



تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۲ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	وزیت و طرح درمان	۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰		وزیت 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	۷۷۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰			
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰			
۱		کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۲,۷۵۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۳,۱۰۰,۰۰۰	۳,۵۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۳,۴۱۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۷,۳۱۰,۰۰۰	۸,۳۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۵	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	۸,۸۲۰,۰۰۰	۱۰,۱۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۱۱,۸۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۷	D۷۳۳۱	آلونوپلاستی نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۰,۷۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۱۱,۳۸۰,۰۰۰	۱۳,۹۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۴,۱۴۰,۰۰۰	۵,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو		
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۱۰,۰۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو		
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۲,۵۴۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو		
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۸,۶۷۰,۰۰۰	۹,۹۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به ازا هر ریشه (آمپوتاسیون)	۸,۱۵۰,۰۰۰	۹,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو		
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۶,۱۵۰,۰۰۰	۷,۰۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - بیماری های دهان و پریو		
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۴,۵۹۰,۰۰۰	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	۴,۹۱۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	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 بیلداپ 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>	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۶,۱۷۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۸,۰۶۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۵,۸۳۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۷,۹۴۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۰,۰۲۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام چهار سطحی یا بیشتر (بیلداپ) دندان های دائمی	۹,۱۰۰,۰۰۰	۹,۸۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلداپ) دندان های دائمی	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۳,۰۲۰,۰۰۰	۳,۲۴۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱۱,۲۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - پرو		<p>۱- صرفاً جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد.</p> <p>۲- ارسال فتوگرافی یا رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است.</p>
ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۳۳۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.	
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	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>	
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۹۲۰,۰۰۰	۱۴,۴۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۳۹۰,۰۰۰	۱۷,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۳۴۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	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.	
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۱۲,۱۵۰,۰۰۰	۱۴,۵۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۴,۳۷۰,۰۰۰	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۷,۴۵۰,۰۰۰	۲۱,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۵,۶۳۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۱۰,۳۶۰,۰۰۰	۱۲,۳۳۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۱۱,۴۲۰,۰۰۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۱۲,۴۰۰,۰۰۰	۱۴,۹۵۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۵,۲۰۰,۰۰۰	۶,۲۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازا هر ریشه	۶,۲۵۰,۰۰۰	۶,۹۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۲۳۵۳ میباشد.)	.	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	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	D۳۳۲۲	اپکسوژنیزیس هر دندان	۷,۷۷۰,۰۰۰	۸,۴۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۷,۷۴۰,۰۰۰	۸,۶۱۰,۰۰۰	اندو		
ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۲,۵۲۰,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	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 تأیید جداگانه ضروری می باشد ۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۵,۶۷۰,۰۰۰	۵,۶۷۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	.	۱۴,۲۰۰,۰۰۰	پریو	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	.	۱۱,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	.	۲۶,۰۰۰,۰۰۰	پریو	ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامی است .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	.	۱۰,۴۸۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۱۲,۵۳۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	.	۱۱,۷۵۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سگشن و قطع ریشه	.	۹,۴۲۰,۰۰۰	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	۴۸,۲۶۰,۰۰۰	۵۳,۶۹۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس(OPG) قبل از درمان و فتوگرافی بعد از درمان (همراه با پروتز داخل و خارج دهان، همراه با کلاکت 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 . ۶-هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است .	تعاریف
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۴۸,۲۶۰,۰۰۰	۵۳,۶۹۰,۰۰۰	پروتز		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۳۵,۷۸۰,۰۰۰	۳۹,۴۷۰,۰۰۰	پروتز		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر ۳ دندان فک بالا	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۳۵,۷۸۰,۰۰۰	۳۹,۴۷۰,۰۰۰	پروتز		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۲۱,۶۱۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۶۷,۴۷۰,۰۰۰	۷۳,۹۸۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۶۷,۴۷۰,۰۰۰	۷۳,۹۸۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۱۴,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۱۴,۸۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۱۶,۴۵۰,۰۰۰	۱۷,۷۵۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۲۵,۶۵۰,۰۰۰	۲۹,۱۲۰,۰۰۰	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 پرسلن، تحویل موقت یا سمان دائم و هزینه لابراتوار) می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۲۲,۶۶۰,۰۰۰	۲۶,۵۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسلن یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۳۰,۱۰۰,۰۰۰	۳۴,۴۴۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۲۳,۴۰۰,۰۰۰	۲۶,۶۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۱۳,۴۶۰,۰۰۰	۱۵,۲۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	۸,۵۸۰,۰۰۰	۹,۴۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۳,۶۹۰,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	پروتز		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۵۴۰,۰۰۰	۲,۵۴۰,۰۰۰	پروتز		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۵,۰۵۰,۰۰۰	۵,۴۸۰,۰۰۰	پروتز		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۵,۵۶۰,۰۰۰	۶,۴۶۰,۰۰۰	پروتز- اندو		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۱۶,۰۵۰,۰۰۰	۱۷,۹۲۰,۰۰۰	پروتز	۱-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد ۲- ارائه فتوگرافی پس از درمان 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)	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.	
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۳,۲۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۶,۹۰۰,۰۰۰	۷,۵۵۰,۰۰۰	اطفال		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۳,۱۹۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۸۹۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۵,۵۶۰,۰۰۰	۵,۷۵۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل S.S crown پیش ساخته	۷,۳۶۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	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	۵,۳۵۰,۰۰۰	۵,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۶,۶۵۰,۰۰۰	۶,۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۸,۶۵۰,۰۰۰	۸,۶۵۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۶,۲۶۰,۰۰۰	۶,۲۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۸,۸۱۰,۰۰۰	۸,۸۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۱,۹۸۰,۰۰۰	۱۲,۸۵۰,۰۰۰	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)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۱۰,۸۲۰,۰۰۰	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۳,۴۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۵,۳۶۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۶,۶۸۰,۰۰۰	۷,۴۸۰,۰۰۰	اطفال		
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	۱۰۰,۲۶۰,۰۰۰	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، کائین 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 صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۱۱۲,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۰	۷۹,۲۱۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۴۷,۵۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۶۱,۴۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۶۹,۰۱۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۱۳,۸۲۰,۰۰۰	۱۵,۶۴۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		
<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)	۲۰,۳۱۰,۰۰۰	۲۷,۴۷۰,۰۰۰	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	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد تبصره: 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)	۱۳,۵۳۰,۰۰۰	۱۶,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۵,۹۹۰,۰۰۰	۲۰,۶۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۹,۳۱۰,۰۰۰	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۲۳,۹۹۰,۰۰۰	۳۱,۳۶۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریاال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۱۰,۰۹۰,۰۰۰	۱۲,۹۱۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است.	
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۸,۴۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۱۷,۲۲۰,۰۰۰	۲۲,۱۴۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۹,۶۸۰,۰۰۰	۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۶۵,۵۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۳۹,۹۵۰,۰۰۰	۴۶,۸۹۴,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایاتمنت)	۳۱,۱۵۰,۰۰۰	۳۵,۰۸۰,۰۰۰	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	۲۵,۶۶۰,۰۰۰	۲۹,۵۷۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۱۵۳,۹۷۰,۰۰۰	۱۶۲,۱۵۰,۰۰۰	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	۱۵۳,۹۷۰,۰۰۰	۱۶۲,۱۵۰,۰۰۰	پروتز	۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فوتوگرافی 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- هزینه لابراتوار ، در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد
۴- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد
۵- فتوگرافی : منظور از فتوگرافی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد .
۶- 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 .
۷- تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد باشد
۸- 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 صورتی که فرد مراجعه کننده، کودک تا ۱۰ سال تمام باشد، ۵۰/مبلغ جزء حرفه ای، به سرجمع مبلغ جزء حرفه ای خدمت مربوطه اضافه میگردد. بدیهی است در صورت نیاز بیمار به خدمات بیهوشی و آرام بخشی، این افزایش قابل محاسبه نمیباشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیباشد. این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.
تبصره ۲ : در صورتی که فرد مراجعه کننده، معلول جسمی- حرکتی و ذهنی (براساس تعاریف و فهرست ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد، مبلغ جزء حرفه ای خدمت مذکور، ۲ برابر خواهد بود.
تبصره ۳ : 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 ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
تبصره ۴ : هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد
تبصره ۵ : حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .
تبصره ۶ : در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد .
تبصره ۷ : خدمات بیهوشی صرفاً" برای گروههای ذیل قابل بررسی می باشد :
- کلیه معلولین ذهنی و جسمی
- در موارد Phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیر همکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیمار غیر همکار ، بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
تبصره ۸ : 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 .

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 ، اپاتمنت ، پروتزهای متکی بر ایمپلنت ، پیوند استخوان ، سینوس لیفت در قسمت بیماری " دندانپزشکی(ایمپلنت) " انتخاب گردد
در صورت انجام اقدامات از قبیل دست دندان (پروتزهای کامل فک بالا و پایین)، پروتزهای پارسیل آکریلی یا کروم کبالت، فلپپر (کلیه پروتز های متحرک) در قسمت بیماری " دندانپزشکی (دندان مصنوعی) " انتخاب گردد
صدور معرفی نامه برای موارد ارتودنسی فقط از طریق کارشناسان بیمه پارسیان امکان پذیر می باشد و مراکز درمانی از صدور معرفی نامه جهت اقدامات ارتودنسی خودداری نمایند
شایان ذکر است در صورت معایرت 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
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 نمایند.