

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۸۶۸,۰۰۰	۱,۲۰۷,۰۰۰		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	۴۷۴,۸۰۰	۴۷۴,۸۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۷۷۷,۲۰۰	۱,۷۷۷,۲۰۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۷۷۷,۲۰۰	۱,۷۷۷,۲۰۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۳,۷۸۰,۰۰۰	۴,۴۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۴,۸۵۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۵,۳۹۰,۰۰۰	۶,۳۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۲,۶۳۰,۰۰۰	۱۴,۵۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	جراحی نسج نرم در برگیرنده 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	۱۴,۶۳۰,۰۰۰	۱۷,۱۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		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	۱۶,۴۴۰,۰۰۰	۱۹,۵۰۰,۰۰۰	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	آلئوپلاستی نیم فک	۱۵,۶۷۰,۰۰۰	۱۸,۹۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلئوپلاستی در برگیرنده 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	۱۹,۶۴۰,۰۰۰	۲۴,۷۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۱۴,۴۳۰,۰۰۰	۱۶,۹۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۱۸,۵۵۰,۰۰۰	۲۲,۵۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۶,۲۳۰,۰۰۰	۷,۳۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۸,۳۸۰,۰۰۰	۹,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۵,۶۶۰,۰۰۰	۶,۹۵۰,۰۰۰	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	اکسپوز کردن دندان	۱۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۱۳,۵۸۰,۰۰۰	۱۵,۷۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۳,۰۱۰,۰۰۰	۱۵,۲۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۲۰,۲۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۸,۴۳۰,۰۰۰	۹,۲۸۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم یا سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود. ۲-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان . ۳-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. نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱۰,۴۵۰,۰۰۰	۱۱,۳۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۳,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۰۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱۰,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۴,۵۳۰,۰۰۰	۱۶,۲۳۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	۲۰,۰۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۶,۳۸۰,۰۰۰	۱۷,۷۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۸,۷۶۰,۰۰۰	۳۱,۱۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۴,۶۷۰,۰۰۰	۵,۰۹۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هردندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	۲۰,۳۰۰,۰۰۰	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	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۴,۵۱۰,۰۰۰	۱۵,۷۹۰,۰۰۰	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	۲۰,۹۴۰,۰۰۰	۲۵,۲۷۰,۰۰۰	اندو	۱-رادیوگرافی تشخیصی قبل یا حین و نیز بعد از درمان. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۲۳,۷۵۰,۰۰۰	۲۸,۶۳۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۷۵۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۸,۱۷۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۰,۹۴۰,۰۰۰	۲۵,۲۷۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۳,۷۵۰,۰۰۰	۲۸,۶۳۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۷۵۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۸,۱۷۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۰,۹۴۰,۰۰۰	۲۵,۲۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳,۷۵۰,۰۰۰	۲۸,۶۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۷۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۸,۱۷۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۲۲,۸۲۰,۰۰۰	۲۷,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	۳۲,۴۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۳۲,۶۰۰,۰۰۰	۳۹,۶۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۰۴۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۲,۸۲۰,۰۰۰	۲۷,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	۳۲,۴۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۲,۶۰۰,۰۰۰	۳۹,۶۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۰۴۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲,۸۲۰,۰۰۰	۲۷,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	۳۲,۴۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۲,۶۰۰,۰۰۰	۳۹,۶۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۰۴۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	۲۱,۲۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل و بعد از درمان	
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۹,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۴۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۲۰,۴۲۰,۰۰۰	۲۵,۴۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۱,۰۸۰,۰۰۰	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به-ازاء هر ریشه	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۲۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)	۲۰,۱۶۰,۰۰۰	۲۲,۲۸۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۱۵,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۷۱۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرپوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۸,۳۴۰,۰۰۰	۲۰,۰۴۰,۰۰۰	اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	پریو	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۵,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یکبار در سال در تعهد می باشد.	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	پریو	در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد	
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۲۰,۶۳۰,۰۰۰	۲۵,۲۶۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۱۷,۷۹۰,۰۰۰	۲۱,۵۳۰,۰۰۰	پریو	۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.	
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۳۶,۳۲۰,۰۰۰	۴۹,۰۷۰,۰۰۰	پریو	فوتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۲۱,۴۵۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۱۹,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۳۴۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۱۸,۳۴۰,۰۰۰	۲۲,۶۷۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۱۴,۰۷۰,۰۰۰	۱۶,۷۵۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۵۸,۰۶۰,۰۰۰	۶۸,۶۹۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان)	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۵۸,۰۶۰,۰۰۰	۶۸,۶۹۰,۰۰۰	پروتز	۲- در صورت نیاز: معاینه بیمار	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۴۰,۴۳۰,۰۰۰	۴۷,۶۶۰,۰۰۰	پروتز	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۱۸,۱۹۰,۰۰۰	۲۱,۴۵۰,۰۰۰	پروتز	۴- 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.	
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۳۹,۷۱۰,۰۰۰	۴۶,۹۴۰,۰۰۰	پروتز	۵- بعد از درمان: پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۱۸,۱۹۰,۰۰۰	۲۱,۴۵۰,۰۰۰	پروتز	۶- بعد از درمان: پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۵۳,۲۲۰,۰۰۰	۶۵,۹۷۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۵۳,۲۲۰,۰۰۰	۶۵,۹۷۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۱۸,۳۹۰,۰۰۰	۱۹,۶۶۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۱۸,۳۹۰,۰۰۰	۱۹,۶۶۰,۰۰۰	پروتز	۲- فوتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد.	
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۱,۲۷۰,۰۰۰	۱۲,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۱,۲۷۰,۰۰۰	۱۲,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۱۴,۴۸۰,۰۰۰	۱۷,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۱۴,۴۸۰,۰۰۰	۱۷,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	۲- انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۲۸,۰۴۰,۰۰۰	۳۴,۸۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان.	
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۲۶,۴۷۰,۰۰۰	۳۴,۱۲۰,۰۰۰	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 پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۷	D۲۷۴۰	روکش (پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۳۲,۰۴۰,۰۰۰	۴۰,۵۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی یا ذکر علت انتخاب درمان.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۴۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان	
						۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۱۶,۶۳۰,۰۰۰	۲۰,۰۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- راديوگرافی تشخیصی بعد از درمان.	
						۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۵,۶۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	درآوردن روکش قدیمی	۴,۵۶۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۶,۱۶۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۶,۰۶۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۹,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	درآوردن پست یا پین قدیمی	۸,۳۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۱۶,۰۳۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- فوتوگرافی پس از درمان از نایت گارد (داخل و خارج از دهان) که صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد.	
						۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۰۶۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۵,۴۷۰,۰۰۰	۶,۳۲۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۴,۵۱۰,۰۰۰	۱۵,۷۹۰,۰۰۰	اطفال - آندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۵,۱۲۰,۰۰۰	۵,۳۳۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۸,۵۲۰,۰۰۰	۸,۸۶۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۹,۹۹۰,۰۰۰	۱۰,۳۷۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۱۴,۶۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان. 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	۹,۱۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۲۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و نیز دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۱۱,۲۹۰,۰۰۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۵,۰۶۰,۰۰۰	۱۶,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۱,۶۱۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۵,۶۹۰,۰۰۰	۱۷,۵۳۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۹,۱۳۰,۰۰۰	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۵,۰۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۱۶,۶۳۰,۰۰۰	۱۹,۱۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۶,۶۳۰,۰۰۰	۱۹,۱۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۹,۸۱۰,۰۰۰	۱۱,۹۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۱,۶۹۰,۰۰۰	۱۴,۶۶۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۱,۶۹۰,۰۰۰	۱۴,۶۶۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۵,۲۰۰,۰۰۰	۱۶,۷۲۰,۰۰۰	اطفال-آندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۶,۷۲۰,۰۰۰	۱۸,۶۲۰,۰۰۰	اطفال- آندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۱۶۹,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۷,۶۷۰,۰۰۰	ارتودنسی	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...	
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۱۲۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۷۱,۹۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۱۱۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۳,۶۷۰,۰۰۰	ارتودنسی	رادیوگرافی های تشخیصی پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۸۷,۶۴۰,۰۰۰	۹۲,۶۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۱۳,۹۳۰,۰۰۰	۱۲۰,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۱۳۴,۱۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۲۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۷,۰۱۰,۰۰۰	۲۰,۵۸۰,۰۰۰	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 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.

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۶۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۳۷,۳۸۰,۰۰۰	۵۱,۴۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- رادیوگرافی پانورکس تشخیصی قبل یا CBCT (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) و نیز رادیوگرافی بعد از درمان. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۲	D۶۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۲۱,۶۲۰,۰۰۰	۲۶,۴۵۰,۰۰۰	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- CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۵,۵۴۰,۰۰۰	۳۳,۰۲۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۳۰,۸۶۰,۰۰۰	۳۹,۳۱۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۸,۳۳۰,۰۰۰	۵۰,۱۱۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۶,۱۲۰,۰۰۰	۲۰,۶۳۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۲,۲۱۰,۰۰۰	۲۹,۴۸۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۲۷,۵۵۰,۰۰۰	۳۵,۳۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۱,۴۵۰,۰۰۰	۳۹,۳۱۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۴۴,۴۱۰,۰۰۰	۶۱,۰۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرانت در هر نوبت جراحی (همزمان)صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است	
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۳۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۰,۲۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۳۱,۱۷۰,۰۰۰	۳۸,۸۷۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس تشخیصی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان)	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۲۶,۴۷۰,۰۰۰	۳۴,۱۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۵۲,۳۴۰,۰۰۰	۶۸,۳۷۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- پانورکس بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۵۲,۳۴۰,۰۰۰	۶۸,۳۷۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

موارد مرتبط با بیهوشی در خدمات دندانپزشکی

۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی بصورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) حداکثر معادل ۵۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۳- خدمات بیهوشی به کلیه معلولین ذهنی و جسمی و نیز کودکان کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی کنند ، تعلق می گیرد.
۴- صرفاً آن دسته از مراکز درمانی مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی با بیهوشی هستند که دارای مجوز و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

۱- تعرفه های تخصصی صرفاً "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون " متخصص مشمول تعرفه تخصصی " 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 و پرداخت 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- فوتوگرافی : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمت یا خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت 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- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.
۷- تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.

تذکرات مهم

۱- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف ازجمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و ... ممنوع می باشد.
۲- دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی صرفاً مجاز به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) بر اساس تعرفه های اعلام شده و نیز مازاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.
۳- درصورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده ، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه محاسبه و از بیمار دریافت نمایند .