

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر 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	۱,۵۲۶,۰۰۰	۲,۱۵۱,۰۰۰		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	۸۲۲,۹۴۰	۸۲۲,۹۴۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۲,۰۵۱,۳۸۰	۲,۰۵۱,۳۸۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۲,۰۵۱,۳۸۰	۲,۰۵۱,۳۸۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۴,۷۰۰,۰۰۰	۵,۳۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۶,۰۴۰,۰۰۰	۶,۸۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۶,۷۲۰,۰۰۰	۷,۶۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۵,۱۳۰,۰۰۰	۱۷,۰۹۰,۰۰۰	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	۱۷,۷۸۰,۰۰۰	۲۰,۳۳۰,۰۰۰	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	۲۰,۲۷۰,۰۰۰	۲۳,۳۳۰,۰۰۰	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	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	۲۱,۷۵۰,۰۰۰	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	۲۲,۷۷۰,۰۰۰	۲۷,۸۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۱۷,۴۷۰,۰۰۰	۲۰,۰۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۲۲,۵۲۰,۰۰۰	۲۶,۵۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۷,۹۰۰,۰۰۰	۹,۰۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۹,۳۵۰,۰۰۰	۱۰,۰۷۰,۰۰۰	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	۱۷,۵۴۰,۰۰۰	۲۰,۰۹۰,۰۰۰	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)	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۱۸,۶۹۰,۰۰۰	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	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	۱۴,۹۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۵,۳۵۰,۰۰۰	۱۷,۵۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۲۳,۷۶۰,۰۰۰	۲۸,۸۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر 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	۱۰,۳۰۰,۰۰۰	۱۱,۱۵۰,۰۰۰	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	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	۱۳,۸۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۷,۰۷۰,۰۰۰	۱۸,۲۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱۲,۷۸۰,۰۰۰	۱۳,۶۳۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۷,۱۴۰,۰۰۰	۱۸,۸۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲۱,۱۶۰,۰۰۰	۲۳,۴۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندانهای دائمی	۱۹,۶۶۰,۰۰۰	۲۱,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۲,۳۶۰,۰۰۰	۳۴,۷۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۶,۰۳۰,۰۰۰	۶,۴۵۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هردندان حداکثر ۲عددپین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۲۲,۳۰۰,۰۰۰	۲۴,۸۵۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو	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 عمومی غیر 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	۱۶,۲۳۰,۰۰۰	۱۷,۵۱۰,۰۰۰	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	۲۲,۹۲۰,۰۰۰	۲۷,۲۶۰,۰۰۰	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	۲۶,۱۵۰,۰۰۰	۳۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۳۱,۶۴۰,۰۰۰	۳۷,۵۹۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۸,۹۴۰,۰۰۰	۱۰,۶۳۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۲,۹۲۰,۰۰۰	۲۷,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۶,۱۵۰,۰۰۰	۳۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۱,۶۴۰,۰۰۰	۳۷,۵۹۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۸,۹۴۰,۰۰۰	۱۰,۶۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲,۹۲۰,۰۰۰	۲۷,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۶,۱۵۰,۰۰۰	۳۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۱,۶۴۰,۰۰۰	۳۷,۵۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۸,۹۴۰,۰۰۰	۱۰,۶۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۲۵,۸۵۰,۰۰۰	۳۰,۵۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۳۰,۳۵۰,۰۰۰	۳۶,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۳۶,۸۸۰,۰۰۰	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۱,۳۷۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۵,۸۵۰,۰۰۰	۳۰,۵۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۳۰,۳۵۰,۰۰۰	۳۶,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۶,۸۸۰,۰۰۰	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۱,۳۷۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۵,۸۵۰,۰۰۰	۳۰,۵۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۳۰,۳۵۰,۰۰۰	۳۶,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۶,۸۸۰,۰۰۰	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۱,۳۷۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۲۰,۷۱۰,۰۰۰	۲۴,۵۸۰,۰۰۰	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	۲۲,۶۳۰,۰۰۰	۲۷,۰۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۲۴,۳۹۰,۰۰۰	۲۹,۳۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۱,۹۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۲۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازا هر ریشه	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳ میباشد)	۲۲,۱۴۰,۰۰۰	۲۴,۲۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوزنریس هر دندان	۱۷,۶۴۰,۰۰۰	۱۹,۰۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرپوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۹,۴۹۰,۰۰۰	۲۱,۱۹۰,۰۰۰	اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر 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	۲۴,۰۷۰,۰۰۰	۲۸,۷۱۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۲۰,۳۳۰,۰۰۰	۲۴,۰۷۰,۰۰۰	پریو	۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.	
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۳۹,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۰۵۰,۰۰۰	پریو	فوتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۸,۳۵۰,۰۰۰	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۲۱,۵۶۰,۰۰۰	۲۵,۹۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۲۰,۳۲۰,۰۰۰	۲۴,۶۶۰,۰۰۰	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	۱۶,۵۸۰,۰۰۰	۱۹,۲۶۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر 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	۶۸,۶۱۰,۰۰۰	۷۹,۲۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان)	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۶۸,۶۱۰,۰۰۰	۷۹,۲۳۰,۰۰۰	پروتز	۲- در صورت نیاز معاینه بیمار	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۴۹,۴۸۰,۰۰۰	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۲۲,۲۷۰,۰۰۰	۲۵,۵۲۰,۰۰۰	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	۴۸,۱۳۰,۰۰۰	۵۵,۳۶۰,۰۰۰	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	۲۲,۲۷۰,۰۰۰	۲۵,۵۲۰,۰۰۰	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	۶۳,۷۷۰,۰۰۰	۷۶,۵۲۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۶۳,۷۷۰,۰۰۰	۷۶,۵۲۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۲۰,۸۴۰,۰۰۰	۲۲,۱۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۲۰,۸۴۰,۰۰۰	۲۲,۱۲۰,۰۰۰	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	۱۳,۷۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۳,۷۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۱۷,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۵۰,۰۰۰	پروتز	۱-در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد	
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۱۷,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۵۰,۰۰۰	پروتز	۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۳۴,۱۱۰,۰۰۰	۴۰,۹۱۰,۰۰۰	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	۲۹,۷۲۰,۰۰۰	۳۷,۳۷۰,۰۰۰	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	۳۸,۶۴۰,۰۰۰	۴۷,۱۴۰,۰۰۰	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	۲۷,۲۵۰,۰۰۰	۳۳,۶۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۱۹,۴۵۰,۰۰۰	۲۲,۸۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۱۹,۱۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱-رادیوگرافی تشخیصی بعد از درمان.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۵,۸۲۰,۰۰۰	۶,۷۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۷,۶۲۰,۰۰۰	۸,۲۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۷,۷۳۰,۰۰۰	۸,۹۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	۱۱,۹۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۰,۵۹۰,۰۰۰	۱۲,۲۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۱۸,۵۳۰,۰۰۰	۲۲,۱۹۰,۰۰۰	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 عمومی غیر دولتی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ (هزینه های مستقیم (آزاد) و طرف قرارداد)

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۵,۳۱۰,۰۰۰	۵,۹۹۰,۰۰۰	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.
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۶,۶۴۰,۰۰۰	۷,۴۹۰,۰۰۰	اطفال	
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۶,۲۳۰,۰۰۰	۱۷,۵۱۰,۰۰۰	اطفال - آندو	
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۶,۵۸۰,۰۰۰	۶,۷۹۰,۰۰۰	اطفال	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۹,۵۲۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اطفال	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۱۲,۱۷۰,۰۰۰	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی	
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۱۶,۶۳۰,۰۰۰	۱۸,۳۳۰,۰۰۰	اطفال	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	۱۲,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۱۳,۹۳۰,۰۰۰	۱۴,۹۴۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۳,۸۱۰,۰۰۰	۱۴,۷۲۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۸,۵۱۰,۰۰۰	۲۰,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۲۲,۸۵۰,۰۰۰	۲۵,۳۳۰,۰۰۰	اطفال	
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۶,۳۹۰,۰۰۰	۱۸,۰۹۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۲۱,۰۲۰,۰۰۰	۲۳,۵۷۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۲۱,۰۲۰,۰۰۰	۲۳,۵۷۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۲,۶۹۰,۰۰۰	۱۴,۸۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۴,۷۳۰,۰۰۰	۱۷,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۴,۷۳۰,۰۰۰	۱۷,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۶,۸۰۰,۰۰۰	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	اطفال-آندو	
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۸,۴۸۰,۰۰۰	۲۰,۵۸۰,۰۰۰	اطفال- آندو	

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر 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)	۱۸۳,۰۱۰,۰۰۰	۲۲۱,۶۸۰,۰۰۰	ارتودنسی	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...		
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۲۱۰,۴۶۰,۰۰۰	۲۵۴,۹۴۰,۰۰۰	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	
۳	D۸۰۸۰/۱							
۴	D۸۰۹۰/۱							
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۱۳۳,۰۱۰,۰۰۰	۱۶۷,۶۸۰,۰۰۰	ارتودنسی	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک		
۶	D۸۰۳۰							
۷	D۸۰۴۰							
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۹۰,۵۵۰,۰۰۰	۱۰۷,۶۲۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...	
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۱۷,۷۲۰,۰۰۰	۱۳۹,۹۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۱۳۷,۱۱۰,۰۰۰	۱۶۵,۱۶۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	به روش ثابت		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۲۰,۵۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۸۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	فتوگرافی 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. 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 عمومی غیر 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)	۴۰,۳۶۰,۰۰۰	۵۴,۳۹۰,۰۰۰	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
	D۶۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۲۴,۱۸۰,۰۰۰	۲۹,۵۸۰,۰۰۰	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.	
	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۸,۵۷۰,۰۰۰	۳۶,۹۳۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۳۴,۵۱۰,۰۰۰	۴۳,۹۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۴۲,۸۷۰,۰۰۰	۵۶,۰۴۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۳,۰۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۴,۸۳۰,۰۰۰	۳۲,۹۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۳۰,۸۱۰,۰۰۰	۳۹,۵۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۵,۱۸۰,۰۰۰	۴۳,۹۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۴۸,۹۱۰,۰۰۰	۶۵,۵۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرانت در هر نوبت جراحی (همزمان)صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است	
	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۳۹,۶۴۰,۰۰۰	۵۳,۲۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۴۵,۹۰۰,۰۰۰	۵۶,۹۵۰,۰۰۰	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
	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۲۹,۷۲۰,۰۰۰	۳۷,۳۷۰,۰۰۰	پروتز		
	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرنش کوپینگ و غیره تا سقف	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۶۳,۴۸۰,۰۰۰	۷۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، پال 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	
	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۶۳,۴۸۰,۰۰۰	۷۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش عمومی غیر 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 ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ 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- در صورت 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 .