

تعرفه خدمات دندانپزشکی شرکت سهامی بیمه ایران در استان گیلان

قابل اجرا از تاریخ ۱۳۹۸/۰۵/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۰۵/۰۱

ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۲۷۰,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰	کلیه تخصص ها	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.
۲	رادیو گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۱۴,۰۰۰	۲۱۴,۰۰۰	----	گرافی در صورت تشخیصی بودن، بایستی در پرونده بیمار نگهداری شود و در صورت اصرار بیمار با گرفتن رسید در پرونده، به بیمار تحویل داده شود.
۳	رادیو گرافی اکلوزال	۳۵۴,۰۰۰	۳۵۴,۰۰۰	----	
۴	رادیوگرافی پانورکس (صرفا دیجیتال)	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست.
۵	رادیوگرافی لترال سفالومتری	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	

ردیف	نوع خدمات (جراحی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰		
۲	کشیدن هر دندان خلفی	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰		

		۱,۶۶۰,۰۰۰	۱,۲۹۰,۰۰۰	کشیدن هر دندان عقل	۳
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 از درمان	جراح فک و صورت- پریو	۳,۴۰۰,۰۰۰	۲,۲۶۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۴
شامل فلپ، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. (هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه پرداخت نخواهد شد). گرافی قبل از درمان		۵,۵۲۰,۰۰۰	۳,۶۷۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۵
همراه با کشیدن قابل پرداخت نمی باشد و صرفا قبل از انجام دست دندان. گرافی قبل از درمان		۲,۸۴۰,۰۰۰	۱,۸۸۰,۰۰۰	آلوتولوپلاستی نیم فک	۶
گرافی قبل از درمان	جراح فک و صورت- پریو	۴,۹۵۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۷
صرفا پیش از انجام پروتز متحرک.	جراح فک و صورت- پریو	۴,۹۵۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۸
ناحیه مورد عمل ذکر شود.	جراح فک و صورت- پریو	۲,۳۶۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	فرنکتومی	۹
با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان قابل پرداخت نیست.	جراح فک و صورت- پریو	۷۱۳,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	بازکردن آبه داخل دهان	۱۰
	----	۳۳۰,۰۰۰	۳۳۰,۰۰۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۱
جهت تسریع رویش دندان نیاز به گرافی قبل از عمل دارد و همراه چسباندن براکت پرداخت نمی شود.	جراح فک و صورت- پریو- اطفال	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	اکسیوز کردن دندان	۱۲

۱۳	بخیه هر ناحیه	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	----	بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. در هر کوادران فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می شود.
۱۴	آمپوتاسیون ریشه	۲,۳۶۰,۰۰۰	۳,۵۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پرو	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۱,۸۱۰,۰۰۰	۲,۷۱۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پرو	ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پرو	

ردیف	نوع خدمات (ترمیم)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۷۱۰,۰۰۰	۲,۲۳۰,۰۰۰	ترمیمی	در صورت تکرار ترمیم کم تر از یکسال دلائل شکست ذکر شود. در صورت انجام دو ترمیم روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود. هزینه بیلداپ در ترمیم دندان های اندو شده MOD، ترمیم دندان های با بیش از دو کاسپ ریداکت شده، ترمیم دندان قدامی اندو شده کلاس چهارقابل پرداخت است.
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۶۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۴	بیلداپ تاج با آمالگام	۲,۵۶۰,۰۰۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	ترمیم کامپوزیت نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۹۶۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم کامپوزیت نوری دو سطحی یا کلاس سه	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	ترمیم کامپوزیت نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	بیلداپ تاج با کامپوزیت	۲,۷۸۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۹	پین داخل عاج هر عدد	۳۵۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	حداکثر تا دو عدد در هر دندان
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۳۹۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان اندو شده متناسب با تعداد کانال و حداکثر تا ۲ پین

۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۷۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی-اطفال- فک و صورت	صرفاً جهت دندان های تروماتیزه ولق- اسپلینت بعداز ارتودنسی قابل پرداخت نمی باشد.
----	---------------------------	---------	---------	-------------------------	---

ردیف	نوع خدمات(اندو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پالپوتومی اورژانس(دندان دائمی)	۸۸۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	متخصص اندو	همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۲	درمان ریشه یک کاناله	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	گرافی در حین کار با گوتا یا فایل و پس از درمان
۳	درمان ریشه دو کاناله	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۴	درمان ریشه سه کاناله	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۰۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۲۶۰,۰۰۰	۲,۹۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۳,۳۵۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۴,۸۵۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲,۴۶۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۳,۶۷۰,۰۰۰	۴,۷۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۵,۹۷۰,۰۰۰	۷,۷۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۵,۳۸۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۶,۱۰۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	متخصص اندو	

	متخصص اندو	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۸
	متخصص اندو	۶,۱۰۰,۰۰۰	۴,۱۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۹
	متخصص اندو	۸,۴۰۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۰
	متخصص اندو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۶۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۲۱
	متخصص اندو	۴,۳۴۰,۰۰۰	۲,۸۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲
	متخصص اندو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳
	متخصص اندو	۸,۵۵۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۴
	متخصص اندو	۱۰,۱۰۰,۰۰۰	۶,۷۶۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۲۵
	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۵,۴۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۲۶
	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۲۷
	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۷,۴۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۲۸
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	متخصص اندو- اطفال	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲۹
	متخصص اندو	۲,۷۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۰
	متخصص اندو- اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	اپکسوژنزیس دندان	۳۱

ردیف	نوع خدمات (پریو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۸۶۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	-----	شامل حذف همه پلاک میکروبی، جرم های فوق و زیر لثه و صاف کردن سطح ریشه ها می باشد. برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد است و تکرار جرمگیری کمتر از ۶ ماه قابل پرداخت نیست. تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۴۹۰,۰۰۰	۱,۴۹۰,۰۰۰	-----	
۳	بروساژ هر فک	۱۷۵,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	-----	
۴	فلپ نیم فک	۳,۸۲۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	پریو	همراه با افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.
۵	فلپ ۱/۶ دهان	۳,۲۵۰,۰۰۰	۴,۸۷۰,۰۰۰	پریو	
۶	پیوند لثه یک دندان	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد.
۷	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۲,۴۳۰,۰۰۰	۳,۱۷۰,۰۰۰	پریو	
۸	همی سکشن و قطع ریشه	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت- اندو	گرافی قبل از درمان
۹	دیستال وج	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.

ردیف	نوع خدمات (پروتز)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
------	-------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------

پس از تأیید دندانپزشک معتمد	پروتز	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	دست دندان	۱
	پروتز	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	نیم دست دندان	۲
	پروتز	۲۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۱۵۰,۰۰۰	پلاک کرم کبالت هر فک	۳
	پروتز	۸,۱۸۰,۰۰۰	۵,۴۶۰,۰۰۰	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۴
	پروتز	۸۲۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	به ازا هر دندان اضافه	۵
	پروتز	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۷۰,۰۰۰	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۶
در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلاین و ریپیس داشته باشد شامل هزینه مجدد نمی شود.	پروتز	۳,۴۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	ریلاین هر فک	۷
	پروتز	۴,۷۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	ریپیس هر فک	۸
	----	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز شکسته	۹
۲ واحد و بیشتر تأیید و یا گرافی (OPG) یا PA قبل و بعد از درمان	پروتز- ترمیمی	۸,۱۹۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)	۱۰
	پروتز- ترمیمی	۶,۷۰۰,۰۰۰	۵,۱۷۰,۰۰۰	پروتز ثابت (PFM) (دندان جایگزین شونده یا Pontic) هر واحد	۱۱
صرفاً در دندان های قدامی. ارائه گرافی قبل و فتوگرافی بعد از درمان	پروتز- ترمیمی	۱۰,۵۳۰,۰۰۰	۸,۱۱۳,۵۰۰	روکش تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۱۲
	پروتز- ترمیمی	۸,۷۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	روکش ثابت (pontic) تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۱۳
گرافی قبل و بعد از درمان	پروتز- ترمیمی	۴,۱۰۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	پست ریختگی	۱۴
هزینه شامل سمان پست و ساخت CORE می باشد.	پروتز- ترمیمی	۴,۱۰۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	فایبر پست+ترمیم	۱۵
	-----	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	خارج کردن روکش های قدیمی	۱۶
	-----	۳۷۵,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰	چسباندن روکش های قدیمی	۱۷
	پروتز- اندو	۷۱۰,۰۰۰	۷۱۰,۰۰۰	خارج کردن هر پین یا پست	۱۸
	-----	۶۴۰,۰۰۰	۶۴۰,۰۰۰	خارج کردن بریج قدیمی	۱۹
	-----	۵۵۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	چسباندن بریج قدیمی	۲۰
با احتساب هزینه لابراتوار	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	نایت گارد	۲۱

ردیف	نوع خدمات (اطفال)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن قدامی (شیری)	۶۶۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	اطفال	
۲	کشیدن خلفی (شیری)	۸۵۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال	
۳	پالپوتومی دندان شیری	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰	اطفال	
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۶۵۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	اطفال	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۱,۱۷۰,۰۰۰	۱,۵۴۰,۰۰۰	اطفال	پوشاندن سطح مینا که به صورت شیمیایی یا مکانیکی آماده شده تا از پوسیدگی پیشگیری شود. تا سه سال پس از رویش قابل پرداخت است.
۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۲,۳۹۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	اطفال	ارائه فتوگرافی پس از درمان
۷	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۸۵۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال	
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۲۳۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۱۳۰,۰۰۰	۲,۷۵۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۴,۵۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	پس از تائید دندانپزشک معتمد
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوال آرچ)	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۵	متحرک Space maintainer	۴,۳۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۶	استریپ هر دندان	۴۴۰,۰۰۰	۶۸۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۷	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱,۳۸۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۸	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	

ردیف	نوع خدمات (ارتودنسی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
------	----------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------

پس از تأیید دندانپزشک معتمد	ارتودنسی- اطفال	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۱
پس از تأیید دندانپزشک معتمد- ارائه گرافی OPG و یا سفالومتری قبل از درمان و فتوگرافی در حین درمان	ارتودنسی	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	براکت ثابت هر فک	۲
پس از تأیید دندانپزشک معتمد	ارتودنسی- اطفال	۹,۲۰۰,۰۰۰	۶,۱۰۰,۰۰۰	دستگاه عادت شکن	۳
	ارتودنسی	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری	۴
	ارتودنسی- ترمیم	۳,۹۵۰,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵
	ارتودنسی- اطفال	۱۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۲,۸۵۰,۰۰۰	پلاک فانکشنال	۶

توضیحات	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه تخصصی (به ریال)	تعرفه عمومی (به ریال)	نوع خدمات (ایمپلنت)	ردیف
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 و یا PA قبل و بعد از کار ضروری است.	پریو- فک و صورت	۷,۰۶۰,۰۰۰	۵,۴۰۰,۰۰۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱
شامل خرید یک واحد فیکسچر و ارائه فاکتور	----	۷,۶۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۲
	پریو- فک و صورت	۶,۹۰۰,۰۰۰	۵,۳۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۳

شامل کلیه هزینه ها از جمله متریال و دستمزد. ارسال CBCT قبل از درمان	۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳دندان مجاور	۷,۳۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۴,۱۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳دندان)	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳دندان)	۶,۱۷۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت
گرافی پانورکس قبل و بعد از درمان	۸	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هر طرف	۴,۱۲۰,۰۰۰	۶,۲۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۹	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هر طرف	۱۲,۰۵۰,۰۰۰	۱۸,۰۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت
شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار و دستمزد ارسال گرافی OPG یا PA قبل و پس از درمان	۱۰	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۷,۱۵۰,۰۰۰	۱۰,۷۵۰,۰۰۰	پروتز
ارسال فاکتور به نام بیمار	۱۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	----
	۱۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۵,۲۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز
تأیید دندانپزشک معتمد قبل از درمان و ارائه فتوگرافی پس از درمان شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لابراتوار، بار، بال، دستمزد و غیره	۱۳	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۳۷,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز
	۱۴	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	۶۳,۷۰۰,۰۰۰	پروتز
	۱۵	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۴۷,۷۰۰,۰۰۰	۷۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز
	۱۶	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۳,۷۵۰,۰۰۰	۶۵,۶۰۰,۰۰۰	پروتز
	۱۷	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	۷۷,۵۰۰,۰۰۰	پروتز

۱۸	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۵۹,۷۰۰,۰۰۰	۸۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز
----	--	------------	------------	-------

ردیف	رعایت نکات ذیل الزامی می باشد:
۱	رادیوگرافی در حین کار و یا بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپتومی محاسبه می گردد.
۲	هزینه خدماتی که نیاز به تأیید کارشناس دارند، در صورت عدم تأیید غیر قابل پرداخت می باشد.
۳	حداکثر ۲ عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.
۴	ارسال رادیوگرافی P.A در روکش های نایلونی صورت گیرد.
۵	تعرفه تخصصی فقط به رشته هایی که در ستون مربوطه مشمول تعرفه تخصصی می شوند پرداخت خواهد شد. مثال : در صورت کشیدن دندان توسط متخصص پروتز، تعرفه معادل عمومی محاسبه خواهد شد.
۶	اخذ هرگونه اضافه وجهی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان خارجی و غیره ممنوع و فرانشیز(سهم بیمار) براساس تعرفه های ذیل مبنای پرداختی بیمار خواهد بود.
۷	در کلیه درمان های ایمپلنت، تهیه گرافی پانورکس و اخذ تأیید دندانپزشک معتمد شرکت سهامی بیمه ایران، قبل از شروع درمان الزامیست. پس از اخذ تأیید انجام درمان، ارسال گرافی پس از درمان جهت دریافت هزینه الزامیست.
۸	اولویت عقد قرارداد و پرداخت هزینه ایمپلنت به متخصصین پریو و فک و صورت و در پروتز ایمپلنت به متخصصین پروتز می باشد.
۹	هزینه درمان ارتودنسی پس از ارائه رادیوگرافی O.P.G ، یا فتوگرافی یا ویزیت بیمار در حین درمان، قابل پرداخت می باشد.
۱۰	هزینه ارتودنسی به همکاران دندانپزشک عمومی فقط در شهرستان هایی که متخصص ارتودنسی وجود ندارد، پرداخت می گردد.

۱۱	پس از اتمام سقف ریالی تعیین شده برای هر بیمه شده، مرکز می بایست کل هزینه را براساس تعرفه های مصوب از بیمار دریافت نماید. به عبارتی مبنای پرداختی بیمار در این شرایط، تعرفه کل خدمت مربوطه می باشد.
۱۲	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 ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۳	تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیردولتی 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 ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۷,۵۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۴	هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۱۵	خدمات بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد: * کلیه معلولین ذهنی و جسمی * در موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیرهمکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیرهمکار بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
۱۶	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.
۱۷	تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوبه سندیکا تعیین می گردد.