

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۸۷۰,۰۰۰	۱,۴۷۰,۰۰۰		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	۹۳۱,۲۲۰	۹۳۱,۲۲۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۲,۲۶۵,۰۲۰	۲,۲۶۵,۰۲۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.	
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۲,۲۶۵,۰۲۰	۲,۲۶۵,۰۲۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۳,۶۵۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است .	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۴,۱۰۰,۰۰۰	۴,۷۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۴,۵۶۰,۰۰۰	۵,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۰,۰۵۰,۰۰۰	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	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 موکوپروستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۱۱,۹۸۰,۰۰۰	۱۳,۸۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانی 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	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۷	D۷۳۲۱	آلونولوپلاستی نیم فک	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۳۰,۰۰۰	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 آلونولوپلاستی 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	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۵,۶۹۰,۰۰۰	۱۹,۴۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۵,۶۴۰,۰۰۰	۷,۶۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروری است .	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۳,۲۴۰,۰۰۰	۴,۳۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست .	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۶۳۰,۰۰۰	۴,۵۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد .	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۳,۳۷۰,۰۰۰	۴,۲۳۰,۰۰۰	جراحی 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- هرکوادرات فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۱۱,۸۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۹۰,۰۰۰	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 اژه هر ریشه (آمیوتاسیون)	۱۱,۰۸۰,۰۰۰	۱۲,۶۶۰,۰۰۰	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.	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۸,۶۰۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است .	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۰,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۸۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۲۰,۱۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۶,۷۳۰,۰۰۰	۷,۳۶۰,۰۰۰	ترمیمی	<p>۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود .</p> <p>۲-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان .</p> <p>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 باشدو شامل دندانهای شیری نمی گردد.</p> <p>نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد .</p>	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۸,۴۱۰,۰۰۰	۹,۱۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۱,۰۶۰,۰۰۰	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۸,۱۶۰,۰۰۰	۸,۷۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۱,۱۱۰,۰۰۰	۱۲,۳۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۳,۸۷۰,۰۰۰	۱۵,۵۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندانهای دائمی	۱۲,۶۵۰,۰۰۰	۱۳,۶۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۰,۱۸۰,۰۰۰	۲۱,۹۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۴,۰۱۰,۰۰۰	۴,۳۲۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است .	
۱۰	D۴۳۲۱	اسیلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۵,۰۱۰,۰۰۰	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پرو	<p>۱-صرفاً جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد.</p> <p>۲-ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامی است.</p>	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۰,۱۱۰,۰۰۰	۱۱,۰۶۰,۰۰۰	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	۱۵,۸۱۰,۰۰۰	۱۹,۱۸۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است .
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۲۱,۵۰۰,۰۰۰	۲۶,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۵۲۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۶,۲۴۰,۰۰۰	۸,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۶,۲۶۰,۰۰۰	۱۹,۷۳۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۲,۳۷۰,۰۰۰	۲۷,۰۷۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۷,۰۵۰,۰۰۰	۳۲,۷۸۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۶,۲۴۰,۰۰۰	۸,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۲۰,۰۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳,۲۳۰,۰۰۰	۲۸,۱۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۸,۰۹۰,۰۰۰	۳۴,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۲۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۶,۲۴۰,۰۰۰	۸,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۸,۰۵۰,۰۰۰	۲۱,۶۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۲۵,۳۵۰,۰۰۰	۳۰,۶۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۳۰,۸۱۰,۰۰۰	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۷,۹۵۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۸,۵۷۰,۰۰۰	۲۲,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۶,۳۶۰,۰۰۰	۳۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۲,۰۴۰,۰۰۰	۳۸,۷۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۷,۹۵۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۸,۹۱۰,۰۰۰	۲۲,۷۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۷,۳۸۰,۰۰۰	۳۳,۰۷۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۳,۲۸۰,۰۰۰	۴۰,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۷,۹۵۰,۰۰۰	۹,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۴,۱۵۰,۰۰۰	۱۷,۰۱۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۵,۵۵۰,۰۰۰	۱۸,۸۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۲۰,۵۳۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۷,۶۹۰,۰۰۰	۹,۲۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۸,۶۳۰,۰۰۰	۹,۵۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)	.	۱۵,۳۷۰,۰۰۰	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 باکلیه رادیوگرافی های مورد نیاز می باشد .
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوزنریس هر دندان	۱۱,۱۴۰,۰۰۰	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۱,۸۶۰,۰۰۰	۱۳,۱۱۰,۰۰۰	اندو	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	پریو	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۳,۱۵۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یک بار در سال در تعهد می باشد. در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یک بار در سال ، ارائه درخواست و تایید جداگانه ضروری می باشد .	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۶۶۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۷,۶۲۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۶,۳۵۰,۰۰۰	۱۹,۷۸۰,۰۰۰	پریو	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان الزامی است. ۲- افزایش طول تاج و دیستال وچ همراه با انجام فلپ ،	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۱۳,۶۱۰,۰۰۰	۱۶,۳۷۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۲۷,۶۴۰,۰۰۰	۳۷,۰۷۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام الزامی است .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۲,۱۷۰,۰۰۰	۱۵,۳۲۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۴,۵۲۰,۰۰۰	۱۷,۷۳۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وچ	۱۳,۶۲۰,۰۰۰	۱۶,۸۲۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد .	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکنش و قطع ریشه	۱۱,۱۲۰,۰۰۰	۱۳,۱۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۶۶,۹۲۰,۰۰۰	۷۴,۷۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه OPG ، فتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان) ، و در صورت نیاز معاینه بیمار الزامی است.	اخذ هرگونه وجه اضافه تحت عناوین مختلف ازجمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و دست دندان خارجی و ... ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) براساس تعرفه های اعلام شده بوده و پس از اتمام سقف اعلامی برای هر بیمه شده ، مرکز می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه از بیمار دریافت نماید .
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۶۶,۹۲۰,۰۰۰	۷۴,۷۸۰,۰۰۰	پروتز	۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۴۸,۹۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۴۰,۰۰۰	پروتز	۳-در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل	
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	۳۲,۸۷۰,۰۰۰	پروتز	دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً هزینه پروتز کامل فک	
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۴۷,۹۲۰,۰۰۰	۵۳,۲۶۰,۰۰۰	پروتز	مقابل قابل پرداخت می باشد.	
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	۳۲,۸۷۰,۰۰۰	پروتز	۴- 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	۹۳,۰۳۰,۰۰۰	۱۰۲,۴۶۰,۰۰۰	پروتز	۵-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	۹۳,۰۳۰,۰۰۰	۱۰۲,۴۶۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۲۱,۳۴۰,۰۰۰	۲۲,۲۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	۲- ارائه فتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد ؛ پس از درمان الزامی است .
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۲۱,۳۴۰,۰۰۰	۲۲,۲۸۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۱۸,۳۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۱۸,۳۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا	۲۲,۷۹۰,۰۰۰	۲۴,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	۱در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.
۱۴	D۵۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین	۲۲,۷۹۰,۰۰۰	۲۴,۶۸۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۳۴,۹۱۰,۰۰۰	۳۹,۹۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان الزامی است	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم ، امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۳۱,۷۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۴۱,۰۴۰,۰۰۰	۴۷,۳۳۰,۰۰۰	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	۳۲,۷۰۰,۰۰۰	۳۷,۴۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۱۸,۷۰۰,۰۰۰	۲۱,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد . هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست+ترمیم کامپوزیت	۱۱,۵۶۰,۰۰۰	۱۲,۸۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵,۴۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۳,۳۸۰,۰۰۰	۳,۳۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۷,۱۱۰,۰۰۰	۷,۷۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۲۲,۳۷۰,۰۰۰	۲۵,۰۷۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه فتوگرافی از نایت گارد (داخل و خارج از دهان) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد ؛ پس از درمان الزامی است . ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۳,۹۸۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۴,۴۳۰,۰۰۰	۵,۰۶۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۳۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۰,۱۱۰,۰۰۰	۱۱,۰۶۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۴,۳۷۰,۰۰۰	۴,۴۳۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد.	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۵,۷۷۰,۰۰۰	۶,۰۳۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۷,۷۱۰,۰۰۰	۷,۹۹۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۱۰,۵۹۰,۰۰۰	۱۱,۸۵۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است . 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	۷,۳۶۰,۰۰۰	۷,۳۶۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۹,۱۱۰,۰۰۰	۹,۱۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۸,۷۹۰,۰۰۰	۸,۷۹۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۲,۳۶۰,۰۰۰	۱۲,۳۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۵,۵۷۰,۰۰۰	۱۵,۵۷۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۲۱,۲۵۰,۰۰۰	۲۳,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۲۱,۲۵۰,۰۰۰	۲۳,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۷۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۲۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۱,۰۴۰,۰۰۰	۱۲,۰۷۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۲۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۳,۱۰۰,۰۰۰	۱۴,۲۷۰,۰۰۰	اطفال- اندو		

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۱۱۰,۴۷۰,۰۰۰	۱۳۹,۰۹۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.		
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۱۲۴,۳۵۰,۰۰۰	۱۵۴,۲۳۰,۰۰۰	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)	۸۶,۷۸۰,۰۰۰	۱۰۸,۶۴۰,۰۰۰	ارتودنسی			شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰							
۷	D۸۰۴۰							
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۵۳,۹۶۰,۰۰۰	۶۵,۱۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال			
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۶۷,۲۵۰,۰۰۰	۸۴,۱۷۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رچین دوره درمان می باشد .		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۷۵,۵۴۰,۰۰۰	۹۴,۶۷۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت	
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۷,۰۳۰,۰۰۰	۱۹,۶۷۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.	
تجسره: 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.								

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۸,۷۰۰,۰۰۰	۳۹,۰۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس قبل از جراحی و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد .	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۳۰,۶۰۰,۰۰۰	۳۰,۶۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۸,۸۵۰,۰۰۰	۲۳,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۲,۴۷۰,۰۰۰	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۲۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند مترتال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۳,۷۰۰,۰۰۰	۴۴,۴۱۰,۰۰۰	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)	۱۴,۲۸۰,۰۰۰	۱۸,۳۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	تبصره : 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	۱۹,۴۳۰,۰۰۰	۲۶,۱۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۲۴,۲۷۰,۰۰۰	۳۱,۵۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۷,۷۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۹۲,۱۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرانت در هر نوبت جراحی (همزمان)صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است .	
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۵۶,۱۶۰,۰۰۰	۶۶,۳۲۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۴۲,۲۶۰,۰۰۰	۴۷,۹۵۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۳۵,۹۳۰,۰۰۰	۴۱,۵۹۰,۰۰۰	پروتز	تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرسن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد .
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۱۳,۳۱۰,۰۰۰	۲۲۵,۱۶۰,۰۰۰	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	۲۱۳,۳۱۰,۰۰۰	۲۲۵,۱۶۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فتوگرافی بعد از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش خیریه سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

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 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- منظور از فتوگرافی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده می باشد.
۵- 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 .
۶- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد .
۷- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد .
۸- منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً "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 .
۹- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان پرداخت خواهد شد .
۱۰- ویزیت منجر به انجام خدمت دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۱۱- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.
۱۲- اخذ هر گونه وجه اضافه تحت عناوین مختلف از جمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و ... ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) براساس تعرفه های اعلام شده بوده و پس از اتمام سقف اعلامی برای هر بیمه شده ، مرکز می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه از بیمار دریافت نماید .

موارد مرتبط دندانپزشکی توام با بیهوشی
تبصره ۱- 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 ۴۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
تبصره ۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد .
تبصره ۳- خدمات بیهوشی برای گروههای ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد .
<ul style="list-style-type: none"> * کلیه معلولین ذهنی و جسمی * موارد فوبیا (phobia ، ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال .