

تعرفه دندانپزشکی هزینه های مستقیم بخش خصوصی سال ۱۴۰۲

ردیف	کد	معاينه و تشخيص	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰		در صورت انجام خدمات ، هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد	شامل معاينه کامل دهان و دندانها ، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، رادیوگرافی و آ.م.ا.ش. ص. باشد
۲	۷۰۰۰۶۵	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۷۷۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰			
ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۷۵۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۵۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۳,۴۱۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۷,۳۱۰,۰۰۰	۸,۳۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپرپوستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۸,۸۲۰,۰۰۰	۱۰,۱۲۰,۰۰۰		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	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۳۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	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 یا کانال است .
۷	D۷۲۳۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۰,۷۶۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۱,۳۸۰,۰۰۰	۱۳,۹۸۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۹	D۷۹۶۰	فرینکتومی	۸,۶۴۰,۰۰۰	۹,۹۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۳,۵۲۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۴,۱۱۰,۰۰۰	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)	۳,۹۶۰,۰۰۰	۴,۳۳۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۵,۴۰۰,۰۰۰	۶,۳۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پریو	۱- بخیه صرفاً 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 شود.
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۸,۶۷۰,۰۰۰	۹,۹۷۰,۰۰۰		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-ازاه هر ریشه (آمپوتاسیون)	۸,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰		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	۶,۱۵۰,۰۰۰	۷,۰۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۴۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۴,۵۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لایه اتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D2140	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۹۱۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی		۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود.	
۲	D2150	ترمیم آمالگام دو سطحی	۶,۱۷۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		۲- جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۸,۰۶۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		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 شامل دندانهای شیری نمی گردد	
۴	D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۵,۸۳۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی			
۵	D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۷,۹۴۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی		نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۶	D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۰,۰۲۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۷	D2161	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۹,۱۰۰,۰۰۰	۹,۸۲۰,۰۰۰	ترمیمی			
۸	D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۶۰,۰۰۰	ترمیمی			
۹	D2951	پین داخل عاج یا داخل کانال	۳,۰۲۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	ترمیمی- پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D4321	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۱,۲۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پرو		۱- صرفاً جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۳۲۰/۱	پالپوتومی اورژانسی دندان دائمی	۶,۹۰۰,۰۰۰	۷,۵۵۰,۰۰۰	اندو		انجام پالپوتومی و درمان ریشه بک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد.	
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو			
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو			
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو			
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو			
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو			
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو			
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو			
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو			
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو			
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو			
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو			
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو		۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.	
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو			
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو			
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو			
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو			
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو			
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو			
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو			
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو			
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو			
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو			
۲۶	D۳۳۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۰,۳۶۰,۰۰۰	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۷	D۳۳۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۱,۴۲۰,۰۰۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۸	D۳۳۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۷ و ۸) ریشه اول	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۵۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۹	D۳۳۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۲۹۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۳۰	D۳۳۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۶,۲۵۰,۰۰۰	۶,۹۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون - کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد)	.	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاکنداری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال ومراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۷,۷۷۰,۰۰۰	۸,۴۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال		ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۷,۷۴۰,۰۰۰	۸,۶۱۰,۰۰۰	اندو			

ردیف	کد	پریو	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۴,۰۷۰,۰۰۰	۴,۰۷۰,۰۰۰	پریو		۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تایید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۷۸۰,۰۰۰	۷۸۰,۰۰۰	پریو			
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۹,۷۱۰,۰۰۰	۹,۷۱۰,۰۰۰	پریو		۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۱,۸۴۰,۰۰۰	۱۴,۲۰۰,۰۰۰	پریو		۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۹,۶۹۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو			
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۹,۴۹۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو		ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۸,۳۱۰,۰۰۰	۱۰,۴۸۰,۰۰۰	پریو			
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۲۰,۰۰۰	پریو		صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۹,۵۴۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	پریو		صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۸,۰۵۰,۰۰۰	۹,۴۲۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت		ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف ابراتوار ۱۴۰۲	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۳۳,۲۶۰,۰۰۰	۳۸,۶۹۰,۰۰۰	پروتز	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱- معاینه بیمار پس از درمان الزامیست . 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 .	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۳۳,۲۶۰,۰۰۰	۳۸,۶۹۰,۰۰۰	پروتز	۱۵,۰۰۰,۰۰۰		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۲۴,۷۸۰,۰۰۰	۲۸,۴۷۰,۰۰۰	پروتز	۱۱,۰۰۰,۰۰۰		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۱۵,۶۱۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۲۴,۷۸۰,۰۰۰	۲۸,۴۷۰,۰۰۰	پروتز	۱۱,۰۰۰,۰۰۰		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۱۵,۶۱۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۳۲,۴۷۰,۰۰۰	۳۸,۹۸۰,۰۰۰	پروتز	۳۵,۰۰۰,۰۰۰		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۳۲,۴۷۰,۰۰۰	۳۸,۹۸۰,۰۰۰	پروتز	۳۵,۰۰۰,۰۰۰		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۸,۸۹۰,۰۰۰	۹,۵۴۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۸,۸۹۰,۰۰۰	۹,۵۴۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۶,۵۶۰,۰۰۰	۷,۲۲۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۶,۵۶۰,۰۰۰	۷,۲۲۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۸,۴۵۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۸,۴۵۰,۰۰۰	۹,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	۸,۰۰۰,۰۰۰		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱۷,۶۵۰,۰۰۰	۲۱,۱۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست . ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۱۴,۶۶۰,۰۰۰	۱۸,۵۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۸,۰۰۰,۰۰۰		شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمب امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۷	D۲۷۴۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۲۰,۱۰۰,۰۰۰	۲۴,۴۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۱۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۶,۶۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۹,۴۶۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۸,۵۸۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	درآوردن روکش قدیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۳,۶۹۰,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۵۴۰,۰۰۰	۲,۵۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۵,۰۵۰,۰۰۰	۵,۴۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۵	D۲۹۵۵	درآوردن پست یا پین قدیمی	۵,۵۶۰,۰۰۰	۶,۴۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۹,۰۵۰,۰۰۰	۱۰,۹۲۰,۰۰۰	پروتز	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال			
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۳,۲۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	اطفال			
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۶,۹۰۰,۰۰۰	۷,۵۵۰,۰۰۰	اطفال - اندو			
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۳,۱۹۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۸۹۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	اطفال		تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۵,۵۶۰,۰۰۰	۵,۷۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی			
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S CROWN پیش ساخته	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال		معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۵,۳۵۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	اطفال			
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۶,۶۵۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	اطفال			
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۸,۶۵۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	اطفال			
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۶,۲۶۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	اطفال		برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۸,۸۱۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	اطفال			
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۱,۳۰۰,۰۰۰	اطفال			
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۷,۹۸۰,۰۰۰	۸,۸۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۵,۰۰۰,۰۰۰		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۵,۰۰۰,۰۰۰		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۶,۸۲۰,۰۰۰	۷,۹۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۷,۹۱۰,۰۰۰	۹,۴۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۷,۹۱۰,۰۰۰	۹,۴۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۵,۳۶۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال-اندو			
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۶,۶۸۰,۰۰۰	۷,۴۸۰,۰۰۰	اطفال-اندو			

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	مواد مصرفی/الابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف		
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۶۰,۵۱۰,۰۰۰	۸۰,۲۶۰,۰۰۰	ارتودنسی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	ضوابط و مدارک لازم 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	۶۹,۶۹۰,۰۰۰	۹۰,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۲۲,۰۰۰,۰۰۰		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانتین های نهفته و ...		
۳	D۸۰۸۰/۱									
۴	D۸۰۹۰/۱									
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۴۸,۴۱۰,۰۰۰	۶۴,۲۱۰,۰۰۰	ارتودنسی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰			شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک	
۶	D۸۰۳۰									
۷	D۸۰۴۰									
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۳۱,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۸,۰۰۰,۰۰۰				شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۳۷,۲۸۰,۰۰۰	۴۹,۴۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۱۲,۰۰۰,۰۰۰				شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۳۸,۲۵۰,۰۰۰	۵۲,۰۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	به روش ثابت			
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۱۲,۱۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	۳,۵۰۰,۰۰۰	فرتوگرافی با پلاک صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.			
<p>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.</p>										

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۰,۳۱۰,۰۰۰	۲۷,۴۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۳,۵۳۰,۰۰۰	۱۶,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۵,۹۹۰,۰۰۰	۲۰,۶۶۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۹,۳۱۰,۰۰۰	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳,۹۹۰,۰۰۰	۳۱,۳۶۰,۰۰۰	پریو-جراج 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)	۱۰,۰۹۰,۰۰۰	۱۲,۹۱۰,۰۰۰	پریو-جراج 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	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۸,۴۵۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۱۷,۲۲۰,۰۰۰	۲۲,۱۴۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۳۳,۵۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۳۲,۰۰۰,۰۰۰		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	۲۶,۸۹۴,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۲۰,۰۰۰,۰۰۰		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۲۴,۰۸۰,۰۰۰	پروتز	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۱۴,۶۶۰,۰۰۰	۱۸,۵۷۰,۰۰۰	پروتز	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۶	D۶۱۱۰	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۳۳,۹۷۰,۰۰۰	۴۲,۱۵۰,۰۰۰	پروتز	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	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 فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۷	D۶۱۱۱	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۳۳,۹۷۰,۰۰۰	۴۲,۱۵۰,۰۰۰	پروتز	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰		

تبصره: انجام کلیه خدمات به جز ردیف ۱۱ و ۱۲ هر ۵ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.

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 " جراحی 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- تعرفه مندرج در ستون هزینه لابراتوار سقف پرداختی بوده و در صورت ارائه فاکتور معتبر قابل بررسی و پرداخت خواهد بود .

۴- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد

۵- فوتوگرافی منظور از فوتوگرافی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد .

۶- 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 .

۷- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد

۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد .

سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

تبصره ۱: در صورتی که فرد مراجعه کننده، کودک تا ۱۰ سال تمام باشد، ۵۰٪ مبلغ جزء حرفه ای، به سرجمع مبلغ جزء حرفه ای خدمت مربوطه اضافه میگردد. بدیهی است در صورت نیاز بیمار به خدمات بیهوشی و آرام بخشی، این افزایش قابل محاسبه نمیباشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیباشد. **این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.**

تبصره ۲: در صورتی که فرد مراجعه کننده، معلول جسمی- حرکتی و ذهنی (براساس تعاریف و فهرست ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، مبلغ جزء حرفه ای خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود.

تبصره ۳: 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 **۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.**

تبصره ۴: هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد

تبصره ۵: خدمات بیهوشی برای گروههای ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد .

*کلیه معلولین ذهنی و جسمی

*موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیمار غیر همکار ، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).

تبصره ۶: 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 .

تبصره ۷-حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .

تبصره ۸- در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد .