تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۲,۳۰۱,۰۰۰	۳,۲۰۶,۰۰۰		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	۱,۵۹۲,۸۰۰	۱,۵۹۲,۸۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۳,۸۳۶,۸۰۰	۳,۸۳۶,۸۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۳,۸۳۶,۸۰۰	۳,۸۳۶,۸۰۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۵,۹۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۷,۰۹۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۷,۸۷۰,۰۰۰	۸,۸۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	۱۹,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	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	۲۰,۴۸۰,۰۰۰	۲۳,۰۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		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	۲۳,۵۵۰,۰۰۰	۲۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		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	۲۰,۸۸۰,۰۰۰	۲۴,۱۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانی قبل از انجام پروتز متحرک 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	۲۵,۴۵۰,۰۰۰	۳۰,۵۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۲۰,۰۷۰,۰۰۰	۲۲,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۲۵,۹۳۰,۰۰۰	۲۹,۹۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۹,۳۴۰,۰۰۰	۱۰,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۰,۱۸۰,۰۰۰	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۵,۶۶۰,۰۰۰	۶,۹۵۰,۰۰۰	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- هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۲۰,۱۴۰,۰۰۰	۲۲,۶۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۱۹,۱۲۰,۰۰۰	۲۱,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۱۴,۷۹۰,۰۰۰	۱۶,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۷,۳۵۰,۰۰۰	۱۹,۵۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۲۶,۸۲۰,۰۰۰	۳۱,۹۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	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 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 یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۹,۷۶۰,۰۰۰	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یاکلاس پنج	۱۴,۵۳۰,۰۰۰	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۹,۳۸۰,۰۰۰	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲۴,۱۱۰,۰۰۰	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان‌های دائمی	۲۲,۴۸۰,۰۰۰	۲۳,۸۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۵,۴۴۰,۰۰۰	۳۷,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۷,۱۹۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هردندان حداکثر۲عددپین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۲۶,۲۱۰,۰۰۰	۲۸,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو	۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	۱۸,۹۸۰,۰۰۰	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	۲۵,۸۶۰,۰۰۰	۳۰,۴۱۰,۰۰۰	اندو	۱-رادیوگرافی تشخیصی قبل یا حین و نیز بعد از درمان. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی درخدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۳۵,۲۶۰,۰۰۰	۴۱,۳۶۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۶,۶۰۰,۰۰۰	۳۱,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۳۶,۶۷۰,۰۰۰	۴۳,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۷,۰۹۰,۰۰۰	۳۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۳۸,۰۸۰,۰۰۰	۴۴,۶۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۱۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۴۶,۰۱۰,۰۰۰	۵۴,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۲۹,۸۶۰,۰۰۰	۳۴,۷۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۴۱,۷۹۰,۰۰۰	۴۸,۹۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۵۰,۶۹۰,۰۰۰	۵۹,۴۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۳۰,۷۲۰,۰۰۰	۳۵,۷۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۴۳,۴۶۰,۰۰۰	۵۰,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۵۲,۷۲۰,۰۰۰	۶۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۳۱,۲۸۰,۰۰۰	۳۶,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۴۵,۱۳۰,۰۰۰	۵۲,۸۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۵۴,۷۵۰,۰۰۰	۶۴,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۲۳,۵۳۰,۰۰۰	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل و بعد از درمان	
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴و ۵) ریشه اول	۲۵,۷۳۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۲۷,۸۰۰,۰۰۰	۳۲,۷۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	۱۴,۷۳۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	۱۶,۳۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و ۳۳۵۳-D میباشد.)	۲۳,۸۵۰,۰۰۰	۲۵,۹۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنزیس هر دندان	۱۹,۶۱۰,۰۰۰	۲۰,۹۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۲۰,۴۷۰,۰۰۰	۲۲,۱۷۰,۰۰۰	اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	پریو	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۵,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یکبار در سال در تعهد می باشد. در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۲۷,۰۳۰,۰۰۰	۳۱,۶۶۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان ۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۲۲,۵۱۰,۰۰۰	۲۶,۲۵۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۴۱,۸۶۰,۰۰۰	۵۴,۶۱۰,۰۰۰	پریو	فوتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۹,۳۳۰,۰۰۰	۲۳,۵۸۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۲۳,۷۵۰,۰۰۰	۲۸,۰۹۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۲۲,۰۳۰,۰۰۰	۲۶,۳۶۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۱۸,۷۳۰,۰۰۰	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۱۰,۴۱۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان) ۲- در صورت نیاز معاینه بیمار ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۴- 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. ۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد . ۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۱۱۰,۴۱۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۳۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۸۱,۲۴۰,۰۰۰	۸۸,۴۷۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فَک بالا	۳۶,۲۴۰,۰۰۰	۴۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۷۹,۳۶۰,۰۰۰	۸۶,۵۹۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فَک پایین	۳۶,۲۴۰,۰۰۰	۴۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۱۴۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۱۴۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۳۶,۰۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۱۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد . ۲- فوتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد.	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۳۶,۰۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۱۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۲۸,۹۱۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۲۸,۹۱۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا	۳۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۹,۷۷۰,۰۰۰	پروتز	۱در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد. ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین	۳۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۹,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۵۶,۸۲۰,۰۰۰	۶۳,۶۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان. 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 می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۶۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسلن یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۶۶,۱۳۰,۰۰۰	۷۴,۶۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-صرفا در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان. ۲- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۳۰,۶۲۰,۰۰۰	۳۴,۰۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- رادیوگرافی تشخیصی بعد از درمان. ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۲۰,۳۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۶,۹۱۰,۰۰۰	۶,۹۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۸,۸۷۰,۰۰۰	۹,۵۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۹,۲۲۰,۰۰۰	۹,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۴۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۴,۲۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۳۵,۹۴۰,۰۰۰	۳۹,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- فوتوگرافی پس از درمان از نایت گارد (داخل و خارج از دهان) که صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۶,۴۱۷,۶۰۰	۷,۱۳۱,۶۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی(شیری)	۷,۶۴۰,۰۰۰	۸,۴۹۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	۱۸,۹۸۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۷,۸۳۰,۰۰۰	۸,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۱۰,۳۷۰,۰۰۰	۱۰,۷۱۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۱۴,۰۵۰,۰۰۰	۱۴,۴۳۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل s.s crown پیش ساخته	۱۸,۳۴۰,۰۰۰	۲۰,۰۴۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و ترمیم جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و نیز دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه(SM)	۲۸,۹۷۰,۰۰۰	۳۳,۲۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۳۷,۲۷۰,۰۰۰	۴۳,۴۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پائین (SM)	۳۷,۲۷۰,۰۰۰	۴۳,۴۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۲۵,۱۵۰,۰۰۰	۲۹,۶۶۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۲۷,۳۳۰,۰۰۰	۳۲,۸۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پائین	۲۷,۳۳۰,۰۰۰	۳۲,۸۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۱۹۵,۰۲۰,۰۰۰	۲۳۳,۶۹۰,۰۰۰	ارتودنسی	رادیوگرافی های تشخیصی پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک	
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۲۲۴,۴۶۰,۰۰۰	۲۶۴,۸۲۰,۰۰۰	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)	۱۴۵,۷۱۰,۰۰۰	۱۷۹,۲۷۰,۰۰۰	ارتودنسی		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۹۳,۰۵۰,۰۰۰	۱۰۸,۸۳۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک ،RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۲۰,۰۲۰,۰۰۰	۱۴۵,۴۶۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۱۳۹,۶۱۰,۰۰۰	۱۶۷,۶۶۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۳۸,۴۲۰,۰۰۰	۴۱,۹۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

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.

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۴۲,۹۲۰,۰۰۰	۵۶,۹۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- رادیوگرافی پانورکس تشخیصی قبل یا CBCT (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) و نیز رادیوگرافی بعد از درمان. ۲- 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	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۲۸,۴۵۰,۰۰۰	۳۴,۸۰۰,۰۰۰	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- CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۳۳,۶۱۰,۰۰۰	۴۳,۴۴۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۵۰,۴۳۰,۰۰۰	۶۵,۹۳۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲۱,۲۱۰,۰۰۰	۲۷,۱۴۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۹,۲۲۰,۰۰۰	۳۸,۷۹۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۳۶,۲۵۰,۰۰۰	۴۶,۵۵۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۴۱,۳۸۰,۰۰۰	۵۱,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۱,۸۱۰,۰۰۰	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	۸۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۰۱,۰۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۶۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس تشخیصی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان)	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۵۱,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۳۵۳,۸۲۰,۰۰۰	۳۶۹,۸۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- پانورکس بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۳۵۳,۸۲۰,۰۰۰	۳۶۹,۸۳۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

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 ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ 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.

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 و پرداخت 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- فوتوگرافی : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمت یا خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت 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- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.
۷- تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.

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 .