



صفحات

تعرفه دندانپزشکی سال ۱۴۰۵ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

۱ - ۷

۱- تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

۸ - ۱۴

۲- تعرفه بخش خیریه دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

۱۵ - ۲۱

۳- تعرفه بخش عمومی غیر دولتی دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

۲۲

۴- فرم ثبت اقدامات خدمات دندانپزشکی بیمه پارسیان



قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۵ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

مراکز محترم دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه پارسیان خواهشمند است به نکات و فرم خدمات مندرج در انتهای تعرفه توجه فرمایید

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۳,۵۷۷,۰۰۰	۴,۹۸۷,۰۰۰		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	۳,۲۱۱,۰۰۰	۳,۲۱۱,۰۰۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۷,۸۳۴,۵۰۰	۷,۸۳۴,۵۰۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۷,۵۷۵,۵۰۰	۷,۵۷۵,۵۰۰			
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)	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	بیش از ۴ دندان الزامی است	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۸,۱۰۰,۰۰۰	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۳۳,۱۰۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	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	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	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	آلوئولوپلاستی نیم فک	۳۳,۳۰۰,۰۰۰	۳۷,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی تشخیصی قبل درمان الزامی است	هزینه آلوئولوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم، برداشتن استخوان و بخیه موضع دارد
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن و استیبول نیم فک	۳۹,۸۰۰,۰۰۰	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۴۶,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۶,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	۱۷,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۲- هر کوآرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	۳۳,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد.	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۶,۳۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-بیماری های دهان و پریو	۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	
						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	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	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- گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان .</p> <p>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 باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد</p> <p>نکته : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یک سال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد</p>	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۳۱,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	۶۱,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال یا فایبرپست	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز		
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۶,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پرویو		
ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۲۹,۳۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	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.	تعاریف
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۴۲,۷۰۰,۰۰۰	۵۰,۲۰۰,۰۰۰	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>	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	۶۸,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۷۰,۳۰۰,۰۰۰	۸۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۰,۶۰۰,۰۰۰	۷۱,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۷۳,۱۰۰,۰۰۰	۸۵,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۴,۷۰۰,۰۰۰	۵۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۶۲,۹۰۰,۰۰۰	۷۳,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۷۶,۰۰۰,۰۰۰	۸۹,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۹۰۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۹,۳۰۰,۰۰۰	۵۷,۴۰۰,۰۰۰	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 در خدمات لحاظ گردیده است
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۹,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۸۳,۷۰۰,۰۰۰	۹۸,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۵۰,۷۰۰,۰۰۰	۵۹,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	۸۴,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۸۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۳,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	۶۰,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	۸۷,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۹۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۲۲,۱۰۰,۰۰۰	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۴۰,۷۰۰,۰۰۰	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۴۳,۸۰۰,۰۰۰	۵۰,۶۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۹۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به اژه هر ریشه	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	۲۶,۶۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون-کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد)	۳۹,۱۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	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 با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	۳۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۴,۷۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	اندو		

تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است

ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۹,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	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	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	.	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	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 .	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 .
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	.	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	.	۷۹,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	.	۳۵,۷۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۳,۳۰۰,۰۰۰	پریو		
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	.	۴۰,۳۰۰,۰۰۰	پریو		
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	.	۳۳,۶۰۰,۰۰۰	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	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	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 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 .	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ،امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.
۲	پروتز کامل فک پائین	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	پروتز			
۳	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۲۷,۶۰۰,۰۰۰	۱۳۸,۹۰۰,۰۰۰	پروتز			
۴	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۵	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۲۴,۶۰۰,۰۰۰	۱۳۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۶	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۷	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۸	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۹	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۰	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۳	ریلین پروتز فک بالا	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۴	ریلین پروتز فک پایین	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۵	روکش PFM	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	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 پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.	
۱۶	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۷	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۱۰۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۱۷,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۸	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۹۱,۱۰۰,۰۰۰	۹۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۹	پست ریختگی	۴۸,۱۰۰,۰۰۰	۵۳,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۰	۰	پروتز - ترمیمی			
۲۱	دراوردن روکش قدیمی	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ،امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.	
۲۲	چسباندن روکش قدیمی	۱۳,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۳	خارج کردن بریج قدیمی	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۴	چسباندن بریج قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۶	نایت گارد	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۴۰۰,۰۰۰	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	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ،امتحان فریم امتحان پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی(شیری)	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۳,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۹,۳۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱۷,۴۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۳,۷۰۰,۰۰۰	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۲۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۲۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴۷,۹۰۰,۰۰۰	۵۴,۸۰۰,۰۰۰	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)	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۴۱,۵۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۵,۱۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴۵,۱۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۹,۰۰۰,۰۰۰	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	۳۶۲,۳۰۰,۰۰۰	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 شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۴۱۰,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۰	۲۷۷,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۱۶۸,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۲۲۵,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۲۵۹,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۵۱,۹۰۰,۰۰۰	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است.	صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد

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 با 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)	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد 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)	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۲۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قیدگردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) الزامی است. * ارسال گرافی بعد از درمان بابت کلیه خدمات پیوند تأخیری الزامی است ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۸,۸۰۰,۰۰۰	۶۵,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۸,۲۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۶,۲۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۶۴,۲۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراج فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲۶,۹۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			جهت دندان های مجاور در یک کوادانت در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفاً با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۳۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۶۱,۸۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است تاریخ انجام گرافی پانورکس قبل و گرافی بعد درمان می بایست در در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد 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	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، امپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	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	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	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: 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 ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ 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 از جمله 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- در صورت 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 نکات 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 و کروم کبالت، فلیپیر (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. (اسناد سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ مشمول مرور زمان و غیر قابل پرداخت می باشد)

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 و عدم رعایت نکات و ضوابط ذکر شده اسناد به مرکز درمانی عودت داده می شود)

آدرس ایمیل و آیدی پیام رسیده واحد دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان
h.jaberi@parsianinsurance.com @dentalparsian

شماره تماس واحد دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان ۰۲۱۸۲۵۹
داخلی: ۳۱۴۰-۳۱۱۶-۳۱۴۲-۳۱۴۳

تعرفه بخش خیریه و موقوفه دندانپزشکی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

مراکز محترم دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه پارسیان خواهشمند است به نکات و فرم خدمات مندرج در انتهای تعرفه توجه فرمایید

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۳,۲۴۲,۰۰۰	۴,۵۱۸,۰۰۰		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	۲,۸۵۳,۸۰۰	۲,۸۵۳,۸۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است. (تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد).	
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۷,۰۰۶,۱۰۰	۷,۰۰۶,۱۰۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۶,۷۴۷,۱۰۰	۶,۷۴۷,۱۰۰			
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)	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	بیش از ۴ دندان الزامی است	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۱,۷۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۸,۲۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	۳۳,۳۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	شامل دنداننی 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	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۲۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	شامل دنداننی 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	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی تشخیصی قبل درمان الزامی است ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دنداننی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	هزینه آلوئولوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم، برداشتن استخوان و بخیه موضع دارد
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن و استیبول نیم فک	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۳۰,۱۰۰,۰۰۰	۳۲,۷۰۰,۰۰۰	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	۳۸,۳۰۰,۰۰۰	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱۳,۸۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۱۶,۸۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	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- هر کوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۳۰,۲۰۰,۰۰۰	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	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-ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	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	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-بیماری های دهان و پریو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۸,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۴۴,۶۰۰,۰۰۰	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	۱۸,۲۵۰,۰۰۰	۱۹,۱۰۰,۰۰۰	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- گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان .</p> <p>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 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 تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد.</p> <p>۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.</p>	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳۰,۵۰۰,۰۰۰	۳۱,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲۲,۶۰۰,۰۰۰	۲۳,۵۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲۹,۸۰۰,۰۰۰	۳۱,۵۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۶,۸۰۰,۰۰۰	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۴,۸۰۰,۰۰۰	۳۶,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۵,۸۵۰,۰۰۰	۵۸,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال یا فایبرپست	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	۱۱,۳۵۰,۰۰۰	ترمیم- پروتز		
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	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	۲۷,۹۰۰,۰۰۰	۲۹,۶۰۰,۰۰۰	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.	تعاریف
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۴۷,۷۰۰,۰۰۰	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> <p>تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است</p>	تعاریف
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۵,۳۰۰,۰۰۰	۶۴,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۶۶,۸۰۰,۰۰۰	۷۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۲۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۱,۷۰۰,۰۰۰	۴۹,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۵۷,۶۰۰,۰۰۰	۶۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶۹,۵۰۰,۰۰۰	۸۱,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۲۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	۴۹,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۵۹,۸۰۰,۰۰۰	۷۰,۱۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۷۲,۲۰۰,۰۰۰	۸۴,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۶,۱۰۰,۰۰۰	۲۰,۸۰۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۶,۸۰۰,۰۰۰	۵۴,۵۰۰,۰۰۰	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 در خدمات لحاظ گردیده است
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۵,۵۰۰,۰۰۰	۷۶,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۷۹,۵۰۰,۰۰۰	۹۳,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۸,۱۵۰,۰۰۰	۵۶,۱۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۸,۲۰۰,۰۰۰	۷۹,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۸۲,۶۰۰,۰۰۰	۹۷,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۹,۱۰۰,۰۰۰	۵۷,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۷۰,۸۰۰,۰۰۰	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸۵,۸۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۴,۸۵۰,۰۰۰	۳۸,۸۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۳۷,۹۰۰,۰۰۰	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	۴۵,۹۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۹,۳۵۰,۰۰۰	۲۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازا هر ریشه	۲۳,۲۰۰,۰۰۰	۲۴,۴۵۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون-کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد)	۳۷,۵۵۰,۰۰۰	۳۹,۷۵۰,۰۰۰	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 با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	۳۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است							
ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۸,۵۰۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	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	۱,۷۰۰,۰۰۰	۱,۷۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	.	۴۰,۹۰۰,۰۰۰	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 .
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	.	۳۷,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	.	۷۳,۲۰۰,۰۰۰	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 .
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	.	۳۳,۴۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۳۹,۹۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	.	۳۷,۴۰۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	.	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراحی فک و صورت	ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۶۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۷۶,۳۰۰,۰۰۰	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 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 .	تعاریف
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۱۶۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۷۶,۳۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	۵۰,۴۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۲۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۵۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۷,۰۰۰,۰۰۰	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	۷۲,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۹۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۹۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۰	۰	پروتز - ترمیمی		
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۹,۳۰۰,۰۰۰	۹,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵۲,۱۰۰,۰۰۰	۵۵,۸۰۰,۰۰۰	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	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	تعاریف
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱۱,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۷,۹۰۰,۰۰۰	۲۹,۲۵۰,۰۰۰	اطفال- اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱۶,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۲۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۲۸,۵۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال		
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۹,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	تعاریف
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۳۲,۲۰۰,۰۰۰	۳۲,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۲۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	۲۳,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۲۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۳۱,۵۰۰,۰۰۰	۳۱,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۳۸,۹۰۰,۰۰۰	۳۸,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴۵,۵۰۰,۰۰۰	۴۷,۳۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	<p>۱-ارائه فتوگرافی یا گرافی بعد از درمان الزامی است .</p> <p>۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .</p>	تعاریف
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۳۹,۳۰۰,۰۰۰	۴۱,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۵,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	۴۵,۸۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	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	۳۵۱,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	<p>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.</p> <p>۲-در صورت لزوم معاینه بیمار پس از درمان الزامی است .</p>	تعاریف
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۳۹۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰						
۶	D۸۰۳۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۰	۲۷۷,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۱۶۶,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۲۱۴,۲۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۲۴۶,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۴۹,۲۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است.	صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد
<p>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 با 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</p>							

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)	۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۴۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد 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)	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	۴۹,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قیدگردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) الزامی است. * ارسال گرافی بعد از درمان بابت کلیه خدمات پیوند تأخیری الزامی است ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۶,۳۰۰,۰۰۰	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۵۹,۸۰۰,۰۰۰	۷۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۴,۲۰۰,۰۰۰	۹۹,۷۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲۹,۲۰۰,۰۰۰	۳۸,۸۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۰,۲۰۰,۰۰۰	۵۵,۲۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۳,۳۰۰,۰۰۰	۷۰,۷۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			جهت دندان های مجاور در یک کوادرات در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفاً با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	۱۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است تاریخ انجام گرافی پانورکس قبل و گرافی بعد درمان می بایست در در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد		
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۷۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۴۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۵۶۱,۰۰۰,۰۰۰	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	۴۸۸,۰۰۰,۰۰۰	۵۶۱,۰۰۰,۰۰۰	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: 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 ۱۱۴.۰۰۰.۰۰۰ 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 از جمله 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- در صورت 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 نکات 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 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
- 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. (اسناد سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ مشمول مرور زمان و غیر قابل پرداخت می باشد)
- 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 و عدم رعایت نکات و ضوابط ذکر شده اسناد به مرکز درمانی عودت داده می شود)

آدرس ایمیل و آیدی پیام رسان بله واحد دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان



h.jaberi@parsianinsurance.com



@dentalparsian

شماره تماس واحد دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان ۰۲۱۸۲۵۹

داخلی: ۳۱۴۰-۳۱۱۶-۳۱۴۲-۳۱۴۳



قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

تعرفه بخش عمومی غیر دولتی دندانپزشکی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان

مراکز محترم دندانپزشکی طرف قرارداد بیمه پارسیان خواهشمند است به نکات و فرم خدمات مندرج در انتهای تعرفه توجه فرمایید

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۲,۳۸۲,۰۰۰	۳,۳۱۴,۰۰۰		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	۱,۷۸۲,۲۰۰	۱,۷۸۲,۲۰۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است. (تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد).	
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۴,۵۲۰,۹۰۰	۴,۵۲۰,۹۰۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۴,۲۶۱,۹۰۰	۴,۲۶۱,۹۰۰			
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)	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	بیش از ۴ دندان الزامی است	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۶,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		جراحی نسج نرم در برگزیده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد.
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۲۸,۴۵۰,۰۰۰	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	شامل دندانانی 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	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۵,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	شامل دندانانی 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	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۲۹,۲۰۰,۰۰۰	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- ارسال گرافی تشخیصی قبل درمان الزامی است	هزینه آلوئولوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم، برداشتن استخوان و بخیه موضع دارد.
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن و استیبول نیم فک	۳۵,۲۰۰,۰۰۰	۴۰,۴۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۲۷,۹۰۰,۰۰۰	۳۰,۵۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳۵,۵۰۰,۰۰۰	۳۹,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۳,۸۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۵,۴۰۰,۰۰۰	۱۶,۱۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	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.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۲- هر کوآرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۲۶,۷۰۰,۰۰۰	۲۸,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد.	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۲۱,۲۰۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-بیماری های دهان و پریو	۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	۲۶,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	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	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۸۰۰,۰۰۰	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- گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان .</p> <p>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 باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد 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>	تعاریف
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲۱,۳۰۰,۰۰۰	۲۲,۳۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲۸,۳۰۰,۰۰۰	۲۹,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲۱,۱۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۹,۷۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۶,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۳,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۵۳,۴۰۰,۰۰۰	۵۵,۸۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال یا فایبرپست	۹,۹۵۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	ترمیم- پروتز		
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۳۶,۲۰۰,۰۰۰	۳۸,۸۰۰,۰۰۰	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	۲۶,۷۰۰,۰۰۰	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	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.	تعاریف
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۳۸,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۲۰۰,۰۰۰	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>	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۵۲,۴۰۰,۰۰۰	۶۱,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۶۳,۳۰۰,۰۰۰	۷۴,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	۴۶,۵۵۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۵۴,۵۵۰,۰۰۰	۶۳,۹۰۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶۵,۸۰۰,۰۰۰	۷۷,۳۵۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۰,۲۵۰,۰۰۰	۴۷,۳۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	۶۶,۴۵۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۶۸,۴۰۰,۰۰۰	۸۰,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۵,۳۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۵۱,۶۵۰,۰۰۰	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 در خدمات لحاظ گردیده است
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۶۲,۱۰۰,۰۰۰	۷۲,۸۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۷۵,۳۵۰,۰۰۰	۸۸,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۴۵,۶۵۰,۰۰۰	۵۳,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۶۴,۶۵۰,۰۰۰	۷۵,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۷۸,۳۰۰,۰۰۰	۹۲,۷۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۴۶,۵۰۰,۰۰۰	۵۴,۲۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۶۷,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸۱,۳۵۰,۰۰۰	۹۵,۴۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۹,۸۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۳۲,۵۵۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۱۵۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۸,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۹۵۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به اژه هر ریشه	۲۱,۶۰۰,۰۰۰	۲۲,۹۰۰,۰۰۰	اندو-جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون-کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد)	۳۶,۲۰۰,۰۰۰	۳۸,۴۰۰,۰۰۰	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 با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوزنزیس هر دندان	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۵۰۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۱,۹۴۰,۰۰۰	۳۳,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است							
ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۷,۶۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	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	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	.	۴۲,۵۰۰,۰۰۰	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	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	.	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	.	۷۱,۱۰۰,۰۰۰	پریو		
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	.	۳۲,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۳۳,۶۵۰,۰۰۰	۳۸,۱۰۰,۰۰۰	پریو		
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	.	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	.	۲۹,۱۰۰,۰۰۰	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	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰,۰۰۰	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 آکرلی ، 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 آکرلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد .	تعاریف	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکرلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۱۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکرلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۱۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۲۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۳۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۲۱۸,۰۰۰,۰۰۰	۲۳۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۵۳,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۵۳,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۴۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۴۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۳	D۵۷۲۰	ریلین پروتز فک بالا	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۴	D۵۷۲۱	ریلین پروتز فک پایین	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۷۶,۰۰۰,۰۰۰	۸۳,۰۰۰,۰۰۰	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 پرسنل، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.	
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۹۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۸۶,۰۰۰,۰۰۰	۹۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد در کد ۲۹۵۱ محاسبه گردید	تعاریف	
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۰	۰	پروتز - ترمیمی			
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۹,۰۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۹۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۶,۴۰۰,۰۰۰	۱۷,۳۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	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	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱۰,۷۰۰,۰۰۰	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۲۶,۷۱۰,۰۰۰	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- اندو		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۵۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱۵,۹۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۲۰,۴۵۰,۰۰۰	۲۰,۸۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۲۷,۱۰۰,۰۰۰	۲۸,۸۵۰,۰۰۰	اطفال		
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	۱۷,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	۲۹,۹۰۰,۰۰۰	۲۹,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۲۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۲۲,۴۰۰,۰۰۰	۲۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۲۹,۶۰۰,۰۰۰	۲۹,۶۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۳۶,۴۰۰,۰۰۰	۳۶,۴۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۴۳,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۲۰۰,۰۰۰	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)	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	۳۹,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۴۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۴۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۲۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	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	۳۴۱,۰۰۰,۰۰۰	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 .	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ... شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک شامل هرگونه دستگاه متحرک RPE، متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ... شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان متحرک می باشد به روش ثابت
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۳۸۲,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	۰	۲۶۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۱۶۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۲۰۲,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۲۳۳,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۴۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۱,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	ارائه فتوگرافی بعد از درمان الزامی است.	صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

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 با 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)	۵۸,۹۰۰,۰۰۰	۷۳,۳۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.	<p>انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در</p> <p>تعهد شرکت بیمه می باشد</p>	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد 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)	۳۷,۱۰۰,۰۰۰	۴۶,۹۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	<p>۱- کلیه هزینه ها مانند متریال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قیدگردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.</p> <p>۲- ارائه CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) الزامی است.</p> <p>* ارسال گرافی بعد از درمان بابت کلیه خدمات پیوند تأخیری الزامی است</p> <p>۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.</p> <p>تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.</p>		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۴۳,۹۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۷۰,۳۰۰,۰۰۰	۹۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲۷,۷۰۰,۰۰۰	۳۶,۷۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۳۸,۱۰۰,۰۰۰	۵۲,۳۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۵۰,۵۰۰,۰۰۰	۶۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۵۷,۷۰۰,۰۰۰	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت			
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۳۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۹۷,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			جهت دندان های مجاور در یک کوادانت در هر نوبت جراحی (همزمان) صرفا با تخصیص یکبار تعرفه قابل بررسی است
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۱۱۴,۲۰۰,۰۰۰	۱۴۰,۷۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت			
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۷۸,۳۰۰,۰۰۰	۱۰۸,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	<p>ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p> <p>تاریخ انجام گرافی پانورکس قبل و گرافی بعد درمان می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد</p> <p>کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد</p>		
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، امپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۴۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	<p>۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.</p> <p>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</p>		
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۴۶۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			

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: 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 ۱۰۸.۰۰۰.۰۰۰ 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 از جمله 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 مزاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.
- ۳- در صورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی می بایست مزاد 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 نکات 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 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
- 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. (اسناد سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ مشمول مرور زمان و غیر قابل پرداخت می باشد)
- 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 و عدم رعایت نکات و ضوابط ذکر شده اسناد به مرکز درمانی عودت داده می شود)

آدرس ایمیل و آیدی پیام رسان بله واحد دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان



h.jaberi@parsianinsurance.com



@dentalparsian

شماره تماس واحد دندانپزشکی مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان ۰۲۱۸۲۵۹

داخلی: ۳۱۴۰-۳۱۱۶-۳۱۴۲-۳۱۴۳



فرم ثبت اقدامات انجام شده دندانپزشکی - بیمه پارسیان

نام مرکز درمانی :

نام و نام خانوادگی بیمار:

کد ملی بیمار:

شماره تماس بیمار:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :

شماره معرفی نامه :

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 /فرانشیز (ریال)	سهم بیمه (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 :