



قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

## تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۳ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰		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	۱,۰۵۷,۰۰۰	۱,۰۵۷,۰۰۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۲,۵۵۶,۰۰۰	۲,۵۵۶,۰۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۲,۵۵۶,۰۰۰	۲,۵۵۶,۰۰۰			
ردیف	کد	جراحی فک و صورت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۳,۷۴۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۴,۴۳۰,۰۰۰	۵,۰۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	بیش از ۴ دندان الزامی است	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۴,۹۲۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۰,۷۳۰,۰۰۰	۱۲,۱۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو		جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپروپوستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۱۲,۸۴۰,۰۰۰	۱۴,۷۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد.
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۱۴,۸۵۰,۰۰۰	۱۷,۱۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است.
۷	D۷۲۲۱	آلوئوپلاستی نیم فک	۱۳,۲۷۰,۰۰۰	۱۵,۶۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	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.
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۲۰,۳۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۶,۰۴۰,۰۰۰	۸,۱۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۴,۵۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۳,۵۷۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپیتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳,۸۲۰,۰۰۰	۴,۷۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۳,۶۳۰,۰۰۰	۴,۵۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱-بخیه صرفاً بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسیوز کردن دندان	۱۲,۶۳۰,۰۰۰	۱۴,۵۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲-رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-آزاه هر ریشه (آمیوتاسیون)	۱۱,۸۹۰,۰۰۰	۱۳,۴۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱-خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۹,۱۴۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و پریو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۰,۸۲۰,۰۰۰	۱۲,۴۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۲۱,۱۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	نیاز به OPG یا CBCT قبل از درمان دارد	

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	۷,۲۴۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی	<p>۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود</p> <p>۲- جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴ دندان ارسال پانورکس (OPG) قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p> <p>۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ،ترمیم دندانهای یا بیش از دو کاسپ ریداکت شده و یا ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد</p> <p>نکته :</p> <p>انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یک سال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد</p> <p>برای هردندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است</p> <p>۱- صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد.</p> <p>۲- ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.</p>	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۹,۰۸۰,۰۰۰	۹,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۸,۷۱۰,۰۰۰	۹,۳۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۱,۸۱۰,۰۰۰	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۴,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۳,۵۴۰,۰۰۰	۱۴,۵۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۱,۱۶۰,۰۰۰	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۴,۲۸۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز		
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده ( یک فک)	۱۶,۲۵۰,۰۰۰	۱۸,۱۴۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پرو		
ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۰,۵۸۰,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفا زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.	
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۱۶,۳۸۰,۰۰۰	۱۹,۷۴۰,۰۰۰	اندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است.</p> <p>۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	تعاریف
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۲۲,۳۲۰,۰۰۰	۲۶,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۲۶,۹۸۰,۰۰۰	۳۲,۴۷۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۶,۸۵۰,۰۰۰	۲۰,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۳,۲۲۰,۰۰۰	۲۷,۹۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۸,۰۵۰,۰۰۰	۳۳,۷۷۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۷,۱۶۰,۰۰۰	۲۰,۷۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۴,۱۱۰,۰۰۰	۲۸,۹۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۹,۱۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۶,۵۱۰,۰۰۰	۸,۳۷۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۸,۹۱۰,۰۰۰	۲۲,۵۴۰,۰۰۰	اندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۲۶,۵۸۰,۰۰۰	۳۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۳۲,۲۷۰,۰۰۰	۳۸,۷۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۹,۴۵۰,۰۰۰	۲۳,۱۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲۷,۶۴۰,۰۰۰	۳۳,۱۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳۳,۵۶۰,۰۰۰	۴۰,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۹,۸۱۰,۰۰۰	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۸,۷۰۰,۰۰۰	۳۴,۳۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۳۴,۸۵۰,۰۰۰	۴۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۸,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۵,۰۴۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۶,۵۴۰,۰۰۰	۱۹,۸۴۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۷,۹۳۰,۰۰۰	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۷,۹۱۰,۰۰۰	۹,۴۸۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به اژه هر ریشه	۹,۲۳۰,۰۰۰	۱۰,۱۷۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون-کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد)	۱۴,۳۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۱۰,۰۰۰	اندو - اطفال	<p>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 با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد</p> <p>ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p>	
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۱۱,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱۲,۱۷۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اندو		

**تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است**

ردیف	کد	پرو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۳,۶۵۰,۰۰۰	۳,۶۵۰,۰۰۰	پریو	<p>۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد</p> <p>۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۷۵٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد</p>	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۷۲۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۸,۱۶۰,۰۰۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	.	۲۰,۷۲۰,۰۰۰	پریو	<p>۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان</p> <p>۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.</p>	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	.	۱۷,۰۶۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	.	۳۷,۸۸۰,۰۰۰	پریو	<p>ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامی است .</p>	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	.	۱۵,۶۳۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۱۵,۲۱۰,۰۰۰	۱۸,۴۲۰,۰۰۰	پریو	<p>صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.</p>	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	.	۱۷,۲۶۰,۰۰۰	پریو	<p>صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد</p>	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	.	۱۳,۷۸۰,۰۰۰	پریو-جراحی فک و صورت	<p>ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است</p>	

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف		
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۷۲,۱۸۰,۰۰۰	۸۰,۰۵۰,۰۰۰	پروتز	<b>ارائه پانورکس(OPG) ، فتوگرافی از پروتز ( داخل و خارج از دهان) ، در صورت لزوم تصویر کارت ملی الزامی است</b> ۱- در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۳-در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفا هزینه پروتز کامل فک مقابل قابل پرداخت می باشد ۴- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد . ۵-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	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۷۲,۱۸۰,۰۰۰	۸۰,۰۵۰,۰۰۰	پروتز				
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۵۳,۱۰۰,۰۰۰	۵۸,۴۵۰,۰۰۰	پروتز				
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر ۳ دندان فک بالا	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۳۵۰,۰۰۰	پروتز				
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۵۱,۹۵۰,۰۰۰	۵۷,۳۰۰,۰۰۰	پروتز				
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر ۳ تا دندان فک پایین	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۳۵۰,۰۰۰	پروتز				
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۱۰۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز				
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۱۰۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۱۰,۹۳۰,۰۰۰	پروتز				
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز				
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۲۲,۹۵۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز				
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۹,۰۱۰,۰۰۰	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	پروتز				
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۹,۰۱۰,۰۰۰	۱۹,۹۵۰,۰۰۰	پروتز				
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۲۴,۸۶۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پروتز				
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۲۴,۸۶۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پروتز				
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۳۷,۸۵۰,۰۰۰	۴۲,۸۹۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی یا فتوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۱-صرفا در دندان های قدامی یا ذکر علت انتخاب درمان ۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی یا فتوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۳-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ،امتحان فریم ،امتحان پرسلن، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.		
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۳۳,۹۱۰,۰۰۰	۳۹,۵۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی				
۱۷	D۲۷۴۰	روکش( پرسلن یا زیرکونیوم ) صرفا دندان های قدامی	۴۴,۴۲۰,۰۰۰	۵۰,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی				
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۳۵,۱۹۰,۰۰۰	۳۹,۹۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی				
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۲۰,۱۲۰,۰۰۰	۲۲,۶۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود			
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۱۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی				
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	پروتز				
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۵,۴۰۰,۰۰۰	۵,۸۸۰,۰۰۰	پروتز				
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۳,۶۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	پروتز				
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۷,۵۶۰,۰۰۰	۸,۱۹۰,۰۰۰	پروتز				
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۷,۹۸۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	پروتز- اندو				
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۲۴,۱۵۰,۰۰۰	۲۶,۸۵۰,۰۰۰	پروتز				
								۱-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد ۲- ارائه فتوگرافی (داخل و خارج از دهان ) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد پس از درمان و در صورت لزوم تصویر کارت ملی الزامی است	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	تعاریف
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۳۷۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۰,۵۸۰,۰۰۰	۱۱,۵۲۰,۰۰۰	اطفال- اندو		
۴	D۱۲۰۸	پروساز و فلوراید تراپی هر فک	۴,۶۷۰,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۶,۰۴۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۸,۳۰۰,۰۰۰	۸,۵۸۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۲۰	روکش استینلس استیل s.s crown پیش ساخته	۱۱,۱۳۰,۰۰۰	۱۲,۳۹۰,۰۰۰	اطفال	۱-ارائه فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است . ۳-تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۷,۸۷۰,۰۰۰	۷,۸۷۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۹,۷۷۰,۰۰۰	۹,۷۷۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۹,۳۴۰,۰۰۰	۹,۳۴۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	۱۳,۰۷۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	۱۹,۱۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	۱-ارائه فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۲۳,۲۴۰,۰۰۰	۲۵,۱۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۵,۹۳۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۱,۶۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
ردیف	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)	۰	۱۶۲,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	۱-ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فتوگرافی بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است. ۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .	تعاریف
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۱۸۱,۵۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۰	۱۲۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۷۵,۴۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۹۹,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۱۱۴,۹۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۲۳,۳۶۰,۰۰۰	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		
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 درمان ارتودنسی در تاریخ شروع درمان یا 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							

ردیف	کد	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۲۹,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۸۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۳۰,۶۰۰,۰۰۰	۳۰,۶۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد <b>تبصره:</b> تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۹,۶۲۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳,۱۸۰,۰۰۰	۲۹,۹۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. <b>تبصره:</b> تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۳۴,۷۸۰,۰۰۰	۴۵,۴۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۴,۶۳۰,۰۰۰	۱۸,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۰,۱۵۰,۰۰۰	۲۶,۷۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۱۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۸,۵۴۰,۰۰۰	۳۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۹۸,۴۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۴- جهت دندان های مجاور و در یک کوادرات در هر نوبت جراحی ( همزمان) صرفا با تخصیص یکبار تعرفه سینوس لیفت قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.	
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۶۰,۱۸۰,۰۰۰	۷۰,۲۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۴۸,۹۸۰,۰۰۰	۵۴,۶۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۴۱,۵۷۰,۰۰۰	۴۷,۲۳۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . <b>تبصره:</b> تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۲۳۵,۵۳۰,۰۰۰	۲۴۷,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۲۳۵,۵۳۰,۰۰۰	۲۴۷,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج ) و نیز ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	

**تبصره:** انجام کلیه خدمات به جز ردیف ۱۱ و ۱۲ هر ۵ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.

## 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- 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- فتوگرافی: منظور از فتوگرافی، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.
۵- 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.
۶- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد
۷- در بیماران باردار ارائه آخرین سونوگرافی و فتوگرافی بعد از درمان الزامی می باشد

## سایر تعرفه های مرتبط با هزینه های دندانپزشکی

تبصره ۱: در صورت نیاز بیمار به بیهوشی، تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ...) حداکثر معادل ۴۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
تبصره ۲: هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد
تبصره ۳: خدمات بیهوشی برای گروههای ذیل قابل بررسی و پرداخت می باشد.
*کلیه معلولین ذهنی و جسمی
*موارد فوبیا (phobia، ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال.
تبصره ۴: 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.
تبصره ۵- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان پرداخت خواهد شد.
تبصره ۶- ویزیت منجر به انجام خدمت دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
تبصره ۷- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.

## مراکز محترم دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه پارسیان خواهشمند است در هنگام صدور معرفی نامه به موارد ذیل توجه فرمایید:

در صورت انجام اقدامات از قبیل ترمیم، روکش (پروتز های ثابت)، درمان ریشه، جرمگیری، کشیدن، جراحی نسج نرم و سخت و موارد مشابه در قسمت بیماری "دندانپزشکی پایه" انتخاب گردد
در صورت انجام اقدامات از قبیل ایمپلنت، کارگذاری فیکسچر، اباتمنت، پروتزهای متکی بر ایمپلنت، پیوند استخوان، سینوس لیفت در قسمت بیماری "دندانپزشکی(ایمپلنت)" انتخاب گردد
<b>صدور معرفی نامه برای موارد ارتودنسی و دست دندان (پروتزهای کامل فک بالا و پایین)، پروتزهای پارسیل آکریلی و کروم کبالت، فلیپر (کلیه پروتز های متحرک) فقط از طریق کارشناسان بیمه پارسیان امکان پذیر می باشد و مراکز درمانی از صدور معرفی نامه جهت اقدامات ارتودنسی و کلیه پروتز های متحرک خودداری نمایند</b>
شایان ذکر است در صورت مغایرت بین معرفی نامه صادر شده و اقدامات انجام شده، ثبت و پرداخت اسناد ارسالی امکان پذیر نمی باشد
ارسال اسناد تا ۶ ماه پس از تاریخ صدور معرفی نامه امکان پذیر می باشد
<b>معرفی نامه می بایست قبل و در همان روز انجام خدمت صادر گردد</b>
بیمه شدگانی که تاریخ اتمام قرارداد آنها کمتر از یک ماه می باشد مرکز درمانی می بایست معرفی نامه صادره را حداکثر تا ۲ ماه پس از صدور تاریخ معرفی نامه به بیمه پارسیان ارسال نماید.
خدمات دندانپزشکی می بایست در فرم ثبت اقدامات خدمات دندانپزشکی بیمه پارسیان به تفکیک و خوانا نوشته شود.