

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۵۶۰,۰۰۰	۹۲۰,۰۰۰		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	۵۵۴,۷۵۰	۵۵۴,۷۵۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۳۹۱,۹۳۰	۱,۳۹۱,۹۳۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.	
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۳۹۱,۹۳۰	۱,۳۹۱,۹۳۰			

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)	۳,۳۱۰,۰۰۰	۳,۸۲۰,۰۰۰	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)	۳,۷۳۰,۰۰۰	۴,۲۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۴,۱۴۰,۰۰۰	۴,۷۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۹,۴۳۰,۰۰۰	۱۰,۸۸۰,۰۰۰	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	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانانی 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	۱۲,۸۶۰,۰۰۰	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۷	D۷۳۲۱	آلوفولوپلاستی نیم فک	۱۱,۸۱۰,۰۰۰	۱۴,۲۳۰,۰۰۰	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 آلوفولوپلاستی 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	۱,۴۹۰,۰۰۰	۱,۸۶۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۵,۲۸۰,۰۰۰	۷,۲۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروری است .	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۳,۰۶۰,۰۰۰	۴,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست .	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۵۱۰,۰۰۰	۴,۲۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد .	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۳,۱۴۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	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- هر کوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۱۱,۰۵۰,۰۰۰	۱۲,۹۴۰,۰۰۰	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 (آمپوتاسیون)	۱۰,۳۵۰,۰۰۰	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	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	۸,۱۵۰,۰۰۰	۹,۴۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است .	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۹,۲۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D2۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۶,۲۶۰,۰۰۰	۶,۸۹۰,۰۰۰	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 فتوگرافی 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 باشدو شامل 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 . برای هردندان حداکثر ۲عددپین قابل پرداخت است .	تعاریف
۲	D2۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۷,۸۱۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D2۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D2۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۷,۶۶۰,۰۰۰	۸,۲۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D2۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۰,۴۶۰,۰۰۰	۱۱,۷۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D2۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۳,۰۲۰,۰۰۰	۱۴,۷۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D2۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۱,۸۴۰,۰۰۰	۱۲,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D2۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۹,۲۹۰,۰۰۰	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D2۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۳,۶۷۰,۰۰۰	۳,۹۹۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز		
۱۰	D4۳۲۱	اسیلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۳,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پروتو		
						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 طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی 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	۶,۱۰۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	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	۱۵,۲۹۰,۰۰۰	۱۸,۶۶۰,۰۰۰	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	۲۰,۷۶۰,۰۰۰	۲۵,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	۳۰,۶۴۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۵,۹۱۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۵,۷۳۰,۰۰۰	۱۹,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۱,۵۹۰,۰۰۰	۲۶,۳۹۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۶,۱۴۰,۰۰۰	۳۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۵,۹۱۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۶,۰۲۰,۰۰۰	۱۹,۵۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۲,۴۲۰,۰۰۰	۲۷,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۷,۱۴۰,۰۰۰	۳۳,۰۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۵,۹۱۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۷,۲۷۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۲۴,۲۴۰,۰۰۰	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۲۹,۴۹۰,۰۰۰	۳۵,۹۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۷,۵۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۷,۷۶۰,۰۰۰	۲۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۵,۲۱۰,۰۰۰	۳۰,۶۸۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۰,۶۷۰,۰۰۰	۳۷,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۷,۵۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۸,۰۹۰,۰۰۰	۲۱,۸۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۶,۱۸۰,۰۰۰	۳۱,۱۸۶,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۱,۸۵۰,۰۰۰	۳۸,۸۵۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۷,۵۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۳,۳۳۰,۰۰۰	۱۶,۲۰۰,۰۰۰	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	۱۴,۶۶۰,۰۰۰	۱۷,۹۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۵,۸۷۰,۰۰۰	۱۹,۵۵۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۷,۴۹۰,۰۰۰	۹,۰۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۸,۰۸۰,۰۰۰	۹,۰۲۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)	.	۱۴,۸۸۰,۰۰۰	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	اپکسوژنریس هر دندان	۱۰,۵۷۰,۰۰۰	۱۱,۵۸۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۱,۵۷۰,۰۰۰	۱۲,۸۳۰,۰۰۰	اندو	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی 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	۲,۸۷۵,۰۰۰	۲,۸۷۵,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یک بار در سال در	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۵۹۰,۰۰۰	۵۹۰,۰۰۰	پریو	تعهد می باشد. در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یک بار در سال ، ارائه	
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۶,۹۳۰,۰۰۰	۶,۹۳۰,۰۰۰	پریو	درخواست و تایید جداگانه ضروری می باشد .	
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۸,۹۳۰,۰۰۰	پریو	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان الزامی است.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۱۲,۹۸۰,۰۰۰	۱۵,۷۵۰,۰۰۰	پریو	۲- افزایش طول تاج و دیستال وج همراه با انجام فلپ ،	
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۲۶,۹۰۰,۰۰۰	۳۶,۳۳۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام الزامی است .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۱,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۰۳۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۳,۸۸۰,۰۰۰	۱۷,۰۹۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۱۳,۱۳۰,۰۰۰	۱۶,۳۳۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد .	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۴۸۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است .	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۳	منخص ۱۴۰۳	منخص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۶۴,۳۱۰,۰۰۰	۷۲,۱۷۰,۰۰۰	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
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۶۴,۳۱۰,۰۰۰	۷۲,۱۷۰,۰۰۰	پروتز	۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	، لابراتوار و دست دندان خارجی و ... ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۴۶,۶۶۰,۰۰۰	۵۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۳-در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل	درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) براساس تعرفه های اعلام
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۲۸,۰۹۰,۰۰۰	۳۱,۴۶۰,۰۰۰	پروتز	دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً هزینه پروتز کامل فک	شده بوده و پس از اتمام سقف اعلامی برای هر بیمه شده ، مرکز می
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۴۵,۸۳۰,۰۰۰	۵۱,۱۸۰,۰۰۰	پروتز	مقابل قابل پرداخت می باشد.	بایست مازاد هزینه را بر اساس سقف تعرفه های اعلامی شرکت بیمه
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۲۸,۰۹۰,۰۰۰	۳۱,۴۶۰,۰۰۰	پروتز	۴- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز	از بیمار دریافت نماید .
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۹۰,۴۲۰,۰۰۰	۹۹,۸۵۰,۰۰۰	پروتز	کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۹۰,۴۲۰,۰۰۰	۹۹,۸۵۰,۰۰۰	پروتز	۵-بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل	
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۲۰,۷۳۰,۰۰۰	۲۱,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۲۰,۷۳۰,۰۰۰	۲۱,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۶,۷۹۰,۰۰۰	۱۶,۷۹۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه فتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان) که صورت	
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۶,۷۹۰,۰۰۰	۱۶,۷۹۰,۰۰۰	پروتز	کامل بیمار قابل رویت باشد ؛ پس از درمان الزامی است .	
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۳,۹۸۰,۰۰۰	پروتز	۱در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۳,۹۸۰,۰۰۰	پروتز	هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۳۳,۴۰۰,۰۰۰	۳۸,۴۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۳۰,۹۲۰,۰۰۰	۳۶,۵۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از	
۱۷	D۲۷۴۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۳۹,۴۱۰,۰۰۰	۴۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم ،	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۳۱,۹۰۰,۰۰۰	۳۶,۶۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-صرفا در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان.	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۵۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان	
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست +ترمیم کامپوزیت	۱۰,۷۱۰,۰۰۰	۱۱,۹۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	الزامی است.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۲,۳۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۴,۶۴۰,۰۰۰	۵,۱۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد .	
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۳,۱۲۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۶,۷۰۰,۰۰۰	۷,۳۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۶,۷۹۰,۰۰۰	۸,۰۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۲۱,۷۵۰,۰۰۰	۲۴,۴۵۰,۰۰۰	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 عمومی غیر دولتی سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۳	منخص ۱۴۰۳	منخص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۳,۷۲۰,۰۰۰	۴,۲۹۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱	کشیدن دندان خلفی(شیری)	۴,۱۴۰,۰۰۰	۴,۷۷۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۳۰	پالپوتومی دندان شیری	۹,۶۹۰,۰۰۰	۱۰,۶۳۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۳,۹۱۰,۰۰۰	۴,۰۷۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد .	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۵,۵۳۰,۰۰۰	۵,۷۸۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۷,۱۷۰,۰۰۰	۷,۴۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۱۰,۱۰۰,۰۰۰	۱۱,۳۶۰,۰۰۰	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	۶,۸۹۰,۰۰۰	۶,۸۹۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۸,۵۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۸,۲۹۰,۰۰۰	۸,۲۹۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۱,۷۲۰,۰۰۰	۱۱,۷۲۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۴,۷۱۰,۰۰۰	۱۴,۷۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۶۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۲۰,۱۶۰,۰۰۰	۲۲,۰۴۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پائین (SM)	۲۰,۱۶۰,۰۰۰	۲۲,۰۴۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۳,۷۹۰,۰۰۰	۱۵,۳۶۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۵,۲۵۰,۰۰۰	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پائین	۱۵,۲۵۰,۰۰۰	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۰,۴۷۰,۰۰۰	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	۱۳,۴۹۰,۰۰۰	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)	۱۰۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۳۵,۶۰۰,۰۰۰	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	۱۱۹,۵۴۰,۰۰۰	۱۴۹,۴۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کائین های نهفته و ...	
۳	D۸۰۸۰/۱							
۴	D۸۰۹۰/۱							
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۸۴,۰۶۰,۰۰۰	۱۰۶,۶۶۰,۰۰۰	ارتودنسی			شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰							
۷	D۸۰۴۰							
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۵۲,۲۰۰,۰۰۰	۶۴,۱۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۶۴,۸۹۰,۰۰۰	۸۲,۱۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان می باشد .	
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۷۳,۴۱۰,۰۰۰	۹۲,۵۸۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		به روش ثابت	
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۶,۲۶۰,۰۰۰	۱۸,۸۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	فتوگرافی یا پلاک	صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.	

تفسیر ۵: با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارتودنسی، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارتودنسی ثابت در صورت درمانی بودن آن حاکم در طی دوره قرارداد متوالی (حاکم 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 طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی 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)	۲۷,۹۶۰,۰۰۰	۳۸,۳۴۰,۰۰۰	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)	۱۸,۶۲۰,۰۰۰	۲۲,۹۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریاال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است. ۲- 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	۲۱,۶۶۰,۰۰۰	۲۸,۶۲۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۲۶,۳۹۰,۰۰۰	۳۴,۳۵۰,۵۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۲,۷۷۰,۰۰۰	۴۳,۵۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۳,۷۵۰,۰۰۰	۱۷,۹۴۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۸,۸۹۰,۰۰۰	۲۵,۵۶۳,۵۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	۳۰,۹۱۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۶,۹۴۰,۰۰۰	۳۴,۳۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN		۹۱,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرانت در هر نوبت جراحی (همزمان)صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است .	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد .
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۵۵,۴۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۴۰,۴۷۰,۰۰۰	۴۶,۱۶۰,۰۰۰	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.	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۳۵,۱۲۰,۰۰۰	۴۰,۷۹۰,۰۰۰	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	۲۱۰,۵۵۰,۰۰۰	۲۲۲,۴۰۰,۰۰۰	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	۲۱۰,۵۵۰,۰۰۰	۲۲۲,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های طرف قرارداد در بخش عمومی غیر دولتی 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 اثناء 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 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. <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.