



قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۴/۰۳/۰۱

تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۴ 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	۲,۳۰۱,۰۰۰	۳,۲۰۶,۰۰۰		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	۱,۵۹۲,۸۰۰	۱,۵۹۲,۸۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.	
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۳,۸۳۶,۸۰۰	۳,۸۳۶,۸۰۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۳,۸۳۶,۸۰۰	۳,۸۳۶,۸۰۰			
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)	۵,۹۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۷,۰۹۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۷,۸۷۰,۰۰۰	۸,۸۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	۱۹,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	جراحی نسج نرم در برگیرنده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد . 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 .
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۲۰,۴۸۰,۰۰۰	۲۳,۰۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو		
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۲۳,۵۵۰,۰۰۰	۲۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت- پریو		
۷	D۷۳۲۱	آلوتوپلاستی نیم فک	۲۰,۸۸۰,۰۰۰	۲۴,۱۵۰,۰۰۰	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 ۲- ارسال گرافی قبل درمان الزامی است	هزینه آلوتوپلاستی در برگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسخ نرم، برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن و استیپول نیم فک	۲۵,۴۵۰,۰۰۰	۳۰,۵۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۲۰,۰۷۰,۰۰۰	۲۲,۶۲۰,۰۰۰	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	۲۹,۹۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۹,۳۴۰,۰۰۰	۱۰,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۰,۱۸۰,۰۰۰	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۵,۶۶۰,۰۰۰	۶,۹۵۰,۰۰۰	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	اکسپوز کردن دندان	۲۰,۱۴۰,۰۰۰	۲۲,۶۹۰,۰۰۰	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-اژه هر ریشه (آمپوتاسیون)	۱۹,۱۲۰,۰۰۰	۲۱,۲۴۰,۰۰۰	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	۱۴,۷۹۰,۰۰۰	۱۶,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و پریو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۷,۳۵۰,۰۰۰	۱۹,۵۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۳۱,۹۲۰,۰۰۰	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	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود ۲-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان . ۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ،ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و یا ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشدوشامل دندانهای شیری نمی گردد نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یک سال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۹,۷۶۰,۰۰۰	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱۴,۵۳۰,۰۰۰	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۹,۳۸۰,۰۰۰	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲۴,۱۱۰,۰۰۰	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۲,۴۸۰,۰۰۰	۲۳,۸۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۵,۴۴۰,۰۰۰	۳۷,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۷,۱۹۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز	برای هردندان حداکثر۲عددپین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۲۶,۲۱۰,۰۰۰	۲۸,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پروو	۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	
ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	۱۸,۹۸۰,۰۰۰	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	۲۵,۸۶۰,۰۰۰	۳۰,۴۱۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی درخدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۳۵,۲۶۰,۰۰۰	۴۱,۳۶۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۶,۶۰۰,۰۰۰	۳۱,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۳۶,۶۷۰,۰۰۰	۴۳,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۷,۰۹۰,۰۰۰	۳۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۳۸,۰۸۰,۰۰۰	۴۴,۶۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۴۶,۰۱۰,۰۰۰	۵۴,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۲۹,۸۶۰,۰۰۰	۳۴,۷۷۰,۰۰۰	اندو	۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است. ۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی درخدمات لحاظ گردیده است
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۴۱,۷۹۰,۰۰۰	۴۸,۹۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۵۰,۶۹۰,۰۰۰	۵۹,۴۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۳۰,۷۲۰,۰۰۰	۳۵,۷۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۴۳,۴۶۰,۰۰۰	۵۰,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۵۲,۷۲۰,۰۰۰	۶۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۳۱,۲۸۰,۰۰۰	۳۶,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۴۵,۱۳۰,۰۰۰	۵۲,۸۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۵۴,۷۵۰,۰۰۰	۶۴,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۲۳,۵۲۰,۰۰۰	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۲۵,۷۳۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۲۷,۸۰۰,۰۰۰	۳۲,۷۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	۱۴,۷۳۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به اژه هر ریشه	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	۱۶,۳۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳- میباشد.)	۲۳,۸۵۰,۰۰۰	۲۵,۹۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است	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
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنزیس هر دندان	۱۹,۶۱۰,۰۰۰	۲۰,۹۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۲۰,۴۷۰,۰۰۰	۲۲,۱۷۰,۰۰۰	اندو		

تبصره : هزینه های تجهیزات تخصص 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	۵,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پریو	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 ۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۷۵٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۰	۳۱,۶۶۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد ارائه فتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام بعد از درمان الزامی است . صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد. صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۰	۲۶,۲۵۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۰	۵۴,۶۱۰,۰۰۰	پریو		
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۰	۲۳,۵۸۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۲۳,۷۵۰,۰۰۰	۲۸,۰۹۰,۰۰۰	پریو		
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۰	۲۶,۳۶۰,۰۰۰	پریو		
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۰	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت		

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۱۰,۴۱۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس(OPG) ، فتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان) ، در صورت لزوم تصویر کارت ملی الزامی است 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 کبات و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد . ۵-بعد از درمان پارسیل کروم کبات ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد .	تعاریف
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۱۱۰,۴۱۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۳۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۸۱,۲۴۰,۰۰۰	۸۸,۴۷۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۳۶,۲۴۰,۰۰۰	۴۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۷۹,۳۶۰,۰۰۰	۸۶,۵۹۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۳۶,۲۴۰,۰۰۰	۴۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبات فک بالا	۱۴۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبات فک پایین	۱۴۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۳۶,۰۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۱۰,۰۰۰	پروتز		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۳۶,۰۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۱۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۲۸,۹۱۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۲۸,۹۱۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۳۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۹,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۳۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۹,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۵۶,۸۲۰,۰۰۰	۶۳,۶۲۰,۰۰۰	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 با 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 پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۶۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۶۶,۱۳۰,۰۰۰	۷۴,۶۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۳۰,۶۲۰,۰۰۰	۳۴,۰۲۰,۰۰۰	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	۲۰,۳۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۶,۹۱۰,۰۰۰	۶,۹۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۸,۸۷۰,۰۰۰	۹,۵۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۹,۲۲۰,۰۰۰	۹,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۴۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۴,۲۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۳۵,۹۴۰,۰۰۰	۳۹,۶۰۰,۰۰۰	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	

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 : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمت یا خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد 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 کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.
۷- در بیماران باردار ارائه آخرین گزارش سونوگرافی و فتوگرافی بعد از درمان الزامی می باشد
۸- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.

موارد مرتبط با بیهوشی در خدمات دندانپزشکی
۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی بصورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) حداکثر معادل ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۳- خدمات بیهوشی به کلیه معلولین ذهنی و جسمی و نیز کودکان کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی کنند ، تعلق می گیرد.
۴- صرفاً آن دسته از مراکز درمانی مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی با بیهوشی هستند که دارای مجوز و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

تذکرات مهم
۱- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف ازجمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و ... ممنوع می باشد.
۲- دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی صرفاً مجاز به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) بر اساس تعرفه های اعلام شده و نیز مازاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.
۳- درصورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده ، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه محاسبه و از بیمار دریافت نمایند .

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
صدور معرفی نامه برای موارد ارتودنسی و دست دندان (پروتزهای کامل فک بالا و پایین)، پروتزهای پارسیل آکریلی وکروم 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
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 و پس از تاریخ معین معرفی نامه ابطال می گردد.
معرفی نامه می بایست قبل و در همان روز انجام خدمت صادر گردد
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 و اطلاعات بیمار می بایست در فرم ثبت اقدامات خدمات دندانپزشکی بیمه پارسیان به تفکیک و خوانا نوشته شود
(در صورت عدم تکمیل فرم ثبت اقدامات خدمات دندانپزشکی بیمه پارسیان اسناد به مرکز درمانی عودت داده می شود).



فرم ثبت اقدامات انجام شده دندانپزشکی - بیمه پارسیان

نام مرکز درمانی :	
نام و نام خانوادگی بیمار:	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :
کد ملی بیمار:	شماره معرفی نامه :
شماره تماس بیمار:	نام بیمه گذار :

لطفاً تمام موارد ذیل به دقت تکمیل گردد . (خدمات به تفکیک در هر سطر ثبت گردد.)

ردیف	تاریخ	شرح درمان / خدمت	شماره دندان	تعرفه (ریال)	سهم بیمار/افرانشیز (ریال)	سهم بیمه پارسیان (ریال)	نام ، امضاء و مهر پزشک معالج
1	/ /		+				
2	/ /		+				
3	/ /		+				
4	/ /		+				
5	/ /		+				
6	/ /		+				
7	/ /		+				
8	/ /		+				
9	/ /		+				
10	/ /		+				
جمع کل سهم بیمه پارسیان:							

مهر مرکز درمانی :

امضاء و اثر انگشت بیمار :