

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰		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	۱,۰۵۷,۰۰۰	۱,۰۵۷,۰۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۲,۵۵۶,۰۰۰	۲,۵۵۶,۰۰۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۲,۵۵۶,۰۰۰	۲,۵۵۶,۰۰۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۳,۷۴۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است .
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۴,۴۳۰,۰۰۰	۵,۰۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۴,۹۲۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۰,۷۳۰,۰۰۰	۱۲,۱۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		جراحی نسج نرم در برگزیده 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	۱۲,۸۴۰,۰۰۰	۱۴,۷۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است .	شامل دندانانی 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	۱۴,۸۵۰,۰۰۰	۱۷,۱۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانانی 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	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۱۳,۲۷۰,۰۰۰	۱۵,۶۹۰,۰۰۰	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 دندان قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلوئولوپلاستی 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	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۲۰,۳۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	
۹	D۷۹۶۰	فرنتکتومی	۱۲,۵۹۰,۰۰۰	۱۴,۴۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروری است .	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۹,۵۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبنس داخل دهان	۵,۸۹۰,۰۰۰	۶,۷۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست .	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۶,۰۷۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد .	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۷,۷۴۰,۰۰۰	۹,۰۶۰,۰۰۰	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	اکسیوز کردن دندان	۱۲,۶۳۰,۰۰۰	۱۴,۵۱۰,۰۰۰	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)	۱۱,۸۹۰,۰۰۰	۱۳,۴۷۰,۰۰۰	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	۹,۱۴۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است .	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۰,۸۳۰,۰۰۰	۱۲,۴۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۲۱,۱۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد .	

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۷,۲۴۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	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	۹,۰۸۰,۰۰۰	۹,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی		۲- جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴ دندان ارسال پانورکس (OPG) قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی		۳- گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان .
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۸,۷۱۰,۰۰۰	۹,۳۴۰,۰۰۰	ترمیمی		۴- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشدوشامل دندانهای شیری نمی گردد.
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۱,۸۱۰,۰۰۰	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی		نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یک سال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد .
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۳,۵۴۰,۰۰۰	۱۴,۵۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۱,۱۶۰,۰۰۰	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۴,۳۸۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عددپین قابل پرداخت است .
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده ( یک فک)	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۱۸,۱۴۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو		۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامی است.

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۰,۵۸۰,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰	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	۱۶,۳۸۰,۰۰۰	۱۹,۷۴۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر ۲ عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۲۲,۳۲۰,۰۰۰	۲۶,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۲۶,۹۸۰,۰۰۰	۳۲,۴۷۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۲۰,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۳,۲۲۰,۰۰۰	۲۷,۹۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۸,۰۵۰,۰۰۰	۳۳,۷۷۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۷,۱۶۰,۰۰۰	۲۰,۷۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۴,۱۱۰,۰۰۰	۲۸,۹۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۹,۱۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۸,۹۱۰,۰۰۰	۲۲,۵۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۲۶,۵۸۰,۰۰۰	۳۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۳۲,۲۷۰,۰۰۰	۳۸,۷۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۹,۴۵۰,۰۰۰	۲۳,۱۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۷,۶۴۰,۰۰۰	۳۳,۱۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۳,۵۶۰,۰۰۰	۴۰,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۹,۸۱۰,۰۰۰	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۸,۷۰۰,۰۰۰	۳۴,۳۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۴,۸۵۰,۰۰۰	۴۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۵,۰۴۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۱۹,۸۴۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۷,۹۳۰,۰۰۰	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۷,۹۱۰,۰۰۰	۹,۴۸۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد- به ازاء هر ریشه	۹,۲۲۰,۰۰۰	۱۰,۱۷۰,۰۰۰	اندو - جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون - کل جلسات ( دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ می باشد )	.	۱۵,۹۱۰,۰۰۰	اندو - اطفال	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز می باشد .	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوزنیزس هر دندان	۱۱,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۲,۱۷۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اندو	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	برو	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۵,۸۸۰,۰۰۰	۷,۰۷۰,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یک بار در سال در خدمت می باشد. در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یک بار در سال، ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد.	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۱,۱۲۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۸۴۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱۷,۲۹۰,۰۰۰	۲۰,۷۲۰,۰۰۰	پریو	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان الزامی است. ۲- افزایش طول تاج و دیستال وج همراه با انجام فلپ، قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۶۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۲۸,۴۴۰,۰۰۰	۳۷,۸۸۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام الزامی است.	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۲,۴۹۰,۰۰۰	۱۵,۶۳۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۵,۲۱۰,۰۰۰	۱۸,۴۲۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۱۴,۱۵۰,۰۰۰	۱۷,۳۶۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکنش و قطع ریشه	۱۱,۸۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۸۰,۰۰۰	پریو - جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است.	

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۷۲,۱۸۰,۰۰۰	۸۰,۰۵۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه OPG ، فتوگرافی از پروتز ( داخل و خارج از دهان) ، و در صورت نیاز معاینه بیمار الزامی است.	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۷۲,۱۸۰,۰۰۰	۸۰,۰۵۰,۰۰۰	پروتز	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۵۳,۱۰۰,۰۰۰	۵۸,۴۵۰,۰۰۰	پروتز	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	D۵۲۱۱/۱	فلپیر ۳ دندان فک بالا	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۳۵۰,۰۰۰	پروتز	۴- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۵۱,۹۵۰,۰۰۰	۵۷,۳۰۰,۰۰۰	پروتز	۵- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر ۳ دندان فک پایین	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۳۵۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۱۰۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۱۰۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه فتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان ) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد ؛ پس از درمان الزامی است .	
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۹,۰۱۰,۰۰۰	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۹,۰۱۰,۰۰۰	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۲۴,۸۶۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	۱- در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یک سال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۲۴,۸۶۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	۲- انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۳۷,۸۵۰,۰۰۰	۴۲,۸۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیگ) PFM	۳۳,۹۱۰,۰۰۰	۳۹,۵۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم ، امتحان پرسلن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۷	D۲۷۴۰	روکش( پرسلن یا زیرکونیوم ) صرفاً دندان های قدامی	۴۴,۴۳۰,۰۰۰	۵۰,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیگ) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۳۵,۱۹۰,۰۰۰	۳۹,۹۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۲۰,۱۲۰,۰۰۰	۲۲,۶۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد .	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد .	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۵,۴۰۰,۰۰۰	۵,۸۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۳,۶۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۷,۵۶۰,۰۰۰	۸,۱۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا بین قدیمی	۷,۹۸۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۲۴,۱۵۰,۰۰۰	۲۶,۸۵۰,۰۰۰	پروتز	۱- ارائه فتوگرافی از نایت گارد (داخل و خارج از دهان ) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد ؛ پس از درمان الزامی است .	
						۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد .	

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی ۱۴۰۳	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	اطفال	
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۳۷۰,۰۰۰	اطفال	
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۰,۵۸۰,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰	اطفال - اندو	
۴	D۱۲۰۸	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۴,۶۷۰,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد .
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۶,۰۴۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۸,۳۰۰,۰۰۰	۸,۵۸۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی	
۷	D۲۹۳۰	روکش استیلنس استیل S.S crown پیش ساخته	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	۱۲,۳۹۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و ترمیم جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۷,۸۷۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۹,۷۷۰,۰۰۰	۹,۷۷۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۹,۳۴۰,۰۰۰	۹,۳۴۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	۱۹,۱۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۵,۹۳۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۱,۶۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو	
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	اطفال- اندو	

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D ۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۱۳۴,۲۸۰,۰۰۰	۱۶۲,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانتین های نهفته و ...	
۲	D ۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۱۵۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۸۱,۵۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D ۸۰۸۰/۱						
۴	D ۸۰۹۰/۱						
۵	D ۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه رادیوگرافی های پانورکس 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	D ۸۰۳۰						
۷	D ۸۰۴۰						
۸	D ۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۶۴,۲۰۰,۰۰۰	۷۵,۴۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...	
۹	D ۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۸۱,۸۰۰,۰۰۰	۹۹,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال در حین دوره درمان می باشد .	
۱۰	D ۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۹۵,۳۱۰,۰۰۰	۱۱۴,۹۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D ۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۲۳,۳۶۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		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 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.

### تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۳	متخصص ۱۴۰۳	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۸۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس قبل از جراحی و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۳۰,۶۰۰,۰۰۰	۳۰,۶۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۹,۶۲۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳,۱۸۰,۰۰۰	۲۹,۹۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریا ل ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است. ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۴,۷۸۰,۰۰۰	۴۵,۴۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	تبصره : 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)	۱۴,۶۳۰,۰۰۰	۱۸,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۱۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۸,۵۴۰,۰۰۰	۳۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۹۸,۴۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرنانت در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است .	
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۶۰,۱۸۰,۰۰۰	۷۰,۲۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۴۸,۹۸۰,۰۰۰	۵۴,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد .
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پوتتیک) جهت ایمپلنت	۴۱,۵۷۰,۰۰۰	۴۷,۲۳۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۳۵,۵۳۰,۰۰۰	۲۴۷,۳۸۰,۰۰۰	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 فتوگرافی بعد از درمان	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۳۵,۵۳۰,۰۰۰	۲۴۷,۳۸۰,۰۰۰	پروتز		



## تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم در بخش خصوصی سال ۱۴۰۳

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- منظور از اطفال، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد.
۴- منظور از فتوگرافی، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده می باشد.
۵- 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.
۶- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد.
۷- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد.
۸- 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 القاء استاندارد بیهوشی باشد.
۹- حداکثر ۲ عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان پرداخت خواهد شد.
۱۰- ویزیت منجر به انجام خدمت دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۱۱- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.
۱۲- اخذ هرگونه وجه اضافه تحت عناوین مختلف از جمله تفاوت کیفیت در مواد، لابراتوار و ... ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهام بیمار) براساس تعرفه های اعلام شده بوده و پس از اتمام سقف اعلامی برای هر بیمه شده، مرکز می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه از بیمار دریافت نماید.

موارد مرتبط دندانپزشکی توام با بیهوشی
<b>تبصره ۱-</b> 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 ۴۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
<b>تبصره ۲-</b> هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
<b>تبصره ۳-</b> خدمات بیهوشی برای گروههای ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد.
* کلیه معلولین ذهنی و جسمی
* موارد فوبیا (phobia، ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال.