<p>۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است .</p> <p>۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.</p>	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	<p>۱-صرفا در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان</p> <p>۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است .</p> <p>۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد</p>	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	<p>۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .</p> <p>۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد</p>	
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست+ترمیم کامپوزیت	۶,۵۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	پروتز		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - اندو		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	<p>۱-هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است</p> <p>۲- ارائه فتوگرافی پس از درمان الزامی است</p>	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱,۶۷۰,۰۰۰	۱,۸۷۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۲۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۵,۸۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۴۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۵,۱۳۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۲۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۷۸۰,۰۰۰	۴,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۲۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۴,۷۱۶,۰۰۰	۵,۷۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۲۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۵,۴۶۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۱-ارائه فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۸,۸۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۸۵۰,۰۰۰	اطفال		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۴,۲۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
ردیف	کد	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی		
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۱-ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی بیمار بعد از جاسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است. ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ... شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک شمل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کب ، face bow و ... شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد به روش ثابت صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۸۳,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۰	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۶,۷۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		

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 درمان ارتودنسی 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

ردیف	کد	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۰	۱۴,۹۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیالینگ تا سقف	۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریا ل ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۰	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۰	۱۵,۳۶۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرن کوپینگ و غیره تا سقف	۰	۱۲,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۰	۸۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۰	۸۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامی است	

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 "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 کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار 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- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد
۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد .

سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

تبصره ۱: 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 نمیباشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیباشد. این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.
تبصره ۲: 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.
تبصره ۳: 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 کنندهها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی کتاب ارزش نسبی مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه و پرداخت است.
تبصره ۴: حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .
تبصره ۵: در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد .
تبصره ۶: خدمات بیهوشی صرفاً " برای گروههای ذیل قابل بررسی می باشد :
- کلیه معلولین ذهنی و جسمی
- در 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).