

تعرفه دندانپزشکی سال ۱۳۹۵ (شهر تهران)

نکته: تعرفه های ذیل جهت انعقاد قرارداد با مرکز دندانپزشکی و محاسبه اسناد متفرقه مربوط به شهر تهران می باشد و تعرفه مراکز استانها و شهرستانها معادل ۹۰٪ شهر تهران می باشد.

کد خدمت	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
	ویزیت و طرح درمان	۲۲۰,۰۰۰	۳۴۵,۰۰۰	کلیه متخصصین	شامل معاینه کامل دهان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، گرافی و آزمایش پرداخت یکبار در هر دوره درمان می باشد در صورت یکی بودن معاینه کننده و درمانگر ویزیت منتهی به درمان قابل پرداخت نمی باشد.
	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۱۶۳,۴۰۰	۱۶۳,۴۰۰	-	
	گرافی اکلوزال	۲۷۳,۶۰۰	۲۷۳,۶۰۰	-	
	گرافی پانورکس	۴۱۴,۲۰۰	۴۱۴,۲۰۰	-	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامی است
	گرافی لترال سفالومتری	۴۱۴,۲۰۰	۴۱۴,۲۰۰	-	
کد خدمت	جراحی دهان	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۷۱۴۰-۱	کشیدن هر دندان قدامی	۴۶۰,۰۰۰	۵۹۸,۰۰۰	جراح فک و صورت	
۷۱۴۰-۲	کشیدن هر دندان خلفی	۵۵۰,۰۰۰	۷۱۵,۰۰۰	جراح فک و صورت	
۷۱۴۰-۳	کشیدن هر دندان عقل	۶۸۰,۰۰۰	۸۸۴,۰۰۰	جراح فک و صورت	
۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	قسمتی از تاج با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. گرافی قبل و پس از عمل
۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۹۲۵,۰۰۰	جراح فک و صورت	تمام یا بیشتر تاج توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم و برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. گرافی قبل و پس از عمل
۷۳۲۰	*آلوتولوپلاستی (هر نیم فک)	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	همراه با کشیدن قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً قبل از انجام دست دندان، ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان
۷۴۱۰	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۲,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	ارسال گرافی قبل و بعد از درمان
۷۳۴۰	*عمیق کردن وستیبول (هر نیم فک)	۲,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک. گرافی پانورکس قبل از کار

ناحیه مورد عمل ذکر شود	جراح فک - پریو	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	فرنکتومی	۷۹۶۰
با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	جراح فک و صورت	۴۵۵,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	باز کردن آبنه داخل دهان	۷۵۱۰
	-	۱۷۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	
جهت تسهیل در رویش دندان نهفته	جراح فک - پریو- اطفال	۲,۵۵۰,۰۰۰	۱,۷۰۰,۰۰۰	اکسپوز کردن دندان	۷۲۸۰
بخیه صرفاً بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. در هر کوادران فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	جراح فک و صورت	۱۸۵,۰۰۰	۱۸۵,۰۰۰	بخیه هر ناحیه	۷۹۱۰
ارسال گرافی قبل از عمل و خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد	جراح فک - پریو	۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	آمپوتاسیون ریشه	۳۴۱۰
	جراح فک - پریو- بیماریهای دهان	۱,۷۲۵,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت نرم	۷۲۸۶
	جراح فک - پریو	۲,۵۵۰,۰۰۰	۱,۷۰۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت سخت	۷۲۸۵
ضوابط و مدارک لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	ترمیم	کد خدمت
در صورت تکرار ترمیم کمتر از یکسال دلائل شکست ذکر شود و در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود. جهت ترمیم بیش از ۳ دندان ارسال رادیوگرافی قبل و بعد الزامی است هزینه بیلدآپ در ترمیم دندان های اندو شده سه سطحی ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار قابل پرداخت می باشد . ارسال گرافی بعد	ترمیمی	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۲۱۴۰
	ترمیمی	۱,۵۶۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۱۵۰
	ترمیمی	۱,۷۱۶,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲۱۶۰
	ترمیمی	۱,۹۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	ترمیم بیلد آپ با آمالگام	۲۱۶۱
	ترمیمی	۱,۴۹۵,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۲۳۳۰
	ترمیمی	۱,۷۱۶,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰	ترمیم اچ نوری دو سطحی یا کلاس سه	۲۳۳۱
	ترمیمی	۱,۸۸۵,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲۳۳۲
	ترمیمی	۲,۱۰۶,۰۰۰	۱,۶۲۰,۰۰۰	ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت	
پوشش کامل سطح لبیال - صرفاً جهت دندان های قدامی فتوگرافی قبل و بعد و یا تائید قبل	ترمیمی - پروتز	۲,۴۷۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	کامپوزیت لامینیت (ونیر)	
برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین	ترمیمی	۲۲۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰	پین داخل عاج هر عدد	۲۹۵۱
برای هر دندان اندو شده متناسب با تعداد کانال و حداکثر ۲ عدد پین	ترمیمی	۲۴۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	پین داخل کانال هر عدد	
صرفاً جهت دندان های ترومانیزه و لق - اسپلینت بعد از ارتو قابل پرداخت نمی باشد ارسال گرافی بعد از درمان	ترمیمی - اطفال- فک و صورت	۵۷۲,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	

کد خدمت	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۳۲۲۰	پالپوتومی اوژانس (دندان دائمی)	۵۵۰,۰۰۰	۷۱۵,۰۰۰	اندو	همرا با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد
۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۶۹۰,۰۰۰	اندو	ارسال گرافی قبل (یا حین کار با گوتا یا فایل) و بعد از درمان
۳۳۲۰	درمان ریشه دو کاناله	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۵۳۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۳۰	درمان ریشه سه کاناله	۲,۷۵۰,۰۰۰	۳,۵۷۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۳۵	درمان ریشه چهار کاناله	۳,۱۰۰,۰۰۰	۴,۰۳۰,۰۰۰	اندو	
۳۳۱۱	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۸۴۶,۰۰۰	اندو	
۳۳۲۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۷۳۰,۰۰۰	اندو	
۳۳۳۱	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۳,۰۵۰,۰۰۰	۳,۹۶۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۳۷	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۳,۴۵۰,۰۰۰	۴,۴۸۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۱۲	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱,۵۵۰,۰۰۰	۲,۳۲۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۲۲	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲,۳۰۰,۰۰۰	۲,۹۹۰,۰۰۰	اندو	
۳۳۳۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	اندو	
۳۳۳۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۳,۷۵۰,۰۰۰	۴,۸۷۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱,۵۵۰,۰۰۰	۲,۳۲۵,۰۰۰	اندو	
۳۳۴۷	درمان مجدد دو کاناله	۲,۳۰۰,۰۰۰	۳,۴۵۰,۰۰۰	اندو	
۳۳۴۸	درمان مجدد سه کاناله	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	اندو	
۳۳۴۹	درمان مجدد چهار کاناله	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۵,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۴۷۵,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳,۵۰۰,۰۰۰	۵,۲۵۰,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۴,۱۵۰,۰۰۰	۶,۲۲۵,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱,۷۷۰,۰۰۰	۲,۶۵۵,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲,۷۸۰,۰۰۰	۴,۱۷۰,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳,۴۲۰,۰۰۰	۵,۱۳۰,۰۰۰	اندو	
	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۴,۱۰۰,۰۰۰	۶,۱۵۰,۰۰۰	اندو	
	رزکسیون اپیکال رتروگرید یک ریشه	۲,۳۰۰,۰۰۰	۳,۴۵۰,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو	

	اندو - جراح فک-پریو	۴,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰	رزکسیون اپیکال رتروگرید دو ریشه	
	اندو - جراح فک-پریو	۴,۷۲۵,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	رزکسیون اپیکال رتروگرید سه ریشه	
شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز	اندو - اطفال	۳۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	اپکسیفیکیشن دندان دائمی کل جلسات	۳۳۵۱
	اندو	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۳۵۳
	اندو - اطفال	۱,۷۲۵,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	اپکسوژنزیس هر دندان	۳۳۵۵

کد خدمت	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۴۳۴۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۵۵۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	---	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 تایید جداگانه می باشد تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد
۱۱۱۰	بروسازهر فک	۱۱۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰	---	
	فلپ ۱/۲ دهان	۲,۳۵۰,۰۰۰	۳,۵۲۵,۰۰۰	پریو	به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن. گرافی پانورکس قبل از عمل
	فلپ ۱/۶ دهان	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	پریو	
۴۲۷۶	پیوند لثه یک دندان	۲,۴۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	پریو	همراه با ژنژیوکتومی، فلپ و افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.
۴۲۴۹	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش و به دندانهای مجاور تعلق نمی گیرد
	همی سکشن و قطع ریشه	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	جراح فک - پریو-اندو	شامل جدا کردن یک دندان چند ریشه ای به قسمت های جدا از هم دارای ریشه و تاج. همچنین میتواند شامل درآوردن یک یاچند تا از آن قسمت ها باشد
	دیستال وج	۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	پریو	این درمان در ناحیه بی دندان مجاور دندان که درگیر بیماری پریودونتال است انجام میشود. از برشهای ژنژیوال برای برداشتن وج بافتی استفاده میشود. هدف از این پروسه درمانی دسترسی و اصلاح ضایعه استخوانی زیران و ایجاد تطابق دقیق لبه های فلپ است. صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد

کد خدمت	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۵۱۱۰	دست دندان	۱۵,۶۰۰,۰۰۰	۲۳,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	نیاز به رویت بیمار بعد از درمان توسط دندانپزشک معتمد
۲۷۴۵	نیم دست دندان	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	
	پلاک کرم کبالت هر فک	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	
	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۳,۵۰۰,۰۰۰	۵,۲۵۰,۰۰۰	پروتز	
	به ازاء هر دندان اضافه	۳۵۰,۰۰۰	۵۲۵,۰۰۰	پروتز	
	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۲,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	پروتز	در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد
۵۷۵۰	ریلاین هر فک	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	پروتز	
۵۷۱۰	ریبیس هر فک	۲,۰۵۰,۰۰۰	۳,۰۷۵,۰۰۰	پروتز	
۵۵۱۰	تعمیر پروتز شکسته	۱,۲۵۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	---	
۲۷۵۱	پروتز ثابت هر واحد PFM	۳,۶۵۰,۰۰۰	۴,۷۴۵,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم) نیاز به گرافی پس از تراش و قبل یا پس از سمان دارد در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتوار لحاظ شده و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد
	پروتز ثابت PFM هر واحد پونتیک	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۲۷۴۰	روکش تمام پرسن و یا زیرکونیوم	۴,۷۰۰,۰۰۰	۶,۱۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	صرفاً در دندان های قدامی در روکش زیر کونیوم ارائه گرافی قبل و پس از کار
۲۹۵۲	پست ریختگی	۱,۷۰۰,۰۰۰	۲,۲۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	ارسال گرافی قبل و بعد از درمان
	فایپر پست با ترمیم	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه شامل سمان پست و ساخت CORE می باشد
۲۹۶۲	پرسلن لامینیت	۴,۹۰۰,۰۰۰	۷,۳۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	ذکر علت انتخاب درمان و رویت بیمار
	خارج کردن روکشهای قدیمی	۲۵۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	-	
۲۹۲۰	چسباندن روکشهای قدیمی	۲۳۰,۰۰۰	۲۳۰,۰۰۰	-	
۲۹۵۵	خارج کردن هر پین یا پست	۴۵۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	-	
	خارج کردن بریج قدیمی	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	-	
	چسباندن بریج قدیمی	۳۵۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	-	
	نایت گارد	۲,۳۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	پروتز	

کد خدمت	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
	کشیدن قدامی (شیری/دائمی)	۳۰۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰	اطفال	
	کشیدن خلفی (شیری/دائمی)	۴۰۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	اطفال	

	اطفال	۷۸۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	پالپوتومی شیری	
گرافی بعد از درمان	اطفال	۱,۰۵۳,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳۲۳۰
گرافی بعد از درمان	اطفال	۱,۳۶۵,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳۲۴۰
	اطفال	۵۴۶,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰	فلوراید تراپی و بروساژر فک	
پوشاندن سطح مینا که به صورت شیمیایی یا مکانیکی آماده شده تا از پوسیدگی پیشگیری شود. تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	اطفال	۹۱۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	فیشر سیلنت هر دندان	۱۳۵۱
گرافی بعد از درمان	اطفال	۱,۶۹۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	روکش استیل (S.S.C)	۲۹۳۰
	اطفال	۱,۴۳۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	
	اطفال	۱,۷۱۶,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	
	اطفال	۱,۸۸۵,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	
	اطفال	۱,۶۳۸,۰۰۰	۱,۲۶۰,۰۰۰	ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	
	اطفال	۱,۸۸۵,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	ترمیم اچ نوری دو سطحی کلاس سه	
	اطفال	۲,۰۸۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	
گرافی قبل و بعد از درمان	اطفال - ارتو	۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	Space Maintainer (SM) ثابت یک طرفه	۱۵۱۰
گرافی قبل و بعد از درمان	اطفال - ارتو	۵,۰۲۵,۰۰۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	Space Maintainer (SM) ثابت دو طرفه	۱۵۱۵
	اطفال - ارتو	۴۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	استریپ هردندان	
گرافی قبل و بعد از درمان	اطفال - ارتو	۴,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰	Space Maintainer (SM) متحرک	

کد خدمت	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۷,۷۰۰,۰۰۰	۱۱,۵۵۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	ارائه طرح درمان، تهیه گرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، تهیه کست تشخیصی، تهیه فوتوگرافی بیمار و تایید قبل از درمان
۲	براکت ثابت هر فک	۱۸,۵۰۰,۰۰۰	۲۷,۷۵۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه طرح درمان، تهیه گرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، تهیه کست تشخیصی، تهیه فوتوگرافی بیمار و تایید قبل از درمان. پلاک نگهدارنده پس از درمان ثابت، جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد
۳	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتو سرجری	۴۴,۵۰۰,۰۰۰	۶۶,۷۵۰,۰۰۰	ارتودنسی	توضیحات مانند ارتو ثابت
۴	دستگاه عادت شکن	۴,۵۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	
۵	پلاک فانکشنال	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۴,۲۵۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	توضیحات مانند ارتو متحرک

کد خدمت	نام خدمت ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول حق تخصص	ضوابط و مدارک لازم
۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت	۴,۴۰۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل حق العمل جراح، جراحی اول و دوم. درمان ایمپلنت پیش از اتمام سایر درمان های ضروری بیمار مانند ترمیم، درمان ریشه و غیره، قابل قبول نمی باشد. ارسال گرافی پانورکس قبل و بعد و اخذ تایید قبل از کار ضروری است.
	هزینه خرید یک واحد FIXTURE و هیلینگ طبق فاکتور خرید تا سقف	۵,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	----	شامل خرید یک واحد FIXTURE، چسباندن Lable مخصوص ایمپلنت روی پرونده یا سند طبق فاکتور
	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۲۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل کلیه هزینه ها از جمله متریال و دستمزد و ارسال CBCT
	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا یک دندان	۲,۴۰۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۲۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۰۴۵,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۹	سینوس لیفت به روش close همراه با متریال هر طرف	۳,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۱۰	سینوس لیفت به روش open همراه با بیومتريال هر طرف	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۱۱	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۵,۰۰۰,۰۰۰	---	پروتز	شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار و دستمزد
۱۲	هزینه یک واحد Impression, Analogue, Abutment, coping و غیره طبق فاکتور تا سقف	۴,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	----	ارسال فاکتور به نام بیمار
۱۳	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰	پروتز	
	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	

شامل کلیه هزینه ها پروتز از جمله لابراتوار، بار، بال، دستمزد و غیره	پروتز	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت
	پروتز	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت
	پروتز	۴۹,۵۰۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت
	پروتز	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت
	پروتز	۶۷,۵۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت

تذکره ۱: اخذ 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.

تذکره ۲: 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.

تذکره ۳: حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.

تذکره ۴: در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد.

تذکره ۵: در صورتیکه بیمار علاوه بر اعمال فوق، نیاز به خدمات خاص و یا غیرمعارف و اضافی داشته باشد، پس از استعلام دندانپزشک معالج از دندانپزشک معتمد شرکت بیمه دانا، موضوع بررسی و میزان سقف ریالی تعرفه توافقی، توسط ایشان اعلام خواهد شد.

تذکره ۶: ارسال رادیوگرافی PA جهت رعایت موارد بهداشتی و جلوگیری از شیوع بیماریهای احتمالی در بسته های نایلونی صورت پذیرد.

تذکره ۷: شرکت بیمه دانا می تواند در صورت نیاز و تشخیص دندانپزشک معتمد هرگونه خدماتی را که در ضوابط گنجانده نشده است بصورت رندوم بررسی نماید.