

تعرفه دندانپزشکی هزینه های مستقیم بخش خصوصی سال ۱۴۰۲

| ردیف | کد | معاینه و تشخیص | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | ضوابط | تعاریف |
|------|---------|---|------------|------------|--|---|---|
| ۱ | ۰ | ویزیت و طرح درمان | ۹۰۰,۰۰۰ | ۱,۳۵۰,۰۰۰ | | 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 | ۷۷۰,۰۰۰ | ۷۷۰,۰۰۰ | | | |
| ۴ | ۷۰۰۰۸۵ | گرافی پانورکس | ۱,۸۶۰,۰۰۰ | ۱,۸۶۰,۰۰۰ | | درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست. | |
| ۵ | ۷۰۰۰۹۰ | گرافی لترال سفالومتری | ۱,۸۶۰,۰۰۰ | ۱,۸۶۰,۰۰۰ | | | |
| ردیف | کد | هزینه های جراحی | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
| ۱ | D۷۱۴۰/۲ | کشیدن دندان قدامی (دائمی) | ۲,۷۵۰,۰۰۰ | ۳,۱۰۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | ۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است | |
| | D۷۱۴۰/۱ | کشیدن دندان خلفی (دائمی) | ۳,۱۰۰,۰۰۰ | ۳,۵۴۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | | |
| | D۷۱۴۰ | کشیدن هر دندان عقل | ۳,۴۱۰,۰۰۰ | ۳,۸۹۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | | |
| ۴ | D۷۲۲۰ | جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم | ۷,۳۱۰,۰۰۰ | ۸,۳۱۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | ۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است | جراحی نسج نرم در برگرفته قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. |
| ۵ | D۷۲۳۰ | جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت | ۸,۸۲۰,۰۰۰ | ۱۰,۱۲۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | | شامل دنداننی 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 | ۱۰,۲۷۰,۰۰۰ | ۱۱,۸۳۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | | شامل دنداننی است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است . |
| ۷ | D۷۲۳۱ | آلوتولویلاستی نیم فک | ۹,۰۹۰,۰۰۰ | ۱۰,۷۶۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | ۱-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دنداننی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد . | هزینه آلوتولویلاستی در برگرفته تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم ،برداشت استخوان و بخیه موضع دارد . |
| ۸ | D۷۳۴۰ | عمیق کردن وستیبول نیم فک | ۱۱,۳۸۰,۰۰۰ | ۱۳,۹۸۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد | |
| ۹ | D۷۹۶۰ | فرنکتومی | ۸,۶۴۰,۰۰۰ | ۹,۹۵۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت - پریو | مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست | |
| ۱۰ | D۷۴۶۱ | کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی | ۰ | ۱۳,۵۲۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است | |
| ۱۱ | D۷۵۱۰ | بازکردن آبسه داخل دهان | ۴,۱۱۰,۰۰۰ | ۴,۶۹۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست | |
| ۱۲ | D۹۹۳۰ | درمان درای ساکت (هر جلسه) | ۳,۹۶۰,۰۰۰ | ۴,۳۳۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت - پریو | حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد | |
| ۱۳ | D۷۹۱۰ | بخیه هر ناحیه | ۵,۴۰۰,۰۰۰ | ۶,۳۱۰,۰۰۰ | 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-هرکودارانت فقط هزینه بخیه یک جلسه پرداخت می گردد. | |
| ۱۴ | D۷۲۸۰ | اکسپوز کردن دندان | ۸,۶۷۰,۰۰۰ | ۹,۹۷۰,۰۰۰ | 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 ازا هر ریشه (آمپوتاسیون) | ۸,۱۵۰,۰۰۰ | ۹,۲۴۰,۰۰۰ | 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 | ۶,۱۵۰,۰۰۰ | ۷,۰۱۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت | ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است | |
| ۱۷ | D۷۲۸۵ | بیوپسی از بافت سخت | ۷,۳۶۰,۰۰۰ | ۸,۴۹۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | | |
| ۱۸ | D۷۲۶۰ | بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان | ۰ | ۱۴,۵۹۰,۰۰۰ | جراحی فک و صورت | نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد | |

| ردیف | کد | ترمیم | عمومی ۱۴۰۲ | متخصصی ۱۴۰۲ | متخصصی مشمول تعرفه تخصصی | سقف لابراتوار ۱۴۰۱ | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|------|-------|--|------------|-------------|--------------------------|--------------------|--|--------|
| ۱ | D۲۱۴۰ | ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج | ۴,۹۱۰,۰۰۰ | ۵,۳۵۰,۰۰۰ | ترمیمی | | ۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود | |
| ۲ | D۲۱۵۰ | ترمیم آمالگام دو سطحی | ۶,۱۷۰,۰۰۰ | ۶,۶۵۰,۰۰۰ | ترمیمی | | ۲-جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است. | |
| ۳ | D۲۱۶۰ | ترمیم آمالگام سه سطحی | ۸,۰۶۰,۰۰۰ | ۸,۶۵۰,۰۰۰ | ترمیمی | | ۳-هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ رینداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشدوشامل دندانهای شیری نمی گردد | |
| ۴ | D۲۳۹۱ | ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج | ۵,۸۳۰,۰۰۰ | ۶,۲۶۰,۰۰۰ | ترمیمی | | تکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد | |
| ۵ | D۲۳۹۲ | ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه | ۷,۹۴۰,۰۰۰ | ۸,۸۱۰,۰۰۰ | ترمیمی | | | |
| ۶ | D۲۳۹۳ | ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار | ۱۰,۰۲۰,۰۰۰ | ۱۱,۲۰۰,۰۰۰ | ترمیمی | | | |
| ۷ | D۲۱۶۱ | ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی | ۹,۱۰۰,۰۰۰ | ۹,۸۲۰,۰۰۰ | ترمیمی | | | |
| ۸ | D۲۳۹۴ | ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی | ۱۳,۸۲۰,۰۰۰ | ۱۵,۰۶۰,۰۰۰ | ترمیمی | | | |
| ۹ | D۲۹۵۱ | پین داخل عاج یا داخل کانال | ۳,۰۲۰,۰۰۰ | ۳,۲۴۰,۰۰۰ | ترمیمی-پروتز | | برای هر دندان حداکثر ۲عددپین قابل پرداخت است | |
| ۱۰ | D۴۳۲۱ | اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک) | ۱۱,۲۲۰,۰۰۰ | ۱۲,۵۳۰,۰۰۰ | ترمیمی - اطفال- پرو | | ۱-صرفا جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست. | |

| ردیف | کد | درمان ریشه | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | سقف لابراتوار ۱۴۰۱ | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|------|----------|---|------------|------------|-------------------------|--------------------|---|---|
| ۱ | D۳۲۲۰/۱ | پالپوتومی اورژانس دندان دائمی | ۶,۹۰۰,۰۰۰ | ۷,۵۵۰,۰۰۰ | 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 | ۱۰,۳۹۰,۰۰۰ | ۱۲,۶۰۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۳ | D۳۳۱۰/۱ | درمان ریشه دو کاناله | ۱۱,۹۲۰,۰۰۰ | ۱۴,۴۱۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۴ | D۳۳۱۰/۲ | درمان ریشه سه کاناله | ۱۴,۳۹۰,۰۰۰ | ۱۷,۴۳۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۵ | D۳۳۱۰/۳ | به ازای هر کانال اضافه | ۴,۳۴۰,۰۰۰ | ۵,۵۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۶ | D۳۳۱۰/۴ | درمان ریشه یک کاناله دندان ۷ | ۱۰,۳۹۰,۰۰۰ | ۱۲,۶۰۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۷ | D۳۳۱۰/۵ | درمان ریشه دو کاناله دندان ۷ | ۱۱,۹۲۰,۰۰۰ | ۱۴,۴۱۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۸ | D۳۳۱۰/۶ | درمان ریشه سه کاناله دندان ۷ | ۱۴,۳۹۰,۰۰۰ | ۱۷,۴۳۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۹ | D۳۳۱۰/۷ | به ازای هر کانال اضافه | ۴,۳۴۰,۰۰۰ | ۵,۵۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۰ | D۳۳۱۰/۸ | درمان ریشه یک کاناله دندان ۸ | ۱۰,۳۹۰,۰۰۰ | ۱۲,۶۰۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۱ | D۳۳۱۰/۹ | درمان ریشه دو کاناله دندان ۸ | ۱۱,۹۲۰,۰۰۰ | ۱۴,۴۱۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۲ | D۳۳۲۰/۱۰ | درمان ریشه سه کاناله دندان ۸ | ۱۴,۳۹۰,۰۰۰ | ۱۷,۴۳۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۳ | D۳۳۱۰/۱۱ | به ازای هر کانال اضافه | ۴,۳۴۰,۰۰۰ | ۵,۵۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۴ | D۳۳۴۶ | درمان مجدد یک کاناله | ۱۲,۱۵۰,۰۰۰ | ۱۴,۵۴۰,۰۰۰ | اندو | | ۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست. | |
| ۱۵ | D۳۳۴۶/۱ | درمان مجدد دو کاناله | ۱۴,۳۷۰,۰۰۰ | ۱۷,۲۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۶ | D۳۳۴۶/۲ | درمان مجدد سه کاناله | ۱۷,۴۵۰,۰۰۰ | ۲۱,۰۳۰,۰۰۰ | اندو | | ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد. | |
| ۱۷ | D۳۳۴۶/۳ | به ازای هر کانال اضافه | ۵,۶۳۰,۰۰۰ | ۶,۸۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۸ | D۳۳۴۶/۴ | درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷ | ۱۲,۱۵۰,۰۰۰ | ۱۴,۵۴۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۱۹ | D۳۳۴۶/۵ | درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷ | ۱۴,۳۷۰,۰۰۰ | ۱۷,۲۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۰ | D۳۳۴۶/۶ | درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷ | ۱۷,۴۵۰,۰۰۰ | ۲۱,۰۳۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۱ | D۳۳۴۶/۷ | به ازای هر کانال اضافه | ۵,۶۳۰,۰۰۰ | ۶,۸۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۲ | D۳۳۴۶/۸ | درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸ | ۱۲,۱۵۰,۰۰۰ | ۱۴,۵۴۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۳ | D۳۳۴۶/۹ | درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸ | ۱۴,۳۷۰,۰۰۰ | ۱۷,۲۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۴ | D۳۳۴۶/۱۰ | درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸ | ۱۷,۴۵۰,۰۰۰ | ۲۱,۰۳۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۵ | D۳۳۴۶/۱۱ | به ازای هر کانال اضافه | ۵,۶۳۰,۰۰۰ | ۶,۸۸۰,۰۰۰ | اندو | | | |
| ۲۶ | D۳۴۱۰ | قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳) | ۱۰,۳۶۰,۰۰۰ | ۱۲,۳۳۰,۰۰۰ | اندو -جراحی فک و صورت | | | |
| ۲۷ | D۳۴۲۱ | قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول | ۱۱,۴۲۰,۰۰۰ | ۱۳,۷۰۰,۰۰۰ | اندو -جراحی فک و صورت | | | |
| ۲۸ | D۳۴۲۵ | قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول | ۱۲,۴۰۰,۰۰۰ | ۱۴,۹۵۰,۰۰۰ | اندو -جراحی فک و صورت | | | |
| ۲۹ | D۳۴۲۶ | قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی | ۵,۲۰۰,۰۰۰ | ۶,۲۹۰,۰۰۰ | اندو -جراحی فک و صورت | | | |
| ۳۰ | D۳۴۳۰ | رتروگرادیه- ازاء هر ریشه | ۶,۲۵۰,۰۰۰ | ۶,۹۰۰,۰۰۰ | اندو -جراحی فک و صورت | | | |
| ۳۱ | D۳۳۵۱ | اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D-۳۳۵۳ و D-۳۳۵۴) میباشد. | . | ۱۰,۴۰۰,۰۰۰ | اندو - اطفال | | ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست | شامل بازکردن دندان.آماده سازی فضای کانالها،جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال ومراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی |
| ۳۲ | D۳۳۲۲ | اپکسوژنیزس هر دندان | ۷,۷۷۰,۰۰۰ | ۸,۴۶۰,۰۰۰ | اندو - اطفال | | ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست | |
| ۳۳ | D۳۳۳۳ | درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement | ۷,۷۴۰,۰۰۰ | ۸,۶۱۰,۰۰۰ | اندو | | | |

| ردیف | کد | پریو | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | سقف لابراتوار۱۴۰۱ | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|------|---------|------------------------------|------------|------------|----------------------------|--|--|--|
| ۱ | D۴۳۴۶-۱ | جرم گیری یک فک | ۴,۰۷۰,۰۰۰ | ۴,۰۷۰,۰۰۰ | 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 تأیید جداگانه ضروری می باشد | این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد. |
| ۲ | D۴۳۴۶-۲ | بروساز یک فک | ۷۸۰,۰۰۰ | ۷۸۰,۰۰۰ | پریو | | | |
| ۳ | D۴۳۴۶ | جرم گیری و بروساز دوفک | ۹,۷۱۰,۰۰۰ | ۹,۷۱۰,۰۰۰ | پریو | | | |
| ۴ | D۴۲۴۰ | فلپ ۱/۴ دهان | ۱۱,۸۴۰,۰۰۰ | ۱۴,۲۰۰,۰۰۰ | پریو | | ۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد. | |
| ۵ | D۴۲۴۱ | فلپ ۱/۶ دهان | ۹,۶۹۰,۰۰۰ | ۱۱,۶۰۰,۰۰۰ | پریو | | | |
| ۶ | D۴۲۷۷ | پیوند آزاد لثه (دندان اول) | ۱۹,۴۹۰,۰۰۰ | ۲۶,۰۰۰,۰۰۰ | پریو | | ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست . | |
| ۷ | D۴۲۷۸ | پیوند آزاد لثه (دندان مجاور) | ۸,۳۱۰,۰۰۰ | ۱۰,۴۸۰,۰۰۰ | پریو | | | |
| ۸ | D۴۲۴۹ | افزایش طول تاج crown Length | ۱۰,۳۲۰,۰۰۰ | ۱۲,۵۳۰,۰۰۰ | پریو | صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد. | | |
| ۹ | D۴۲۷۴ | دیستال وج | ۹,۵۴۰,۰۰۰ | ۱۱,۷۵۰,۰۰۰ | پریو | صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد | | |
| ۱۰ | D۳۹۲۰ | همی سکنش و قطع ریشه | ۸,۰۵۰,۰۰۰ | ۹,۴۲۰,۰۰۰ | پریو -جراحی فک و صورت | | ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست | |

| ردیف | کد | پروتز | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | سقف ابراتوار ۱۴۰۲ | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|------|---------|--|------------|------------|-------------------------|-------------------|--|--|
| ۱ | D۵۱۱۰ | پروتز کامل فک بالا | ۳۳,۲۶۰,۰۰۰ | ۳۸,۶۹۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | 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 غیر قابل پرداخت می باشد . ۵-بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد . | |
| ۲ | D۵۱۲۰ | پروتز کامل فک پایین | ۳۳,۲۶۰,۰۰۰ | ۳۸,۶۹۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۳ | D۵۲۱۱ | پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان | ۲۴,۷۸۰,۰۰۰ | ۲۸,۴۷۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۴ | D۵۲۱۱/۱ | فلپیر تا ۳ دندان فک بالا | ۱۵,۶۱۰,۰۰۰ | ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ | پروتز | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۵ | D۵۲۱۲ | پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان | ۲۴,۷۸۰,۰۰۰ | ۲۸,۴۷۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۶ | D۵۲۱۲/۱ | فلپیر تا ۳ دندان فک پایین | ۱۵,۶۱۰,۰۰۰ | ۱۸,۰۰۰,۰۰۰ | پروتز | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۷ | D۵۲۱۳ | پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا | ۳۲,۴۷۰,۰۰۰ | ۳۸,۹۸۰,۰۰۰ | پروتز | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۸ | D۵۲۱۴ | پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین | ۳۲,۴۷۰,۰۰۰ | ۳۸,۹۸۰,۰۰۰ | پروتز | ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۹ | D۵۵۱۱ | تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین | ۸,۸۹۰,۰۰۰ | ۹,۵۴۰,۰۰۰ | پروتز | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | ۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد . | |
| ۱۰ | D۵۵۱۲ | تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا | ۸,۸۹۰,۰۰۰ | ۹,۵۴۰,۰۰۰ | پروتز | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۱ | D۵۶۱۱ | تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین | ۶,۵۶۰,۰۰۰ | ۷,۲۲۰,۰۰۰ | پروتز | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۲ | D۵۶۱۲ | تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا | ۶,۵۶۰,۰۰۰ | ۷,۲۲۰,۰۰۰ | پروتز | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۳ | D۵۷۳۰ | ریلین پروتز فک بالا | ۸,۴۵۰,۰۰۰ | ۹,۷۵۰,۰۰۰ | پروتز | ۸,۰۰۰,۰۰۰ | ادر صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد ۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد. | |
| ۱۴ | D۵۷۳۱ | ریلین پروتز فک پایین | ۸,۴۵۰,۰۰۰ | ۹,۷۵۰,۰۰۰ | پروتز | ۸,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۵ | D۲۷۵۱ | روکش PFM | ۱۷,۶۵۰,۰۰۰ | ۲۱,۱۲۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | ۸,۰۰۰,۰۰۰ | ۱-برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی بعد از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. | شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد. |
| ۱۶ | D۶۲۴۱ | پروتز ثابت (پونتیک) PFM | ۱۴,۶۶۰,۰۰۰ | ۱۸,۵۷۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | ۸,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۷ | D۲۷۴۰ | روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی | ۲۰,۱۰۰,۰۰۰ | ۲۴,۴۴۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۸ | D۶۲۴۵ | پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی | ۱۳,۴۰۰,۰۰۰ | ۱۶,۶۸۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۹ | D۲۹۵۲ | پست ریختگی | ۹,۴۶۰,۰۰۰ | ۱۱,۲۰۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | ۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود | |
| ۲۰ | D۲۹۵۰ | فایپر پست+ترمیم کامپوزیت | ۸,۵۸۰,۰۰۰ | ۹,۴۵۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | | | |
| ۲۱ | D۲۹۵۵/۱ | دراوردن روکش قدیمی | ۱,۹۰۰,۰۰۰ | ۱,۹۰۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | | | |
| ۲۲ | D۲۹۲۰ | چسباندن روکش قدیمی | ۳,۶۹۰,۰۰۰ | ۴,۰۱۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | | | |
| ۲۳ | D۲۹۵۵/۲ | خارج کردن بریج قدیمی | ۲,۵۴۰,۰۰۰ | ۲,۵۴۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | | | |
| ۲۴ | D۶۹۳۰ | چسباندن بریج قدیمی | ۵,۰۵۰,۰۰۰ | ۵,۴۸۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | | | |
| ۲۵ | D۲۹۵۵ | دراوردن پست یا پین قدیمی | ۵,۵۶۰,۰۰۰ | ۶,۴۶۰,۰۰۰ | پروتز - ترمیمی | | | |
| ۲۶ | D۹۹۴۴ | نایت گارد | ۹,۰۵۰,۰۰۰ | ۱۰,۹۲۰,۰۰۰ | پروتز | ۷,۰۰۰,۰۰۰ | | |

| ردیف | کد | اطفال | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | سقف لابراتوار ۱۴۰۱ | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|------|---------|---|------------|------------|----------------------------|--------------------|---|---|
| ۱ | D۷۱۱۱/۱ | کشیدن دندان قدامی (شیری) | ۲,۹۰۰,۰۰۰ | ۳,۲۰۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۲ | D۷۱۱۱ | کشیدن دندان خلفی (شیری) | ۳,۲۵۰,۰۰۰ | ۳,۶۸۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۳ | D۳۲۲۰ | پالپوتومی دندان شیری | ۶,۹۰۰,۰۰۰ | ۷,۵۵۰,۰۰۰ | اطفال - اندو | | | |
| ۴ | D۱۲۰۸ | بروساژ و فلوراید تراپی هر فک | ۳,۱۹۰,۰۰۰ | ۳,۳۰۰,۰۰۰ | اطفال | | هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد | |
| ۵ | D۱۳۵۱ | فیشر سیلنت هر دندان | ۳,۸۹۰,۰۰۰ | ۴,۰۶۰,۰۰۰ | اطفال | | تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است. | |
| ۶ | D۱۳۵۲ | ترمیم PRR (دندان دائمی) | ۵,۵۶۰,۰۰۰ | ۵,۷۵۰,۰۰۰ | اطفال-ترمیمی | | | |
| ۷ | D۲۹۳۰ | روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته | ۷,۳۶۰,۰۰۰ | ۸,۲۳۰,۰۰۰ | اطفال | | معاینه بیمار با 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 | ۵,۳۵۰,۰۰۰ | ۵,۳۵۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۹ | D۲۱۵۰/۱ | ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال | ۶,۶۵۰,۰۰۰ | ۶,۶۵۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۱۰ | D۲۱۶۰/۱ | ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال | ۸,۶۵۰,۰۰۰ | ۸,۶۵۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۱۱ | D۲۳۹۱/۱ | ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال | ۶,۲۶۰,۰۰۰ | ۶,۲۶۰,۰۰۰ | اطفال | | برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال | |
| ۱۲ | D۲۳۹۲/۱ | ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال | ۸,۸۱۰,۰۰۰ | ۸,۸۱۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۱۳ | D۲۳۹۳/۱ | ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال | ۱۱,۲۰۰,۰۰۰ | ۱۱,۲۰۰,۰۰۰ | اطفال | | | |
| ۱۴ | D۱۵۱۰ | فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM) | ۷,۹۸۰,۰۰۰ | ۸,۸۵۰,۰۰۰ | اطفال- ارتو | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۵ | D۱۵۱۶ | فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM) | ۱۰,۷۰۰,۰۰۰ | ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ | اطفال- ارتو | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۶ | D۱۵۱۷ | فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM) | ۱۰,۷۰۰,۰۰۰ | ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ | اطفال- ارتو | ۵,۰۰۰,۰۰۰ | | معاینه بیمار با ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست |
| ۱۷ | D۱۵۲۰ | فضا نگهدار متحرک-یک طرفه | ۶,۸۲۰,۰۰۰ | ۷,۹۱۰,۰۰۰ | اطفال- ارتو | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۸ | D۱۵۲۶ | فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا | ۷,۹۱۰,۰۰۰ | ۹,۴۳۰,۰۰۰ | اطفال- ارتو | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۹ | D۱۵۲۷ | فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین | ۷,۹۱۰,۰۰۰ | ۹,۴۳۰,۰۰۰ | اطفال- ارتو | ۴,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۲۰ | D۳۲۳۰ | پالپکتومی دندان شیری قدامی | ۵,۳۶۰,۰۰۰ | ۶,۰۸۰,۰۰۰ | اطفال-اندو | | | |
| ۲۱ | D۳۲۴۰ | پالپکتومی دندان شیری خلفی | ۶,۶۸۰,۰۰۰ | ۷,۴۸۰,۰۰۰ | اطفال- اندو | | | |

| ردیف | کد | ارتودنسی | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | مواد مصرفی/اینها | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|--|---------|--|------------|------------|----------------------------|------------------|---|--|
| ۱ | D۸۰۸۰ | ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال) | ۶۰,۵۱۰,۰۰۰ | ۸۰,۲۶۰,۰۰۰ | ارتودنسی | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کائین های نهفته و ... 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 | ۶۹,۶۹۰,۰۰۰ | ۹۰,۳۰۰,۰۰۰ | ارتودنسی | ۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۳ | D۸۰۸۰/۱ | | | | | | | |
| ۴ | D۸۰۹۰/۱ | | | | | | | |
| ۵ | D۸۰۲۰ | ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود) | ۴۸,۴۱۰,۰۰۰ | ۶۴,۲۱۰,۰۰۰ | ارتودنسی | ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | | شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک |
| ۶ | D۸۰۳۰ | | | | | | | |
| ۷ | D۸۰۴۰ | | | | | | | |
| ۸ | D۸۰۷۰ | پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک | ۳۱,۵۰۰,۰۰۰ | ۳۹,۵۰۰,۰۰۰ | ارتودنسی - اطفال | ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ | شمل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE، متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ... | |
| ۹ | D۸۰۷۰/۱ | پلاک فانکشنال | ۳۷,۲۸۰,۰۰۰ | ۴۹,۴۴۰,۰۰۰ | ارتودنسی - اطفال | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد | |
| ۱۰ | D۸۰۷۰/۲ | توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE | ۳۸,۲۵۰,۰۰۰ | ۵۲,۰۱۰,۰۰۰ | ارتودنسی - اطفال | ۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰ | فتوگرافی با پلاک | به روش ثابت |
| ۱۱ | D۸۶۸۰ | ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک) | ۱۰,۳۲۰,۰۰۰ | ۱۲,۱۴۰,۰۰۰ | ارتودنسی - ترمیم | ۳,۵۰۰,۰۰۰ | | صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد. |
| تبصره: با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارتودنسی ، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارتودنسی ثابت در صورت درمانی بودن آن حداکثر در طی دو دوره قرارداد متوالی، (حداکثر ۵۰ درصد تعرفه در دوره اول قرارداد و ۵۰ درصد باقیمانده در دوره دوم قرارداد) در صورت داشتن پوشش بیمه ای در تاریخ شروع درمان با رعایت تعرفه سال شروع درمان و سایر مفاد قرارداد تا سقف تعهد بیمه شده بلامانع می باشد . و در مورد ارتودنسی های غیر ثابت کل خسارت صرفا در یک قرارداد (در تاریخ شروع درمان) قابل پرداخت می باشد. | | | | | | | | |

| ردیف | کد | ایمپلنت | عمومی ۱۴۰۲ | متخصص ۱۴۰۲ | متخصص مشمول تعرفه تخصصی | لابراتوار ۱۴۰۱ | ضوابط و مدارک لازم | تعاریف |
|------|---------|--|------------|------------|-------------------------|----------------|---|--|
| ۱ | D۶۰۱۰ | جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح) | ۲۰,۳۱۰,۰۰۰ | ۲۷,۴۷۰,۰۰۰ | پریو- فک و صورت | | ۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد تبصره : 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 | ۲۲,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۲,۰۰۰,۰۰۰ | پریو- فک و صورت | | | |
| ۳ | D۶۱۰۴/۱ | پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان) | ۱۳,۵۳۰,۰۰۰ | ۱۶,۶۰۰,۰۰۰ | 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. | ۱- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد. |
| ۴ | D۶۱۰۴/۲ | پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور | ۱۵,۹۹۰,۰۰۰ | ۲۰,۶۶۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۵ | D۶۱۰۴/۳ | یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان) | ۱۹,۳۱۰,۰۰۰ | ۲۴,۶۰۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۶ | D۶۱۰۴/۴ | پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور | ۲۳,۹۹۰,۰۰۰ | ۳۱,۳۶۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۷ | D۶۱۰۴/۵ | پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان) | ۱۰,۰۹۰,۰۰۰ | ۱۲,۹۱۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۸ | D۶۱۰۴/۶ | پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور | ۱۳,۹۰۰,۰۰۰ | ۱۸,۴۵۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۹ | D۶۱۰۴/۷ | پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان) | ۱۷,۲۲۰,۰۰۰ | ۲۲,۱۴۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۱۰ | D۶۱۰۴/۸ | پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور | ۱۹,۶۸۰,۰۰۰ | ۲۴,۶۰۰,۰۰۰ | پریو -جراح فک و صورت | | | |
| ۱۱ | D۷۹۵۱ | سینوس لیفت OPEN | ۰ | ۳۳,۵۸۰,۰۰۰ | پریو- فک و صورت | ۳۲,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۲ | D۷۹۵۲ | سینوس لیفت CLOSE | ۱۹,۹۵۰,۰۰۰ | ۲۶,۸۹۴,۰۰۰ | پریو- فک و صورت | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | | |
| ۱۳ | D۶۰۶۰ | روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت) | ۲۰,۱۵۰,۰۰۰ | ۲۴,۰۸۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ | ۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست . | |
| ۱۴ | D۶۲۴۱ | پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت | ۱۴,۶۶۰,۰۰۰ | ۱۸,۵۷۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ | تبصره : 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 | ۱۶,۵۰۰,۰۰۰ | ۱۶,۵۰۰,۰۰۰ | پروتز | | | |
| ۱۶ | D۶۱۱۰ | آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا | ۳۳,۹۷۰,۰۰۰ | ۴۲,۱۵۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | 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 | آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین | ۳۳,۹۷۰,۰۰۰ | ۴۲,۱۵۰,۰۰۰ | پروتز | ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ | | |

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 " 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 بیماران 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 حریفه ای، به سرجمع مبلغ جزء حریفه 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 حریفه ای خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود. |
| تبصره ۳: در صورت نیاز بیمار به بیهوشی ، تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) حداکثر معادل ۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد. |
| تبصره ۴: هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد |
| تبصره ۵: خدمات بیهوشی برای گروههای ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد . |
| *کلیه معلولین ذهنی و جسمی |
| *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). |
| تبصره ۶: 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 الفاء استاندارد بیهوشی باشد . |
| تبصره ۷- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد . |
| تبصره ۸- در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد . |