

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی (تجمع شده) برای مراکز طرف قرارداد در تهران قابل اجرا از ۱۴۰۲/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۲ (مبالغ به ریال)	متخصص ۱۴۰۲ (مبالغ به ریال)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
	وبریت و طرح درمان	۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰		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 تحویل دارو و رادیوگرافی و آزمایش می باشد
۲۰۰۰۶۵	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۷۷۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰			
۲۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰			
۲۰۰۰۹۰	گرافی لنرال سگالومتری	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰		شرح مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند بانورکس و سگالومتری الزامیست.	
کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۷۱۴۰۲	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	
D۷۱۴۰۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۵۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۳,۴۱۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
D۷۲۲۰	جراحی دندان با ریشه نهفته در نسج نرم	۷,۳۱۰,۰۰۰	۸,۳۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از ناحیه که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضعی دارد
D۷۲۳۰	جراحی دندان با ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۸,۸۳۰,۰۰۰	۱۰,۱۲۰,۰۰۰	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
D۷۲۴۰	جراحی دندان با ریشه نهفته در نسج سخت	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانهای است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای بیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هورپریتال و یا دندان درگیر با کف است
D۷۲۲۱	آلوپلویلاستی 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 ریبج در ناحیه بی دندانهای قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.	هزینه آلوپلویلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر ناحیه بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم برداشتن استخوان و بخیه موضعی دارد.
D۷۲۴۰	عمیق کردن وستنیول نیم فک	۱۱,۳۸۰,۰۰۰	۱۳,۹۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.	
D۷۲۹۰	فرنک تومی	۴,۱۴۰,۰۰۰	۵,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
D۷۲۴۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی		۱۰,۰۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
D۷۵۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند بالیونومی یا آندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
D۹۹۲۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
D۷۲۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۲,۵۴۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو	۱- بخیه صرفاً بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هر کودارت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
D۷۲۸۰	اکسیژن 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	
D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-اره از هر ریشه (آمیوناسیون)	۸,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
D۷۲۲۶	بیوسی 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	
D۷۲۲۵	بیوسی از بافت سخت	۷,۲۶۰,۰۰۰	۸,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان		۱۴,۵۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد	

کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	شواهد و مدارک لازم	تعاریف
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	
D2150	ترمیم آمالگام دو سطحی	۶,۱۷۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی	۲- جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴ دندان ارسال پلورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
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 رینداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد	
D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۵,۸۳۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۷,۹۴۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی	نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم محدود بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۰,۰۲۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2161	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۹,۱۰۰,۰۰۰	۹,۸۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۳,۸۳۰,۰۰۰	۱۵,۰۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2951	بین داخل عاج یا داخل کانال	۳,۰۲۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	ترمیمی- پروتز	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد بین قابل پرداخت است	
D4321	اسپلیت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۱,۲۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پرو	۱- صرفاً جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان	




کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	صوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۲۳۲۰۰۱	بالیوتومی اورژانس دندان دائمی	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو	انحام بالیوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد.	
D۲۳۱۰۰	درمان ریشه یک کاناله	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۱	درمان ریشه دو کاناله	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۷	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۲۰۰۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۱۰۰۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان ال-امست.	
D۲۳۴۶۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو	۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
D۲۳۴۶۳	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۷	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
D۲۳۴۶۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو		
D۲۴۱۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۰,۳۶۰,۰۰۰	۱۲,۲۳۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
D۲۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواتومی (دندان ۴ و ۵)	۱۱,۴۲۰,۰۰۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
D۲۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۵۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
D۲۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواتومی هر ریشه اضافی	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۲۹۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
D۲۴۳۰	رتروگرادسه آراء هر ریشه	۶,۲۵۰,۰۰۰	۶,۹۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
D۲۴۵۱	اپکسیفیکاسیون - کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)		۱۰,۴۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاکناری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد
D۲۴۲۲	اپکسوزترس هر دندان	۷,۷۷۰,۰۰۰	۸,۴۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
D۲۴۳۳	درمان پر فورا سیون یا MTA یا cem-cement	۷,۷۴۰,۰۰۰	۸,۶۱۰,۰۰۰	اندو		

کد	پرو	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تفاوت
D۴۴۴۶-۱	حرم گیری یک فک	۲,۵۲۰,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	برو	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در نعهد می باشد و حداکثر یکبار در سال در صورت نیاز نه جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و نالید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
D۴۴۴۶-۲	بروساز یک فک	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	برو	۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل	
D۴۴۴۶	حرم گیری و بروساز دو فک	۵,۶۷۰,۰۰۰	۵,۶۷۰,۰۰۰	برو		
D۴۴۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۱,۸۴۰,۰۰۰	۱۴,۲۰۰,۰۰۰	برو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
D۴۴۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۹,۶۹۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	برو		
D۴۴۴۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۹,۴۹۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	برو		
D۴۴۴۸	پیوند آزاد لثه (دندان محاور)	۸,۳۱۰,۰۰۰	۱۰,۴۸۰,۰۰۰	برو	ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست	
D۴۴۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	برو	صرفاً در دندان کفدبد روکتی قابل پرداخت بوده و برای دندانهای محاور قابل محاسبه نمی باشد	
D۴۴۴۴	دبستال وج	۹,۵۴۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	برو	صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
D۴۴۴۰	همی سکتشن و قطع ریشه	۸,۰۵۰,۰۰۰	۹,۴۲۰,۰۰۰	برو - جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	




کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	شواهد و مدارک لازم	تعاریف
D5110	بروتز کامل فک بالا	۴۸,۲۶۰,۰۰۰	۵۳,۶۹۰,۰۰۰	بروتز	۱- معاینه بیمار پس از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
D5120	بروتز کامل فک پائین	۴۸,۲۶۰,۰۰۰	۵۳,۶۹۰,۰۰۰	بروتز	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 کمالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسیل کروم کمالت . هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.	
D5211	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۳۵,۷۸۰,۰۰۰	۳۹,۴۷۰,۰۰۰	بروتز		
D5211/1	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	بروتز		
D5212	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۳۵,۷۸۰,۰۰۰	۳۹,۴۷۰,۰۰۰	بروتز		
D5212/1	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	بروتز		
D5213	پروتز پارسیل کروم کمالت فک بالا	۶۷,۴۷۰,۰۰۰	۷۳,۹۸۰,۰۰۰	بروتز		
D5214	پروتز پارسیل کروم کمالت فک پایین	۶۷,۴۷۰,۰۰۰	۷۳,۹۸۰,۰۰۰	بروتز		
D5511	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پائین	۱۴,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۴۰,۰۰۰	بروتز		
D5512	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۱۴,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۴۰,۰۰۰	بروتز		
D5611	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پائین	۱۳,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	بروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد.	
D5612	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۳,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	بروتز		
D5720	رئیلین پروتز فک بالا	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	بروتز	۱- در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از تکمال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک	
D5731	رئیلین پروتز فک پایین	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	بروتز	۲- انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
D2751	روکش PFM	۳۵,۶۵۰,۰۰۰	۳۹,۱۲۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی	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.	
D6241	پروتز ثابت (پونیک) PFM	۲۲,۶۶۰,۰۰۰	۲۶,۵۷۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی		شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت نمب امتحان فریم امتحان برسلن. تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
D2740	روکش (برسلن یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۳۰,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۴۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی یا ذکر علت انحطاط درمان	
D6245	پروتز ثابت (پونیک) تمام برسلن یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۲۳,۴۰۰,۰۰۰	۲۶,۶۸۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فونوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
D2952	پست ریختگی	۱۳,۴۶۰,۰۰۰	۱۵,۲۰۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
D2950	فایبر پست-ترمیم کامپوزیت	۸,۵۸۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
D2955/1	دراوردن روکش قدیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی		
D2920	چسباندن روکش قدیمی	۳,۶۹۰,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی		شامل دندانهایی که کاندید روکش یا برنج می باشند نمی شود
D2955/2	خارج کردن برنج قدیمی	۲,۵۴۰,۰۰۰	۲,۵۴۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی		
D6920	چسباندن برنج قدیمی	۵,۰۵۰,۰۰۰	۵,۴۸۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی		
D2955	دراوردن پست یا پین قدیمی	۵,۵۶۰,۰۰۰	۶,۴۶۰,۰۰۰	بروتز - ترمیمی		
D9944	نایت گارد	۱۶,۰۵۰,۰۰۰	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	بروتز	۱- ارائه فونوگرافی پس از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	



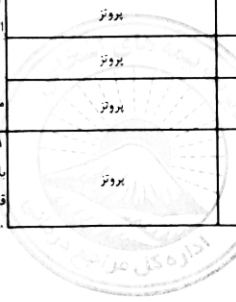
کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	صوایط و مدارک لازم	تاریف
D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۳,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۳,۲۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	اطفال		
D۳۲۲۰	بالینومی دندان شیری	۶,۹۰۰,۰۰۰	۷,۵۵۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۳,۱۹۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۸۹۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۵,۵۶۰,۰۰۰	۵,۷۵۰,۰۰۰	اطفال - ترمیمی		
D۲۹۲۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار با ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر SSC بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.	
D۲۱۴۰۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۵,۳۵۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۱۵۰۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۶,۶۵۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۱۶۰۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۸,۶۵۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
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	
D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۸,۸۱۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۱,۹۸۰,۰۰۰	۱۲,۸۵۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک - یک طرفه	۱۰,۸۲۰,۰۰۰	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
D۲۲۲۰	بالیکتومی دندان شیری قدامی	۵,۳۶۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
D۲۲۴۰	بالیکتومی دندان شیری خلفی	۶,۶۸۰,۰۰۰	۷,۴۸۰,۰۰۰	اطفال - اندو		




کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	صوابط و مدارک لازم	تعاریف
DA۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۸۰,۵۱۰,۰۰۰	۱۰۰,۲۶۰,۰۰۰	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	
DA۰۹۰						
DA۰۸۰/۱	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۹۱,۶۹۰,۰۰۰	۱۱۲,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کابین های بهفته و ...
DA۰۹۰/۱						
DA۰۲۰						
DA۰۳۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۶۳,۴۱۰,۰۰۰	۷۹,۳۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
DA۰۴۰						
DA۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	۴۷,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چسب کب ، face bow و ...	
DA۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۴۹,۲۸۰,۰۰۰	۶۱,۴۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان متحرک می باشد	
DA۰۷۰/۲	نوعه عرضی فک بالا (ثابت) RPE	۵۵,۲۵۰,۰۰۰	۶۹,۰۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی یا پلاک	به روش ثابت
DA۶۸۰	ریشتر ثابت یا متحرک (هر فک)	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۶۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		صرفاً یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد




کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	صوایط و مدارک لازم	تعاریف
D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۰.۳۱۰.۰۰۰	۲۷.۴۷۰.۰۰۰	بربو- فک و صورت	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد توضیح: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
D۶۰۱۰۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۲۲.۰۰۰.۰۰۰	۲۲.۰۰۰.۰۰۰	بربو- فک و صورت		
D۶۰۱۰۴۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۳.۵۳۰.۰۰۰	۱۶.۶۰۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال، دستمرد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
D۶۰۱۰۴۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۵.۹۹۰.۰۰۰	۲۰.۶۶۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت		
D۶۰۱۰۴۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۹.۳۱۰.۰۰۰	۲۴.۶۰۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت		
D۶۰۱۰۴۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳.۹۹۰.۰۰۰	۳۱.۳۶۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت	۲- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
D۶۰۱۰۴۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۰.۰۹۰.۰۰۰	۱۲.۹۱۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت	توضیح: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
D۶۰۱۰۴۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳.۹۰۰.۰۰۰	۱۸.۴۵۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت		
D۶۰۱۰۴۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۱۷.۲۲۰.۰۰۰	۲۲.۱۴۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت		
D۶۰۱۰۴۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۹.۶۸۰.۰۰۰	۲۴.۶۰۰.۰۰۰	بربو- جراح فک و صورت		
D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	-	۶۵.۵۸۰.۰۰۰	بربو- فک و صورت		
D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۳۹.۹۵۰.۰۰۰	۴۶.۸۹۴.۰۰۰	بربو- فک و صورت		
D۶۰۶۰	روکش منکی بر ایمپلنت (انامنت)	۳۱.۱۵۰.۰۰۰	۳۵.۰۸۰.۰۰۰	پروتز	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونیک) جهت ایمپلنت	۲۵.۶۶۰.۰۰۰	۲۹.۵۷۰.۰۰۰	پروتز	توضیح: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
D۶۰۶۰۱	هزینه یک واحد آنالوگ، انامنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۶.۵۰۰.۰۰۰	۱۶.۵۰۰.۰۰۰	پروتز		
D۶۱۱۰	اوردنجر منکی بر ایمپلنت فک بالا	۱۵۳.۹۷۰.۰۰۰	۱۶۲.۱۵۰.۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمرد، لابراتوار، بار، قفل در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس انجام	

D6111	اوردنجر منگی بر ایمپلنت فک پایین	۱۵۳,۹۷۰,۰۰۰	۱۶۲,۱۵۰,۰۰۰	پروتز	سده بعد از جراحی نسبت ایمپلنت و حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فوتوگرافی بعد از درمان
-------	----------------------------------	-------------	-------------	-------	---

رعایت نکات زیر الزامی می باشد:

- 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 جناحه کشیدن دندان نیز متخصص پروتز انجام شود، تعرفه معادل عمومی محاسبه خواهد شد.
- ۲- در کلیه جراحی ها هزینه برش یافت (فلپ) و بخیه لحاظ گردیده است و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.
- ۳- هزینه لابراتوار در خدمات 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 بهمراه 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- رادیوگرافی در حین کار و با بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپتومی محاسبه می گردد.
- ۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد.
- ۹- هزینه خدماتی که نیاز به تائید کارشناس دارند، در صورت عدم تائید غیر قابل پرداخت می باشد.
- ۱۰- ارسال رادیوگرافی PA در روکش های نایلونی صورت گیرد.
- ۱۱- اخذ هرگونه وجهی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان خارجی و غیره ممنوع و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) براساس تعرفه های توافقی خواهد بود.
- ۱۲- در کلیه درمان های ایمپلنت، تهیه گرافی پانورکس و اخذ تائید دندانپزشک معتمد شرکت سهامی بیمه ایران، قبل از شروع درمان الزامیست. پس از اخذ تائید انجام درمان، ارسال گرافی پس از درمان جهت دریافت هزینه الزامیست.
- ۱۳- اولویت عقد قرارداد و پرداخت هزینه ایمپلنت به متخصصین پریو و فک و صورت و در پروتز ایمپلنت به متخصصین پروتز می باشد.
- ۱۴- هزینه ارتودنسی به همکاران دندانپزشک عمومی فقط در شهرستان هایی که متخصص ارتودنسی وجود ندارد، پرداخت می گردد.
- ۱۵- پس از اتمام سقف ریالی تعیین شده برای هر بیمه شده، مرکز می بایست کل هزینه را براساس تعرفه های مصوب از بیمار دریافت نماید. به عبارتی مبنای پرداختی بیمار در این شرایط، تعرفه کل خدمت مربوطه می باشد.
- ۱۶- 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 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.

- ۱۷- 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 مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۱۸- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۱۹- خدمات بیهوشی صرفاً برای گروه‌های مذکور قابل بررسی می باشد: * کلیه معلولین ذهنی و جسمی * در موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند.
- ۲۰- 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 الفاء استاندارد بیهوشی باشد.
- ۲۱- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .
- ۲۲- در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمی باشد .

