بیمه ایران

تعرفه خدمات دندانپزشکی مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی با لحاظ هزینه لابراتوار (تجمیع شده) برای پرداخت خسارت مستقیم بیمه شدگان بیمه ایران

قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۳,۵۷۷,۰۰۰	۴,۹۸۷,۰۰۰		ویزیت منجر به درمان 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	۳,۲۱۱,۰۰۰	۳,۲۱۱,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است. (تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.)	
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۷,۸۳۴,۵۰۰	۷,۸۳۴,۵۰۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۷,۵۷۵,۵۰۰	۷,۵۷۵,۵۰۰			
ردیف	کد	جراحی فک و صورت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۸,۱۰۰,۰۰۰	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	جراحی نسج نرم در برگیرنده 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	۳۳,۱۰۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		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	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		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 .
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۳۳,۳۰۰,۰۰۰	۳۷,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی تشخیصی قبل درمان الزامی است ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفاجهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانی قبل از انجام پروتزمتحرک قابل پرداخت می باشد	هزینه آلوئوپلاستی در برگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسخ نرم ،برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۳۹,۸۰۰,۰۰۰	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	۴۶,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۶,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۱۷,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۱۹,۵۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	. ۱-هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	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 ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	۳۳,۹۰۰,۰۰۰	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	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۶,۳۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و پریو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	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	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود ۲-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان . ۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ،ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و یا ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشدوشامل دندانهای شیری نمی گردد نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یک سال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	ارسال OPG قبل و بعد از درمان یا فتوگرافی بعد از کار ، جهت ترمیم های ۵ دندان و بیش از ۵ دندان الزامی است - ترمیم و روکش دندان های قدامی صرفا جهت درمان پوسیدگی قابل پرداخت بوده و در مواردی مانند بستن فاصله بین دندان ها و هم رنگ نمودن و.....که جنبه زیبایی دارند قابل پرداخت نمی باشد.
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یاکلاس پنج	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۳۱,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان‌های دائمی	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	۶۱,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز	برای هردندان حداکثر۲عددپین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۶,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو	۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۲۹,۳۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۴۲,۷۰۰,۰۰۰	۵۰,۲۰۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی درخدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	۶۸,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۷۰,۳۰۰,۰۰۰	۸۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۰,۶۰۰,۰۰۰	۷۱,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۷۳,۱۰۰,۰۰۰	۸۵,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۴,۷۰۰,۰۰۰	۵۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۶۲,۹۰۰,۰۰۰	۷۳,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۷۶,۰۰۰,۰۰۰	۸۹,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۹,۳۰۰,۰۰۰	۵۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی درخدمات لحاظ گردیده است
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۹,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۸۳,۷۰۰,۰۰۰	۹۸,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۵۰,۷۰۰,۰۰۰	۵۹,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	۸۴,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۸۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۳,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	۶۰,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	۸۷,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۹۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴و ۵) ریشه اول	۴۰,۷۰۰,۰۰۰	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۴۳,۸۰۰,۰۰۰	۵۰,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۹۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	۲۶,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲-D و ۳۳۵۳-D میباشد.)	۳۹,۱۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است	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	اپکسوژنزیس هر دندان	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۳۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۴,۷۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		

تبصره : هزینه های تجهیزات تخصص در خدمات لحاظ گردیده است

ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	۱۶,۸۰۰,۰۰۰	پریو	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 ۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی **۷۵٪** دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۲,۸۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۳۵,۷۰۰,۰۰۰	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۶۲,۴۰۰,۰۰۰	۷۹,۶۰۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام بعد از درمان الزامی است .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۷۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۳,۳۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۳۴,۵۰۰,۰۰۰	۴۰,۳۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۳,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	

بیمه ایران

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	پروتز	ارائهOPG قبل از انجام کار به علاوه فتوگرافی کارت ملی در کنار پروتز (داخل و خارج از دهان) الزامی است. ۱- در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است 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 صرفا 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 .	منظور از فتوگرافی رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده می باشد.
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۲۷,۶۰۰,۰۰۰	۱۳۸,۹۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فَک بالا	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۲۴,۶۰۰,۰۰۰	۱۳۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فَک پایین	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد . ۲- ارائهOPG قبل از انجام کار به علاوه فتوگرافی کارت ملی در کنار پروتز (داخل و خارج از دهان) الزامی است.	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	۱-در صورتیکه پروتز کامل دو فک ، قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی یا فتوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ،امتحان فریم ،امتحان پرسلن، تحویل موقت یا سمان دائم و **هزینه لابراتوار**) می باشد. در صورت تعویض روکش علت قید گردد.
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسلن یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۱۰۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۱۷,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-صرفا در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی یا فتوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۹۱,۱۰۰,۰۰۰	۹۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۴۸,۱۰۰,۰۰۰	۵۳,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۰	۰	پروتز - ترمیمی	معادل کد۲۹۵۱ قابل محاسبه و پرداخت است.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	۱-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد ۲- ارائهOPG قبل از انجام کار به علاوه فتوگرافی کارت ملی در کنار پروتز (داخل و خارج از دهان) الزامی است.	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی(شیری)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۹,۳۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۳,۷۰۰,۰۰۰	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل **s.s crown** پیش ساخته	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	۱-ارائه فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است . ۳-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	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه(SM)	۴۷,۹۰۰,۰۰۰	۵۴,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۱-ارائه فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پائین (SM)	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۴۱,۵۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۵,۱۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پائین	۴۵,۱۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		

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)	۳۰۲,۳۰۰,۰۰۰	۳۶۲,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۱-ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فتوگرافی بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است. ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .	
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۳۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۱۰,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۲۲۵,۹۰۰,۰۰۰	۲۷۷,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۱۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۶۸,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شلمل هرکونه دستگاه متحرک ،RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۸۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان متحرک می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۲۱۶,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۹,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵۱,۹۰۰,۰۰۰	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است.	صرفا یکبار قابل بررسی و 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)	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است. شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قیدگردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) الزامی است. ارسال گرافی بعد از درمان بابت کلیه خدمات پیوند تاخیری الزامی است ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۸,۸۰۰,۰۰۰	۶۵,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۸,۲۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۶,۲۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۶۴,۲۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۶,۹۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرانت در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است	
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۳۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۶۱,۸۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است تاریخ انجام گرافی پانورکس قبل و گرافی بعد درمان می بایست در در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد 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	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	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 فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	پروتز		

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 صرفا "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون " متخصص مشمول تعرفه تخصصی " 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- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد

۴- فتوگرافی : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمت یا خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد ضروری می باشد

۵- 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 .

۶- تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.

۷- در بیماران باردار ارائه آخرین گزارش سونوگرافی و فتوگرافی بعد از درمان الزامی می باشد

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

موارد مرتبط با بیهوشی در خدمات دندانپزشکی

۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی بصورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) حداکثر معادل ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.

۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۳- خدمات بیهوشی به کلیه معلولین ذهنی و جسمی و نیز کودکان کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی کنند ، تعلق می گیرد.

۴- صرفاً آن دسته از مراکز درمانی مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی با بیهوشی هستند که دارای مجوز و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

تذکرات مهم

۱- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف ازجمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و ... ممنوع می باشد.

۲- دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی صرفاً مجاز به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) بر اساس تعرفه های اعلام شده و نیز مازاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.

۳- درصورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده ، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه محاسبه و از بیمار دریافت نمایند .