

سقف تعرفه دندانپزشکی سندیکای بیمه گران ایران سال ۱۳۹۹

ردیف	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	ویزیت و طرح درمان	۳۲۴,۰۰۰	۴۹۲,۰۰۰		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	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۵۱,۰۰۰	۲۵۱,۰۰۰			
۳	گرافی اکلوژال	۴۱۳,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰			
۴	گرافی پانورکس	۶۲۵,۰۰۰	۶۲۵,۰۰۰			
۵	گرافی لترال سفالومتری	۶۲۵,۰۰۰	۶۲۵,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
ردیف	جراحی فک و صورت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱,۰۷۰,۰۰۰	۱,۳۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت		
۲	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	جراح فک - پرو		
۳	کشیدن هر دندان عقل	۱,۵۸۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	جراح فک - پرو		
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲,۷۲۰,۰۰۰	۳,۹۷۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	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	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۴,۳۸۰,۰۰۰	۶,۳۹۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	جراحی نسج سخت شامل فلپ ، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد.
۶	آلوئوپلاستی نیم فک	۲,۲۴۰,۰۰۰	۳,۲۳۰,۰۰۰	جراح فک - پرو		هزینه آلوئوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم ، برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۷	عمیق کردن و سستیبول نیم فک	۳,۷۲۰,۰۰۰	۵,۷۴۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۸	فونکتومی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۷۸۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۹	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳,۶۸۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۸۱۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰		با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت بوده و شامل درمان دندان خارج شده توسط همان مرکز نمی شود.	
۱۲	بخیه هر ناحیه	۴۸۰,۰۰۰	۴۸۰,۰۰۰		۱-بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هرکوارانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۳	اکسپوز کردن دندان	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک - پرو- اطفال	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲-رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۴	آمپوتاسیون ریشه	۲,۸۷۰,۰۰۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	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	۲,۱۴۰,۰۰۰	۳,۱۴۰,۰۰۰	جراح فک - پرو- بیمارهای دهان		
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۳,۲۳۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک - پرو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است	



بیمه (از) سرود

بیمه (از) سرود

بیمه (از) سرود



بیمه (از) سرود



بیمه (از) سرود



بیمه (از) سرود



بیمه (از) سرود

ردیف	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۱۰,۰۰۰	ترمیمی	۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود	
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۱۳۰,۰۰۰	ترمیمی	۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی	۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD . ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریپاکت شده ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد	
۴	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۳۳۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲,۶۷۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی	نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۶	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۹۳۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	بیلدآپ تاج با آمالگام	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	بیلدآپ تاج با کامپوزیت	۳,۳۲۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	پین داخل عاج هر عدد	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۵۶۰,۰۰۰	۵۶۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان اندو شده حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۸۳۰,۰۰۰	۱,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - تک و صورت	۱- صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتورادیوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	



برای دندان سرد



دکتر سید علی حسینی
مستشار



مستشار



ردیف	درمان ریشه	تعارف عمومی	تعارف متخصص	متخصص مشمول تعارف تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۲	پالپوتومی اورژانس (دندان دائمی)	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	اندو		
۳	درمان ریشه یک کاناله	۲,۸۲۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	اندو		
۳	درمان ریشه دو کاناله	۴,۲۲۰,۰۰۰	۵,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۴	درمان ریشه سه کاناله	۵,۹۲۰,۰۰۰	۷,۳۶۰,۰۰۰	اندو		
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۶,۷۱۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۹۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	اندو		
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۴,۳۲۰,۰۰۰	۵,۳۶۰,۰۰۰	اندو		
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۷,۰۶۰,۰۰۰	۸,۷۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۲۴۰,۰۰۰	۴,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۸۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۶,۷۲۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۷,۶۶۰,۰۰۰	۹,۵۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۴,۹۲۰,۰۰۰	۶,۹۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۷,۰۴۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۸,۰۸۰,۰۰۰	۱۱,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۳,۵۵۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۵,۳۷۰,۰۰۰	۷,۴۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۷,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۷۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۸۹۰,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۵,۹۰۰,۰۰۰	۸,۳۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸,۰۷۰,۰۰۰	۱۱,۱۷۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۹,۲۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۵۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۵,۰۹۰,۰۰۰	۷,۰۹۳,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو		
۲۷	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۶,۶۲۰,۰۰۰	۹,۱۶۰,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو		
۲۸	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو		
۲۹	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۴,۵۳۰,۰۰۰	۶,۳۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	شامل باز کردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاکنداری دارو و همچنین سر آوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد.
۳۰	اپکسوزژنیز هر دندان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۳۱	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۲,۵۶۰,۰۰۰	۳,۵۶۰,۰۰۰	اندو		

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.



فرماندهی منطقه - البرز
 دکتر محمدعلی...



ردیف	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	جرمگیری کامل یک فک (بزرگسال)	۹۵۳,۰۰۰	۹۵۳,۰۰۰	---	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۷۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	---	۲- تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	
۳	جرمگیری و بروساژ کامل دو فک (بزرگسال)	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۰۵۰,۰۰۰	---		
۴	بروساژ هر فک	۲۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	---		
۵	فلپ نیم فک	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی بانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۶	فلپ ۱/۶ دهان	۳,۸۸۰,۰۰۰	۵,۶۵۰,۰۰۰	پریو		
۷	پیوند لثه یک دندان	۴,۵۶۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	پریو	ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست .	
۸	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۲,۹۲۰,۰۰۰	۳,۷۲۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	دیستال وج	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۹۱۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	همی سکشن و قطع ریشه	۳,۰۲۰,۰۰۰	۴,۴۲۰,۰۰۰	جراح فک - پریو-اندو	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامیست	



سرمد
پیکر

دکتر رضا ناصر مدنی
دندانپزشک متخصص



دکتر رضا ناصر مدنی

ردیف	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	پروتز کامل دوفک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	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. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۴- در صورت استفاده از نیم دست دندان هزینه دست دندان ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً "هزینه نیم دست دندان فک مقابل قابل پرداخت می باشد ۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد. ۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.	
۲	پروتز کامل یک فک	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۶,۶۰۰,۰۰۰	۹,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	به ازای هر دندان اضافه	۶۷۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۴,۰۳۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	تعمیر پروتز شکسته	۲,۲۵۰,۰۰۰	---	---		
۸	ریلین هر فک	۲,۸۰۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد	
۹	ریبیس هر فک	۳,۸۱۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریبیس داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد	
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)(دندان پایه)	۷,۱۲۰,۰۰۰	۹,۱۵۰,۰۰۰	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. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۱	پروتز ثابت (Pontic) (PFM) هر واحد	۵,۸۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۲	روکش تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی یا ذکر علت انتخاب درمان - ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۳	روکش ثابت (Pontic) تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۷,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۴	پست ریختگی	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۷۲۰,۰۰۰	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. ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۱۵	فایپر پست + ترمیم	۴,۳۶۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۶	خارج کردن روکش های قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	-		
۱۷	چسباندن روکش های قدیمی	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰	-		
۱۸	خارج کردن بریج قدیمی	۸۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	-		
۱۹	چسباندن بریج قدیمی	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	-		
۲۰	خارج کردن هر بین یا پست	۸۸۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	پروتز-اندو		
۲۱	نایت گارد	۵,۳۸۰,۰۰۰	۵,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است. ۲- ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	



۷
 در تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۰۹
 دکتر سید علی حسینی

دکتر سید علی حسینی
 حقیقی مالک
 رئیس گروه تخصصی دندانپزشکی

دکتر رضا ناصر مدادی
 دندانپزشک

سجستان
 شعبه مرکزی
 تهران

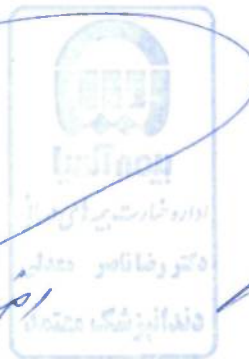
از تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۰۹
 دکتر سید علی حسینی
 حقیقی مالک

دکتر سید علی حسینی
 حقیقی مالک
 رئیس گروه تخصصی دندانپزشکی

ردیف	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۸۱۵,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	اطفال		
۲	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	پالپوتومی دندان شیری	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۵۱۰,۰۰۰	اطفال		
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۹۳۰,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۵۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۲,۹۶۰,۰۰۰	۳,۷۱۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر SSC بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.	
۷	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	اطفال		
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۸۱۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	اطفال		
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳,۱۹۰,۰۰۰	۴,۰۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	SM ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۶,۰۹۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
۱۴	SM ثابت دو طرفه (لینگویال آرچ)	۶,۳۴۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۱۵	SM متحرک	۵,۸۳۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
۱۶	استرپ هر دندان	۵۸۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		
۱۷	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱,۶۲۰,۰۰۰	۲,۰۸۰,۰۰۰	اطفال		
۱۸	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	اطفال		



فرماندهی بهداشتی - آموزش پزشکی
 رئیس گروه تخصصی بیماری های دهان
 دکتر رضا ناصر محمدی
 دندان پزشکی



دکتر رامش
 نوب ۶۸۹۸۲
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

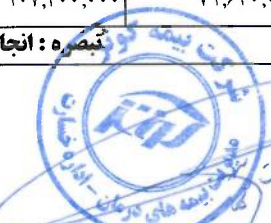
ردیف	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۶,۴۸۰,۰۰۰	۸,۴۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست.	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۹,۸۸۰,۰۰۰	۹,۸۸۰,۰۰۰	---		
۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۶,۳۶۰,۰۰۰	۸,۲۸۰,۰۰۰	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	
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۸,۷۶۰,۰۰۰	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۰ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳,۶۵۰,۰۰۰	۴,۷۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۵,۰۴۰,۰۰۰	۶,۵۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۶,۳۲۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۷,۰۹۰,۰۰۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۹	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هر طرف	۵,۱۵۰,۰۰۰	۷,۷۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۰	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هر طرف	۱۵,۶۶۰,۰۰۰	۲۰,۷۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۱	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۸,۵۸۰,۰۰۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، پاره ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۶,۵۰۰,۰۰۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۳	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۷,۸۰۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	---		
۱۴	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۴۴,۴۰۰,۰۰۰	۶۶,۸۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۵۰,۸۸۰,۰۰۰	۷۶,۴۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۵۷,۲۴۰,۰۰۰	۸۵,۹۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، پاره ، 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	
۱۷	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۵۲,۵۰۰,۰۰۰	۷۸,۷۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۸	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۶۲,۰۴۰,۰۰۰	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۹	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۷۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۰۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		

تبصره: انجام کلیه خدمات ردیف ۱، ۲، ۱۱ الی ۱۹ هر ۵ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.



۱۵
مهره
۱۵

بیمه سلامت
بیمه سلامت
بیمه سلامت



اجرای
بیمه سلامت
بیمه سلامت



بیمه سلامت
بیمه سلامت
بیمه سلامت

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- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان خارجی و غیره ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهام بیمار) بر اساس تعرفه های توافقی خواهد بود و پس از اتمام سقف ریالی تعیین شده برای هر بیمه شده، مرکز می بایست کل هزینه را بر اساس تعرفه های توافقی از بیمار دریافت نماید.
- ۳- فوتوگرافی منظور از فوتوگرافی، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.
- ۴- 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.

سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

- ۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ...) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۱۲/۶۰۰/۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
- ۲- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیر دولتی و خیریه) به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ...) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۸/۴۵۰/۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۸/۶۰۰/۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
- ۳- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۴- خدمات بیهوشی صرفاً "برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد":
 - کلیه معلولین ذهنی و جسمی
 - در موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیمار غیر همکار، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
 - ۵- 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.
 - ۶- تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیر دولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوبه سندیکا تعیین می گردد.
 - ۷- تعرفه های مصوب سندیکا حداکثر سقف تعرفه می باشند لذا بیمه گران مجاز می باشند بر اساس موقعیت جغرافیایی، امکانات، تجهیزات و سطح کیفی خدمات مراکز درمانی نسبت به تعدیل تعرفه های فوق اقدام نمایند.

