

تعارف خدمات دندانپزشکی در بخش خیریه (تجمیع شده) برای مراکز طرف قرارداد در تهران قابل اجرا از ۱۴۰۲/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعارف تخصصی	ضوابط	تعاریف
۰	وزیریت و طرح درمان	۶۲۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰		در صورت انجام خدمات، هزینه وزیریت 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.
۷۰۰۰۶۵	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۶۷۸,۸۱۰	۶۷۸,۸۱۰			
۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۶۴۶,۹۹۰	۱,۶۴۶,۹۹۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.
۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۶۴۶,۹۹۰	۱,۶۴۶,۹۹۰			
کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعارف تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است
D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲,۸۳۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۳,۱۴۰,۰۰۰	۳,۶۲۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۶,۸۰۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰		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.
D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۸,۱۷۰,۰۰۰	۹,۴۸۰,۰۰۰		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.
D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۹,۴۹۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰		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.
D۷۲۲۱	آلوتولوژیلاستی نیم فک	۸,۵۱۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		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 دندان قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.
D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۰,۷۳۰,۰۰۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
D۷۹۶۰	فرکتومی	۳,۸۴۰,۰۰۰	۵,۲۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۲,۲۵۰,۰۰۰	۳,۰۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
D۹۹۲۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۳۶۰,۰۰۰	۲,۹۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۲,۳۴۰,۰۰۰	۲,۹۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پرو	۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هرکوادرات فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.
D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۸,۰۴۰,۰۰۰	۹,۳۵۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
D۲۴۵۰	قطع کامل ریشه-به ازا هر ریشه (آمیوتاسیون)	۷,۵۴۰,۰۰۰	۸,۶۳۰,۰۰۰		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.
D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۵,۷۷۰,۰۰۰	۶,۶۴۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۶,۸۸۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۲,۸۶۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد



کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D2140	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۵۳۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	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	۵,۶۷۰,۰۰۰	۶,۱۵۰,۰۰۰	ترمیمی	۲- جهت ترمیم با بیش از ۳ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۷,۴۲۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده . ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریناکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد شامل دندانهای شیری نمی گردد	
D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۵,۴۱۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۷,۴۰۰,۰۰۰	۸,۲۷۰,۰۰۰	ترمیمی	نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۹,۳۲۰,۰۰۰	۱۰,۴۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2161	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۸,۴۲۰,۰۰۰	۹,۱۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۳۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
D2951	پین داخل عاج یا داخل کتال	۲,۷۴۰,۰۰۰	۲,۹۶۰,۰۰۰	ترمیمی- پروتز	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
D2321	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۰,۳۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پرو	۱- صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	



تعاريف	ضوابط و مدارك لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصي	متخصص ۱۴۰۲	عمومي ۱۴۰۲	درمان ريشه	كد
	انجام پالپوتومي و درمان ريشه يك دندان توسط يك دندانپزشك حتى در فواصل طولاني قابل پرداخت نمي باشد.	اندو	۵,۳۳۰,۰۰۰	۴,۱۳۰,۰۰۰	پالپوتومي اورژانسي دندان دائمي	D۳۳۲۰/۱
		اندو	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۹,۹۸۰,۰۰۰	درمان ريشه يك كاناله	D۳۳۱۰
		اندو	۱۳,۹۲۰,۰۰۰	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	درمان ريشه دو كاناله	D۳۳۱۰/۱
		اندو	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	درمان ريشه سه كاناله	D۳۳۱۰/۲
		اندو	۵,۳۵۰,۰۰۰	۴,۱۶۰,۰۰۰	به ازاي هر كانال اضافه	D۳۳۱۰/۳
		اندو	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۹,۹۸۰,۰۰۰	درمان ريشه يك كاناله دندان ۷	D۳۳۱۰/۴
		اندو	۱۳,۹۲۰,۰۰۰	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	درمان ريشه دو كاناله دندان ۷	D۳۳۱۰/۵
		اندو	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	درمان ريشه سه كاناله دندان ۷	D۳۳۱۰/۶
		اندو	۵,۳۵۰,۰۰۰	۴,۱۶۰,۰۰۰	به ازاي هر كانال اضافه	D۳۳۱۰/۷
		اندو	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۹,۹۸۰,۰۰۰	درمان ريشه يك كاناله دندان ۸	D۳۳۱۰/۸
		اندو	۱۳,۹۲۰,۰۰۰	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	درمان ريشه دو كاناله دندان ۸	D۳۳۱۰/۹
		اندو	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	درمان ريشه سه كاناله دندان ۸	D۳۳۲۰/۱۰
		اندو	۵,۳۵۰,۰۰۰	۴,۱۶۰,۰۰۰	به ازاي هر كانال اضافه	D۳۳۱۰/۱۱
	۱- ارسال راديوگرافي قبل و بعد از درمان الزاميت.	اندو	۱۳,۶۲۰,۰۰۰	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	درمان مجدد يك كاناله	D۳۳۴۶
		اندو	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۱۳,۶۴۰,۰۰۰	درمان مجدد دو كاناله	D۳۳۴۶/۱
	۲- حداكثر دو عدد راديوگرافي جهت RCT يك دندان قابل پرداخت مي باشد.	اندو	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۱۶,۵۷۰,۰۰۰	درمان مجدد سه كاناله	D۳۳۴۶/۲
		اندو	۶,۶۰۰,۰۰۰	۵,۳۰۰,۰۰۰	به ازاي هر كانال اضافه	D۳۳۴۶/۳
		اندو	۱۳,۶۲۰,۰۰۰	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	درمان مجدد ريشه يك كاناله دندان ۷	D۳۳۴۶/۴
		اندو	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۱۳,۶۴۰,۰۰۰	درمان مجدد ريشه دو كاناله دندان ۷	D۳۳۴۶/۵
		اندو	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۱۶,۵۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ريشه سه كاناله دندان ۷	D۳۳۴۶/۶
		اندو	۶,۶۰۰,۰۰۰	۵,۳۰۰,۰۰۰	به ازاي هر كانال اضافه	D۳۳۴۶/۷
		اندو	۱۳,۶۲۰,۰۰۰	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	درمان مجدد ريشه يك كاناله دندان ۸	D۳۳۴۶/۸
		اندو	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۱۳,۶۴۰,۰۰۰	درمان مجدد ريشه دو كاناله دندان ۸	D۳۳۴۶/۹
		اندو	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۱۶,۵۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ريشه سه كاناله دندان ۸	D۳۳۴۶/۱۰
		اندو	۶,۶۰۰,۰۰۰	۵,۳۰۰,۰۰۰	به ازاي هر كانال اضافه	D۳۳۴۶/۱۱
		اندو - جراحی فك و صورت	۱۱,۶۶۰,۰۰۰	۶,۹۸۰,۰۰۰	قطع نوک ريشه يا ابيکواکتومي (دندان ۱ و ۲ و ۳)	D۳۴۱۰
		اندو - جراحی فك و صورت	۱۲,۹۵۰,۰۰۰	۱۰,۶۸۰,۰۰۰	قطع نوک ريشه يا ابيکواکتومي (دندان ۴ و ۵) ريشه اول	D۳۴۲۱
		اندو - جراحی فك و صورت	۱۴,۱۴۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	قطع نوک ريشه يا ابيکواکتومي (دندان ۶ و ۷ و ۸) ريشه اول	D۳۴۲۵
		اندو - جراحی فك و صورت	۶,۱۲۰,۰۰۰	۵,۰۴۰,۰۰۰	قطع نوک ريشه يا ابيکواکتومي هر ريشه اضافي	D۳۴۲۶
		اندو - جراحی فك و صورت	۶,۴۴۰,۰۰۰	۵,۸۰۰,۰۰۰	رتروگراد-به ازاء هر ريشه	D۳۴۳۰
	شامل بازکردن دندان آماده سازي فضای كانالها، جاگذاري دارو و همچنين درآوردن داروي داخل كانال و مراحل لازم براي قرار دادن سد پلاستيكي نهايي ريشه همراه باكلبه راديوگرافي هاي مورد نياز ميباشند.	اندو - اطفال	۸,۹۰۰,۰۰۰	.	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربیرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)	D۳۳۵۱
		اندو - اطفال	۸,۰۰۰,۰۰۰	۷,۳۰۰,۰۰۰	اپکسوزنيس هر دندان	D۳۳۲۲
		اندو	۸,۳۷۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	درمان پرفوراسيون با MTA يا cem-cement	D۳۳۲۳



کد	پرو	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	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 نایید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۴۱۰,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰	پرو	۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوقفک	۵,۲۲۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	پرو		
D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	پرو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۹,۱۷۰,۰۰۰	۱۱,۰۸۰,۰۰۰	پرو		
D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۸,۸۸۰,۰۰۰	۲۵,۳۹۰,۰۰۰	پرو	ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست.	
D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۸,۰۷۰,۰۰۰	۱۰,۲۴۰,۰۰۰	پرو		
D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۹,۸۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پرو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
D۴۲۷۴	دبستال وج	۹,۱۳۰,۰۰۰	۱۱,۳۴۰,۰۰۰	پرو	صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
D۴۲۸۰	همی سکتشن و قطع ریشه	۷,۵۴۰,۰۰۰	۸,۶۳۰,۰۰۰	پرو - جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	



کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D5110	پروتز کامل فک بالا	۴۶,۱۰۰,۰۰۰	۵۱,۵۳۰,۰۰۰	پروتز	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.	
D5120	پروتز کامل فک پایین	۴۶,۱۰۰,۰۰۰	۵۱,۵۳۰,۰۰۰	پروتز		
D5211	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۳۳,۹۳۰,۰۰۰	۳۷,۶۲۰,۰۰۰	پروتز		
D5211/1	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۲۰,۴۵۰,۰۰۰	۲۲,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
D5212	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۳۳,۹۳۰,۰۰۰	۳۷,۶۲۰,۰۰۰	پروتز		
D5212/1	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۲۰,۴۵۰,۰۰۰	۲۲,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
D5213	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۶۵,۳۱۰,۰۰۰	۷۱,۸۲۰,۰۰۰	پروتز		
D5214	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۶۵,۳۱۰,۰۰۰	۷۱,۸۲۰,۰۰۰	پروتز		
D5511	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۱۴,۳۸۰,۰۰۰	۱۵,۰۳۰,۰۰۰	پروتز		
D5512	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۱۴,۳۸۰,۰۰۰	۱۵,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد.	
D5611	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۲,۰۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۱۰,۰۰۰	پروتز		
D5612	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۲,۰۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۱۰,۰۰۰	پروتز		
D5730	ریلین پروتز فک بالا	۱۵,۸۷۰,۰۰۰	۱۶,۱۷۰,۰۰۰	پروتز	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.	
D5731	ریلین پروتز فک پایین	۱۵,۸۷۰,۰۰۰	۱۶,۱۷۰,۰۰۰	پروتز		
D2751	روکش PFM	۲۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۷,۸۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانوکس قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
D6241	پروتز ثابت (پونتیگ) PFM	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
D2740	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۲۸,۷۵۰,۰۰۰	۳۳,۰۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانوکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
D6245	پروتز ثابت (پونتیگ) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۲۲,۷۴۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D2952	پست ریختگی	۱۲,۸۸۰,۰۰۰	۱۴,۶۲۰,۰۰۰	پروتز - 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	۷,۸۷۰,۰۰۰	۸,۷۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
D2955/1	دراوردن روکش قدیمی	۱,۷۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D2920	چسباندن روکش قدیمی	۳,۳۹۰,۰۰۰	۳,۷۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
D2955/2	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۳۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D6930	چسباندن بریج قدیمی	۴,۷۰۰,۰۰۰	۵,۱۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D2955	دراوردن پست یا پین قدیمی	۵,۱۳۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
D9944	نایت گارد	۱۵,۵۳۰,۰۰۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	



کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصصه مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۲,۶۷۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۴۴۰,۰۰۰	اطفال		
D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۶,۵۵۰,۰۰۰	۷,۲۰۰,۰۰۰	اطفال - آندو		
D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۲,۸۹۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
D۱۲۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۶۸۰,۰۰۰	۳,۸۶۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
D۱۲۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۵,۱۰۰,۰۰۰	۵,۳۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۶,۹۶۰,۰۰۰	۷,۸۲۰,۰۰۰	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.	
D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۴,۵۳۰,۰۰۰	۴,۵۳۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۵,۶۷۰,۰۰۰	۵,۶۷۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۷,۴۲۰,۰۰۰	۷,۴۲۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۲۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۵,۴۱۰,۰۰۰	۵,۴۱۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
D۲۲۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۷,۴۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
D۲۲۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۹,۳۲۰,۰۰۰	۹,۳۲۰,۰۰۰	اطفال		
D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۱,۳۵۰,۰۰۰	۱۲,۲۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست. صرفاً یکبار برای هر ناحیه قابل پرداخت می باشد
D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۰,۲۳۰,۰۰۰	۱۱,۳۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۱,۲۸۰,۰۰۰	۱۲,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۱,۲۸۰,۰۰۰	۱۲,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری قدامی	۴,۸۹۰,۰۰۰	۵,۶۰۰,۰۰۰	اطفال- آندو		
D۳۲۴۰	پالپوتومی دندان شیری خلفی	۶,۰۴۰,۰۰۰	۶,۸۴۰,۰۰۰	اطفال- آندو		



کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
DA۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۷۷,۶۴۰,۰۰۰	۹۷,۳۹۰,۰۰۰	ارتودنسی	ضمایم و مدارک لازم	
DA۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۸۷,۷۰۰,۰۰۰	۱۰۸,۳۲۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجری، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...
DA۰۸۰/۱						
DA۰۹۰/۱						
DA۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۶,۲۹۰,۰۰۰	ارتودنسی		ارائه رادیوگرافی های بانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از جسیاتندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.
DA۰۲۰						
DA۰۴۰						
DA۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۳۷,۹۰۰,۰۰۰	۴۵,۶۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک، عادت شکن ها، Face Mask، چین کپ، face bow و ...
DA۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۴۷,۲۸۰,۰۰۰	۵۹,۱۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان متحرک می باشد
DA۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا (ثابت) RPE	۵۳,۱۸۰,۰۰۰	۶۶,۵۶۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		فتوگرافی با پلاک
DA۶۸۰	ریتینو ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۳,۱۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۳۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	صرفاً یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.	



کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۲	متخصص ۱۴۰۲	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	۲۶,۸۶۰,۰۰۰	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	
D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند منتریال، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۵,۵۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۸,۷۱۰,۰۰۰	۲۴,۱۷۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۳۰,۶۲۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	۲- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۹,۸۵۰,۰۰۰	۱۲,۶۲۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۱۶,۷۴۰,۰۰۰	۲۱,۷۶۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۹,۱۰۰,۰۰۰	۲۴,۱۷۰,۰۰۰	پریو- جراح فک و صورت		
D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	.	۶۴,۶۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۲۹,۳۳۰,۰۰۰	۴۶,۲۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۲۹,۶۶۰,۰۰۰	۳۱,۵۹۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۸,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، ایمبرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
D۶۱۱۰	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۱۵۱,۶۹۰,۰۰۰	۱۵۹,۸۷۰,۰۰۰	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 فوتوگرافی بعد از درمان	
D۶۱۱۱	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۱۵۱,۶۹۰,۰۰۰	۱۵۹,۸۷۰,۰۰۰	پروتز		



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 چنانچه کشیدن دندان توسط "
- ۲- در کلیه جراحی ها هزینه برش بافت (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 به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.
- ۶- 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 یا بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپوتومی محاسبه می گردد.
- ۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد.
- ۹- هزینه خدماتی که نیاز به تأیید کارشناس دارند، در صورت عدم تأیید غیر قابل پرداخت می باشد.
- ۱۰- ارسال رادیوگرافی P.A 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 (سهام بیمار) براساس تعرفه های توافقی خواهد بود.
- ۱۲- در کلیه درمان های ایمپلنت، تهیه گرافی پانورکس و اخذ تأیید دندانپزشک معتمد شرکت سهامی بیمه ایران، قبل از شروع درمان الزامیست. پس از اخذ تأیید 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 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.
- 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.
- ۱۸- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۱۹- خدمات بیهوشی صرفاً برای گروه های 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 القاء استاندارد بیهوشی باشد.
- ۲۱- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.

