

### تعرفه بخش خصوصی دندان پزشکی سال ۱۴۰۱ (هزینه های متفرقه)

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱		وزیت و طرح درمان	۶۹۰,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰		در صورت انجام خدمات، هزینه وزیت 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 آپیکال و بایت وینگ	۵۶۹,۲۳۰	۵۶۹,۲۳۰			
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکتوزال	۹۱۲,۲۴۰	۹۱۲,۲۴۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۳۸۱,۰۳۰	۱,۳۸۱,۰۳۰		درج 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			
ردیف	کد	هزینه ای	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۲-۱۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۱۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۲	D۷۱۲-۱۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است
۳	D۷۱۲-۰۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۶۸۰,۰۰۰	۳,۰۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۱۲-۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۵,۷۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		جراحی نسج نرم در برگرفته قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به قلب نسج نرم موکوپریستال و بخیه موضع دارد
۵	D۷۱۲-۰۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۶,۹۶۰,۰۰۰	۸,۰۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است شامل دندانهای است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد.
۶	D۷۱۲-۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۸,۰۸۰,۰۰۰	۹,۳۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانهای است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان مورب زنگال و یا دندان درگیر با کشکول است
۷	D۷۱۲۱	آلوپولپلاستی نیم فک	۷,۲۲۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است هزینه آلوپولپلاستی 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	D۷۱۲-۰۰	عمیق کردن و استقبال نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۱,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۹	D۷۱۶-۰۰	فرنگتومی	۶,۸۲۰,۰۰۰	۷,۹۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو		مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۱۰	D۷۱۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی		۱۰,۷۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۱	D۷۵۱۰	باز کردن آبسه داخل دهان	۳,۲۱۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۲	D۹۹۲-۰۰	درمان فرای ساکت (هر جلسه)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو		حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۳	D۷۱۱۰	بخیه هر ناحیه	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو		۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هرگاه در ارت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد
۱۴	D۷۱۲۸۰	اکسیوز کردن دندان	۶,۸۴۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۱۵	D۲۲۵۰	قطع کامل ریشه سه ازا هر ریشه (آسیوناسیون)	۶,۴۲۰,۰۰۰	۷,۲۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پرو		۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۱۶	D۷۲۲۶	بیوسی از بافت نرم	۴,۸۹۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت بیماری های دهان و فک و صورت		ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۷	D۷۲۲۵	بیوسی از بافت سخت	۵,۸۴۰,۰۰۰	۶,۷۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان		۱۱,۷۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد



ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D2140	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۳,۸۶۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	ترمیمی		۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود	
۲	D2150	ترمیم آمالگام دو سطحی	۴,۸۴۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	ترمیمی		۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پلورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۶,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی		۳- هزینه بیلدآپ شغل ترمیم دندان های گندو شده MOD . ترمیم دندانهای با بیش از دو کتیب ریفراکت شده و ترمیم دندان های قدیمی گندو شده کلاس چهار می باشد شامل دندانهای شیری نمی گردد	
۴	D2291	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۶۰۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	ترمیمی			
۵	D2292	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۶,۲۹۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	ترمیمی		<b>تذکره:</b> انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۶	D2293	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۷,۹۳۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۷	D2161	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۷,۱۷۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی			
۸	D2294	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۱,۰۷۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۹	D21951	بین داخل عاج یا داخل کانال	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیمی - پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد بین قابل پرداخت است	
۱۰	D2221	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای اقی شده ( یک فک)	۸,۷۸۰,۰۰۰	۹,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پروتز		۱- صرفاً جهت دندان های تروماتیک و اقی قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	



ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۱	مخصص ۱۴۰۱	مخصص مشمول تعرفه مخصصی	سقف لاابرا توار ۱۴۰۱	تعاریف
۱	D۳۳۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۵,۵۴۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	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	۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۲۰	درمان مجدد یک کاناله	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو		۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.
۱۵	D۳۳۲۰/۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۲۰/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو		۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.
۱۷	D۳۳۲۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۲۰/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۲۰/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۲۰/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۲۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۲۰/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۲۰/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۲۰/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۲۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۳۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۸,۲۲۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۳۱۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۹,۰۶۰,۰۰۰	۱۰,۹۶۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۳۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۹,۸۵۰,۰۰۰	۱۱,۹۶۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۳۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۱۴۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۳۲۰	رتروگرادیه ازاد هر ریشه	۴,۹۳۰,۰۰۰	۵,۴۷۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۲۱	اپکسیفیکاسیون - کل جلسات (دربرگیرنده عنوان خدمات کد ۳۳۵۲ - D و D-۲۳۵۳ میباشد)	.	۸,۴۲۰,۰۰۰	اندو - اطفال		شامل بازکردن دندان آماده سازی فضای کتلهای جراحی دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۶,۱۹۰,۰۰۰	۶,۷۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		از راه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرکوراسیون با MTA یا cem-cement	۶,۳۱۰,۰۰۰	۷,۰۳۰,۰۰۰	اندو		از راه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست



ردیف	کد	پروژه	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	صوابت و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۲۲۶-۱	جرم گیری یک فک	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۸۷۰,۰۰۰	برو		۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در تمهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال. در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تایید چنانگه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۲۲۲۶-۲	بروساز یک فک	۶۳۰,۰۰۰	۷۹۰,۰۰۰	برو		۲- ترموفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۷۵٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۳	D۲۲۲۶	جرم گیری و برسوز دو فک	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۳۳۰,۰۰۰	برو			
۴	D۲۲۲۰	فلپ ۱/۴ دهان	۹,۴۳۰,۰۰۰	۱۱,۴۱۰,۰۰۰	برو		۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۲۲۲۱	فلپ ۱/۴ دهان	۷,۷۶۰,۰۰۰	۹,۳۵۰,۰۰۰	برو			
۶	D۲۲۲۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۲۱,۳۱۰,۰۰۰	برو		ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست.	
۷	D۲۲۲۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۶,۷۸۰,۰۰۰	۸,۶۰۰,۰۰۰	برو			
۸	D۲۲۲۹	افزایش طول تاج crown Length	۸,۲۸۰,۰۰۰	۱۰,۱۳۰,۰۰۰	برو		صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۲۲۲۲	دبیتال وج	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۵۵۰,۰۰۰	برو		صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۲۲۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۶,۴۰۰,۰۰۰	۷,۵۳۰,۰۰۰	برو - جراحی فک و صورت		ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	



ردیف	کد	پروژه	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف ابراروار ۱۴۰۱	شواهد و مدارک لازم	تعاریف
۱	D5110	پروژه کامل فک بالا	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۹۳۰,۰۰۰	پروژه	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱- معاینه بیمار پس از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۳- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً " هزینه پروتز کامل فک مقابل قابل پرداخت می باشد. ۴- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کیالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسیل کروم کیالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.	
۲	D5120	پروژه کامل فک پایین	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۹۳۰,۰۰۰	پروژه	۹,۰۰۰,۰۰۰		
۳	D5211	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۹,۵۸۰,۰۰۰	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	پروژه	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۴	D5211/1	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	پروژه	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۵	D5212	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۸,۸۹۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۰,۰۰۰	پروژه	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۶	D5212/1	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	پروژه	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۷	D5213	پروژه پارسیل کروم کیالت فک بالا	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	پروژه	۱۸,۰۰۰,۰۰۰		
۸	D5214	پروژه پارسیل کروم کیالت فک پایین	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	پروژه	۱۸,۰۰۰,۰۰۰		
۹	D5511	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	پروژه	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۰	D5512	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	پروژه	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۱	D5611	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۵,۱۶۰,۰۰۰	۵,۷۱۰,۰۰۰	پروژه	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۲	D5612	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۵,۱۶۰,۰۰۰	۵,۷۱۰,۰۰۰	پروژه	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۳	D5720	ریلین پروتز فک بالا	۶,۶۹۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	پروژه	۴,۵۰۰,۰۰۰	در صورتیکه پروتز کامل دو فک لیل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد	
۱۴	D5721	ریلین پروتز فک پایین	۶,۶۹۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	پروژه	۴,۵۰۰,۰۰۰	هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد.	
۱۵	D2751	روکش PFM	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۶,۸۴۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات (تراش و فابیکری و ساخت نصب) امتحان فریم امتحان پرسنل. تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۶	D6221	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی	۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۷	D2740	روکش پرسنل یا زیرکونیوم ( صرفاً دندان های قدامی	۱۵,۹۲۰,۰۰۰	۱۹,۵۴۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی	۶,۵۰۰,۰۰۰	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.	
۱۸	D6225	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۱۰,۷۷۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی	۶,۵۰۰,۰۰۰		
۱۹	D2152	پست ریختگی	۷,۵۳۰,۰۰۰	۸,۹۸۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D2150	فلپیر پست-ترمیم کامپوزیت	۶,۷۲۰,۰۰۰	۷,۴۴۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی		هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D2155/1	درآوردن روکش قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی			
۲۲	D2120	چسباندن روکش قدیمی	۲,۸۹۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی		شامل دندانهایی که کاندید روکش یا برنج می باشند نمی شود.	
۲۳	D2155/2	خارج کردن برنج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی			
۲۴	D6220	چسباندن برنج قدیمی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۳۶۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی			
۲۵	D2155	درآوردن پست یا بین قدیمی	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۱۰۰,۰۰۰	پروژه - ترمیمی			
۲۶	D9922	نایت گارد	۷,۲۳۰,۰۰۰	۸,۷۹۰,۰۰۰	پروژه	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	



ردیف	کد	اطفال	عمومی (۱۴۰۱)	متخصص (۱۴۰۱)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار (۱۴۰۱)	ضوابط و مدارک لازم	تعریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال			
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۲,۵۶۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	اطفال			
۳	D۲۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۵,۵۴۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال - آندو			
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۲,۴۷۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	اطفال		هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۲۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۱۲۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	اطفال		تا سه سال پس از زویش دندان قابل پرداخت است	
۶	D۱۲۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۴,۳۶۰,۰۰۰	۴,۵۲۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی			
۷	D۲۲۳۰	روکش استیلنس استیل S.S crown پیش ساخته	۵,۸۹۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	اطفال		معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیت . 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	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	اطفال			
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۵,۲۳۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	اطفال			
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۶,۸۱۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	اطفال			
۱۱	D۲۲۹۱/۱	ترمیم کمپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۴,۹۶۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	اطفال		برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۱۲	D۲۲۹۲/۱	ترمیم کمپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۷,۰۲۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	اطفال			
۱۳	D۲۲۹۳/۱	ترمیم کمپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۸,۹۰۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	اطفال			
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۶,۲۷۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو	۳,۵۰۰,۰۰۰		
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۸,۳۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	اطفال-ارتو	۴,۵۰۰,۰۰۰		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۸,۳۷۰,۰۰۰	۹,۴۵۳,۲۲۰	اطفال-ارتو	۴,۵۰۰,۰۰۰	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیت	
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۵,۳۳۰,۰۰۰	۶,۲۳۰,۰۰۰	اطفال-ارتو	۳,۲۰۰,۰۰۰		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۴۸۰,۰۰۰	اطفال-ارتو	۳,۵۰۰,۰۰۰		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۴۸۰,۰۰۰	اطفال-ارتو	۳,۵۰۰,۰۰۰		
۲۰	D۲۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	اطفال-تدو			
۲۱	D۲۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۵,۱۸۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	اطفال-تدو			



ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی (۱۴۰۱)	متخصص (۱۴۰۱)	تعرفه تخصصی	متخصص مشغول مصرفی/الزامی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۵۵,۵۰۰,۰۰۰	۷۵,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۱۲,۰۰۰,۰۰۰		
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۶۲,۵۸۸,۱۰۶	۸۳,۶۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۱۲,۷۵۰,۰۰۰	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کاتین های نهفته و ...	
۳	D۸۰۸۰/۱							
۴	D۸۰۹۰/۱							
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۳۷۰,۰۰۰	ارتودنسی	۷,۵۰۰,۰۰۰	ارائه رادیوگرافی های پانورکسی و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰							
۷	D۸۰۴۰							
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۳۰,۳۷۰,۰۰۰	۴۱,۱۷۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۳,۷۵۰,۰۰۰	شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کب ، face bow و ...	
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۳۵,۱۰۰,۰۰۰	۴۸,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۶,۰۰۰,۰۰۰	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان متحرک می باشد	
۱۰	D۸۰۷۰/۲	نوسعه عرضی فک بالا (ثابت) RPE	۳۵,۷۷۰,۰۰۰	۵۰,۶۲۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	۶,۷۵۰,۰۰۰	به روش ثابت	
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک)	۷,۷۴۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	۱,۵۰۰,۰۰۰	فوتوگرافی با پلاک	صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

توضیح: 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 . در مورد ارتودنسی های غیر ثابت کل خسارت صرفا در یک قرارداد ( در تاریخ شروع درمان ) قابل پرداخت می باشد.



ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	لایرا نور ۱۴۰۱	شواهد و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۲۲,۵۳۰,۰۰۰	بریو- فک و صورت		ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. <b>توضیح:</b> تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلپنگ تا سقف	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	بریو- فک و صورت			
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت		۱- کلیه هزینه ها مانند مترهال، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۳,۶۵۰,۰۰۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت		۲- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. <b>توضیح:</b> تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۷,۱۵۰,۰۰۰	۹,۳۹۵,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت			
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۹,۸۸۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۱۲,۳۵۰,۰۰۰	۱۵,۹۹۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۹۱۰,۰۰۰	۱۷,۹۴۰,۰۰۰	بریو-جراح فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	-	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	بریو- فک و صورت	۱۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	بریو- فک و صورت	۸,۰۰۰,۰۰۰		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ابانتنت)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۱۹,۱۶۰,۰۰۰	برونتر	۵۵۰۰,۰۰۰	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
۱۴	D۶۲۴۱	برونتر جایگزین شونده (پوشنیک) جهت ایمپلنت	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	برونتر	۵۵۰۰,۰۰۰	<b>توضیح:</b> تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ- ابانتنت- ایمپرسن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	برونتر			
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	برونتر	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد، لایرا نور، پار، 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	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	برونتر	۶۰,۰۰۰,۰۰۰		

**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 (فلپ) 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- یا 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- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد.
- ۸- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد.

### سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

- تبصره ۱:** ندر صورتی که فرد مراجعه کننده، کودک تا ۱۰ سال تمام باشد، ۵۰٪ مبلغ جزء حرفه ای، به سرجمع مبلغ جزء حرفه ای خدمت مربوطه اضافه میگردد. بدیهی است در صورت نیاز بیمار به خدمات بیهوشی و آرام بخشی، این افزایش قابل محاسبه نمیباشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیباشد. این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.
- تبصره ۲:** در صورتی که فرد مراجعه کننده، معلول جسمی- حرکتی و ذهنی (براساس تعاریف و فهرست ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، مبلغ جزء حرفه ای خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود.
- تبصره ۳:** در صورت نیاز بیمار به بیهوشی و یا آرامبخشی متوسط و شدید، تعرفه بیهوشی با پایه (۳) با تکمیل چارت بیهوشی توسط متخصص مربوطه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. سایر تعدیل کننده ها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی 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 قابل پرداخت نمیباشد.

