

تعرفه دندانپزشکی سال ۱۳۹۷

کد خدمت	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	ویزیت و طرح درمان	۲۱۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰		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
۱	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۱۸۸,۰۰۰	۱۸۸,۰۰۰	کلیه متخصصین		
۳	گرافی اکلوزال	۳۱۴,۰۰۰	۳۱۴,۰۰۰			
۴	گرافی پانورکس	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰			درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.
۵	گرافی لترال سفالومتری	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰			
کد خدمت	جراحی دهان	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۵۸۰,۰۰۰	۷۶۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	
۲	کشیدن هر دندان خلفی	۶۹۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	
۳	کشیدن هر دندان عقل	۸۶۰,۰۰۰	۱,۱۱۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱,۵۱۰,۰۰۰	۲,۲۷۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	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	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	جراحی نسج سخت شامل فلپ ، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. هزینه الوئوپلاستی در برگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم ، برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۶	※آلوئوپلاستی (هر نیم فک)	۱,۵۱۰,۰۰۰	۲,۲۷۰,۰۰۰		جراح فک - پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۷	※عمیق کردن وستیبول (هر نیم فک)	۲,۶۵۰,۰۰۰	۳,۹۶۰,۰۰۰		جراح فک - پریو	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۸	فرنکتومی	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰		جراح فک - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۹	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۲,۶۵۰,۰۰۰	۳,۹۶۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان الزامی است
۱۰	باز کردن آبسه داخل دهان	۴۴۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲۲۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰		-	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت بوده و شامل درمان دندان خارج شده توسط همان مرکز نمی شود.
۱۲	بخیه هر ناحیه	۲۴۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰		جراح فک و صورت	۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هر کوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.
۱۳	اکسپوز کردن دندان	۲,۱۵۰,۰۰۰	۳,۲۱۰,۰۰۰		جراح فک - پریو- اطفال	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است

۱۴	آمپوتاسیون ریشه	۱,۸۹۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۱,۴۵۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	جراح فک - پرو - سمانها، دهان	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۱۵۰,۰۰۰	۳,۲۱۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	

کد خدمت	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۲۷۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی	۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود . ۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است. ۳- هزینه بیلدآپ ترمیم دندان های اندو شده MOD ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد.	
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۵۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۶۷۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	ترمیم اچ نوری دو سطحی یا کلاس سه	۱,۶۷۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۱,۸۴۰,۰۰۰	۲,۳۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	ترمیم بیلد آپ با آمالگام	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	پین داخل عاج هر عدد	۲۸۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۳۱۰,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان اندو شده حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۵۶۰,۰۰۰	۷۳۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- فک و صورت	۱- صرفاً جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد- اسپلینت بعد از ارتودنسی قابل پرداخت نمی باشد . ۲- ارسال فوتورادیوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	درمان ریشه	کد خدمت
		اندو	۹۰۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	پالپوتومی اوژانس (دندان دائمی)	۱
		اندو	۲,۱۲۰,۰۰۰	۱,۶۳۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کاناله	۲
		اندو	۳,۱۸۰,۰۰۰	۲,۴۵۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کاناله	۳
		اندو	۴,۴۸۰,۰۰۰	۳,۴۵۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کاناله	۴
		اندو	۵,۰۵۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰	درمان ریشه چهار کاناله	۵
		اندو	۲,۳۲۰,۰۰۰	۱,۷۸۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۶
		اندو	۳,۴۲۰,۰۰۰	۲,۶۳۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۷
		اندو	۴,۹۸۰,۰۰۰	۳,۸۲۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۸
		اندو	۵,۶۳۰,۰۰۰	۴,۳۳۰,۰۰۰	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۹
		اندو	۲,۵۳۰,۰۰۰	۱,۹۴۰,۰۰۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۰
		اندو	۳,۷۴۰,۰۰۰	۲,۸۹۰,۰۰۰	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱
		اندو	۵,۳۷۰,۰۰۰	۴,۱۴۰,۰۰۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۲
		اندو	۶,۱۱۰,۰۰۰	۴,۷۰۰,۰۰۰	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۱۳
		اندو	۲,۹۲۰,۰۰۰	۱,۹۴۰,۰۰۰	درمان مجدد یک کاناله	۱۴
		اندو	۴,۳۳۰,۰۰۰	۲,۸۹۰,۰۰۰	درمان مجدد دو کاناله	۱۵
		اندو	۶,۲۰۰,۰۰۰	۴,۱۴۰,۰۰۰	درمان مجدد سه کاناله	۱۶
		اندو	۷,۰۶۰,۰۰۰	۴,۷۰۰,۰۰۰	درمان مجدد چهار کاناله	۱۷
		اندو	۳,۱۱۰,۰۰۰	۲,۰۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۸
		اندو	۴,۷۰۰,۰۰۰	۳,۱۴۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۹
		اندو	۶,۴۳۰,۰۰۰	۴,۲۹۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۰
		اندو	۷,۷۱۰,۰۰۰	۵,۱۴۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۲۱
		اندو	۳,۳۴۰,۰۰۰	۲,۲۱۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲
		اندو	۵,۲۳۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳
		اندو	۶,۵۸۰,۰۰۰	۴,۳۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۴
		اندو	۷,۸۱۰,۰۰۰	۵,۲۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۲۵
		اندو - جراح فک-پریو	۴,۳۳۰,۰۰۰	۲,۸۹۰,۰۰۰	رزکسیون اپیکال رتروگرید یک ریشه	۲۶
		اندو - جراح فک-پریو	۵,۴۵۰,۰۰۰	۳,۶۳۰,۰۰۰	رزکسیون اپیکال رتروگرید دو ریشه	۲۷
		اندو - جراح فک-پریو	۵,۹۲۰,۰۰۰	۳,۹۵۰,۰۰۰	رزکسیون اپیکال رتروگرید سه ریشه	۲۸

۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.
 ۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT
 یک دندان قابل پرداخت می باشد.

۲۹	اپکسیفیکیشن دندان دائمی کل جلسات	۲,۶۳۰,۰۰۰	۳,۹۵۰,۰۰۰	اندو - اطفال	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال ومراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه باکلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد
۳۰	اپکسوزنزیس هر دندان	۱,۴۴۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست
۳۱	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱,۳۹۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو	

کد خدمت	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	---	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال نیاز به درخواست و تأیید جداگانه می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۱۹۰,۰۰۰	۱,۱۹۰,۰۰۰	---	۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۳	بروساز هر فک	۱۴۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰	---		
۴	فلپ ۱/۲ دهان	۲,۹۴۰,۰۰۰	۴,۴۱۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	فلپ ۱/۶ دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰	پریو		
۶	پیوند لثه یک دندان	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۷	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۱,۸۷۰,۰۰۰	۲,۴۴۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۸	دیستال وج	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۹	همی سکشن و قطع ریشه	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۱۰,۰۰۰	جراح فک - پریو-اندو	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامیست	

کد خدمت	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	دست دندان	۱۸,۰۱۰,۰۰۰	۲۷,۰۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- مراکز طرف قرارداد : معاینه بیمار قبل از درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲- خسارت متفرقه : معاینه بیمار پس از درمان الزامیست .	
۲	نیم دست دندان	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۹۰,۰۰۰	پروتز		
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۹,۰۵۰,۰۰۰	پروتز		
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۴,۰۵۰,۰۰۰	۶,۰۶۰,۰۰۰	پروتز		
۵	به ازاء هر دندان اضافه	۴۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۰۰۰	پروتز		
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۲,۴۲۰,۰۰۰	۳,۶۴۰,۰۰۰	پروتز		
۷	تعمیر پروتز شکسته	۱,۵۳۰,۰۰۰	۱,۵۳۰,۰۰۰	---		
۸	ریلین هر فک	۱,۸۴۰,۰۰۰	۲,۷۵۰,۰۰۰	پروتز		
۹	ریبیس هر فک	۲,۵۱۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	پروتز		
۱۰	پروتز ثابت هر واحد PFM	۴,۶۶۰,۰۰۰	۶,۰۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتوار لحاظ شده و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست .	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۱	پروتز ثابت PFM هر واحد پونتیک	۳,۸۳۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۲	روکش تمام پرسن و یا زیرکونیوم	۶,۰۱۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۳	پست ریختگی	۲,۱۷۰,۰۰۰	۲,۸۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- هزینه های لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است . و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد ۲- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۴	فایبر پست با ترمیم	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۵	خارج کردن روکشهای قدیمی	۳۲۰,۰۰۰	۳۲۰,۰۰۰	-	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۱۶	چسباندن روکشهای قدیمی	۳۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	-		
۱۷	خارج کردن بریج قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	-		
۱۸	چسباندن بریج قدیمی	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	-		
۱۹	خارج کردن هر پین یا پست	۵۷۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	-		
۲۰	نایت گارد	۲,۹۶۰,۰۰۰	۲,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است ۲- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	

کد خدمت	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تع
۱	کشیدن قدامی (شیری)	۳۷۰,۰۰۰	۴۹۰,۰۰۰	اطفال		
۲	کشیدن خلفی (شیری)	۵۰۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
۳	پالپوتومی شیری	۷۵۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	اطفال		
۴	فلوراید تراپی و بروساژ هر فک	۵۲۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	روکش استیل (S.S.C)	۱,۷۷۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۷	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۳۷۰,۰۰۰	۱,۷۸۰,۰۰۰	اطفال		
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۱۵۰,۰۰۰	اطفال		
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۸۲۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۵۸۰,۰۰۰	۲,۰۴۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	ترمیم اچ نوری دو سطحی کلاس سه	۱,۸۲۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	Space Maintainer (SM) ثابت یک طرفه	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۱۴	Space Maintainer (SM) ثابت دو طرفه	۴,۱۹۰,۰۰۰	۶,۲۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۵	استریپ هردندان	۳۷۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	Space Maintainer (SM) متحرک	۳,۶۲۰,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱,۰۱۰,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰	اطفال		
۱۸	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	اطفال		
کد خدمت	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۲	براکت ثابت هر فک	۲۰,۰۱۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتو سرجری	۴۸,۱۲۰,۰۰۰	۷۲,۱۷۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۸,۳۳۰,۰۰۰	۱۲,۴۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.
۵	پلاک فانکشنال	۱۰,۲۸۰,۰۰۰	۱۵,۴۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۴	دستگاه عادت شکن	۴,۸۷۰,۰۰۰	۷,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۶	ریتینر ثابت متحرک (هر فک)	۲,۳۸۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		

کد خدمت	نام خدمت ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
1	جراحی یک واحد ایمپلنت	۴,۵۳۰,۰۰۰	۵,۸۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
2	هزینه خرید یک واحد FIXTURE و هیلینگ طبق فاکتور خرید تا سقف	۵,۸۴۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	----		
3	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا 3 دندان مجاور	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	پریو- 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.	
4	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا 3 دندان مجاور	۵,۸۴۰,۰۰۰	۷,۵۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
5	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا یک دندان	۲,۵۴۰,۰۰۰	۳,۳۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
6	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
7	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان	۴,۹۳۰,۰۰۰	۶,۴۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
8	سینوس لیفت به روش close همراه با متریال هر طرف	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
9	سینوس لیفت به روش open همراه با بیومتریال هر طرف	۹,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۴۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
10	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۵,۳۰۰,۰۰۰	۷,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
11	پروتز جایگزین شونده (پونتیگ) هر واحد	۳,۷۲۰,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰	پروتز		
12	هزینه یک واحد Impression ,Analoque و Abutment,coping و غیره طبق فاکتور تا سقف	۴,۷۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	----		
13	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۲۹,۷۰۰,۰۰۰	۴۴,۵۴۰,۰۰۰	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 فوتوگرافی بعد از درمان	
14	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۳۳,۹۴۰,۰۰۰	۵۰,۹۱۰,۰۰۰	پروتز		
15	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۳۸,۱۸۰,۰۰۰	۵۷,۲۷۰,۰۰۰	پروتز		
16	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
17	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۱,۳۶۰,۰۰۰	۶۲,۰۵۰,۰۰۰	پروتز		
18	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۷,۷۳۰,۰۰۰	۷۱,۵۹۰,۰۰۰	پروتز		

تذکره ۱:	<p>خذ هر گونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد ، لابراتوار ، دست دندان خارجی و غیره ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) بر اساس تعرفه های فوق خواهد بود و پس از تکمیل سقف ریالی تعیین شده برای بیمه شده، مرکز کل هزینه را البته بر اساس تعرفه های ذیل از بیمار دریافت خواهد نمود. به عبارتی مبنای پرداختی بیمار برای کل خدمات ارائه شده، تعرفه های قرارداد خواهد بود . شایان ذکر است عدم دریافت فرانشیز (سهم بیمار) نیز تخلف محسوب می گردد .</p>
تذکره ۲:	<p>تعرفه های تخصصی صرفاً به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون " نوع تخصص 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 خواهد شد .</p>
تذکره ۳	<p>فوتوگرافی : رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.</p>