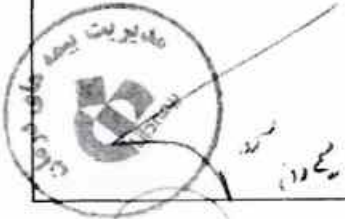
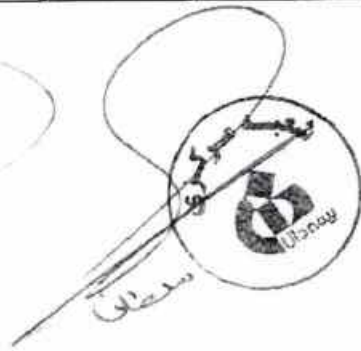


ردیف	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	مقخص متعمول نمره تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۸۱۵,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	اطفال		
۲	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	پالپوتومی دندان شیری	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۵۱۰,۰۰۰	اطفال		
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۹۳۰,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۵۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است	
۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۲,۹۶۰,۰۰۰	۳,۷۱۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر SSC بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.	
۷	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	اطفال		
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۸۱۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	اطفال		
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۲ سال	
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳,۱۹۰,۰۰۰	۴,۰۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۶,۰۹۰,۰۰۰	۸,۶۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوال آرچ)	۶,۳۴۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۵	SM متحرک	۵,۸۳۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	استریپ هر دندان	۵۸۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱,۶۳۰,۰۰۰	۲,۰۸۰,۰۰۰	اطفال		
۱۸	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	اطفال		



امام خمینی



ردیف	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	پروتز کامل دوفک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- مراکز طرف قرارداد: معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه با ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامی است. ۲- خسارت متفرقه: معاینه بیمار پس از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۴- در صورت استفاده از نیم دست دندان هزینه دست دندان تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً "هزینه نیم دست دندان فک مقابل قابل پرداخت می باشد ۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی ۰ هزینه پارسیل کروم کبات و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۶- 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	پروتز کامل یک فک	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	پلاک کروم کبات هر فک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۶۶۰۰,۰۰۰	۹۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	به ازای هر دندان اضافه	۶۷۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۴,۰۳۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	تعمیر پروتز شکسته	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	—		
۸	ریلین هر فک	۲,۸۰۰,۰۰۰	۴,۱۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد.	
۹	ریبیس هر فک	۲,۸۱۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریسی داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد.	
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)(دندان پایه)	۷,۱۳۰,۰۰۰	۹,۱۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتوار لحاظ شده و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد. ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات تراش و قالبگیری و ساخت تعب امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۱	پروتز ثابت (Pontic) (PFM) هر واحد	۵,۸۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۲	روکش تمام پرسنل و یا زیر کونیوم	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی یا ذکر علت انتخاب درمان - ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۳	روکش ثابت (Pontic) تمام پرسنل و یا زیر کونیوم	۷,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۴	پست ریختگی	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- هزینه های لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد. ۲- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۵	فایپر پست + ترمیم	۴,۳۶۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۶	خارج کردن روکش های قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	-		
۱۷	چسباندن روکش های قدیمی	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰	-		
۱۸	خارج کردن بریج قدیمی	۸۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	-		
۱۹	چسباندن بریج قدیمی	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	-		
۲۰	خارج کردن هر بین یا پست	۸۸۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	پروتز-لثه		
۲۱	نایت گارد	۵,۳۴۰,۰۰۰	۵,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست.	



مهر
مهر محمد

مهر
مهر محمد

مهر
مهر محمد



ردیف	پروژه	تعارف عمومی	تعارف متخصص	متخصص مشمول تعارف تخصصی	ضموابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	جرمگیری کامل یک فک (بزرگسال)	۹۵۳,۰۰۰	۹۵۳,۰۰۰	—	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۲ سال در تمهید می باشد و حداکثر یکبار در سال در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تأیید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۷۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	—		
۳	جرمگیری و بروساز کامل دو فک (بزرگسال)	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۰۵۰,۰۰۰	—	۲- تعارف جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۷۵٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۴	بروساز هر فک	۲۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	—		
۵	فلپ نیم فک	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	بربو	۱- رادیوگرافی پانورکسی قبل از درمان ۲- همراه با قلب افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۶	فلپ ۱/۴ دهان	۳,۸۸۰,۰۰۰	۵,۶۵۰,۰۰۰	بربو		
۷	پیوند لثه یک دندان	۴,۵۶۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	بربو	ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیت .	
۸	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۲,۹۲۰,۰۰۰	۳,۷۲۰,۰۰۰	بربو	صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	دیستال وج	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۹۱۰,۰۰۰	بربو	صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	همی سکشن و قطع ریشه	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۴۲۰,۰۰۰	جراح فک - بربو اندو	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامیت	



Handwritten signature and stamp of the dental clinic.

امضاء: محمد حسن



Handwritten signature and stamp of the dental clinic.



Handwritten signature and stamp of the dental clinic.

ردیف	دردمان ریشه	تعارف عمومی	تعارف متخصص	متخصص مشمول تعارف تخصصی	شواهد و مدارک لازم	تعاریف
۶	پالپوتومی اورژانس (دندان دائمی)	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	تندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	
۷	درمان ریشه یک کاناله	۲,۸۳۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	تندو		
۳	درمان ریشه دو کاناله	۴,۲۳۰,۰۰۰	۵,۲۶۰,۰۰۰	تندو		
۴	درمان ریشه سه کاناله	۵,۹۲۰,۰۰۰	۷,۳۶۰,۰۰۰	تندو		
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۶,۷۱۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	تندو		
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۹۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	تندو		
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۴,۳۲۰,۰۰۰	۵,۳۶۰,۰۰۰	تندو		
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۷۰۰,۰۰۰	تندو		
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۷,۰۶۰,۰۰۰	۸,۷۷۰,۰۰۰	تندو		
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۲۴۰,۰۰۰	۴,۰۲۰,۰۰۰	تندو		
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۸۷۰,۰۰۰	تندو		
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۶,۷۲۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	تندو		
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۷,۶۶۰,۰۰۰	۹,۵۲۰,۰۰۰	تندو		
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	تندو		
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۴,۹۲۰,۰۰۰	۶,۹۷۰,۰۰۰	تندو		
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۷,۰۴۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	تندو		
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۸,۰۸۰,۰۰۰	۱۱,۳۲۰,۰۰۰	تندو		
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۳,۵۵۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰	تندو		
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۵,۳۷۰,۰۰۰	۷,۴۶۰,۰۰۰	تندو		
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۷,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۰۴۰,۰۰۰	تندو		
۲۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۷۰,۰۰۰	تندو		
۲۲	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۸۹۰,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰	تندو		
۲۳	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۵,۹۰۰,۰۰۰	۸,۳۶۰,۰۰۰	تندو		
۲۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸,۰۷۰,۰۰۰	۱۱,۱۷۰,۰۰۰	تندو		
۲۵	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۹,۲۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۵۰,۰۰۰	تندو		
۲۶	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۵,۰۹۰,۰۰۰	۷,۰۹۳,۰۰۰	تندو - جراح فک-پریو		
۲۷	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۶,۶۲۰,۰۰۰	۹,۱۶۰,۰۰۰	تندو - جراح فک-پریو		
۲۸	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	تندو - جراح فک-پریو		
۲۹	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۴,۵۳۰,۰۰۰	۶,۳۶۰,۰۰۰	تندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	<p>شامل بازکردن دندان آماده سازی فضای گشاده اجتناب از دارو و همچنین مطهر کردن داروی داخل کانال وسراصل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلبه اکتیوگرافی های مورد نیاز میباشد</p>
۳۰	اپکوژنیز هر دندان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	تندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۳۱	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۲,۵۶۰,۰۰۰	۳,۵۶۰,۰۰۰	تندو		



شامل بازکردن دندان آماده سازی فضای گشاده اجتناب از دارو و همچنین مطهر کردن داروی داخل کانال وسراصل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلبه اکتیوگرافی های مورد نیاز میباشد

Handwritten signatures and official stamps are present at the bottom of the page. The stamps include the Ministry of Health and Medical Education logo and other official seals. There are also handwritten notes and signatures in Persian script.

ردیف	تعمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۱۰,۰۰۰	ترمیمی	۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود	
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۱۳۰,۰۰۰	ترمیمی	۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال بانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی	۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اتندو شده MOD، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسه رینداکت شده ترمیم دندان های قدامی اتندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد	
۴	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۳۲۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲,۶۷۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی	نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۶	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۹۳۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	بیلدآپ تاج با آمالگام	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	بیلدآپ تاج با کامپوزیت	۳,۳۲۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	پین داخل عاج هر عدد	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	پین داخل کنال هر عدد	۵۶۰,۰۰۰	۵۶۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان اتندو شده حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۸۳۰,۰۰۰	۱,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی - لطفال فک و صورت	۱- صرفاً جهت دندان های تروما تیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتورادیوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	



محمد دانیال محمدی

Handwritten signature and scribbles.

Handwritten signature and scribbles.

Handwritten signature and scribbles.



Handwritten signature and scribbles.



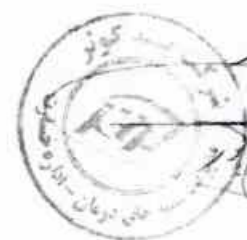
Handwritten signature and scribbles.

سقف تعرفه دندانپزشکی سندیکای بیمه گران ایران سال ۱۳۹۹

ردیف	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	ویزیت و طرح درمان	۳۲۴,۰۰۰	۴۹۲,۰۰۰		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	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۵۱,۰۰۰	۲۵۱,۰۰۰			
۳	گرافی آکلوزال	۴۱۲,۰۰۰	۴۱۲,۰۰۰			
۴	گرافی پانورکس	۶۲۵,۰۰۰	۶۲۵,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
۵	گرافی لترال سفالومتری	۶۲۵,۰۰۰	۶۲۵,۰۰۰			
ردیف	جراحی فک و صورت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱,۰۷۰,۰۰۰	۱,۳۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت		
۲	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱,۲۵۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	جراح فک - بریو		
۳	کشیدن هر دندان عقل	۱,۵۸۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	جراح فک - بریو		
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲,۷۲۰,۰۰۰	۳,۹۷۰,۰۰۰	جراح فک - بریو	۱- هزینه قلب و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضع دارد.
۵	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۴,۲۸۰,۰۰۰	۶,۳۹۰,۰۰۰	جراح فک - بریو	۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	جراحی نسج سخت شامل قلب، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد.
۶	آلوئوپلاستی نیم فک	۲,۲۴۰,۰۰۰	۳,۲۳۰,۰۰۰	جراح فک - بریو		هزینه آلوئوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسج نرم برداشت استخوان و بخیه موضع دارد.
۷	عمیق کردن و استیبیل نیم فک	۳,۷۲۰,۰۰۰	۵,۷۴۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۸	فرنتکتومی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۷۸۰,۰۰۰	جراح فک - بریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۹	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۲,۶۸۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	جراح فک - بریو	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۸۱۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰		با سایر خدمات مانند پالیپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	جراح فک - بریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت بوده و شامل درمان دندان خارج شده توسط همان مرکز نمی شود.	
۱۲	بخیه هر ناحیه	۴۸۰,۰۰۰	۴۸۰,۰۰۰		۱-بخیه صرفاً بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هر گوارات فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۳	اکسپوز کردن دندان	۲,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک - بریو - انتقال	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	
۱۴	آمپوتاسیون ریشه	۲,۸۷۰,۰۰۰	۴,۳۰۰,۰۰۰	جراح فک - بریو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۲,۱۴۰,۰۰۰	۳,۱۴۰,۰۰۰	جراح فک - بریو - بیمارهای دهان		
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۲۳۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک - بریو		ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است



بیمه گرانه



دکتر محمد علی

دکتر محمد علی

دکتر محمد علی

دکتر محمد علی

دکتر محمد علی

دکتر محمد علی

ردیف	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	تعمیرات	شواهد و مدارک لازم	تغایر قیمت
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۶,۴۸۰,۰۰۰	۸,۴۷۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	تبصره:
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۹,۸۸۰,۰۰۰	۹,۸۸۰,۰۰۰	---		
۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون میمران تا ۳ دندان مجاور	۶,۳۶۰,۰۰۰	۸,۲۸۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریا ل . دستمزد . لابراتوار . بار . بال . در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد . ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است	
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با میمران تا ۳ دندان مجاور	۸,۷۶۰,۰۰۰	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت	۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۰ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد	
۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون میمران (یک دندان)	۳,۶۵۰,۰۰۰	۴,۷۶۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون میمران (تا ۳ دندان)	۵,۰۴۰,۰۰۰	۶,۵۵۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت		
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با میمران (یک دندان)	۶,۳۲۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت		
۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با میمران (تا ۳ دندان)	۷,۰۹۰,۰۰۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت		
۹	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هرطرف	۵,۱۵۰,۰۰۰	۷,۷۵۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت		
۱۰	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هرطرف	۱۵,۶۶۰,۰۰۰	۲۰,۷۹۰,۰۰۰	برپو- فک و صورت		
۱۱	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۸,۵۸۰,۰۰۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد . لابراتوار . در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد . ۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
۱۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیگ) هر واحد	۶,۵۰۰,۰۰۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۱۳	هزینه یک واحد اتالوک، ابامنته، امپرش کوینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۷,۸۰۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	---		
۱۴	آوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال انجمنت	۴۴,۴۰۰,۰۰۰	۶۶,۸۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	آوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال انجمنت	۵۰,۸۸۰,۰۰۰	۷۶,۴۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	آوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال انجمنت	۵۷,۲۴۰,۰۰۰	۸۵,۹۲۰,۰۰۰	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	
۱۷	آوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار انجمنت	۵۲,۵۰۰,۰۰۰	۷۸,۷۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۸	آوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار انجمنت	۶۲,۰۴۰,۰۰۰	۹۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۹	آوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار انجمنت	۷۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۰۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		



Handwritten notes and signatures in the bottom left corner, including a large signature and some illegible text.

Large handwritten signature in the center, with a circular stamp of the Ministry of Health and Medical Education of Iran overlaid on it.

Handwritten text in the bottom right, including a signature and some illegible text.

Official circular stamp of the Ministry of Health and Medical Education of Iran, with handwritten text and a signature below it.

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- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان خارجی و غیره ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهام بیمار) بر اساس تعرفه های توافقی خواهد بود و پس از اتمام سقف ریالی تعیین شده برای هر بیمه شده، مرکز می بایست کل هزینه را بر اساس تعرفه های توافقی از بیمار دریافت نماید.
- ۳- فوتوگرافی منظور از فوتوگرافی، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.
- ۴- 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.

سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

- ۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ...) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۱۲/۶۰۰/۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
- ۲- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیر دولتی و خیریه) به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ...) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۶/۴۵۰/۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۸/۶۰۰/۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
- ۳- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۴- خدمات بیهوشی صرفاً برای گروههای ذیل قابل بررسی می باشد:
 - کلیه معلولین ذهنی و جسمی
 - در موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیمار غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
 - ۵- 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 اقاء استاندارد بیهوشی باشد.
 - ۶- تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیر دولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوبه سندیکا تعیین می گردد.
 - ۷- تعرفه های مصوب سندیکا حداکثر سقف تعرفه می باشند لذا بیمه گران مجاز می باشند بر اساس موقعیت جغرافیایی، امکانات، تجهیزات و سطح کیفی خدمات مراکز درمانی نسبت به تعدیل تعرفه های فوق اقدام نمایند.



Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp of the Ministry of Health and Medical Education of the Islamic Republic of Iran.

