تعرفه دندانپزشکی بخش خصوصی مراکز درمانی طرف قرارداد سال ۱۴۰۲

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	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
۲	۷۰۰۰۶۵	گرافي پري اپيکال و بايت وينگ	۷۷۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰			
٤	۷۰۰۰۸۵	گرافي پانورکس	۱,۸٦۰,۰۰۰	۱,۸٦۰,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافي هاي ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتري الزامیست.	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافي لترال سفالومتري	۱,۸٦۰,۰۰۰	۱,۸٦۰,۰۰۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱٤۰/۲	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 ٤ دندان الزامی است	
۲	D۷۱٤۰/۱	کشیدن دندان خلفی)دائمی(	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۵٤۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱٤۰	کشیدن هر دندان عقل	۳,٤۱۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
٤	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۷,۳۱۰,۰۰۰	۸,۳۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	جراحی نسج نرم در برگیرنده 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	۸,۸۲۰,۰۰۰	۱۰,۱۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد .
٦	D۷۲٤۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و داراي پیچیدگی هاي غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است .
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۰,۷٦۰,۰۰۰	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 دندانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلوئوپلاستی در برگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسخ نرم ،برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۳٤۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۱,۳۸۰,۰۰۰	۱۳,۹۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹٦۰	فرنکتومی	٤,۱٤۰,۰۰۰	۵,٦۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷٤٦۱	کیست و تومورهاي کوچک داخل استخوانی	۰	۱۰,۰۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژي الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۲٦۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روي دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان دراي ساکت)هر جلسه(	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۲,۵٤۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱-بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهاي دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱٤	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۸,٦۷۰,۰۰۰	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	
۱۵	D۳٤۵۰	قطع کامل ریشه-به ازاء هر ریشه)آمپوتاسیون(	۸,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲٤۰,۰۰۰	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.	
۱٦	D۷۲۸٦	بیوپسی از بافت نرم	٦,۱۵۰,۰۰۰	۷,۰۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماري هاي دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژي الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۷,۳٦۰,۰۰۰	۸,٤۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲٦۰	بستن مجاري رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱٤,۵۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد	

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۹۱۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روي یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود ۲-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان ۳-هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان هاي اندو شده ، ترمیم دندانهاي با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان هاي قدامی اندو شده کلاس چهار می باشدوشامل دندانهاي شیري نمی گردد **نکته :** انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روي یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۶,۱۷۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۸,۰۶۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یاکلاس پنج	۵,۸۳۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۷,۹۴۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۰,۰۲۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر)بیلدآپ(دندان هاي دائمی	۹,۱۰۰,۰۰۰	۹,۸۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر)بیلدآپ(دندان هاي دائمی	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۳,۰۲۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	براي هردندان حداکثر۲عددپین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهاي لق شده) یک فک(	۱۱,۲۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو	۱-صرفا جهت دندان هاي تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲-ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	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.	
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازاي هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازاي هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		

١٣	D٣٣١٠/١١	به ازاي هر كانال اضافه	٤,٣٤٠,٠٠٠	٥,٥٨٠,٠٠٠	اندو		
١٤	D٣٣٤٦	درمان مجدد يک كاناله	١٢,١٥٠,٠٠٠	١٤,٥٤٠,٠٠٠	اندو		
١٥	D٣٣٤٦/١	درمان مجدد دو كاناله	١٤,٣٧٠,٠٠٠	١٧,٢٨٠,٠٠٠	اندو		
١٦	D٣٣٤٦/٢	درمان مجدد سه كاناله	١٧,٤٥٠,٠٠٠	٢١,٠٣٠,٠٠٠	اندو		
١٧	D٣٣٤٦/٣	به ازاي هر كانال اضافه	٥,٦٣٠,٠٠٠	٦,٨٨٠,٠٠٠	اندو		
١٨	D٣٣٤٦/٤	درمان مجدد ريشه يک كاناله دندان ٧	١٢,١٥٠,٠٠٠	١٤,٥٤٠,٠٠٠	اندو		
١٩	D٣٣٤٦/٥	درمان مجدد ريشه دو كاناله دندان ٧	١٤,٣٧٠,٠٠٠	١٧,٢٨٠,٠٠٠	اندو		
٢٠	D٣٣٤٦/٦	درمان مجدد ريشه سه كاناله دندان ٧	١٧,٤٥٠,٠٠٠	٢١,٠٣٠,٠٠٠	اندو		
٢١	D٣٣٤٦/٧	به ازاي هر كانال اضافه	٥,٦٣٠,٠٠٠	٦,٨٨٠,٠٠٠	اندو		
٢٢	D٣٣٤٦/٨	درمان مجدد ريشه يک كاناله دندان ٨	١٢,١٥٠,٠٠٠	١٤,٥٤٠,٠٠٠	اندو		
٢٣	D٣٣٤٦/٩	درمان مجدد ريشه دو كاناله دندان ٨	١٤,٣٧٠,٠٠٠	١٧,٢٨٠,٠٠٠	اندو		
٢٤	D٣٣٤٦/١٠	درمان مجدد ريشه سه كاناله دندان ٨	١٧,٤٥٠,٠٠٠	٢١,٠٣٠,٠٠٠	اندو		
٢٥	D٣٣٤٦/١١	به ازاي هر كانال اضافه	٥,٦٣٠,٠٠٠	٦,٨٨٠,٠٠٠	اندو		
٢٦	D٣٤١٠	قطع نوک ريشه يا اپيكواكتومی)دندان ١ و ٢ و ٣ (	١٠,٣٦٠,٠٠٠	١٢,٣٣٠,٠٠٠	اندو -جراحی فک و صورت		
٢٧	D٣٤٢١	قطع نوک ريشه يا اپيكواكتومی)دندان ٤و ٥ (ريشه اول	١١,٤٢٠,٠٠٠	١٣,٧٠٠,٠٠٠	اندو -جراحی فک و صورت		
٢٨	D٣٤٢٥	قطع نوک ريشه يا اپيكواكتومی)دندان ٦ و ٧ و ٨ (ريشه اول	١٢,٤٠٠,٠٠٠	١٤,٩٥٠,٠٠٠	اندو -جراحی فک و صورت		
٢٩	D٣٤٢٦	قطع نوک ريشه يا اپيكواكتومی هر ريشه اضافی	٥,٢٠٠,٠٠٠	٦,٢٩٠,٠٠٠	اندو -جراحی فک و صورت		
٣٠	D٣٤٣٠	رتروگراد-به ازاء هر ريشه	٦,٢٥٠,٠٠٠	٦,٩٠٠,٠٠٠	اندو -جراحی فک و صورت		
٣١	D٣٣٥١	اپكسيفيكاسيون -كل جلسات)دربرگيرنده عناوين خدمات كد ٣٣٥٢- D و D-٣٣٥٣ ميباشد.(	٠	١٠,٤٠٠,٠٠٠	اندو - اطفال	ارائه راديوگرافی بعد از درمان الزاميست	شامل بازكردن دندان،آماده سازي فضاي كانالها،جاگذاري دارو و همچنين درآوردن داروي داخل كانال ومراحل لازم براي قرار دادن ماده پركردگی نهايی ريشه همراه باكليه راديوگرافی هاي مورد نياز ميباشد
٣٢	D٣٢٢٢	اپكسوژنزيس هر دندان	٧,٧٧٠,٠٠٠	٨,٤٦٠,٠٠٠	اندو - اطفال	ارائه راديوگرافی بعد از درمان الزاميست	
٣٣	D٣٣٣٣	درمان پرفوراسيون با MTA يا cem-cement	٧,٧٤٠,٠٠٠	٨,٦١٠,٠٠٠	اندو		
رديف	**كد**	**پريو**	**عمومی ١٤٠٢**	**متخصص ١٤٠٢**	**متخصص مشمول تعرفه تخصصی**	**ضوابط و مدارک لازم**	**تعاريف**
١	D٤٣٤٦-١	جرم گيري يک فک	٢,٥٢٠,٠٠٠	٢,٥٢٠,٠٠٠	پريو	١- اين خدمت براي بيماران بالاي ١٠ سال در تعهد می باشد. و حداكثر يكبار در سال . در صورت نياز به جرمگيري بيشتر ارائه درخواست و تائيد جداگانه ضروري می باشد ٢-تعرفه جرمگيري يک يا دو فک توسط بهداشتكاران و پرستاران دندانپزشكی داراي مدرک معتبر دانشگاهی ٥٠% دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	.اين خدمت شامل حذف جرم هاي فوق و زير لثه می باشد.
٢	D٤٣٤٦-٢	بروساژ يک فک	٥٠٠,٠٠٠	٥٠٠,٠٠٠	پريو		
٣	D٤٣٤٦	جرم گيري و بروساژ دوفک	٥,٦٧٠,٠٠٠	٥,٦٧٠,٠٠٠	پريو		
٤	D٤٢٤٠	فلپ ١/٤ دهان	٠	١٤,٢٠٠,٠٠٠	پريو	١- راديوگرافی پانوركس قبل از درمان ٢- همراه با فلپ افزايش طول تاج و غيره قابل پرداخت نمی باشد.	
٥	D٤٢٤١	فلپ ١/٦ دهان	٠	١١,٦٠٠,٠٠٠	پريو		
٦	D٤٢٧٧	پيوند آزاد لثه)دندان اول(	٠	٢٦,٠٠٠,٠٠٠	پريو	ارائه فتوگرافی و يا معاينه بعد از درمان الزاميست .	
٧	D٤٢٧٨	پيوند آزاد لثه)دندان مجاور(	٠	١٠,٤٨٠,٠٠٠	پريو		
٨	D٤٢٤٩	افزايش طول تاج crown Length	١٠,٣٢٠,٠٠٠	١٢,٥٣٠,٠٠٠	پريو	صرفا در دندان كانديد روكش قابل پرداخت بوده و براي دندانهاي مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	

۹	D٤٢٧٤	دیستال وج	۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	پریو	.صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۰	۹,٤۲۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱٤۰۲	متخصص ۱٤۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D٥۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	٥۲,۷٦۰,۰۰۰	٥۸,۱۹۰,۰۰۰	پروتز	۱- معاینه بیمار پس از درمان الزامیست . ۲-انجام خدمات مذکور هر ٥ 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 قابل پرداخت می باشد ٤- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد . ٥-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	D٥۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	٥۲,۷٦۰,۰۰۰	٥۸,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D٥۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۳۹,۰۸۰,۰۰۰	٤۲,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
٤	D٥۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک بالا	۲۳,٤۱۰,۰۰۰	۲٥,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
٥	D٥۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۳۹,۰۸۰,۰۰۰	٤۲,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
٦	D٥۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک پایین	۲۳,٤۱۰,۰۰۰	۲٥,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D٥۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۷۷,۹۷۰,۰۰۰	۸٤,٤۸۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D٥۲۱٤	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۷۷,۹۷۰,۰۰۰	۸٤,٤۸۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D٥٥۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۱٦,٦۹۰,۰۰۰	۱۷,۳٤۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D٥٥۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۱٦,٦۹۰,۰۰۰	۱۷,۳٤۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D٥٦۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱٤,۳٦۰,۰۰۰	۱٥,۰۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D٥٦۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱٤,۳٦۰,۰۰۰	۱٥,۰۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D٥۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا	۱۸,۸٥۰,۰۰۰	۲۰,۱٥۰,۰۰۰	پروتز	۱در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱٤	D٥۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین	۱۸,۸٥۰,۰۰۰	۲۰,۱٥۰,۰۰۰	پروتز		
۱٥	D۲۷٥۱	روکش PFM	۲۸,۰٥۰,۰۰۰	۳۱,٥۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- براي دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست .۲- انجام خدمات مذکور هر ٥ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات)تراش و قالبگیري و ساخت تمپ ،امتحان فریم ،امتحان پرسلن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱٦	D٦۲٤۱	پروتز ثابت)پونتیک(PFM	۲٥,۰٦۰,۰۰۰	۲۸,۹۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷٤۰	روکش) پرسلن یا زیرکونیوم (صرفا دندان هاي قدامی	۳۳,۱۰۰,۰۰۰	۳۷,٤٤۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-صرفا در دندان هاي قدامی با ذکر علت انتخاب درمان -۲- براي دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست .۳-انجام خدمات مذکور هر ٥ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۸	D٦۲٤٥	پروتز ثابت)پونتیک(تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفا دندانهاي قدامی	۲٦,٤۰۰,۰۰۰	۲۹,٦۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹٥۲	پست ریختگی	۱٤,٦٦۰,۰۰۰	۱٦,٤۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ٥ سال یکبار در تعهد می باشد	
۲۰	D۲۹٥۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۸,٥۸۰,۰۰۰	۹,٤٥۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹٥٥/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۳,٦۹۰,۰۰۰	٤,۰۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹٥٥/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۲,٥٤۰,۰۰۰	۲,٥٤۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲٤	D٦۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	٥,۰٥۰,۰۰۰	٥,٤۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		

۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۵,۵٦۰,۰۰۰	٦,٤٦۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲٦	D۹۹٤٤	نایت گارد	۱۸,۱۵۰,۰۰۰	۲۰,۰۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست ۲--انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱٤۰۲	متخصص ۱٤۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی)شيري(	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی) شيري (	۳,۲۵۰,۰۰۰	۳,٦۸۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شيري	٦,۹۰۰,۰۰۰	۷,۵۵۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
٤	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۳,۱۹۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ٦ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۳,۸۹۰,۰۰۰	٤,۰٦۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
٦	D۱۳۵۲	ترمیم PRR)دندان دائمی(	۵,۵٦۰,۰۰۰	۵,۷۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل s.s crown پیش ساخته	۷,۳٦۰,۰۰۰	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 .	
۸	D۲۱٤۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۵,۳۵۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	براي دندان شيري و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	٦,٦۵۰,۰۰۰	٦,٦۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱٦۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۸,٦۵۰,۰۰۰	۸,٦۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	٦,۲٦۰,۰۰۰	٦,۲٦۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۸,۸۱۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱٤	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه) SM(	۱۳,۱۸۰,۰۰۰	۱٤,۰۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. صرفایکباریراي هر ناحیه قابل پرداخت می باشد	
۱۵	D۱۵۱٦	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا)SM(	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۸,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱٦	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پائین)SM(	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۸,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۲,۰۲۰,۰۰۰	۱۳,۱۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲٦	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۳,۱۱۰,۰۰۰	۱٤,٦۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پائین	۱۳,۱۱۰,۰۰۰	۱٤,٦۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شيري قدامی	۵,۳٦۰,۰۰۰	٦,۰۸۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲٤۰	پالپکتومی دندان شيري خلفی	٦,٦۸۰,۰۰۰	۷,٤۸۰,۰۰۰	اطفال- اندو		

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱٤۰۲	متخصص ۱٤۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک)گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال (	۰	۱۲۰,۲٦۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه رادیوگرافی هاي پانورکس و لترال سفالومتري، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۱۳٤,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجري ، شکاف کام و لب، کانین هاي نهفته و ...
۳	D۸۰۸۰/۱						
٤	D۸۰۹۰/۱						
٥	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک) محدود (	۰	۹٤,۲۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
٦	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰٤۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	٥٥,٥۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرکونه دستگاه متحرک ،RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۷۳,٤٤۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک هاي متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا)ثابت (RPE	۰	۸٦,۰۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸٦۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک)هرفک(	۱۷,۳۲۰,۰۰۰	۱۹,۱٤۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

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 <u>دو دوره قرارداد متوالی</u>)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 کل خسارت صرفا در یک قرارداد) در تاریخ شروع درمان (قابل پرداخت می باشد.

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D٦٠١٠	جراحی یک واحد ایمپلنت)حق الزحمه جراح(	۰	۲۷,٤۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- **ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.** ۲- **شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد** **تبصره :** تاریخ انجام **گرافی پانورکس و** CBCT **می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد**	
۲	D٦٠١٠/١	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۰	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D٦١٠٤/١	پیوند استخوان براي ایمپلنت تأخیري بدون ممبران)یک دندان(	۰	١٦,٦۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه هاي مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است. ۲- 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.	
٤	D٦١٠٤/٢	پیوند استخوان براي ایمپلنت تأخیري بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۲۰,٦٦۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
٥	D٦١٠٤/٣	یوند استخوان براي ایمپلنت تأخیري با ممبران)یک دندان(	۰	۲٤,٦۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
٦	D٦١٠٤/٤	پیوند استخوان براي ایمپلنت تأخیري با ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۳۱,۳٦۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۷	D٦١٠٤/٥	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران)یک دندان(	۰	۱۲,۹۱۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۸	D٦١٠٤/٦	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۸,٤٥۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۹	D٦١٠٤/٧	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران)یک دندان(	۰	۲۲,۱٤۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۱۰	D٦١٠٤/٨	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۲٤,٦۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۱۱	D٧٩٥١	سینوس لیفت OPEN	۰	۷٥,۱۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۲	D٧٩٥٢	سینوس لیفت CLOSE	۰	٥۲,۸٩٤,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D٦٠٦٠	روکش متکی بر ایمپلنت)اباتمنت(	۰	۳۸,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست . **تبصره** : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱٤	D٦٢٤١	پروتز جایگزین شونده)پونتیک(جهت ایمپلنت	۰	۳۲,۸۷۰,۰۰۰	پروتز		
۱٥	D٦٠٦٠/١	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۰	١٦,٥۰۰,۰۰۰	پروتز		
١٦	D٦١١٠	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۰	۱۹۸,۱٥۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه هاي 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	
١٧	D٦١١١	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۰	۱۹۸,۱٥۰,۰۰۰	پروتز		

تبصره : انجام کلیه خدمات به جز ردیف ۱۱ و ۱۲ هر ٥ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.

ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

۱- تعرفه هاي تخصصی صرفا "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- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد
٤- فوتوگرافی :منظور از فوتوگرافی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار بهمراه تصویري واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروري می باشد .
٥- با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت هاي بیمه ، جهت کنترل هزینه هاي ارتودنسی و ایمپلنت شرکت هاي بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت هاي بیمه گر درخواست کننده می باشند .
٦- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد
۷- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد .
سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی
تبصره ۱ :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 اي خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود.
تبصره ۲ :در صورت نیاز بیمار به بیهوشی **تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی به صورت گلوبال)شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...(حداکثر معادل ۰۰۰.۰۰۰.۳۰ ریال تعیین می گردد.**
تبصره ۳ : هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد
تبصره ٤ : خدمات بیهوشی براي گروههاي ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد .

*کلیه معلولین ذهنی و جسمی

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

تبصره ٥: منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفا" 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 .
تبصره ٦-حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .
تبصره۷ : در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد .