

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر دولتی 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	۲,۳۸۲,۰۰۰	۳,۳۱۴,۰۰۰		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	۱,۷۸۲,۲۰۰	۱,۷۸۲,۲۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۴,۵۲۰,۹۰۰	۴,۵۲۰,۹۰۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۴,۲۶۱,۹۰۰	۴,۲۶۱,۹۰۰			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)	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۶,۵۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		جراحی نسج نرم در برگیرنده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع شامل دندانانی 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	۲۸,۴۵۰,۰۰۰	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	شامل دندانانی 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	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۵,۵۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۲۹,۲۰۰,۰۰۰	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	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 دندانانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلوئولوپلاستی در برگیرنده 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	۳۵,۲۰۰,۰۰۰	۴۰,۴۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۲۷,۹۰۰,۰۰۰	۳۰,۵۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳۵,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۳,۸۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۵,۴۰۰,۰۰۰	۱۶,۱۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	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- هر کوادرنانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	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 (آمپوتاسیون)	۲۶,۷۰۰,۰۰۰	۲۸,۹۰۰,۰۰۰	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	۲۱,۲۰۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - بیماری های دهان - پریو	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	۲۶,۹۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۳۶,۹۰۰,۰۰۰	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر دولتی 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	D2140	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۸۰۰,۰۰۰	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 ریذاکت 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	D2150	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۱,۳۰۰,۰۰۰	۲۲,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲۸,۳۰۰,۰۰۰	۲۹,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲۱,۱۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۹,۷۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۶,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D2161	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۳,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۳,۴۰۰,۰۰۰	۵۵,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D2951	پین داخل عاج یا داخل کانال یا فایبرپست	۹,۹۵۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است
۱۰	D4321	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده ( یک فک)	۳۶,۲۰۰,۰۰۰	۳۸,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو		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 عمومی غیر دولتی 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	۲۶,۷۰۰,۰۰۰	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	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	۳۸,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۲,۴۰۰,۰۰۰	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۶۳,۳۰۰,۰۰۰	۷۴,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	۴۶,۵۵۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۵۴,۵۵۰,۰۰۰	۶۳,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶۵,۸۰۰,۰۰۰	۷۷,۳۵۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۰,۲۵۰,۰۰۰	۴۷,۳۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	۶۶,۴۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۱۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۶۸,۴۰۰,۰۰۰	۸۰,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۵۱,۶۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۲,۱۰۰,۰۰۰	۷۲,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۷۵,۳۵۰,۰۰۰	۸۸,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۵,۶۵۰,۰۰۰	۵۳,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۴,۶۵۰,۰۰۰	۷۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۷۸,۳۰۰,۰۰۰	۹۲,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۶,۵۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۶۷,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸۱,۳۵۰,۰۰۰	۹۵,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۲,۵۵۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۱۵۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۸,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۵۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگرید-به ازاء هر ریشه	۲۱,۶۰۰,۰۰۰	۲۲,۹۰۰,۰۰۰	اندو - جراح فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد).	۳۶,۲۰۰,۰۰۰	۳۸,۴۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوژنیزیس هر دندان	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۵۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۱,۹۴۰,۰۰۰	۳۳,۶۰۰,۰۰۰	اندو		

### تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر دولتی سال ۱۴۰۵ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۷,۶۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	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	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	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	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۳۷,۷۰۰,۰۰۰	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان	۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۳۱,۹۶۰,۰۰۰	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۷۱,۱۰۰,۰۰۰	پریو	فوتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۲۸,۲۵۰,۰۰۰	۳۲,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۳۳,۶۵۰,۰۰۰	۳۸,۱۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۳۱,۵۵۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۲۶,۳۲۰,۰۰۰	۲۹,۱۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر دولتی 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	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان)	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- در صورت نیاز معاینه بیمار	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک بالا	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	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	۱۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک پایین	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۳۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۳۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۳,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۳,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	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	۴۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۷۶,۰۰۰,۰۰۰	۸۳,۰۰۰,۰۰۰	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	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۷	D۲۷۴۰	روکش ( پرسنل یا زیرکونیوم ) صرفاً دندان های قدامی	۹۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ، امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم ) می باشد.
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۸۶,۰۰۰,۰۰۰	۹۲,۰۰۰,۰۰۰	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	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست	.	.	پروتز - ترمیمی	۱- رادیوگرافی تشخیصی بعد از درمان.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۹,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۶,۴۰۰,۰۰۰	۱۷,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	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 عمومی غیر دولتی 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)	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۶,۷۱۰,۰۰۰	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۵۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱۵,۹۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۰,۴۵۰,۰۰۰	۲۰,۸۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۲۷,۱۰۰,۰۰۰	۲۸,۸۵۰,۰۰۰	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	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۲۹,۹۰۰,۰۰۰	۲۹,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		برای دندان شیری و نیز دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۲,۴۰۰,۰۰۰	۲۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۲۹,۶۰۰,۰۰۰	۲۹,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۳۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۶,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴۳,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۴۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۴۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- اندو		

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر دولتی 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)	۲۸۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۴۱,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	رادیوگرافی های تشخیصی پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک			
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۳۱۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۸۲,۰۰۰,۰۰۰	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)	۲۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۶۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی			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	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال				شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۶۸,۳۰۰,۰۰۰	۲۰۲,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال				شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۱۹۴,۷۰۰,۰۰۰	۲۳۳,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال				به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۴۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۱,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	فوتوگرافی با پلاک			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 عمومی غیر دولتی 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)	۵۸,۹۰۰,۰۰۰	۷۳,۳۰۰,۰۰۰	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.	
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)	۳۷,۱۰۰,۰۰۰	۴۶,۹۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۰,۳۰۰,۰۰۰	۹۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲۷,۷۰۰,۰۰۰	۳۶,۷۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۳۸,۱۰۰,۰۰۰	۵۲,۳۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۰,۵۰۰,۰۰۰	۶۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۵۷,۷۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۳۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۹۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۱۴,۲۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۷۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۷۸,۳۰۰,۰۰۰	۱۰۸,۷۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۴۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۷	D۶۱۱۱	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۴۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
						۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد، لابراتوار، بار، بال، در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- پانورکس بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز فوتوگرافی بعد از درمان	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد

## تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر دولتی 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 ۱۰۸.۰۰۰.۰۰۰ 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 مازاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.
۳- در صورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده ، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی (طرف قرارداد ) می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه محاسبه و از بیمار دریافت نمایند .