

تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۰ (هزینه های متفرقه)

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۴۴۶,۰۰۰	۶۷۷,۰۰۰			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	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۴۱۰,۷۱۰	۴۱۰,۷۱۰				
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکلوزال	۶۶۳,۱۲۰	۶۶۳,۱۲۰				
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۰۰۳,۸۹۰	۱,۰۰۳,۸۹۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۰۰۳,۸۹۰	۱,۰۰۳,۸۹۰				
ردیف	کد	هزینه ای	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۵,۰۰۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است	
۲	D۷۱۴۰۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۶,۰۰۰	جراحی فک و صورت			
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۰۳۹,۴۹۰	۲,۴۰۱,۳۹۰	جراحی فک و صورت			
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۴,۲۷۵,۹۱۰	۵,۱۳۲,۶۱۰	جراحی فک و صورت			جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۵,۳۱۳,۲۸۰	۶,۳۰۰,۲۸۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	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	۶,۱۹۹,۴۸۰	۷,۳۸۳,۸۸۰	جراحی فک و صورت			شامل دنداننی است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است.
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۵,۶۲۲,۳۳۰	۶,۸۸۸,۹۸۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	هزینه آلوئولوپلاستی 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	۷,۲۶۰,۹۶۰	۹,۲۳۴,۹۶۰	جراحی فک و صورت		صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرکتومی	۵,۲۱۸,۷۱۰	۶,۲۰۵,۷۱۰	جراحی فک و صورت - پرو		مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۸,۶۱۹,۰۳۰	جراحی فک و صورت		ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	باز کردن آبسه داخل دهان	۲,۴۵۸,۷۹۰	۲,۹۰۲,۹۴۰	جراحی فک و صورت		با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۳۱۱,۶۱۰	۲,۵۹۱,۲۶۰	جراحی فک و صورت - پرو		حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۳,۲۹۴,۰۲۰	۳,۹۸۴,۹۲۰	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- هرکوارانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۵,۲۳۱,۳۸۰	۶,۲۱۸,۳۸۰	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)	۴,۸۶۱,۴۳۰	۵,۶۸۳,۹۳۰	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.	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۳,۶۹۹,۷۸۰	۴,۳۵۷,۷۸۰	جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و فک و صورت		ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۴,۴۶۳,۱۳۰	۵,۳۱۸,۵۳۰	جراحی فک و صورت			
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۹,۵۵۷,۰۳۰	جراحی فک و صورت		نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد	

ردیف	کد	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۸۳۷,۴۵۰	۳,۱۶۶,۴۵۰	ترمیمی		۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود	

۲	D2150	ترمیم آمالگام دو سطحی	۳,۸۹۴,۵۹۰	۳,۵۳۲,۶۹۰	ترمیمی	۲-جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال بانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۵,۰۴۵,۴۲۰	۴,۶۰۱,۲۷۰	ترمیمی	۲-هزینه بیلداپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MUD . ترمیم دندانهای با
۴	D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۶۶۷,۵۴۰	۳,۳۳۸,۵۴۰	ترمیمی	بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می
۵	D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۵,۳۲۵,۶۱۰	۴,۶۶۷,۶۱۰	ترمیمی	باشدهشاما , دندانهای , سه , تم , گر دد
۶	D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۶,۸۰۶,۲۸۰	۵,۹۱۷,۹۸۰	ترمیمی	نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد.
۷	D2161	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلداپ) دندانهای دائمی	۵,۷۷۰,۲۱۰	۵,۲۲۷,۳۶۰	ترمیمی	
۸	D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلداپ) دندان های دائمی	۸,۰۴۸,۱۰۰	۸,۰۴۸,۱۰۰	ترمیمی	
۹	D2951	پین داخل عاج یا داخل کانال	۱,۸۸۱,۷۴۰	۱,۷۱۷,۲۴۰	ترمیمی- پروتز	برای هردندان حداکثر۲عددپین قابل پرداخت است
۱۰	D4421	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۷,۵۸۴,۶۲۰	۶,۵۹۷,۶۲۰	ترمیمی - اطفال- پرو	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.

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	شوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D3220/1	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۴,۰۳۳,۷۲۰	۴,۵۲۷,۲۲۰	اندو		انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد.	
۲	D3310	درمان ریشه یک کاناله	۶,۵۹۳,۶۲۰	۸,۲۷۱,۵۲۰	اندو			
۳	D3310/1	درمان ریشه دو کاناله	۷,۵۴۲,۴۴۰	۹,۴۳۴,۱۹۰	اندو			
۴	D3310/2	درمان ریشه سه کاناله	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۵	D3310/3	درمان ریشه چهار کاناله	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۶	D3310/4	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۶,۵۹۳,۶۲۰	۸,۲۷۱,۵۲۰	اندو			
۷	D3310/5	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۷,۵۴۲,۴۴۰	۹,۴۳۴,۱۹۰	اندو			
۸	D3310/6	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۹	D3310/7	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۱۰	D3310/8	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۶,۵۹۳,۶۲۰	۸,۲۷۱,۵۲۰	اندو			
۱۱	D3310/9	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۷,۵۴۲,۴۴۰	۹,۴۳۴,۱۹۰	اندو			
۱۲	D3310/10	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۱۳	D3310/11	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۱۴	D3346	درمان مجدد یک کاناله	۷,۶۰۷,۵۷۰	۹,۴۱۷,۰۷۰	اندو		۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.	
۱۵	D3346/1	درمان مجدد دو کاناله	۹,۰۳۲,۰۴۰	۱۱,۲۳۶,۳۴۰	اندو			
۱۶	D3346/2	درمان مجدد سه کاناله	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو		۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۱۷	D3346/3	درمان مجدد چهار کاناله	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۱۸	D3346/4	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۷,۶۰۷,۵۷۰	۹,۴۱۷,۰۷۰	اندو			
۱۹	D3346/5	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۹,۰۳۲,۰۴۰	۱۱,۲۳۶,۳۴۰	اندو			
۲۰	D3346/6	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۱	D3346/7	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۲	D3346/8	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۷,۶۰۷,۵۷۰	۹,۴۱۷,۰۷۰	اندو			
۲۳	D3346/9	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۹,۰۳۲,۰۴۰	۱۱,۲۳۶,۳۴۰	اندو			
۲۴	D3346/10	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۵	D3346/11	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۶	D4410	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۶,۴۳۳,۲۸۰	۷,۹۳۰,۲۲۰	اندو -جراحی فک و صورت			

			اندو -جراحی فک و صورت	۸,۸۶۲,۲۸۰	۷,۱۳۵,۰۳۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	D۳۴۲۱	۲۷
			اندو -جراحی فک و صورت	۹,۷۰۴,۷۳۰	۷,۷۸۰,۰۸۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	D۳۴۲۵	۲۸
			اندو -جراحی فک و صورت	۴,۱۳۳,۲۸۰	۳,۳۰۰,۷۸۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	D۳۴۲۶	۲۹
			اندو -جراحی فک و صورت	۴,۱۴۶,۳۸۰	۳,۶۵۲,۸۸۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	D۳۴۳۰	۳۰
شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کتالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کاتال ومرحله لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه باکلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد.	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	اندو - اطفال		۶,۳۶۴,۱۶۰	.	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد.)	D۳۳۵۱	۳۱
	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	اندو - اطفال		۵,۰۳۹,۹۷۰	۴,۵۱۳,۵۷۰	اپکسوزتزیس هر دندان	D۳۳۲۲	۳۲
		اندو		۵,۲۶۵,۵۱۰	۴,۶۰۷,۵۱۰	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	D۳۳۳۳	۳۳

ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	شوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۷,۵۰۰	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 تایید جداگانه ضروری می باشد.	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۵۰۰,۰۰۰	۶۲۱,۵۰۰	پریو			
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۶,۰۶۸,۶۰۰	۷,۵۴۹,۱۰۰	پریو		۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۴	D۴۴۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۷,۴۰۸,۹۲۰	۹,۲۰۱,۹۷۰	پریو		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 . صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد. صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست
۵	D۴۴۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۶,۰۶۲,۸۲۰	۷,۵۱۰,۴۲۰	پریو			
۶	D۴۴۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۳,۳۵۶,۱۲۰	۱۸,۲۹۱,۱۲۰	پریو			
۷	D۴۴۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۵,۴۵۲,۰۷۰	۷,۰۹۷,۰۷۰	پریو			
۸	D۴۴۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۶,۵۳۷,۰۷۰	۸,۲۱۴,۹۷۰	پریو			
۹	D۴۴۷۴	دیستال وج	۶,۱۳۳,۰۲۰	۷,۸۰۰,۹۲۰	پریو			
۱۰	D۳۳۲۰	همی سگشن و قطع ریشه	۴,۹۳۵,۲۱۰	۵,۹۷۱,۵۶۰	پریو -جراحی فک و صورت			

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	شوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۲۰,۲۹۲,۴۹۰	۲۴,۴۰۴,۹۹۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰	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 صرفا " 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 .	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۲۰,۲۹۲,۴۹۰	۲۴,۴۰۴,۹۹۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۴,۹۳۲,۳۰۰	۱۷,۷۲۸,۸۰۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۶۸۳,۰۰۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۴,۴۸۱,۸۵۰	۱۷,۲۷۸,۳۵۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۶۸۳,۰۰۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۰,۲۹۲,۲۰۰	۲۵,۲۲۷,۲۰۰	پروتز	۱۲,۰۰۰,۰۰۰		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۰,۲۹۲,۲۰۰	۲۵,۲۲۷,۲۰۰	پروتز	۱۲,۰۰۰,۰۰۰		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵,۱۰۹,۹۵۰	۵,۶۰۳,۴۵۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵,۱۰۹,۹۵۰	۵,۶۰۳,۴۵۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		

		۱.۵۰۰.۰۰۰	بروتز	۴,۳۱۴,۷۳۰	۳,۸۲۱,۳۳۰	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	D۵۶۱۱	۱۱
		۱.۵۰۰.۰۰۰	بروتز	۴,۳۱۴,۷۳۰	۳,۸۲۱,۳۳۰	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	D۵۶۱۲	۱۲
	در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد	۲.۵۰۰.۰۰۰	بروتز	۶,۱۰۵,۳۱۰	۵,۱۱۸,۳۱۰	ریلاین پروتز فک بالا	D۵۷۳۰	۱۳
		۲.۵۰۰.۰۰۰	بروتز	۶,۱۰۵,۳۱۰	۵,۱۱۸,۳۱۰	ریلاین پروتز فک پایین	D۵۷۳۱	۱۴
شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	۲.۵۰۰.۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱۳,۶۲۱,۶۰۰	۱۰,۹۸۹,۶۰۰	روکش PFM	D۲۷۵۱	۱۵
		۲.۵۰۰.۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱۲,۵۷۰,۲۰۰	۹,۶۰۹,۲۰۰	پروتز ثابت (پونتیک) 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	۴.۵۰۰.۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱۵,۹۷۳,۲۵۰	۱۲,۶۸۳,۲۵۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	D۲۷۴۰	۱۷
		۴.۵۰۰.۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱۱,۱۳۹,۰۵۰	۸,۶۵۵,۱۰۰	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	D۶۲۴۵	۱۸
۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	۱,۲۰۰.۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۷,۱۷۳,۷۶۰	۵,۸۵۷,۷۶۰	پست ریختگی	D۲۹۵۲	۱۹
			پروتز - ترمیمی	۵,۶۵۰,۲۱۰	۴,۹۹۲,۲۱۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	D۲۹۵۰	۲۰
			پروتز - ترمیمی	۱,۳۳۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	دراوردن روکش قدیمی	D۲۹۵۵/۱	۲۱
			پروتز - ترمیمی	۲,۳۷۳,۲۴۰	۲,۱۲۶,۴۹۰	چسباندن روکش قدیمی	D۲۹۲۰	۲۲
			پروتز - ترمیمی	۱,۷۸۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	خارج کردن بریج قدیمی	D۲۹۵۵/۲	۲۳
			پروتز - ترمیمی	۳,۲۴۸,۹۱۰	۲,۹۱۹,۹۱۰	چسباندن بریج قدیمی	D۶۹۳۰	۲۴
			پروتز - ترمیمی	۴,۰۳۵,۶۴۰	۳,۳۷۷,۶۴۰	دراوردن پست یا بین قدیمی	D۲۹۵۵	۲۵
	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	۴,۰۰۰.۰۰۰	بروتز	۷,۱۰۶,۶۱۰	۵,۶۹۱,۹۱۰	نایت گارد	D۹۹۴۴	۲۶

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	منتخص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱,۷۰۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	اطفال			
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۹۳۷,۷۷۰	۲,۲۶۶,۷۷۰	اطفال			
۳	D۳۳۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۴,۰۳۳,۷۲۰	۴,۵۲۷,۲۲۰	اطفال - اندو			
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱,۷۶۳,۱۰۰	۱,۸۴۵,۳۵۰	اطفال		هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۲,۱۹۲,۹۹۰	۲,۳۳۴,۵۹۰	اطفال		تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۳,۰۸۵,۸۴۰	۳,۲۳۳,۸۹۰	اطفال-ترمیمی			
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۴,۳۶۹,۲۰۰	۵,۰۲۷,۲۰۰	اطفال		معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۱۶۶,۴۵۰	۳,۱۶۶,۴۵۰	اطفال			
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۳,۸۹۴,۵۹۰	۳,۸۹۴,۵۹۰	اطفال			
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۵,۰۴۵,۴۲۰	۵,۰۴۵,۴۲۰	اطفال			
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۶۶۷,۵۴۰	۳,۶۶۷,۵۴۰	اطفال			
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۵,۳۲۵,۶۱۰	۵,۳۲۵,۶۱۰	اطفال			
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۶,۸۰۶,۲۸۰	۶,۸۰۶,۲۸۰	اطفال			

		۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	۵,۳۳۰,۹۳۰	۴,۶۷۲,۹۳۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	D۱۵۱۰	۱۴
معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست		۴,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	۷,۳۰۰,۷۳۰	۶,۳۱۳,۷۳۰	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	D۱۵۱۶	۱۵
		۴,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	۷,۳۰۰,۷۳۰	۶,۳۱۳,۷۳۰	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	D۱۵۱۷	۱۶
		۲,۷۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	۴,۹۴۸,۶۷۰	۴,۱۲۶,۱۷۰	فضا نگهدار متحرک - یک طرفه	D۱۵۲۰	۱۷
		۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	۶,۰۴۹,۴۲۰	۴,۸۹۷,۹۲۰	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	D۱۵۲۶	۱۸
		۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	۶,۰۴۹,۴۲۰	۴,۸۹۷,۹۲۰	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	D۱۵۲۷	۱۹
			اطفال-اندو	۳,۷۲۸,۲۰۰	۳,۱۸۵,۳۵۰	پالیکتومی دندان شیرینی قدامی	D۳۳۳۰	۲۰
			اطفال - اندو	۴,۵۳۰,۷۵۰	۳,۹۲۲,۱۰۰	پالیکتومی دندان شیرینی خلفی	D۳۳۴۰	۲۱
ردیف	کد	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	مواد مصرفی/الابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۴۱,۱۰۹,۸۱۰	۵۶,۰۷۹,۳۱۰	ارتودنسی - اطفال	۸,۰۰۰,۰۰۰		
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۴۶,۳۶۱,۵۶۰	۶۱,۹۸۹,۰۶۰	ارتودنسی - اطفال	۸,۵۰۰,۰۰۰		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کاین های نهفته و ...
۳	D۸۰۸۰/۱							
۴	D۸۰۹۰/۱							
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۳۳,۷۰۰,۰۰۰	۴۶,۲۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۵,۰۰۰,۰۰۰	ارائه رادیوگرافی های بانورکس و لترال سفالومتري، فوتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰							
۷	D۸۰۴۰							
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۰,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰	شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...	
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۴,۰۰۰,۰۰۰	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد	
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۲۶,۵۰۰,۰۰۰	۳۷,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۴,۵۰۰,۰۰۰	به روش ثابت	
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵,۷۳۱,۴۲۰	۷,۱۱۳,۲۲۰	ارتودنسی - ترمیم	۱,۰۰۰,۰۰۰		
<p>تیسره: 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 یا 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.</p>								

ردیف	کد	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱۴,۰۷۳,۴۳۰	۱۹,۵۰۱,۹۳۰	پریو- فک و صورت		ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. توضیح: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		۲- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		توضیح: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۷,۶۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۲۳,۶۵۸,۱۸۰	پریو- فک و صورت			
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۳,۷۸۵,۳۸۰	۱۹,۰۴۹,۳۸۰	پریو- فک و صورت			
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۱۲,۵۲۲,۱۵۰	۱۵,۴۹۹,۶۰۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۹,۶۰۹,۲۰۰	۱۲,۵۷۰,۲۰۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	توضیح: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، امپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۹,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز			

۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۱,۷۸۲,۵۵۰	۲۷,۹۸۴,۲۰۰	بروتز	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	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 جراح کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دسته دندان: شک معالج) و ننا ارائه
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۱,۷۸۲,۵۵۰	۲۷,۹۸۴,۲۰۰	بروتز	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	

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 یافت (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 .
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
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 کننده ها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی کتاب ارزش نسبی مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه
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 .