



تعرفه بخش خصوصی دندانپزشکی سال ۱۴۰۱ مراکز طرف قرارداد بیمه پارسیان قابل اجرا از تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۶۹۰,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰		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	۵۶۹,۳۳۰	۵۶۹,۳۳۰			
۳	۷۰۰۰۸۰	گرافی اکلوزال	۹۱۲,۲۴۰	۹۱۲,۲۴۰			
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۱,۳۸۱,۰۳۰	۱,۳۸۱,۰۳۰		درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامی است.	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۱,۳۸۱,۰۳۰	۱,۳۸۱,۰۳۰			
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)	۲,۱۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	ارسال OPG قبل از درمان جهت کشیدن	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	بیش از ۴ دندان الزامی است	
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۲,۶۸۰,۰۰۰	۳,۰۷۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۵,۷۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	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	۶,۹۶۰,۰۰۰	۸,۰۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	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	۸,۰۸۰,۰۰۰	۹,۳۸۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت-پریو		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	۷,۲۲۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- 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 ۲- ارسال گرافی قبل درمان الزامی است	هزینه آلوئولوپلاستی در برگزیده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم برداشت استخوان و بخیه موضع دارد.
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۹,۰۹۰,۰۰۰	۱۱,۲۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۴۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست فتوگرافی بعد از درمان الزامی است	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۵۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱-بخیه صرفاً بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۶,۸۴۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲-رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-اژه هر ریشه (امپوتاسیون)	۶,۴۲۰,۰۰۰	۷,۳۳۰,۰۰۰	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	۴,۸۹۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و پریو	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۵,۸۴۰,۰۰۰	۶,۷۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	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	۳,۸۶۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	ترمیمی	<p>۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود</p> <p>۲- جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴ دندان ارسال پانورکس (OPG) قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p> <p>۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD، 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	۴,۸۴۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۶,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۴,۶۰۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۶,۲۹۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۷,۹۲۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۷,۱۷۰,۰۰۰	۷,۷۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۱۱,۰۷۰,۰۰۰	۱۲,۱۰۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۵۳۰,۰۰۰	ترمیم-پروتز		برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است
۱۰	D۴۳۳۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۸,۷۸۰,۰۰۰	۹,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پرو		<p>۱- صرفاً جهت دندان های تروما نیزه 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	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	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	۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	اندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۶,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۸,۴۱۰,۰۰۰	۱۰,۲۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۹,۶۳۰,۰۰۰	۱۱,۷۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۱,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۱۸۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	اندو		

ردیف	کد	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامی است.</p> <p>۲- جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>	
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۹,۷۵۰,۰۰۰	۱۱,۷۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۱۱,۵۳۰,۰۰۰	۱۳,۹۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۹۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۴,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۸,۲۲۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۹,۰۶۰,۰۰۰	۱۰,۹۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۹,۸۵۰,۰۰۰	۱۱,۹۶۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۱۴۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازا، هر ریشه	۴,۹۳۰,۰۰۰	۵,۴۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات	۰	۸,۴۲۰,۰۰۰	اندو - اطفال	<p>ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است</p>	<p>شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال ومراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز میباشد</p>
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنیزس هر دندان	۶,۱۹۰,۰۰۰	۶,۷۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۶,۳۱۰,۰۰۰	۷,۰۳۰,۰۰۰	اندو		
ردیف	کد	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو	<p>۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تایید جداگانه ضروری می باشد</p> <p>۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانبزشک عمومی قابل پرداخت می باشد</p>	<p>این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.</p>
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساز یک فک	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	پریو		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساز دوفک	۴,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۹,۴۳۰,۰۰۰	۱۱,۴۱۰,۰۰۰	پریو	<p>۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان</p> <p>۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.</p>	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۷,۷۶۰,۰۰۰	۹,۳۵۰,۰۰۰	پریو		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۱۵,۸۸۰,۰۰۰	۲۱,۳۱۰,۰۰۰	پریو	<p>ارائه فتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامی است .</p>	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۶,۷۸۰,۰۰۰	۸,۶۰۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج Crown Length	۸,۲۸۰,۰۰۰	۱۰,۱۳۰,۰۰۰	پریو	<p>صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.</p>	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۷,۷۰۰,۰۰۰	۹,۵۵۰,۰۰۰	پریو	<p>صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد</p>	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سگشن و قطع ریشه	۶,۴۰۰,۰۰۰	۷,۵۳۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	<p>ارائه رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است</p>	

ردیف	کد	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۳۹,۹۳۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس(OPG) قبل از درمان و فتوگرافی بعد از درمان (همراه با پروتز داخل و خارج دهان، همراه با کلرت 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 پائین	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۲۵,۵۸۰,۰۰۰	پروتز			
۴	D۵۲۱۱/۱	فلپیر ۳ دندان فک بالا	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۲۴,۸۹۰,۰۰۰	پروتز			
۶	D۵۲۱۲/۱	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۴۳,۷۴۰,۰۰۰	پروتز			
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۴۳,۷۴۰,۰۰۰	پروتز			
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۹,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۹,۴۰۰,۰۰۰	پروتز			
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۷,۴۶۰,۰۰۰	پروتز			
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۷,۴۶۰,۰۰۰	پروتز			
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۱۱,۱۹۰,۰۰۰	پروتز	در صورتیکه پروتز کامل دو فک ، قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۱۱,۱۹۰,۰۰۰	پروتز			
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱۶,۹۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و گرافی بعد از درمان الزامی است . ۲- 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.	تعاریف	
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۱۴,۸۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسنل یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۲۲,۴۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسنل یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی	۱۷,۲۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۹,۳۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است . ۲-انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	تعاریف	
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست+ترمیم کامپوزیت	۶,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی			
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بریج می باشند نمی شود	تعاریف	
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۲,۸۹۰,۰۰۰	پروتز			
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۴,۰۰۰,۰۰۰	پروتز			
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۴,۳۸۰,۰۰۰	پروتز- اندو			
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۱۳,۲۳۰,۰۰۰	پروتز	۱-هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است ۲- ارائه فتوگرافی پس از درمان الزامی است	تعاریف	

ردیف	کد	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه متخصص	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	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)	۲,۵۶۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	اطفال		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۵,۵۴۰,۰۰۰	۶,۰۸۰,۰۰۰	اطفال		
۴	D۱۲۰۸	پروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۲,۴۷۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	اطفال		
۵	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۳,۱۲۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	اطفال		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۴,۳۶۰,۰۰۰	۴,۵۲۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل s.s crown پیش ساخته	۵,۸۹۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	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	۴,۲۲۰,۰۰۰	۴,۲۲۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال	
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۵,۲۳۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۶,۸۱۰,۰۰۰	۶,۸۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۴,۹۶۰,۰۰۰	۴,۹۶۰,۰۰۰	اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۷,۰۲۰,۰۰۰	۷,۰۲۰,۰۰۰	اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۸,۹۰۰,۰۰۰	۸,۹۰۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	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)	۱۲,۸۷۰,۰۰۰	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	۱۲,۸۷۰,۰۰۰	۱۳,۹۵۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۸,۸۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۹,۷۰۰,۰۰۰	۱۰,۹۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	۹,۷۰۰,۰۰۰	۱۰,۹۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو		
۲۱	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۴,۱۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	اطفال		
۲۲	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۵,۱۸۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	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	۸۷,۷۰۰,۰۰۰	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 درجین دوره درمان متحرک می باشد به روش ثابت صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۰	۹۶,۴۴۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۰	۶۹,۸۷۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک	۰	۴۴,۹۲۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۰	۵۴,۶۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۰	۵۷,۳۷۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۹,۲۴۰,۰۰۰	۱۱,۱۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		

تبصره : با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارتودنسی ، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارتودنسی ثابت در صورت درمانی بودن آن حداکثر در طی دو دوره قرارداد متوالی (حداکثر ۵۰ درصد تعرفه در دوره اول قرارداد و ۵۰ درصد باقیمانده در دوره دوم قرارداد) در صورت داشتن پوشش بیمه ای درمان ارتودنسی در تاریخ شروع درمان 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)	۱۶,۵۶۰,۰۰۰	۲۲,۵۳۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی، پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریکال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان 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	۱۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۸۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۹,۵۰۰,۰۰۰	۲۵,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۸,۲۰۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۱۱,۳۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	پریو-جراج فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۲	D۷۹۵۲	سینوس لیفت CLOSE	۲۷,۲۵۰,۰۰۰	۳۳,۰۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ابامنت)	۲۴,۸۸۰,۰۰۰	۲۸,۱۶۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامی است .	
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۲۰,۸۲۰,۰۰۰	۲۴,۰۷۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ابامنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۱۱۶,۹۲۰,۰۰۰	۱۲۳,۷۴۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. 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	
۱۷	D۶۱۱۱	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۱۱۶,۹۲۰,۰۰۰	۱۲۳,۷۴۰,۰۰۰	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- 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 و یا آرامبخشی متوسط و شدید، تعرفه بیهوشی با پایه (۳)با تکمیل چارت بیهوشی توسط متخصص مربوطه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. سایر تعدیل کنندهها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی کتاب ارزش نسبی مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه و پرداخت است.
تبصره ۴: حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .
تبصره ۵ : در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمیباشد .
تبصره ۶ : 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).

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

در صورت انجام اقدامات از قبیل ترمیم ، روکش (پروتز های ثابت) ، درمان ریشه ، جرمگیری، کشیدن ، جراحی نسج نرم و سخت و موارد مشابه در قسمت بیماری "دندانپزشکی پایه" انتخاب گردد
در صورت انجام اقدامات از قبیل ایمپلنت ، کارگذاری فیکسچر ، اباتمنت ، پروتزهای متکی بر ایمپلنت ، پیوند استخوان ، سینوس لیفت در قسمت بیماری "دندانپزشکی(ایمپلنت)" انتخاب گردد
در صورت انجام اقدامات از قبیل دست دندان (پروتزهای کامل فک بالا و پایین)، پروتزهای پارسیل آکریلی یا کروم کبالت، فلپیر (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 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
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.