

تعرفه دندانپزشکی سال ۱۴۰۰ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان قابل اجرا از ۱۴۰۰/۰۵/۰۱

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۴۴۶,۰۰۰	۶۷۷,۰۰۰	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	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	۴۱۰,۷۱۰	۴۱۰,۷۱۰			
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکلوزال	۶۶۳,۱۲۰	۶۶۳,۱۲۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۰۰۳,۸۹۰	۱,۰۰۳,۸۹۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۰۰۳,۸۹۰	۱,۰۰۳,۸۹۰			
ردیف	کد	هزینه ای	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۳,۹۰۰,۰۰۰	۵,۱۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپرئوستال و بخیه موضع دارد. شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد . 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 با کانال است .
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۰	۷,۳۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- 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 ۲- ارسال گرافی قبل درمان الزامی است	هزینه آلوئوپلاستی در برگزیده 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	۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	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 گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد ۲-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-آزاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	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	۲,۸۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد	

ردیف	کد	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	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- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس (OPG) قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p> <p>۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد شامل دندانهای شیری نمی گردد</p> <p>نکته :</p> <p>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	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۸۰۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۴,۲۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۴,۲۰۰,۰۰۰	۵,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز		
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پروتو		
ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	اندو	<p>انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفا زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.</p> <p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	تعاریف
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۷۵۰,۰۰۰	اندو		
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵,۵۰۰,۰۰۰	۶,۹۵۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۷,۴۰۰,۰۰۰	۹,۲۷۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	درمان ریشه چهار کاناله	۷,۹۰۰,۰۰۰	۹,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۵,۷۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۷,۸۰۰,۰۰۰	۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۸,۳۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴,۴۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۳۰۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴,۴۰۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	اندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶,۵۰۰,۰۰۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۸,۸۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۷	D۳۳۴۶/۳	درمان مجدد چهار کاناله	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۴,۸۰۰,۰۰۰	۶,۷۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۷,۱۰۰,۰۰۰	۹,۸۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۹,۳۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۱	D۳۳۴۶/۷	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۵,۸۰۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت - پریو			
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۶,۴۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت - پریو			
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۷,۰۰۰,۰۰۰	۹,۳۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت - پریو			
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت - پریو			
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت - پریو			
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات	۰	۶,۳۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال	<p>ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست</p>	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 میباشد	
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنرئیس هر دندان	۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال			
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۸۵۰,۰۰۰	اندو			
ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۱,۳۸۰,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	پریو	<p>۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد</p> <p>۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد</p>	<p>این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.</p>	
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۲۹۰,۰۰۰	۲۹۰,۰۰۰	پریو			
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو			
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	پریو	<p>۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان</p> <p>۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.</p>		
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو			
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۰	۸,۲۰۰,۰۰۰	پریو	<p>همراه با فلپ ،افزایش طول تاج وغیره قابل پرداخت نمی باشد</p> <p>ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست .</p>		
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	پریو			
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو	<p>صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.</p>		
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	پریو	<p>صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد</p>		
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامیست		

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس(OPG) قبل از درمان و فتوگرافی بعد از درمان الزامیست 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 در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد . ۵-بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد .	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۶,۰۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	هر ۳ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست . ۲- 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	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	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	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	پروتز	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱,۶۰۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - اندو		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱-هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است ۲- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۴۸۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	تعاریف
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۶۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل s.s crown پیش ساخته	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	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	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۲۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲,۸۰۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۳,۶۰۰,۰۰۰	۴,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۴,۲۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۷,۵۰۰,۰۰۰	۸,۳۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۸,۸۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۸,۸۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۶,۸۲۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۷,۶۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۷,۶۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳,۲۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	اطفال		
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)	۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ... شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ... شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان متحرک می باشد به روش ثابت
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۶۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵,۳۰۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		

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

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)	۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	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	۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۰	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۲۳,۵۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش منکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۰	۱۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۰	۱۲,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرسن کوپینگ و غیره تا سقف	۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر منکی بر ایمپلنت فک بالا	۰	۷۲,۹۰۰,۰۰۰	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 منکی بر ایمپلنت فک پایین	۰	۷۲,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست	

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 " 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- هزینه لابراتوار ، در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد

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.

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 و یا آرامبخشی متوسط و شدید، تعرفه بیهوشی با پایه (۳) با تکمیل چارت بیهوشی توسط متخصص مربوطه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. سایر تعدیل کنندهها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی کتاب ارزش نسبی مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۴: حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .

تبصره ۵: در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد .

تبصره ۶: خدمات بیهوشی صرفاً" برای گروههای ذیل قابل بررسی می باشد :

- کلیه معلولین ذهنی و جسمی

- در 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).