

به نام خدا

تاریخ: ۱۴۰۱/۰۴/۲۰
شماره: ۱۴۰۰/۵۴۵۸/۰۴/۴۶۸
پیوست: دایره

بیمه سامان
Saman Insurance

نماینده افروز عرب

سرکار خانم دکتر زمانی
سرپرست محترم معاونت اداری، مالی و مدیریت منابع دانشگاه گیلان

با سلام و احترام،

با عنایت به تصویب تعرفه های جدید دندانپزشکی توسط سندیکای بیمه گران و ابلاغ آنها، به پیوست یک نسخه از تعرفه های سال ۱۴۰۱ تقدیم می شود. خواهشمند است دستور فرمایید به نحو مقتضی اطلاع رسانی مناسب به بیمه شدگان محترم صورت گیرد. ضمناً یادآور می شود، بیمه شدگان محترم می توانند فایل این نرخ نامه را از آدرس زیر نیز دریافت نمایند:

<https://SamanFamilyInsurance.com/Tariffs>

پیشاپیش از بذل عنایت جناب عالی سپاسگزاری می نماید. /۴/۲۰/

Saman Insurance
با سپاس فراوان

افروز عرب (کد ۵۴۵۸)

نماینده گیلانی ۵۴۵۸

رونوشت: ریاست محترم شعبه استان گیلان، جهت استحضار



نشانی:

رشت - بلوار آذر اندامی - جنب

دبستان کوثر - نمایندگی عرب

کد پستی: ۴۱۶۷۶۳۸۶۱۸

تلفن/فکس: ۰۱۳۳۳۷۶۴۰۲۶

تلفن همراه: ۰۹۲۰۱۰۲۳۱۲۳

پست الکترونیک:

Info@samanfamilyinsurance.com



تعارف بخش خصوصی دندان پزشکی سال ۱۴۰۱ مراکز طرف قرارداد

ردیف	کد	تعارف و مشخصات	مدره دندانپزشکی	مدره تخصصی	تخصص مسئول مدره	صورتها	تعارف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۱۴۰۰	۶۹۰.۰۰۰	۱.۰۴۰.۰۰۰	بر صورت انجام خدمات هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد	شامل نماینده کلینیک دندان و دندانها تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تحویل پرونده به گرافی، آزمایش می باشد
۲	۷۰۰۰۶۵	گرافی بری اپیکال و بایت وینک	۵۶۹.۳۳۰	۵۶۹.۳۳۰	۵۶۹.۳۳۰		
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافم الکترونی	۹۱۲.۲۴۰	۹۱۲.۲۴۰	۹۱۲.۲۴۰		
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱.۳۸۱.۰۳۰	۱.۳۸۱.۰۳۰	۱.۳۸۱.۰۳۰	شرح مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱.۳۸۱.۰۳۰	۱.۳۸۱.۰۳۰	۱.۳۸۱.۰۳۰	سوانده و مدارک لازم	
۱	D۷۱۴-۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲.۱۵۰.۰۰۰	۲.۱۵۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۲	D۷۱۴-۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲.۴۵۰.۰۰۰	۲.۴۵۰.۰۰۰	۲.۸۵۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۳	D۷۱۴-۰	کشیدن هر دندان عقل	۲.۶۰۰.۰۰۰	۲.۶۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۴	D۷۲۲-۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۵.۷۰۰.۰۰۰	۶.۶۰۰.۰۰۰	۶.۶۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	جرامی نسج نرم در برگرفته قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضع دارد
۵	D۷۲۳-۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۶.۹۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	شکل دندان است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد
۶	D۷۲۴-۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۸.۰۰۰.۰۰۰	۹.۳۸۰.۰۰۰	۹.۳۸۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	شکل دندان است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان برگزیر با کتل است
۷	D۷۳۳-۱	آلوپتولوپلاستی تیم تک	۶.۴۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	هزینه آلوپتولوپلاستی در برگرفته تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسج نرم برداشتن استخوان و بخیه موضع دارد
۸	D۷۳۴-۰	عمیق کردن و تنظیم تیم تک	۹.۰۰۰.۰۰۰	۱۱.۲۰۰.۰۰۰	۱۱.۲۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۹	D۷۹۶-۰	فرنگتومی	۳.۲۶۰.۰۰۰	۴.۴۵۰.۰۰۰	۴.۴۵۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت - بیرو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۱۰	D۷۴۶-۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	-	۸.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۱	D۷۵۱-۰	پاز کردن آبسه داخل دهان	۱.۹۵۰.۰۰۰	۲.۵۵۰.۰۰۰	۲.۵۵۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپومومی یا لیمو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۲	D۹۹۳-۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱.۳۴۰.۰۰۰	۱.۳۴۰.۰۰۰	۱.۳۴۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت - بیرو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۳	D۷۹۱-۰	بخیه هر ناحیه	۱.۵۰۰.۰۰۰	۱.۸۹۰.۰۰۰	۱.۸۹۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت - بیرو	۱- بخیه صرفا بتوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هرگز گرفت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد
۱۴	D۷۲۸-۰	اکسپوز کردن دندان	۵۸۰.۰۰۰	۷.۴۰۰.۰۰۰	۷.۴۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- اذیم گرافی قبل از درمان الزامی است
۱۵	D۳۴۵-۰	قطع کامل ریشه-به-آزاد هر ریشه (آمیوتالسیون)	۴۶۰.۰۰۰	۶.۱۸۰.۰۰۰	۶.۱۸۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت - بیرو	۱- قیمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۱۶	D۷۲۸۶-۰	بیوپسی از بافت نرم	۳.۷۰۰.۰۰۰	۵.۱۵۰.۰۰۰	۵.۱۵۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت - بیرو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۷	D۷۳۸۵-۰	بیوپسی از بافت سخت	۵.۲۰۰.۰۰۰	۶.۳۰۰.۰۰۰	۶.۳۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۱۸	D۷۲۶-۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	-	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	جرامی تک و صورت	تایر به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد

ردیف	کد	توضیحات	مقدار	مقدار	مقدار	توضیحات
ردیف	کد	توضیحات	مقدار	مقدار	مقدار	توضیحات
۱	D2140	ترمیم آماتکام یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۴۵۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۱- بر صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم یا سلع بیشتر یک سطح اضافه می شود
۲	D2150	ترمیم آماتکام دو سطحی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال باورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.
۳	D2160	ترمیم آماتکام سه سطحی	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۳- مزه پودا، شامل ترمیم دندان های کنو شده MOD . ترمیم دندانهای با بیش از دو کانسپ ریناکت شده ترمیم دندان های فانی کنو شده کلاس چهارم می باشد شامل دندانهای شیوی نمی گردد.
۴	D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۴,۷۰۰,۰۰۰	۵,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی	نکته ۵ انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در نهاد شرکت بیمه گر نمی باشد.
۶	D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۵,۵۰۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	D2161	ترمیم آماتکام چهار سطحی یا بیشتر (پودا، دندان های کنو)	۵,۷۵۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (پودا، دندان های کنو)	۶,۸۵۰,۰۰۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۹	D2951	بین داخل عاج یا داخل کنال	۱,۳۶۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم پروفا	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد بین قابل پرداخت است اسراف جهت دندان های ترمیم کرده و اق قابل پرداخت می باشد. ۳-
۱۰	D2321	الینیت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک تک)	۷,۳۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	ترمیم - اطفال - پرو	ارسال فوتوگرافی با رادیوگرافی و با نمایته پیدار بعد از درمان الینیت

ردیف	شرح	مقدار	واحد	مجموعه	توضیحات	ملاحظات
۱	D۲۳۲۰/۱۱	۲,۳۵۰,۰۰۰	کیلو	۲,۳۵۰,۰۰۰	پالیپروپیلن اورژانس دندان دکلی	
۲	D۲۳۱۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۶,۰۰۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کتانه	
۳	D۲۳۱۰/۱	۸,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۸,۰۰۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کتانه	
۴	D۲۳۱۰/۲	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کتانه	
۵	D۲۳۱۰/۳	۳,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کتال اضافه	
۶	D۲۳۱۰/۴	۷,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۷,۰۰۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کتانه دندان ۷	
۷	D۲۳۱۰/۵	۸,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۸,۵۰۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کتانه دندان ۷	
۸	D۲۳۱۰/۶	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	کیلو	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کتانه دندان ۷	
۹	D۲۳۱۰/۷	۳,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کتال اضافه	
۱۰	D۲۳۱۰/۸	۷,۸۰۰,۰۰۰	کیلو	۷,۸۰۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کتانه دندان ۸	
۱۱	D۲۳۱۰/۹	۹,۲۰۰,۰۰۰	کیلو	۹,۲۰۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کتانه دندان ۸	
۱۲	D۲۳۱۰/۱۰	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	کیلو	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کتانه دندان ۸	
۱۳	D۲۳۱۰/۱۱	۳,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کتال اضافه	
۱۴	D۲۳۴۴	۷,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۷,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد یک کتانه	
۱۵	D۲۳۴۶/۱	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد دو کتانه	
۱۶	D۲۳۴۶/۲	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد سه کتانه	
۱۷	D۲۳۴۶/۳	۴,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۴,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کتال اضافه	
۱۸	D۲۳۴۶/۴	۸,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۸,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کتانه دندان ۷	
۱۹	D۲۳۴۶/۵	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کتانه دندان ۷	
۲۰	D۲۳۴۶/۶	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کتانه دندان ۷	
۲۱	D۲۳۴۶/۷	۳,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۳,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کتال اضافه	
۲۲	D۲۳۴۶/۸	۹,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۹,۰۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کتانه دندان ۸	
۲۳	D۲۳۴۶/۹	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کتانه دندان ۸	
۲۴	D۲۳۴۶/۱۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کتانه دندان ۸	
۲۵	D۲۳۴۶/۱۱	۴,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۴,۵۰۰,۰۰۰	به ازای هر کتال اضافه	
۲۶	D۲۴۱۰	۷,۲۰۰,۰۰۰	کیلو	۷,۲۰۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکروکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	
۲۷	D۲۴۲۱	۸,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۸,۰۰۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکروکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه	
۲۸	D۲۴۲۲	۸,۹۰۰,۰۰۰	کیلو	۸,۹۰۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکروکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	
۲۹	D۲۴۲۶	۲,۵۰۰,۰۰۰	کیلو	۲,۵۰۰,۰۰۰	قطع نوک ریشه یا اپیکروکتومی هر ریشه اضافی	
۳۰	D۲۴۲۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	کیلو	۱,۶۰۰,۰۰۰	رترو گراژدیه آزاد هر ریشه	
۳۱	D۲۳۵۱	۸,۴۰۰,۰۰۰	کیلو	۸,۴۰۰,۰۰۰	اپکسیفیکاسیون کل جلست	
۳۲	D۲۳۲۲	۶,۰۰۰,۰۰۰	کیلو	۶,۰۰۰,۰۰۰	اپکسوزتزیس هر دندان	
۳۳	D۲۳۲۲	۶,۴۵۰,۰۰۰	کیلو	۶,۴۵۰,۰۰۰	درمان پروفوراسیون با MTA یا cem-cement	

۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.
 ۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.

شماره کارت: ۶۰۰۰ ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ ۰۰۰۰
 نام: دکتر سید علی حسینی
 نام خانوادگی: حسینی
 شماره حساب: ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ ۰۰۰۰ ۰۰۰۰
 نام بانک: بانک ملت

ردیف	کد	توضیحات	نوع خدمت عمومی (۱۲۰۱)	نوع خدمت اختصاصی (۱۲۰۲)	نوع خدمت اختصاصی (۱۲۰۳)	شرح خدمات و شرایط لازم	ملاحظات
۱	D۴۴۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۱,۷۶۰,۰۰۰	۱,۷۶۰,۰۰۰	۳۰۰	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در ناهنجاری های رشدی و حداکثر یکبار در سال در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه نمیگردد و تاکید جداگانه ضروری می باشد.	
۲	D۴۴۴۶-۲	بروساز یک فک	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۳۰۰	۲- ترمیم جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۷۵٪ حتماً شرکت عمومی قبل برداشت می باشد.	
۳	D۴۴۴۶	جرم گیری و بروساز فوقک	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	۳۰۰		
۴	D۴۴۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۸,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰	۱- رادیوگرافی پانورامیک قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و ترمیم قبل برداشت نمی باشد.	
۵	D۴۴۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۷,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰		
۶	D۴۴۴۷	پیوند آزاد لثه (ندان اول)	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰	ارائه فتوگرافی و با معاینه بعد از درمان الزامیست.	
۷	D۴۴۴۸	پیوند آزاد لثه (ندان مجاور)	۴,۵۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۳۰۰	صرفاً در دندان کاندید روکش قبل برداشت بوده و برای دندانهای مجاور قبل محاسبه نمی باشد.	
۸	D۴۴۴۹	افزایش طول تاج crown length	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰	صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قبل برداشت نمی باشد.	
۹	D۴۴۴۴	دبستال و ج	۳,۱۵۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰		
۱۰	D۴۴۲۰	همی شکستن و قطع ریشه	۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	۳۰۰	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامیست.	

ردیف	کد	توضیحات	متره تفهیم (۲۰۰)	متره تفهیم (۱۰۰)	متره تفهیم (۲۰۰)	نوع قرارداد	شرح قرارداد
۱	D۵۱۱۰	پروژه کامل فک بالا	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	فک	۱- معاینه بیمار پس از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار فر نموده می باشد. ۳- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۲ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً "هزینه پروتز کامل" فک مقابل قابل پرداخت می باشد. ۴- بند از درمان پارسیل آکریلی - هزینه پارسیل کروم کبات و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسیل کروم کبات، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	فک	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	فک	
۴	D۵۲۱۱/۱	قلیبر تا ۳ دندان فک بالا	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	فک	
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	فک	
۶	D۵۲۱۲/۱	قلیبر تا ۳ دندان فک پایین	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	فک	
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبات فک بالا	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	فک	
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبات فک پایین	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	فک	
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	فک	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	فک	
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	فک	
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴,۹۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	فک	
۱۳	D۵۷۲۰	رولاین پروتز فک بالا	۵,۸۵۰,۰۰۰	۶,۳۵۰,۰۰۰	۵,۸۵۰,۰۰۰	فک	در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به رولاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد
۱۴	D۵۷۲۱	رولاین پروتز فک پایین	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	فک	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر از فک باورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تمدد می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز لایت (پوشنیک) PFM	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۱۷	D۲۷۴۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی یا ذکر علت انتخاب درمان ۲- برای دو واحد یا بیشتر از فک باورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تمدد می باشد.
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز لایت (پوشنیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۱۹	D۲۹۵۲	پست رینجنگی	۷,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- از رانه رادپوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تمدد می باشد.
۲۰	D۲۹۵۰	قاپبر پست ترمیم کامپوزیت	۶,۵۰۰,۰۰۰	۷,۲۰۰,۰۰۰	۷,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد
۲۱	D۲۹۵۵/۱	درآوردن روکش قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۲۲	D۲۹۲۰	جسپاندن روکش قدیمی	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل دندانهایی که کالبدی روکش یا بروج می باشند نمی شود
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بروج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۲۴	D۶۴۲۰	جسپاندن بروج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۲۵	D۲۹۵۵	درآوردن پست یا بین قدیمی	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۲۶	D۱۹۹۴	نایت گارد	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	فک	۱- هزینه لایزاکوژ در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- از رانه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست.

ردیف	کد	اطفال	تفرقه عمومی (۲۰۰۰)	تفرقه مشخص (۲۰۰۰)	مدتس مشمول تفرقه شمسی	ملاحظات و مدارک لازم	اعراف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱,۶۷۰,۰۰۰	۱,۸۷۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اطفال - گاو		
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هو فک	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلت هر دندان	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان قدامی)	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استیلنس استیل S.S crown پیش ساخته	۵,۸۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار با ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست. تفرقه مذکور شامل ترمیم زیر SSC بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.	
۸	D۲۱۲۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۴۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۵,۱۳۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان قدامی اطفال زیر ۱۰ سال	
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۳,۷۸۰,۰۰۰	۴,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۴,۷۱۶,۰۰۰	۵,۷۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۵,۴۶۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال-زیر		
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال-زیر		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال-زیر		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک یک طرفه	۸۸۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	اطفال-زیر		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال-زیر		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال-زیر		
۲۱	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری قدامی	۳,۳۰۰,۰۰۰	۳,۸۵۰,۰۰۰	اطفال-گاو		
۲۲	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری خلفی	۴,۲۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	اطفال-گاو		

ردیف	کد	ارزودنسی	تاریخ عمومی (۱۲)	تعرفه تخمینی (۲۰)	مشخصات محصول تعرفه تخمینی	مشاغل و مدارک لازم	تعاریف	
۱	DA۰۸۰	ارزودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	ارزودنسی - اطلاع	مشاغل و مدارک لازم ارائه رادیوگرافی های پانوراس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از جسیلین پروکت ها و تحویل پلاک الزامی است		
۲	DA۰۹۰	ارزودنسی ثابت پیچیده یک فک	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	۸۳,۰۰۰,۰۰۰	ارزودنسی - اطلاع		شامل موارد: ارتوپس جری، شکاف کام و لب، کتین های نهفته و ...	
۳	DA۰۸۰/۱							
۴	DA۰۹۰/۱							
۵	DA۰۲۰	ارزودنسی ثابت تکشال یک فک (محدود)	۳۸,۵۰۰,۰۰۰	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	ارزودنسی			
۶	DA۰۳۰							
۷	DA۰۴۰							
۸	DA۰۷۰	پلاک متحرک ارزودنسی متحرک یک فک	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	ارزودنسی - اطلاع			شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک، عادت شکن ها، Face Mask، چین کپ، face bow و ...
۹	DA۰۷۰/۱	پلاک فتکشتال	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	ارزودنسی - اطلاع			شامل کلیه پلاک های متحرک فتکشتال در حین دوره درمان متحرک می باشد
۱۰	DA۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا (ثابت) RPE	۳۴,۰۰۰,۰۰۰	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	ارزودنسی - اطلاع			به روش ثابت
۱۱	DAFA۰	ریشتر ثابت یا متحرک (هر فک)	۶,۷۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	ارزودنسی - تصویر			صرفاً بکلیه قابل بررسی و پرداخت می باشد

تیمبره: با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارزودنسی، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارزودنسی ثابت در صورت درمانی بودن آن حداکثر در طی دو دوره قرارداد متوالی (حداکثر ۵۰ درصد تعرفه دو 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 ارزودنسی های غیر ثابت کل خسارت صرفاً در یک قرارداد (در تاریخ شروع درمان) قابل پرداخت می باشد.

ردیف	کد	توضیحات	مقدار	مبلغ کل	مبلغ واحد	شرح خدمات
۱	DF۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۵۰,۰۰۰	۳,۲۵۰,۰۰۰	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان
۲	DF۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان
۳	DF۱۰۲/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون مسبران (یک دندان)	۹,۶۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۴	DF۱۰۲/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون مسبران تا سه دندان مجاور	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۵	DF۱۰۲/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با مسبران (یک دندان)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۶	DF۱۰۲/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با مسبران تا سه دندان مجاور	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۷	DF۱۰۲/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواحی استخوانی بدون مسبران (یک دندان)	۶,۵۰۰,۰۰۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۸	DF۱۰۲/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواحی استخوانی بدون مسبران تا سه دندان مجاور	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۹	DF۱۰۲/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواحی استخوانی با مسبران (یک دندان)	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۰	DF۱۰۲/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواحی استخوانی با مسبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۱	DY۱۵۱	سینوس لیفت OPEN	-	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۲	DY۱۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۳	DF۰۶۰	روکش منگی بر ایمپلنت (ایمانت)	۱۶,۴۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۴	DF۲۲۱	بروزر جایگزین شونده (پوشک) جهت ایمپلنت	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	۱۵,۳۶۰,۰۰۰	۳,۰۶۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۵	DF۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنکرک ایمپلنت کمپوزیت کوپینگ و غیره تا سقف	۱۲,۵۴۰,۰۰۰	۱۲,۵۴۰,۰۰۰	۱۲,۵۴۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۶	DF۱۱۰	اوردنجر منگی بر ایمپلنت تک بالا	۸۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان
۱۷	DF۱۱۱	اوردنجر منگی بر ایمپلنت تک پایین	۸۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند: دستمال، دستمال، در نمره های مذکور قبل گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل از درمان

توضیح: 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 "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 (قلب) 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 امفال، 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 استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند.
- ۷- تیمره ۴- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.
- ۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد.

سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

- تیمره ۱:** پدر 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 تیمره 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 امفال، در تعرفه اصلاحی لحاظ گردیده است.
- تیمره ۲:** پدر صورتی که فرد مراجعه کننده، معلول جسمی- حرکتی و ذهنی (بر اساس تعاریف و فهرست ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، مبلغ جزء حرفه ای خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود.
- تیمره ۳:** پدر صورت نیاز بیمار به بیهوشی و یا آرامبخشی متوسط و شدید، تعرفه بیهوشی یا پایه (۳) 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.
- تیمره ۴:** حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.
- تیمره ۵:** در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد.

تفرقه بخش خصوصی دندان پزشکی سال ۱۴۰۱ (هزینه های متفرقه)

ردیف	نوع خدمت و مشخصات	مجموعی ۱۴۰۱	مشخصات ۱۴۰۱	توضیحات	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۶۹۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	در صورت انجام خدمات - هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد.	شامل معاینه کامل دهان و دندانها تکمیل پرونده و ارائه و کت طرح درمان اولیه و تم صورت لزوم تجویز داروهای تخصصی و آزمایش می باشد.
۲	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۵۶۹,۳۳۰	۵۶۹,۳۳۰		
۳	گرافی آنکولول	۹۱۲,۲۲۰	۹۱۲,۲۲۰		
۴	گرافی پانورامیک	۱,۳۸۱,۰۲۰	۱,۳۸۱,۰۲۰		ارجح مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن تم کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورامیک و سفالومتری قزاقیست.
۵	گرافی تراس سفالومتری	۱,۳۸۱,۰۲۰	۱,۳۸۱,۰۲۰		
۱	کشیدن دندان قدامی (کامپی)	۲,۱۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۲ دندان قزاقی است
۲	کشیدن دندان خلفی (کامپی)	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۳۵۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۳	کشیدن هر دندان عقل	۲,۶۸۰,۰۰۰	۳,۰۷۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	جرامی نسخ نرم در برگرفته هستی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسخ نرم مونوکورپوستال و بخیه موضعی دارد.
۴	جرامی دندان یا ریشه نهفته در نسخ نرم	۵,۷۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	شامل دندان است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به پرداخت استخوان دارد.
۵	جرامی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسخ سخت	۶,۹۶۰,۰۰۰	۸,۰۴۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	شامل دندان 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 انفال است.
۶	جرامی دندان یا ریشه نهفته در نسخ سخت	۸,۰۸۰,۰۰۰	۹,۲۸۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	هزینه اپروتیلانسی در برگرفته تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسخ نرم پرداخت استخوان و بخیه موضعی دارد.
۷	اپروتیلانسی نیم تک	۷,۲۲۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.
۸	کشیدن گران و استخوان نیم تک	۶,۸۲۰,۰۰۰	۱۱,۲۶۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۹	فرکانسومی	۶,۸۲۰,۰۰۰	۷,۹۱۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پانورامی قزاقی است
۱۰	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳,۲۱۰,۰۰۰	۱۰,۷۷۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	با سایر خدمات مانند پانورامی یا تلو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۱	باز کردن آینه داخل دهان	۳,۲۱۰,۰۰۰	۳,۲۱۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد.
۱۲	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هرگز اتمت قلب هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت نمی گردد.
۱۳	بخیه هر ناحیه	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	۱- جهت تسهیل فر روند دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان قزاقی است
۱۴	گسیز کردن دندان	۶,۸۴۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان قزاقی است
۱۵	قطع کامل ریشه به ازاء هر ریشه (اسپوناسیون)	۶,۴۲۰,۰۰۰	۷,۲۳۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۱۶	پیوستگی از بافت نرم	۴,۸۹۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	ارسال گزارش پانورامی قزاقی است
۱۷	پیوستگی از بافت سخت	۵,۸۴۰,۰۰۰	۶,۷۹۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	
۱۸	سختن بخاری روپلا حفره سینوسی و دهان	۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	جرامی تک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد

ردیف	کد	توضیح	مجموعی ۱۳۹۱	تخصیصی ۱۳۹۱	تخصیصی مسئول برآورد تخصیصی	منبع بودجه ۱۳۹۱	توضیحات و مدارک لازم	بیماریت
۱	D2140	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۸۶۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	تربیتی		۱- از صورت کسب نام تو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطح بیشتر یک سطح اضافه می شود.	
۲	D2150	ترمیم آمالگام دو سطحی	۴,۸۴۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	تربیتی		۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال بانو کس اصل و رادیوگرافی بعد از ارفی است.	
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۶,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	تربیتی		۳- هزینه باندبند شامل ترمیم دندان های فو شده MOD - ترمیم دندانهای با بیش از دو کسب روکاکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد شامل دندانهای شیری نمی گردد.	
۴	D2211	ترمیم کفپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۶۰۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	تربیتی			
۵	D2222	ترمیم کفپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۶,۲۹۰,۰۰۰	۷,۰۴۰,۰۰۰	تربیتی		توجه: ۴- انجام کاره خدمات ترمیمی جهت ترمیم متعدد بر روی یک دندان تا یکسال فر ترمیم شرکت بیمه گوی می باشد.	
۶	D2232	ترمیم کفپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۷,۹۲۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	تربیتی			
۷	D2161	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (باندبند) دندان های دائمی	۷,۱۷۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	تربیتی			
۸	D2232	ترمیم کفپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (باندبند) دندان های دائمی	۱۱,۰۷۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	تربیتی			
۹	D2251	بین داخل عاج یا داخل کتل	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۵۳۰,۰۰۰	تربیتی - مواد		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد بین قابل پرداخت است.	
۱۰	D2221	اسپارنت کفپوزیت دندانهای اول شده (یک تک)	۸,۷۸۰,۰۰۰	۹,۸۷۰,۰۰۰	تربیتی - لطال - ۵۵۱		۱- صرفا جهت دندان های ترمیم شده و اق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و با معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	

ردیف	کد بارکود	شرح کالا	مقدار	واحد	قیمت واحد	مجموعی	نوع	ملاحظات
1	D222.01	پایپونوس اورگانی دندان دائمی	۵۵۴۰۰۰۰۰	کیلو	۶۰۸۰۰۰۰۰		کیلو	
2	D222.01	تیرمان ریشه یک کلاه	۸۴۱۰۰۰۰۰	کیلو	۱۰۰۰۰۰۰۰۰		کیلو	
3	D222.01	تیرمان ریشه دو کلاه	۹۶۳۰۰۰۰۰	کیلو	۱۱,۷۱۶,۰۰۰		کیلو	
4	D222.02	تیرمان ریشه سه کلاه	۱۱۶۴۰۰۰۰۰	کیلو	۱۴,۱۸۰,۰۰۰		کیلو	
5	D222.02	به ازای هر کلاه اضافه	۳۵۰۰۰۰۰۰	کیلو	۴,۵۰۰,۰۰۰		کیلو	
6	D222.02	تیرمان ریشه یک کلاه دندان 7	۸۴۱۰۰۰۰۰	کیلو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		کیلو	
7	D222.05	تیرمان ریشه دو کلاه دندان 7	۹۶۳۰۰۰۰۰	کیلو	۱۱,۷۱۰,۰۰۰		کیلو	
8	D222.06	تیرمان ریشه سه کلاه دندان 7	۱۱۶۴۰۰۰۰۰	کیلو	۱۴,۱۸۰,۰۰۰		کیلو	
9	D222.07	به ازای هر کلاه اضافه	۳۵۰۰۰۰۰۰	کیلو	۴,۵۰۰,۰۰۰		کیلو	
10	D222.08	تیرمان ریشه یک کلاه دندان 8	۸۴۱۰۰۰۰۰	کیلو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰		کیلو	
11	D222.08	تیرمان ریشه دو کلاه دندان 8	۹۶۳۰۰۰۰۰	کیلو	۱۱,۷۱۰,۰۰۰		کیلو	
12	D222.09	تیرمان ریشه سه کلاه دندان 8	۱۱۶۴۰۰۰۰۰	کیلو	۱۴,۱۸۰,۰۰۰		کیلو	
13	D222.09	تیرمان ریشه چهار کلاه دندان 8	۳۵۰۰۰۰۰۰	کیلو	۴,۵۰۰,۰۰۰		کیلو	
14	D222.09	تیرمان مجدد یک کلاه	۹۷۵۰۰۰۰۰	کیلو	۱۱,۷۴۰,۰۰۰		کیلو	
15	D222.09	تیرمان مجدد دو کلاه	۱۱۵۳۰۰۰۰۰	کیلو	۱۳,۹۶۰,۰۰۰		کیلو	
16	D222.09	تیرمان مجدد سه کلاه	۱۴۰۰۰۰۰۰۰	کیلو	۱۶,۹۹۰,۰۰۰		کیلو	
17	D222.09	به ازای هر کلاه اضافه	۴۵۰۰۰۰۰۰	کیلو	۵,۵۰۰,۰۰۰		کیلو	
18	D222.09	تیرمان مجدد ریشه یک کلاه دندان 7	۹۷۵۰۰۰۰۰	کیلو	۱۱,۷۴۰,۰۰۰		کیلو	
19	D222.09	تیرمان مجدد ریشه دو کلاه دندان 7	۱۱۵۳۰۰۰۰۰	کیلو	۱۳,۹۶۰,۰۰۰		کیلو	
20	D222.09	تیرمان مجدد ریشه سه کلاه دندان 7	۱۴۰۰۰۰۰۰۰	کیلو	۱۶,۹۹۰,۰۰۰		کیلو	
21	D222.09	به ازای هر کلاه اضافه	۴۵۰۰۰۰۰۰	کیلو	۵,۵۰۰,۰۰۰		کیلو	
22	D222.09	تیرمان مجدد ریشه یک کلاه دندان 8	۹۷۵۰۰۰۰۰	کیلو	۱۱,۷۴۰,۰۰۰		کیلو	
23	D222.09	تیرمان مجدد ریشه دو کلاه دندان 8	۱۱۵۳۰۰۰۰۰	کیلو	۱۳,۹۶۰,۰۰۰		کیلو	
24	D222.09	تیرمان مجدد ریشه سه کلاه دندان 8	۱۴۰۰۰۰۰۰۰	کیلو	۱۶,۹۹۰,۰۰۰		کیلو	
25	D222.09	به ازای هر کلاه اضافه	۴۵۰۰۰۰۰۰	کیلو	۵,۵۰۰,۰۰۰		کیلو	
26	D222.09	صلح نوک ریشه یا اپیکروکنوس (دندان 1 و 2 و 3)	۸,۲۲۰,۰۰۰	کیلو	۹,۸۶۰,۰۰۰		کیلو	سرمایه تک و صورت
27	D222.09	صلح نوک ریشه یا اپیکروکنوس (دندان 4 و 5 و 6 و 7 و 8) ریشه اول	۹,۰۶۰,۰۰۰	کیلو	۱۰,۹۶۰,۰۰۰		کیلو	سرمایه تک و صورت
28	D222.09	صلح نوک ریشه یا اپیکروکنوس (دندان 9 و 10 و 11 و 12) ریشه اول	۹,۸۵۰,۰۰۰	کیلو	۱۱,۹۶۰,۰۰۰		کیلو	سرمایه تک و صورت
29	D222.09	صلح نوک ریشه یا اپیکروکنوس هر ریشه اضافی	۴,۲۴۰,۰۰۰	کیلو	۵,۱۴۰,۰۰۰		کیلو	سرمایه تک و صورت
30	D222.09	تیرمان ریشه از هر ریشه	۹,۹۳۰,۰۰۰	کیلو	۵,۲۷۰,۰۰۰		کیلو	سرمایه تک و صورت
31	D222.09	پیکسپیکس-بیون-کلی چسبات (تیرگیر همه سطوحین-عصبان کد 3252-3253)	۰	کیلو	۸,۴۲۰,۰۰۰		کیلو	عظالم
32	D222.09	پیکسپیکس هر دندان	۶,۱۹۰,۰۰۰	کیلو	۶,۷۷۰,۰۰۰		کیلو	عظالم
33	D222.09	تیرمان پورسلین با MTA یا cement	۶,۳۱۰,۰۰۰	کیلو	۷,۰۰۰,۰۰۰		کیلو	

۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.
 2- جهت تراکم طرف قرزاده حساسیت نو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.

شامل بازرسی دندان، سنجش ساری اضافی، گشایش کانال، دارو و همچنین تیرمان دائمی داخل کانال پس از اتمام کار برای ایزوله کردن دندان و تراشیدن اضافی ریشه دندان

ردیف	کد	شرح	قیمت عمومی ۱۳۹۱	قیمت منصفانه ۱۳۹۱	واحد محاسبه مورد بررسی	تعداد	ملاحظات و شرایط کار	نوع کار
۱	D۲۲۴۴-۱	جرم گیری یک فک	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۸۷۰,۰۰۰	سیک	۱	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در تهیه می باشد و حداکثر یکبار در سال. در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه برخواست و تأیید جداگانه ضروری می باشد ۲- 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	D۲۲۴۴-۲	بروساز یک فک	۶۲۰,۰۰۰	۷۹۰,۰۰۰	سیک	۱		
۳	D۲۲۴۴	جرم گیری و برساز دو فک	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۲۲۰,۰۰۰	سیک	۱		
۴	D۲۲۲۰	قلب ۱/۴ دهان	۹,۴۳۰,۰۰۰	۱۱,۴۱۰,۰۰۰	سیک	۱	۱- رادیوگرافی پانورمیک قبل از درمان ۲- همراه با قلب افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد	
۵	D۲۲۲۱	قلب ۱/۶ دهان	۷,۷۴۰,۰۰۰	۹,۳۵۰,۰۰۰	سیک	۱		
۶	D۲۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۲۱,۳۱۰,۰۰۰	سیک	۱	از لثه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست.	
۷	D۲۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۶,۷۸۰,۰۰۰	۸,۶۰۰,۰۰۰	سیک	۱		
۸	D۲۲۲۹	افزایش طول تاج crown Length	۸,۲۸۰,۰۰۰	۱۰,۱۳۰,۰۰۰	سیک	۱	مرقا بر دندان کشیده روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد	
۹	D۲۲۲۴	دستال و ج	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۵۵۰,۰۰۰	سیک	۱	مرقا دو مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۲۲۲۰	همی سنگین و قطع ریشه	۶,۴۰۰,۰۰۰	۷,۵۲۰,۰۰۰	سیک - جراحی فک و صورت	۱	از لثه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	

ردیف	کد	نوع	موضوع (۱۲۰)	مشخصات (۱۳۰)	مختص مسئول مورد (۱۴۰)	مقدار (۱۵۰)	موضوع (۱۶۰)	کد	ردیف
۱	D0110	بروز	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۹۳۰,۰۰۰	روز	۹,۰۰۰,۰۰۰	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	D0110	۱
۲	D0110	بروز	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۹۳۰,۰۰۰	روز	۹,۰۰۰,۰۰۰	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	D0110	۲
۳	D0111	بروز	۱۹,۵۸۰,۰۰۰	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	روز	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۹,۵۸۰,۰۰۰	D0111	۳
۴	D0111	بروز	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	روز	۲,۱۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	D0111	۴
۵	D0112	بروز	۱۸,۸۹۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۰,۰۰۰	روز	۳,۰۷۰,۰۰۰	۱۸,۸۹۰,۰۰۰	D0112	۵
۶	D0111	بروز	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	روز	۲,۱۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	D0111	۶
۷	D0112	بروز	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	روز	۵,۴۳۰,۰۰۰	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	D0112	۷
۸	D0112	بروز	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	روز	۵,۴۳۰,۰۰۰	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	D0112	۸
۹	D0111	بروز	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	روز	۵۴۰,۰۰۰	۷,۱۰۰,۰۰۰	D0111	۹
۱۰	D0112	بروز	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	روز	۵۴۰,۰۰۰	۷,۱۰۰,۰۰۰	D0112	۱۰
۱۱	D0111	بروز	۵,۱۶۰,۰۰۰	۵,۷۱۰,۰۰۰	روز	۵۵۰,۰۰۰	۵,۱۶۰,۰۰۰	D0111	۱۱
۱۲	D0112	بروز	۵,۱۶۰,۰۰۰	۵,۷۱۰,۰۰۰	روز	۵۵۰,۰۰۰	۵,۱۶۰,۰۰۰	D0112	۱۲
۱۳	D0112	بروز	۶,۶۹۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	روز	۱,۰۸۰,۰۰۰	۶,۶۹۰,۰۰۰	D0112	۱۳
۱۴	D0112	بروز	۶,۶۹۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	روز	۱,۰۸۰,۰۰۰	۶,۶۹۰,۰۰۰	D0112	۱۴
۱۵	D1151	روز	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۶,۸۴۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۲,۸۹۰,۰۰۰	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	D1151	۱۵
۱۶	D1111	بروز	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۳,۲۵۰,۰۰۰	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	D1111	۱۶
۱۷	D1112	بروز	۱۵,۹۲۰,۰۰۰	۱۹,۵۴۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۳,۶۲۰,۰۰۰	۱۵,۹۲۰,۰۰۰	D1112	۱۷
۱۸	D1112	بروز	۱۰,۷۷۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۲,۷۳۰,۰۰۰	۱۰,۷۷۰,۰۰۰	D1112	۱۸
۱۹	D1112	بروز	۷,۵۳۰,۰۰۰	۸,۸۸۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۱,۳۵۰,۰۰۰	۷,۵۳۰,۰۰۰	D1112	۱۹
۲۰	D1112	بروز	۶,۷۲۰,۰۰۰	۷,۴۴۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۷۲۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	D1112	۲۰
۲۱	D1111	بروز	۲,۸۹۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۲۷۰,۰۰۰	۲,۸۹۰,۰۰۰	D1111	۲۱
۲۲	D1111	بروز	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۲۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	D1111	۲۲
۲۳	D1111	بروز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۳۶۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۳۶۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	D1111	۲۳
۲۴	D1111	بروز	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۱۰۰,۰۰۰	روز - ترمیمی	۷۲۰,۰۰۰	۴,۳۸۰,۰۰۰	D1111	۲۴
۲۵	D1111	بروز	۷,۳۳۰,۰۰۰	۸,۷۹۰,۰۰۰	روز	۱,۴۶۰,۰۰۰	۷,۳۳۰,۰۰۰	D1111	۲۵
۲۶	D1111	بروز	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	روز	۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	D1111	۲۶

۱- سابقه بیمار پس از درمان فرستاد. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار ترخیص می باشد. ۳- هر صورت استفاده از پروتز کامل یک تک هزینه پروتز کامل دو تک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً " هزینه پروتز کامل، تک متعلقه قابل پرداخت می باشد. ۴- بعد از درمان پارسل آگرای، هزینه پارسل کروم کیالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسل کروم کیالت - هزینه پارسل آگرای و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی قابل پرداخت می باشد.

۱- برای دو واحد یا بیشتر از آنکه پذیرش قبل و فونوگرافی بعد از درمان فرستاد. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار ترخیص می باشد.

۱- صرفاً در همان همان فضای یادشده فقط خدمات درمانی - برای دو واحد یا بیشتر از آنکه پذیرش قبل و فونوگرافی بعد از درمان فرستاد. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار ترخیص می باشد.

۱- از آنکه فونوگرافی بعد از درمان فرستاد. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار ترخیص می باشد.

هزینه ترمیم جراحی قابل معسبه نمی باشد.

شکل دندانهای که کلاپه روکش با ابراج می باشد نمی شود.

۱- از آنکه فونوگرافی بعد از درمان فرستاد.

شکل دندان چسبات زرافس و لاکمیری و ساختن سبب دندان زرافس چسبات زرافس یا ساختن لاکمیری می باشد.

ردیف	کد	شرح	مجموعه	تعداد	مجموعه	مجموعه	مجموعه	مجموعه	مجموعه	مجموعه
۱	D۱۱۱۷۱	کتبشن دندان فکمی (شیری)	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال					
۲	D۱۱۱۱	کتبشن دندان فکمی (شیری)	۲,۵۶۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	مسنان					
۳	D۱۲۲۰	پارپروتومی دندان شیری	۵۵۴,۰۰۰	۶۰۸,۰۰۰	اطفال - جنم					
۴	D۱۲۰۸	بروساز و لوبزاید تراشی هر تک	۲,۴۷۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	اطفال					
۵	D۱۲۵۱	فیشور سبست هر دندان	۲,۱۲۰,۰۰۰	۲,۲۶۰,۰۰۰	اطفال					
۶	D۱۲۵۲	تروسم (دندان فکمی)	۴,۳۶۰,۰۰۰	۴,۵۲۰,۰۰۰	اطفال - نریمس					
۷	D۲۲۰	روکش استیناس استیل SS crown پیش ساخته	۵,۸۹۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	اطفال					
۸	D۲۲۰/۸	تروسم استالکام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	اطفال					
۹	D۲۲۵/۸	تروسم استالکام دو سطحی اطفال	۵,۲۳۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	اطفال					
۱۰	D۲۲۶/۸	تروسم استالکام سه سطحی اطفال	۶,۸۱۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	اطفال					
۱۱	D۲۲۷/۱	تروسم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۴,۹۶۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	اطفال					
۱۲	D۲۲۷/۱	تروسم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۷,۰۲۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	اطفال					
۱۳	D۲۲۷/۱	تروسم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۸,۹۰۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	اطفال					
۱۴	D۲۵۱۰	افشا نگهبار ثابت یک طرفه SM	۶,۲۷۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - زو	۲۵۰۰,۰۰۰				
۱۵	D۲۵۱۴	افشا نگهبار ثابت دو طرفه تک-پلا (SM)	۸,۳۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	اطفال - زو	۲۵۰۰,۰۰۰				
۱۶	D۲۵۱۷	افشا نگهبار ثابت دو طرفه تک-پلا (SM)	۸,۳۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۳,۳۲۰	اطفال - زو	۲۵۰۰,۰۰۰				
۱۷	D۲۵۲۰	افشا نگهبار متحرک-یک طرفه	۵,۳۲۰,۰۰۰	۶,۲۳۰,۰۰۰	اطفال - زو	۴۲۰,۰۰۰				
۱۸	D۲۵۲۴	افشا نگهبار متحرک دو طرفه تک-پلا	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۲۸۰,۰۰۰	اطفال - زو	۲۵۰۰,۰۰۰				
۱۹	D۲۵۲۷	افشا نگهبار متحرک دو طرفه تک-پلا	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۲۸۰,۰۰۰	اطفال - زو	۲۵۰۰,۰۰۰				
۲۰	D۲۲۲۰	پارپروتومی دندان شیری فکمی	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	اطفال - جنم					
۲۱	D۲۲۲۰	پارپروتومی دندان شیری فکمی	۵,۱۸۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	اطفال - جنم					

مسئولیت و پرداخت لازم

مقدار پرداخت

مجموعه دندان اراکه

تعداد

مجموعه

شرح

کد

ردیف

مجموعه

هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد
تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است

معاينه بيمار يا اراکه فوق العاده بعد از درمان الزاميت نمره
مذکور شامل تروسم زو SSC بوده و چنانکه قابل پرداخت نمی
باشد.

برای دندان شیری و دندان فکمی اطفال زیر ۱۰ سال

معاينه بيمار يا اراکه فوق العاده بعد از درمان الزاميت

ردیف	کد	ارزودنسی	شماره پرونده	موضوع پرونده	موضوع پرونده	تاریخ	تاریخ
۱	D8-80	ارزودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۵۵۵۰۰۰۰۰۰	۷۵۷۰۰۰۰۰۰	ارزودنسی - لثالی	۱۳۰۰۰۰۰۰	
۲	D8-90						
۳	D8-80-1	ارزودنسی ثابت پیچیده یک فک	۶۳۵۸۸۱۰۶	۸۳۶۹۰۰۰۰۰	ارزودنسی - لثالی	۱۳۷۵۰۰۰۰	
۴	D8-90-1						
۵	D8-20						
۶	D8-20	ارزودنسی ثابت سنگینال یک فک (محدود)	۴۵۵۰۰۰۰۰۰	۶۳۳۷۰۰۰۰۰	ارزودنسی	۷۵۰۰۰۰۰۰	
۷	D8-20						
۸	D8-70	پلاک متحرک ارزودنسی متحرک یک فک	۳۰۳۷۰۰۰۰۰	۴۱۱۷۰۰۰۰۰	ارزودنسی - لثالی	۳۷۵۰۰۰۰۰	
۹	D8-70-1	پلاک فلکشنال	۳۵۱۰۰۰۰۰۰	۴۸۶۰۰۰۰۰۰	ارزودنسی - لثالی	۶۰۰۰۰۰۰۰	
۱۰	D8-70-2	نوسه عرضی فک بالا (لثالی) RPE	۳۵۱۷۷۰۰۰۰	۵۰۶۲۰۰۰۰۰	ارزودنسی - لثالی	۶۷۵۰۰۰۰۰	
۱۱	D8A0	ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک)	۷۷۴۰۰۰۰۰۰	۹۶۰۰۰۰۰۰۰	ارزودنسی - نریم	۱۵۰۰۰۰۰۰	

تیموره یا توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارزودنسی، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارزودنسی ثابت در صورت درمانی بودن آن حداکثر در طی **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 ارزودنسی های غیر ثابت کل خسارت صرفاً در یک قرارداد (در تاریخ شروع درمان) قابل پرداخت می باشد.

ردیف	کد	توضیحات	مجموعی (۱۳۰۱)	مشخصات (۱۳۰۱)	تاریخ (۱۳۰۱)	شرح خدمات و شرایط
۱	D۶۰۱۰	جراسی یک واحد ایمنیت (حق الزحمه جراح)	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۲۲,۵۳۰,۰۰۰	روز	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان قرصهست. قیصه: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد
۲	D۶۰۱۰۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	روز	فک و صوت
۳	D۶۱۰۲۱	پونده استخوان برای ایمنیت تأخیری بدون مسیران (یک دندان)	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۴	D۶۱۰۲۲	پونده استخوان برای ایمنیت تأخیری بدون مسیران تا سه دندان مجاور	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۵	D۶۱۰۲۳	پونده استخوان برای ایمنیت تأخیری با مسیران (یک دندان)	۱۳,۶۵۰,۰۰۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۶	D۶۱۰۲۴	پونده استخوان برای ایمنیت تأخیری با مسیران تا سه دندان مجاور	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۷	D۶۱۰۲۵	پونده استخوان به همراه ایمنیت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون مسیران (یک دندان)	۷,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲۹۵,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۸	D۶۱۰۲۶	پونده استخوان به همراه ایمنیت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون مسیران تا سه دندان مجاور	۹,۸۸۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۹	D۶۱۰۲۷	پونده استخوان به همراه ایمنیت جهت پوشش نواقص استخوانی با مسیران (یک دندان)	۱۲,۳۵۰,۰۰۰	۱۵,۹۹۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۱۰	D۶۱۰۲۸	پونده استخوان به همراه ایمنیت جهت پوشش نواقص استخوانی با مسیران تا سه دندان مجاور	۱۳,۹۱۰,۰۰۰	۱۷,۹۴۰,۰۰۰	روز	جراح فک و صوت
۱۱	D۶۱۵۱	سینوس لیت OPEN	۰	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	روز	فک و صوت
۱۲	D۶۱۵۲	سینوس لیت CLOSE	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	روز	فک و صوت
۱۳	D۶۰۶۰	روکش منگی بر ایمنیت (ایمنیت)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۱۹,۱۶۰,۰۰۰	روز	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. قیصه: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد
۱۴	D۶۲۲۱	پروتز جایگزین شونده (پوشک) جهت ایمنیت	۱۹,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	روز	
۱۵	D۶۰۶۰۱	هزینه یک واحد آنالوک ایمنیت، امپرسن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	روز	
۱۶	D۶۱۱۰	آوردنجر منگی بر ایمنیت تک یا	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	روز	۱- کاپه هزینه ها مانند دستمزد، لابراتوار، پار... پول هر ترفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی گنلت ایمنیت (حسب تشخیص) دستور دندانپزشک معالج و نیز ارائه فوتوگرافی بعد از درمان
۱۷	D۶۱۱۱	آوردنجر منگی بر ایمنیت تک یا	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	روز	

قیصه: انجام کلیه خدمات به جز ردیف ۱۱ و ۱۲ هر ۵ سال یکبار در نهاد 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 (قلب) 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 اسپلنت شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام 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 برادر 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 نمیشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیشد. این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعمالی لحاظ گردیده است.
تبصره ۲: در صورتی که فرد مراجعه کننده، مامول جسمی- حرکتی و ذهنی (بر اساس تعاریف و فهرست ایلائی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، مبلغ جزء، حرفه ای خدمت مذکور، ۲۰٪ برآورد خواهد بود.
تبصره ۳: در صورت نیاز بیمار به بیهوشی و یا آرامبخشی متوسط و شدید، تعرفه بیهوشی با پایه (۲) تکمیل چارت بیهوشی توسط متخصص مربوطه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. سایر تعدیل کننده ها مطابق آخرین ویرایش ایلائی 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 قبل پرداخت نمیشد.