

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۳,۲۴۲,۰۰۰	۴,۵۱۸,۰۰۰		ویزیت 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	۲,۸۵۳,۸۰۰	۲,۸۵۳,۸۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۷,۰۰۶,۱۰۰	۷,۰۰۶,۱۰۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۶,۷۴۷,۱۰۰	۶,۷۴۷,۱۰۰		مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
ردیف	کد	هزینه های جراحی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۸,۲۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد .	
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	۳۳,۳۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	شامل دندانی 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 .
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۲۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۵۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	۱- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان 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 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 و سستیبول نیم فک	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۳۰,۱۰۰,۰۰۰	۳۲,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳۸,۳۰۰,۰۰۰	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۱۶,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	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.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسیوز کردن دندان	۳۰,۲۰۰,۰۰۰	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-ازاء هر ریشه (آمیوتاسیون)	۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - بیماری های دهان - پریو	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۸,۵۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	۴۴,۶۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

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	۱۸,۲۵۰,۰۰۰	۱۹,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی 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 های اندو شده ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد. ۴- در صورتی که دندان نیاز به روکش داشته باشد هزینه ترمیم زیر آن حداکثر معادل سه سطحی قابل پرداخت است. نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد.	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳۰,۵۰۰,۰۰۰	۳۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	۲۳,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲۹,۸۰۰,۰۰۰	۳۱,۵۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۶,۸۰۰,۰۰۰	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۴,۸۰۰,۰۰۰	۳۶,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۵,۸۵۰,۰۰۰	۵۸,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال یا فایرپیست	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	۱۱,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده ( یک فک)	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پروتو	۱- صرفا جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان	

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۲۷,۹۰۰,۰۰۰	۲۹,۶۰۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.	
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۴۷,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۵,۳۰۰,۰۰۰	۶۴,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۶۶,۸۰۰,۰۰۰	۷۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۲۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۱,۷۰۰,۰۰۰	۴۹,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۵۷,۶۰۰,۰۰۰	۶۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶۹,۵۰۰,۰۰۰	۸۱,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۲۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	۴۹,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۵۹,۸۰۰,۰۰۰	۷۰,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۱۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۷۲,۲۰۰,۰۰۰	۸۴,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۲۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۶,۸۰۰,۰۰۰	۵۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۵,۵۰۰,۰۰۰	۷۶,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۷۹,۵۰۰,۰۰۰	۹۳,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۸,۱۵۰,۰۰۰	۵۶,۱۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۸,۲۰۰,۰۰۰	۷۹,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۸۲,۶۰۰,۰۰۰	۹۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۹,۱۰۰,۰۰۰	۵۷,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۷۰,۸۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸۵,۸۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۴,۸۵۰,۰۰۰	۳۸,۸۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۳۷,۹۰۰,۰۰۰	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	۴۵,۹۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۹,۳۵۰,۰۰۰	۲۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگرید-به ازاء هر ریشه	۲۳,۲۰۰,۰۰۰	۲۴,۴۵۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد.)	۳۷,۵۵۰,۰۰۰	۳۹,۷۵۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنزیس هر دندان	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	پرو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۸,۵۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یکبار در سال در تعهد می باشد.	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۱,۷۰۰,۰۰۰	۱,۷۰۰,۰۰۰	پریو	در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال ارائه درخواست و تأیید جداگانه ضروری می باشد	
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۴۰,۱۰۰,۰۰۰	۴۰,۹۰۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۳۳,۸۰۰,۰۰۰	۳۷,۶۰۰,۰۰۰	پریو	۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.	
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۶۰,۱۰۰,۰۰۰	۷۳,۲۰۰,۰۰۰	پریو	فتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۲۹,۱۰۰,۰۰۰	۳۳,۴۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۳۹,۹۰۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو - جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۶۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۷۶,۳۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز ( داخل و خارج از دهان)	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۱۶۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۷۶,۳۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- در صورت نیاز معاینه بیمار	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک بالا	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	۴- 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.	
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک پایین	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- فوتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان ) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد.	
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان.	
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۷۲,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ، امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم ) می باشد.
۱۷	D۲۷۴۰	روکش ( پرسنل یا زیرکونیوم ) صرفاً دندان های قدامی	۹۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۹۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست	۰	۰	پروتز - ترمیمی	۱- رادیوگرافی تشخیصی بعد از درمان.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۹,۳۰۰,۰۰۰	۹,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵۲,۱۰۰,۰۰۰	۵۵,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- فوتوگرافی پس از درمان از نایت گارد (داخل و خارج از دهان ) که صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد.	
						۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	

### تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۷,۹۰۰,۰۰۰	۲۹,۲۵۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۱۶,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S CROWN پیش ساخته	۲۸,۵۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و ترمیم جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۹,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۳۲,۲۰۰,۰۰۰	۳۲,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۳۱,۵۰۰,۰۰۰	۳۱,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۳۸,۹۰۰,۰۰۰	۳۸,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	۴۷,۳۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۳۹,۳۰۰,۰۰۰	۴۱,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۵,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۵,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۲۹۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۱,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۳۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۹۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجری، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۲۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۷۷,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	رادیوگرافی های تشخیصی پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک یا ارتودنسی با الاینر (نامرئی) یا ساده
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۱۴۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک، RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask، چین کپ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۷۷,۶۰۰,۰۰۰	۲۱۴,۲۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا (ثابت) RPE	۲۰۵,۵۰۰,۰۰۰	۲۴۶,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۴۹,۲۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

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

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

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)	۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۴۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- رادیوگرافی پانورکس تشخیصی قبل یا CBCT (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) و نیز رادیوگرافی بعد از درمان. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	۴۹,۵۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند مترال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) ۳-ارائه گرافی فاینال تشخیصی بعد از پیوند های تأخیری ۴- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۶,۳۰۰,۰۰۰	۶۱,۹۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۵۹,۸۰۰,۰۰۰	۷۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۴,۲۰۰,۰۰۰	۹۹,۷۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲۹,۲۰۰,۰۰۰	۳۸,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۰,۲۰۰,۰۰۰	۵۵,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۳,۳۰۰,۰۰۰	۷۰,۷۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		جهت دندان های مجاور در یک کوادرنانت در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	۱۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس تشخیصی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان)	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۷۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۴۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۵۶۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۷	D۶۱۱۱	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۴۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۵۶۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۴۰۵ ( هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

### موارد مرتبط با بیهوشی در خدمات دندانپزشکی

۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی بصورت گلوبال ( شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ... ) حداکثر معادل ۱۱۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.

۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۳- خدمات بیهوشی به کلیه معلولین ذهنی و جسمی و نیز کودکان کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی کنند ، تعلق می گیرد.

۴- صرفاً آن دسته از مراکز درمانی مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی با بیهوشی هستند که دارای مجوز و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

### ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

۱- تعرفه های تخصصی صرفاً "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون "متخصص مشمول حق تخصصی" 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 و پرداخت 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.

۴- فوتوگرافی : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمت یا خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد.

۵- با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت های بیمه ، جهت کنترل هزینه های ارتودنسی ، ایمپلنت و پروتز های ثابت و متحرک شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند .

۶- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.

۷- تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.

۸- در بیماران باردار ارائه آخرین گزارش سونوگرافی و فتوگرافی بعد از درمان الزامی می باشد.

### تذکرات مهم

۱- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و ... ممنوع می باشد.

۲- دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی (طرف قرارداد ) صرفاً مجاز به دریافت فرانشیز ( سهم بیمار ) بر اساس تعرفه های اعلام شده و نیز مزاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.

۳- در صورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده ، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی (طرف قرارداد ) می بایست مزاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه محاسبه و از بیمار دریافت نمایند .