

تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۰ (هزینه های متفرقه)

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۴۴۶,۰۰۰	۶۷۷,۰۰۰			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	۴۱۰,۷۱۰	۴۱۰,۷۱۰				
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکلوزال	۶۶۳,۱۲۰	۶۶۳,۱۲۰				
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۰۰۳,۸۹۰	۱,۰۰۳,۸۹۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۰۰۳,۸۹۰	۱,۰۰۳,۸۹۰			مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
ردیف	کد	هزینه ای	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۵,۰۰۰	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)	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۶,۰۰۰	جراحی فک و صورت			
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۰۳۹,۴۹۰	۲,۴۰۱,۳۹۰	جراحی فک و صورت			
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۴,۳۷۵,۹۱۰	۵,۱۳۲,۶۱۰	جراحی فک و صورت		جراحی نسج نرم در برگزیده 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	۵,۳۱۳,۲۸۰	۶,۳۰۰,۲۸۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	شامل دندانهای 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	۶,۱۹۹,۴۸۰	۷,۳۸۳,۸۸۰	جراحی فک و صورت			شامل دندانهای 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 .
۷	D۷۲۳۱	آلوئوپلاستی نیم فک	۵,۶۲۲,۲۳۰	۶,۸۸۸,۹۸۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	هزینه الوئوپلاستی 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	D۷۲۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۷,۲۶۰,۹۶۰	۹,۲۳۴,۹۶۰	جراحی فک و صورت		صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنگتومی	۵,۲۱۸,۷۱۰	۶,۲۰۵,۷۱۰	جراحی فک و صورت - پریو		مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۸,۶۱۹,۰۳۰	جراحی فک و صورت		ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۲,۴۵۸,۷۹۰	۲,۹۰۲,۹۴۰	جراحی فک و صورت		با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۳۱۱,۶۱۰	۲,۵۹۱,۲۶۰	جراحی فک و صورت - پریو		حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۳,۲۹۴,۰۲۰	۳,۹۸۴,۹۲۰	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-هرکوارانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۵,۲۳۱,۳۸۰	۶,۲۱۸,۳۸۰	جراحی فک و صورت		۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲-	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-آزاء هر ریشه (آمیوتاسیون)	۴,۸۶۱,۴۳۰	۵,۶۸۳,۹۳۰	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	۳,۶۹۹,۷۸۰	۴,۳۵۷,۷۸۰	جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و فک و صورت		ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۴,۴۶۳,۱۳۰	۵,۳۱۸,۵۳۰	جراحی فک و صورت			
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۹,۵۵۷,۰۳۰	جراحی فک و صورت		نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد	

ردیف	کد	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D2140	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۸۳۷,۴۵۰	۳,۱۶۶,۴۵۰	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	۳,۵۳۲,۶۹۰	۳,۸۹۴,۵۹۰	ترمیمی		۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۴,۶۰۱,۲۷۰	۵,۰۴۵,۴۲۰	ترمیمی		۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد	
۴	D2291	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۳۳۸,۵۴۰	۳,۶۶۷,۵۴۰	ترمیمی			
۵	D2292	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۴,۶۶۷,۶۱۰	۵,۳۲۵,۶۱۰	ترمیمی			نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد
۶	D2293	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۵,۹۱۷,۹۸۰	۶,۸۰۶,۲۸۰	ترمیمی			
۷	D2161	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵,۲۲۷,۳۶۰	۵,۷۷۰,۲۱۰	ترمیمی			
۸	D2294	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۸,۰۴۸,۱۰۰	۸,۹۸۵,۷۵۰	ترمیمی			
۹	D2951	پین داخل عاج یا داخل کانال	۱,۷۱۷,۲۴۰	۱,۸۸۱,۷۴۰	ترمیمی- پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D4321	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۶,۵۹۷,۶۲۰	۷,۵۸۴,۶۲۰	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	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۴,۰۳۲,۷۲۰	۴,۵۲۷,۲۲۰	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	۶,۵۹۳,۶۲۰	۸,۲۷۱,۵۲۰	اندو			
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۷,۵۴۲,۴۴۰	۹,۴۳۴,۱۹۰	اندو			
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۵	D۳۳۱۰/۳	درمان ریشه چهار کاناله	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۶,۵۹۳,۶۲۰	۸,۲۷۱,۵۲۰	اندو			
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۷,۵۴۲,۴۴۰	۹,۴۳۴,۱۹۰	اندو			
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۹	D۳۳۱۰/۷	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۶,۵۹۳,۶۲۰	۸,۲۷۱,۵۲۰	اندو			
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۷,۵۴۲,۴۴۰	۹,۴۳۴,۱۹۰	اندو			
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۹,۱۲۱,۴۶۰	۱۱,۴۲۴,۴۶۰	اندو			
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۷,۶۰۷,۵۷۰	۹,۴۱۷,۰۷۰	اندو		۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.	
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۹,۰۳۲,۰۴۰	۱۱,۲۳۶,۳۴۰	اندو		۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۱۷	D۳۳۴۶/۳	درمان مجدد چهار کاناله	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۷,۶۰۷,۵۷۰	۹,۴۱۷,۰۷۰	اندو			
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۹,۰۳۲,۰۴۰	۱۱,۲۳۶,۳۴۰	اندو			
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۱	D۳۳۴۶/۷	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۷,۶۰۷,۵۷۰	۹,۴۱۷,۰۷۰	اندو			
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۹,۰۳۲,۰۴۰	۱۱,۲۳۶,۳۴۰	اندو			
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۱۰,۹۸۵,۹۱۰	۱۳,۷۰۰,۱۶۰	اندو			
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۶,۴۳۲,۲۸۰	۷,۹۳۰,۲۳۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه	۷,۱۳۵,۰۳۰	۸,۸۶۲,۲۸۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۷,۷۸۰,۰۸۰	۹,۷۰۴,۷۳۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۳,۳۰۰,۷۸۰	۴,۱۲۳,۲۸۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازا هر ریشه	۳,۶۵۲,۸۸۰	۴,۱۴۶,۳۸۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)	.	۶,۳۶۴,۱۶۰	اندو - اطفال		ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	شامل باز کردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، گذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلبه، ادویه، گاف، های، مورد نیاز، میباشد.
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنزیس هر دندان	۴,۵۱۳,۵۷۰	۵,۰۳۹,۹۷۰	اندو - اطفال		ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۴,۶۰۷,۵۱۰	۵,۲۶۵,۵۱۰	اندو			

ردیف	کد	پرو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۷,۵۰۰	پرو		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 تأتید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۵۰۰,۰۰۰	۶۲۱,۵۰۰	پرو		۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۶,۰۶۸,۶۰۰	۷,۵۴۹,۱۰۰	پرو			
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۷,۴۰۸,۹۲۰	۹,۲۰۱,۹۷۰	پرو		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	۶,۰۶۲,۸۲۰	۷,۵۱۰,۴۲۰	پرو			
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۳,۳۵۶,۱۲۰	۱۸,۲۹۱,۱۲۰	پرو		ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۵,۴۵۲,۰۷۰	۷,۰۹۷,۰۷۰	پرو			
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۶,۵۳۷,۰۷۰	۸,۲۱۴,۹۷۰	پرو		صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۶,۱۲۳,۰۲۰	۷,۸۰۰,۹۲۰	پرو		صرفاً در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۴,۹۳۵,۲۱۰	۵,۹۷۱,۵۶۰	پرو - جراحی فک و صورت		ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لایراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۲۰,۲۹۲,۴۹۰	۲۴,۴۰۴,۹۹۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰	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 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 پایین	۲۰,۲۹۲,۴۹۰	۲۴,۴۰۴,۹۹۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۴,۹۳۲,۳۰۰	۱۷,۷۲۸,۸۰۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۶۸۳,۰۰۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۴,۴۸۱,۸۵۰	۱۷,۲۷۸,۳۵۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۶۸۳,۰۰۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۰,۲۹۲,۲۰۰	۲۵,۲۲۷,۲۰۰	پروتز	۱۲,۰۰۰,۰۰۰		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۰,۲۹۲,۲۰۰	۲۵,۲۲۷,۲۰۰	پروتز	۱۲,۰۰۰,۰۰۰		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵,۱۰۹,۹۵۰	۵,۶۰۳,۴۵۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵,۱۰۹,۹۵۰	۵,۶۰۳,۴۵۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۳,۸۲۱,۲۳۰	۴,۳۱۴,۷۳۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۳,۸۲۱,۲۳۰	۴,۳۱۴,۷۳۰	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۵,۱۱۸,۳۱۰	۶,۱۰۵,۳۱۰	پروتز	۲,۵۰۰,۰۰۰	در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۵,۱۱۸,۳۱۰	۶,۱۰۵,۳۱۰	پروتز	۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱۰,۹۸۹,۶۰۰	۱۳,۶۲۱,۶۰۰	پروتز - ترمیمی	۲,۵۰۰,۰۰۰	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
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیگ) PFM	۹,۶۰۹,۲۰۰	۱۲,۵۷۰,۲۰۰	پروتز - ترمیمی	۲,۵۰۰,۰۰۰		،امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۷	D۲۷۴۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۱۲,۶۸۳,۲۵۰	۱۵,۹۷۳,۲۵۰	پروتز - ترمیمی	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱-صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان -۲- برای دو واحد	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیگ) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۸,۶۵۵,۱۰۰	۱۱,۱۳۹,۰۵۰	پروتز - ترمیمی	۴,۵۰۰,۰۰۰	یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست . ۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۵,۸۵۷,۷۶۰	۷,۱۷۳,۷۶۰	پروتز - ترمیمی	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست . ۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۴,۹۹۲,۲۱۰	۵,۶۵۰,۲۱۰	پروتز - ترمیمی		هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۲۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۲,۱۲۶,۴۹۰	۲,۳۷۳,۲۴۰	پروتز - ترمیمی			
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱,۶۰۰,۰۰۰	۱,۷۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۲,۹۱۹,۹۱۰	۳,۲۴۸,۹۱۰	پروتز - ترمیمی			
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۳,۳۷۷,۶۴۰	۴,۰۳۵,۶۴۰	پروتز - ترمیمی			
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵,۶۹۱,۹۱۰	۷,۱۰۶,۶۱۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱,۷۰۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	اطفال			
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۹۳۷,۷۷۰	۲,۲۶۶,۷۷۰	اطفال			
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۴,۰۳۳,۷۲۰	۴,۵۲۷,۲۲۰	اطفال - اندو			
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱,۷۶۳,۱۰۰	۱,۸۴۵,۳۵۰	اطفال		هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۲,۱۹۲,۹۹۰	۲,۳۲۴,۵۹۰	اطفال		تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۳,۰۸۵,۸۴۰	۳,۲۳۳,۸۹۰	اطفال-ترمیمی			
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۴,۳۶۹,۲۰۰	۵,۰۲۷,۲۰۰	اطفال		معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر SSC بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۱۶۶,۴۵۰	۳,۱۶۶,۴۵۰	اطفال			
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۳,۸۹۴,۵۹۰	۳,۸۹۴,۵۹۰	اطفال			
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۵,۰۴۵,۴۲۰	۵,۰۴۵,۴۲۰	اطفال			
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۶۶۷,۵۴۰	۳,۶۶۷,۵۴۰	اطفال			برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۵,۳۲۵,۶۱۰	۵,۳۲۵,۶۱۰	اطفال			
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۶,۸۰۶,۲۸۰	۶,۸۰۶,۲۸۰	اطفال			
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴,۶۷۲,۹۳۰	۵,۳۳۰,۹۳۰	اطفال- ارتو	۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۶,۳۱۳,۷۳۰	۷,۳۰۰,۷۳۰	اطفال- ارتو	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۶,۳۱۳,۷۳۰	۷,۳۰۰,۷۳۰	اطفال- ارتو	۴,۰۰۰,۰۰۰		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۴,۱۲۶,۱۷۰	۴,۹۴۸,۶۷۰	اطفال- ارتو	۲,۷۰۰,۰۰۰		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴,۸۹۷,۹۲۰	۶,۰۴۹,۴۲۰	اطفال- ارتو	۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴,۸۹۷,۹۲۰	۶,۰۴۹,۴۲۰	اطفال- ارتو	۳,۰۰۰,۰۰۰		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳,۱۸۵,۳۵۰	۳,۷۲۸,۲۰۰	اطفال-اندو			
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳,۹۲۲,۱۰۰	۴,۵۳۰,۷۵۰	اطفال- اندو			

ردیف	کد	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	مواد مصرفی/الابزاتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف	
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۴۱,۱۰۹,۸۱۰	۵۶,۰۷۹,۳۱۰	ارتودنسی - اطفال	۸,۰۰۰,۰۰۰	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.		
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۴۶,۳۶۱,۵۶۰	۶۱,۹۸۹,۰۶۰	ارتودنسی - اطفال	۸,۵۰۰,۰۰۰		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)	۳۳,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۵,۰۰۰,۰۰۰				
۶	D۸۰۳۰								
۷	D۸۰۴۰								
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۰,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰			شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۴,۰۰۰,۰۰۰			شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان متحرک می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۲۶,۵۰۰,۰۰۰	۳۷,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۴,۵۰۰,۰۰۰			به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵,۷۳۱,۴۲۰	۷,۱۱۳,۲۲۰	ارتودنسی - ترمیم	۱,۰۰۰,۰۰۰			

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.

ردیف	کد	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱۴,۰۷۳,۴۳۰	۱۹,۵۰۱,۹۳۰	پریو- فک و صورت		ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		تیسره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در	
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	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	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	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)	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		تیسره: 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	۷,۶۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۲۳,۶۵۸,۱۸۰	پریو- فک و صورت			
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۳,۷۸۵,۳۸۰	۱۹,۰۴۹,۳۸۰	پریو- فک و صورت			
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۱۲,۵۲۲,۱۵۰	۱۵,۴۹۹,۶۰۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۹,۶۰۹,۲۰۰	۱۲,۵۷۰,۲۰۰	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	تیسره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۹,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۱,۷۸۲,۵۵۰	۲۷,۹۸۴,۲۰۰	پروتز	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	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	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۱,۷۸۲,۵۵۰	۲۷,۹۸۴,۲۰۰	پروتز	۴۵,۰۰۰,۰۰۰		

تیسره: 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 "تخصص 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 استعمال 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 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 کننده ها 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.