

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۳,۵۷۷,۰۰۰	۴,۹۸۷,۰۰۰		ویزیت منجر به درمان 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	۳,۲۱۱,۰۰۰	۳,۲۱۱,۰۰۰			
۳	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۷,۸۳۴,۵۰۰	۷,۸۳۴,۵۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند	
۴	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۷,۵۷۵,۵۰۰	۷,۵۷۵,۵۰۰		پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
ردیف	کد	هزینه های جراحی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۸,۱۰۰,۰۰۰	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. شامل دندانانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد . 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 یا کانال است .
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۳۳,۱۰۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو		
۷	D۷۳۲۱	آلوتولوپلاستی نیم فک	۳۳,۳۰۰,۰۰۰	۳۷,۷۰۰,۰۰۰	جراح 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 دندان قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلوتولوپلاستی 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	۳۹,۸۰۰,۰۰۰	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنگتومی	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	۴۶,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبنسه داخل دهان	۱۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۶,۷۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۱۷,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۱۹,۵۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	جراح 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- هرکوادرات فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	جراح 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)	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	۳۳,۹۰۰,۰۰۰	جراح 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	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۶,۳۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت -بیماری های دهان - پریو	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

ردیف	کد	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با 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. ۴-در صورتی که دندان نیاز به روکش داشته باشد هزینه ترمیم زیر آن حداکثر معادل سه سطحی قابل پرداخت است. نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد.	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۳۱,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	۶۱,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال یا فایبرپست	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی-پروتز	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کمپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۶,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پریو	۱-صرفا جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۲۹,۳۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.	
۲	D۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۴۲,۷۰۰,۰۰۰	۵۰,۲۰۰,۰۰۰	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	D۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	۶۸,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۷۰,۳۰۰,۰۰۰	۸۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۰,۶۰۰,۰۰۰	۷۱,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۷۳,۱۰۰,۰۰۰	۸۵,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۴,۷۰۰,۰۰۰	۵۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۶۲,۹۰۰,۰۰۰	۷۳,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۱۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۷۶,۰۰۰,۰۰۰	۸۹,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۹,۳۰۰,۰۰۰	۵۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۹,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۸۳,۷۰۰,۰۰۰	۹۸,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۵۰,۷۰۰,۰۰۰	۵۹,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	۸۴,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۸۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۳,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	۶۰,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	۸۷,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۹۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراح فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل و بعد از درمان	
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۴۰,۷۰۰,۰۰۰	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	اندو -جراح فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۴۳,۸۰۰,۰۰۰	۵۰,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراح فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۹۰۰,۰۰۰	اندو -جراح فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگرید-به ازاء هر ریشه	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	۲۶,۶۰۰,۰۰۰	اندو -جراح فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشند).	۳۹,۱۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنریز هر دندان	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۳۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۴,۷۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

ردیف	کد	پ ر ی و	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۱۴,۴۰۰,۰۰۰	۱۶,۸۰۰,۰۰۰	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	بروساژ یک فک	۲,۸۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو	در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد	
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان ۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۳۵,۷۰۰,۰۰۰	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۶۲,۴۰۰,۰۰۰	۷۹,۶۰۰,۰۰۰	پریو	فوتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۷۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۳,۳۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۳۴,۵۰۰,۰۰۰	۴۰,۳۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۳,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان)	۲- در صورت نیاز معاینه بیمار ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. 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- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد . ۶- 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	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۲۷,۶۰۰,۰۰۰	۱۳۸,۹۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک بالا	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۲۴,۶۰۰,۰۰۰	۱۳۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک پایین	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	۲- فوتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد.
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	۱-در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	۲-انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر بانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ،امتحان فریم ، امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم) می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۱۰۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۱۷,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۹۱,۱۰۰,۰۰۰	۹۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر بانورکس 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	۴۸,۱۰۰,۰۰۰	۵۳,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- رادیوگرافی تشخیصی بعد از درمان. ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست	*	*	پروتز - ترمیمی		
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۹,۳۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۳,۷۰۰,۰۰۰	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۳۰۰,۰۰۰	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	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و نیز دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴۷,۹۰۰,۰۰۰	۵۴,۸۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۴۱,۵۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۵,۱۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴۵,۱۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال-ارتو		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال - اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

دیف	کد	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۳۰۲,۳۰۰,۰۰۰	۳۶۲,۳۰۰,۰۰۰	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	
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۳۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۱۰,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		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)	۲۲۵,۹۰۰,۰۰۰	۲۷۷,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک یا ارتودنسی با الاینر (نامرئی) یا ساده	
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۱۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۶۸,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...	
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۸۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد	
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۲۱۶,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۹,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵۱,۹۰۰,۰۰۰	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		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.							

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

ردیف	کد	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصصی مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	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
	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۲۰۰,۰۰۰	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- ارائه گرافی فاینال تشخیصی بعد از پیوند های تأخیری ۴- 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	۴۸,۸۰۰,۰۰۰	۶۵,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۸,۲۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۶,۲۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۶۴,۲۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۶,۹۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	جهت دندان های مجاور در یک کوادرات در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است	
	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۳۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۶۱,۸۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	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	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرسن کوپینگ و غیره تا سقف	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	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	
	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مستقیم (آزاد) در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

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 ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ 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 حق 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 ، ایمپلنت و پروتز های ثابت و متحرک 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.

۸- در بیماران باردار ارائه آخرین گزارش سونوگرافی و فتوگرافی بعد از درمان الزامی می باشد.