

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰		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	۱,۰۵۷,۰۰۰	۱,۰۵۷,۰۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۲,۵۵۶,۰۰۰	۲,۵۵۶,۰۰۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۲,۵۵۶,۰۰۰	۲,۵۵۶,۰۰۰			

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)	۳,۷۴۰,۰۰۰	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)	۴,۴۳۰,۰۰۰	۵,۰۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۴,۹۲۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۰,۷۳۰,۰۰۰	۱۲,۱۸۰,۰۰۰	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 موکوپریوستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۱۲,۸۴۰,۰۰۰	۱۴,۷۲۰,۰۰۰	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	۱۴,۸۵۰,۰۰۰	۱۷,۱۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است .
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۱۳,۲۷۰,۰۰۰	۱۵,۶۹۰,۰۰۰	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 نسج نرم ، برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۲۰,۳۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	
۹	D۷۹۶۰	فرنتکتومی	۶,۰۴۰,۰۰۰	۸,۱۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروری است .	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۴,۵۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۳,۵۷۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست .	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۸۲۰,۰۰۰	۴,۷۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد .	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۳,۶۳۰,۰۰۰	۴,۵۴۰,۰۰۰	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- هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۱۲,۶۳۰,۰۰۰	۱۴,۵۱۰,۰۰۰	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)	۱۱,۸۹۰,۰۰۰	۱۳,۴۷۰,۰۰۰	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	۹,۱۴۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است .	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۰,۸۳۰,۰۰۰	۱۲,۴۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۲۱,۱۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۷,۲۴۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود . ۲- جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴ دندان ارسال پانورکس (OPG) قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است. ۳-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان . ۴-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 باشدوشامل دندانهای شیری نمی گردد. 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	۹,۰۸۰,۰۰۰	۹,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۸,۷۱۰,۰۰۰	۹,۳۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۱,۸۱۰,۰۰۰	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۳,۵۴۰,۰۰۰	۱۴,۵۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۱,۱۶۰,۰۰۰	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۴,۳۸۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هردندان حداکثر ۲ عددپین قابل پرداخت است .	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۱۸,۱۴۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو	۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲-ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامی است.	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۰,۵۸۰,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰	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	۱۶,۳۸۰,۰۰۰	۱۹,۷۴۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر ۲ 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	۲۲,۳۲۰,۰۰۰	۲۶,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۲۶,۹۸۰,۰۰۰	۳۲,۴۷۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۲۰,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۳,۲۲۰,۰۰۰	۲۷,۹۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۸,۰۵۰,۰۰۰	۳۳,۷۷۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۷,۱۶۰,۰۰۰	۲۰,۷۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۴,۱۱۰,۰۰۰	۲۸,۹۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۹,۱۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۸,۹۱۰,۰۰۰	۲۲,۵۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۲۶,۵۸۰,۰۰۰	۳۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۳۲,۲۶۰,۰۰۰	۳۸,۷۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۹,۴۵۰,۰۰۰	۲۳,۱۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۷,۶۴۰,۰۰۰	۳۳,۱۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۳,۵۶۰,۰۰۰	۴۰,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۹,۸۱۰,۰۰۰	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۸,۷۰۰,۰۰۰	۳۴,۳۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۴,۸۵۰,۰۰۰	۴۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۵,۰۴۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر ۲ عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۱۹,۸۴۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۷,۹۳۰,۰۰۰	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۷,۹۱۰,۰۰۰	۹,۴۸۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۹,۲۳۰,۰۰۰	۱۰,۱۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ می باشد).	.	۱۵,۹۱۰,۰۰۰	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	D۳۲۲۲	اپکسوزنریس هر دندان	۱۱,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۲,۱۷۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اندو	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

ردیف	کد	پریو	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۳,۶۵۰,۰۰۰	۳,۶۵۰,۰۰۰	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 تائید جداگانه ضروری می باشد .	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۷۲۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۸,۱۶۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۷,۲۹۰,۰۰۰	۲۰,۷۲۰,۰۰۰	پریو	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان الزامی است. ۲- افزایش طول تاج و دیستال وج همراه با انجام فلپ ، قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۶۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۲۸,۴۴۰,۰۰۰	۳۷,۸۸۰,۰۰۰	پریو		
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۲,۴۹۰,۰۰۰	۱۵,۶۳۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۵,۲۱۰,۰۰۰	۱۸,۴۲۰,۰۰۰	پریو		
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۱۴,۱۵۰,۰۰۰	۱۷,۳۶۰,۰۰۰	پریو		
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۱۱,۸۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۸۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت		
						ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی 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	۷۲,۱۸۰,۰۰۰	۸۰,۰۵۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه OPG ، فتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان) ، و در صورت نیاز معاینه بیمار الزامی است. 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 صرفاً 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 غیر قابل پرداخت می باشد . ۵-بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	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 (سهیم 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	۷۲,۱۸۰,۰۰۰	۸۰,۰۵۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۵۳,۱۰۰,۰۰۰	۵۸,۴۵۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۳۵۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۵۱,۹۵۰,۰۰۰	۵۷,۳۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۳۵۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۱۰۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۱۰۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر ۲ 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 .	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم ، امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۹,۰۱۰,۰۰۰	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۹,۰۱۰,۰۰۰	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۲۴,۸۶۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	۱در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد. ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۲۴,۸۶۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۳۷,۸۵۰,۰۰۰	۴۲,۸۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای ۲ واحد یا بیشتر ارائه پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان الزامی است ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۱-صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان. ۲- برای ۲ واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان الزامی است. ۳-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.
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۳۳,۹۱۰,۰۰۰	۳۹,۵۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۴۴,۴۳۰,۰۰۰	۵۰,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۳۵,۱۹۰,۰۰۰	۳۹,۹۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۲۰,۱۲۰,۰۰۰	۲۲,۶۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۵,۴۰۰,۰۰۰	۵,۸۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۳,۶۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۷,۵۶۰,۰۰۰	۸,۱۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۷,۹۸۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۲۴,۱۵۰,۰۰۰	۲۶,۸۵۰,۰۰۰	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 مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۳۷۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۰,۵۸۰,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۴,۶۷۰,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد .	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۶,۰۴۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۸,۳۰۰,۰۰۰	۸,۵۸۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل SS crown پیش ساخته	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	۱۲,۳۹۰,۰۰۰	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	۷,۸۷۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۹,۷۷۰,۰۰۰	۹,۷۷۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۹,۳۴۰,۰۰۰	۹,۳۴۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	۱۹,۱۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۵,۹۳۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۱,۶۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	اطفال- اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

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)	۱۳۴,۲۸۰,۰۰۰	۱۶۲,۹۰۰,۰۰۰	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	۱۵۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۸۱,۵۱۰,۰۰۰	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)	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۶۴,۲۰۰,۰۰۰	۷۵,۴۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شمل هرگونه دستگاه متحرک، RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۸۱,۸۰۰,۰۰۰	۹۹,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۹۵,۳۱۰,۰۰۰	۱۱۴,۹۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۲۳,۳۶۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	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 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 هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۸۸۰,۰۰۰	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 .	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
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)	۱۹,۶۲۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متربال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است. ۳- 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.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳,۱۸۰,۰۰۰	۲۹,۹۶۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۴,۷۸۰,۰۰۰	۴۵,۴۷۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۴,۶۳۰,۰۰۰	۱۸,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۱۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۸,۵۴۰,۰۰۰	۳۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۹۸,۴۵۰,۰۰۰	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	۶۰,۱۸۰,۰۰۰	۷۰,۲۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۴۸,۹۸۰,۰۰۰	۵۴,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد .
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۴۱,۵۷۰,۰۰۰	۴۷,۲۳۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۳۵,۵۳۰,۰۰۰	۲۴۷,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	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 جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فتوگرافی بعد از درمان	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۳۵,۵۳۰,۰۰۰	۲۴۷,۳۸۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ضوابط کلی پرداخت هزینه ها
۱- تعرفه های تخصصی صرفاً "به دندانپزشکان یا 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 ۲ 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 هرگونه 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 .
* کلیه معلولین ذهنی و جسمی
* موارد فوبیا (phobia ، ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال .