

تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۱ (هزینه های منفرد)

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۶۹۰,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰		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	۵۶۹,۳۳۰	۵۶۹,۳۳۰			
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکلوزال	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	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۱۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۶۸۰,۰۰۰	۳,۰۷۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۵,۷۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	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	D۷۲۴۰	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 بیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است .
۷	D۷۲۳۱	الوتولوپلاستی نیم فک	۷,۲۲۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	۱-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است هزینه الوتولوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم ،برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۲۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۱,۲۶۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۹	D۷۹۶۰	فرتکومی	۶,۸۲۰,۰۰۰	۷,۹۱۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۰,۷۷۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبه داخل دهان	۳,۲۱۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰		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	اکسیژن 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	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-اژه هر ریشه (آمپوتاسیون)	۶,۴۲۰,۰۰۰	۷,۳۳۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت - پریو	۱-خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۴,۸۹۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۵,۸۴۰,۰۰۰	۶,۷۹۰,۰۰۰		جراحی فک و صورت	
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	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 پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
۳	D2160	ترمیم آمالگام سه سطحی	۶,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی		۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD . ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد	
۴	D2391	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۶۰۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	ترمیمی			
۵	D2392	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۶,۲۹۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	ترمیمی		تذکره: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۶	D2393	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۷,۹۲۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۷	D2161	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۷,۱۷۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی			
۸	D2394	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۱,۰۷۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی			
۹	D2951	پین داخل عاج یا داخل کانال	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیمی- پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D4321	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۸,۷۸۰,۰۰۰	۹,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پروتو		۱- صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	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	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.		
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۶,۰۰۰	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	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو			
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو			
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو			
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو			
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو			
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو			
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو			
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو			
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو			
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو			
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۸,۲۲۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۹,۰۶۰,۰۰۰	۱۰,۹۶۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۲۸	D۳۴۲۵	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	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۱۴۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۴,۹۳۰,۰۰۰	۵,۴۷۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت			
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد.)	۰	۸,۴۲۰,۰۰۰	اندو - اطفال	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاکذاری 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	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۶,۳۱۰,۰۰۰	۷,۰۳۰,۰۰۰	اندو	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست		

ردیف	کد	پرو	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لایراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۸۷۰,۰۰۰	پریو		۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد ۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۶۳۰,۰۰۰	۷۹۰,۰۰۰	پریو			
	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۳۲۰,۰۰۰	پریو			
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۹,۴۳۰,۰۰۰	۱۱,۴۱۰,۰۰۰	پریو		۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۷,۷۶۰,۰۰۰	۹,۳۵۰,۰۰۰	پریو			
	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۲۱,۳۱۰,۰۰۰	پریو			
	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۶,۷۸۰,۰۰۰	۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو			
	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۸,۲۸۰,۰۰۰	۱۰,۱۳۰,۰۰۰	پریو			
	D۴۲۷۴	دیستال وج	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۵۵۰,۰۰۰	پریو			
	D۳۹۲۰	همی سکتن و قطع ریشه	۶,۴۰۰,۰۰۰	۷,۵۳۰,۰۰۰	پریو - جراحی فک و صورت			

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف ابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز	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 کبالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۲۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز	۹,۰۰۰,۰۰۰		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۹,۵۸۰,۰۰۰	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۸,۸۹۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	پروتز	۱۸,۰۰۰,۰۰۰		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۵,۷۴۰,۰۰۰	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	پروتز	۱۸,۰۰۰,۰۰۰		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	پروتز	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۷,۱۰۰,۰۰۰	۷,۶۴۰,۰۰۰	پروتز	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۵,۱۶۰,۰۰۰	۵,۷۱۰,۰۰۰	پروتز	۲,۳۰۰,۰۰۰		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۵,۱۶۰,۰۰۰	۵,۷۱۰,۰۰۰	پروتز	۲,۳۰۰,۰۰۰	در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد	
۱۳	D۵۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا	۶,۶۹۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	پروتز	۴,۵۰۰,۰۰۰		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین	۶,۶۹۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	پروتز	۴,۵۰۰,۰۰۰	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۶,۸۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۱۵,۹۲۰,۰۰۰	۱۹,۵۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۶,۵۰۰,۰۰۰	۱-صرفاً در دندان های قدامی با 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	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۱۰,۷۷۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۶,۵۰۰,۰۰۰		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۷,۵۳۰,۰۰۰	۸,۹۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست+ترمیم کامپوزیت	۶,۷۲۰,۰۰۰	۷,۴۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۲,۸۹۰,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۳۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۱۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۷,۲۳۰,۰۰۰	۸,۷۹۰,۰۰۰	پروتز	۶,۰۰۰,۰۰۰		

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	سقف لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
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	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۵,۵۴۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال - اندو			
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۲,۴۷۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	اطفال		هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان	۳,۱۲۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	اطفال		تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۴,۳۶۰,۰۰۰	۴,۵۲۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی			
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۵,۸۹۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	اطفال		معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامیست . 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	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۴,۹۶۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	اطفال			برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۷,۰۲۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	اطفال			
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت 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 الزامیست
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۵,۳۲۰,۰۰۰	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	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	اطفال-اندو			
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۵,۱۸۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	اطفال- اندو			

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	مواد مصرفی/الایراتوار	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	ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.			
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، کانین های نهفته و ...		
۳	D۸۰۸۰/۱									
۴	D۸۰۹۰/۱									
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۷,۵۰۰,۰۰۰	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 کپ، 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	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۳۵,۷۷۰,۰۰۰	۵۰,۶۲۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		۶,۷۵۰,۰۰۰		به روش ثابت	
۱۱	D۸۶۸۰	ریتنر ثابت یا متحرک (هرفک)	۷,۷۴۰,۰۰۰	۹,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		۱,۵۰۰,۰۰۰	صرفاً یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.		

تیسره: 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 صرفاً در یک قرارداد (در تاریخ شروع درمان) قابل پرداخت می باشد.

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۱	متخصص ۱۴۰۱	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	لابراتوار ۱۴۰۱	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۲۲,۵۳۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. تبصره ۵: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراح فک و صورت		۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، 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	پریو-جراح فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۳,۶۵۰,۰۰۰	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو-جراح فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	پریو-جراح فک و صورت		۲- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۷,۱۵۰,۰۰۰	۹,۳۹۵,۰۰۰	پریو-جراح فک و صورت		تبصره ۵: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۹,۸۸۰,۰۰۰	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو-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	پریو-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	پریو-جراح فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱۳,۰۰۰,۰۰۰		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۸,۰۰۰,۰۰۰		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (باتمنت)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۱۹,۱۶۰,۰۰۰	پروتز	۵,۵۰۰,۰۰۰	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیگ) جهت ایمپلنت	۱۱,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۷۰,۰۰۰	پروتز	۵,۵۰۰,۰۰۰	تبصره ۵: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	پروتز	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	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	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۶,۹۲۰,۰۰۰	۳۳,۷۴۰,۰۰۰	پروتز	۶۰,۰۰۰,۰۰۰		

تبصره: انجام کلیه خدمات به جز ردیف ۱۱ و ۱۲ هر ۵ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.

ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

۱- تعرفه های تخصصی 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- 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- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد

۸- در بیمارارن باردار 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 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.