

دندانپزشکی

این قرارداد بین مجتمع/شعبه مجتمع خدمات بیمه ای رضوی شرکت بیمه البرز (سهامی عام) به شماره ثبت ۶۷۹۶ و شماره اقتصادی ۱۰۱۰۳۱۴۷۷۶ به نشانی استان خراسان رضوی، شهر مشهد، مشهد، ابتدای بزرگراه آسیایی نبش پیامبر اعظم ۸ (شهرک رازی) کدپستی ۹۱۸۹۶۱۱۳۱۱ و تلفن ۴۰۰۵۱۳۶۴۵۷۰۰۰ از یک طرف که در این قرارداد اختصاراً شرکت نامیده می شود و دندانپزشکی دندانپزشکی دکتر نجیب زادگان به کدملی/شناسه ملی ۰۹۲۳۴۳۹۹۸۶ به شماره ثبت - و کد اقتصادی - و شماره پروانه بهره برداری ۲۰۵۱۸۴۶۴۷۱۶۰ به نشانی خراسان رضوی، مشهد، بلوار صیادشیرازی - حدفاصل ۳۴ و ۳۶ - پلاک ۲۵۲ کدپستی ۹۱۷۹۱۱۴۹۵۴ و تلفن ۰۵۱۳۸۹۰۲۷۱۱ از طرف دیگر که در این قرارداد اختصاراً طرف قرارداد نامیده می شود با شرایط زیر منعقد میگردد .

ماده یکم : موضوع قرارداد

موضوع قرارداد پذیرش و ارائه کلیه خدمات دندانپزشکی تحت پوشش مورد نیاز بیمه شدگان شرکت بیمه، مطابق مصوبات و دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، سندیکای بیمه گران و آئین نامه ۹۹ بیمه مرکزی و آئین نامه های پس از آن و ضوابط داخلی بیمه گر و مفاد قرارداد حاضری باشد .

ماده دوم : مدت قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۵/۰۴/۰۱ می باشد. در صورتیکه هر یک از طرفین، یک ماه پیش از پایان مدت قرارداد، اقدامی در جهت فسخ یا تعدیل آن به عمل نیاورند، این قرارداد برای مدت یک سال دیگر با همین شرایط، تمدید شده تلقی می گردد.

تبصره : تاریخ پایان قرارداد منوط به تاریخ اعتبار پروانه بهره برداری / طبابت و مسئولین فنی طرف قرارداد بوده و در صورتیکه در بازه زمانی قرارداد فی مابین، تاریخ اعتبار پروانه منقضی گردد، قرارداد به صورت یکطرفه از سوی شرکت فسخ شده تلقی می گردد . همچنین بیمه گر تعهدی در قبال پرداخت هزینه بیماران پذیرش شده از زمان پایان اعتبار پروانه به بعد، را نخواهد داشت مگر آنکه پروانه تمدیدی از سوی طرف قرارداد به شرکت ارائه گردد.

ماده سوم : نرخها و تعرفه های مورد توافق

تعرفه های موردتوافق برای اجرای این قرارداد به شرح جداول پیوست میباشد که جزء لاینفک قرارداد محسوب می گردد.

تبصره ۱ : هرگونه تغییر در مفاد قرارداد که به توافق طرفین رسیده باشد، بصورت الحاقیه قرارداد تنظیم و پس از امضاء قابل اجرا است.

تبصره ۲ : رعایت کلیه قوانین و بخشنامه های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از زمان ابلاغ جزء لاینفک قرارداد محسوب می گردد.

تبصره ۳ : در صورت در تعهد بودن خدمات نزد بیمه گر پایه، سهم بیمه گر پایه از کلیه تعرفه های مذکور کسر خواهد شد . در مواقعی که بیمه شده فاقد بیمه گر پایه باشد فرانشیز بیمه نامه از بیمار دریافت گردد.

تبصره ۴ : در مواردی که سهم بیمه گر پایه از فرانشیز مندرج در معرفی نامه کمتر باشد، مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از بیمار دریافت گردد.

تبصره ۵ : ارائه خدمات دندانپزشکی مطابق با تعهدات و فرانشیز مندرج در معرفی نامه با تجویز دندانپزشک مربوطه در سرنسخه و یا درج دستور پزشک به صورت نسخه الکترونیکی مورد تایید خواهد بود.

ماده چهارم : تعهدات طرف قرارداد

۴-۱- در صورت مراجعه هریک از بیمه شدگان تحت پوشش بیمه تکمیلی به طرف قرارداد، با ارائه معرفی نامه صادره (توسط شرکت و برخط) با لحاظ سقف تعهدات و فرانشیز مندرج در معرفی نامه، با رعایت مفاد این قرارداد جهت انجام خدمات دندانپزشکی، مورد پذیرش قرار خواهند گرفت.

۴-۲- صدور معرفی نامه اینترنتی توسط مرکز دندانپزشکی (طرف قرارداد) برای هریک از بیمه شدگان تحت پوشش بیمه تکمیلی با ارائه کارت ملی و ارسال تصویر آن به همراه مدارک جهت دریافت هزینه ها از شرکت بیمه.

تبصره: ارائه طرح درمان اولیه بر اساس ضرورت انجام خدمات دندانپزشکی برای بیمار صرفاً جهت هزینه های ارتودنسی، ایمپلنت و دندان مصنوعی ضروری می باشد. به عبارتی جهت خدمات فوق الذکر، امکان صدور معرفی نامه اینترنتی بدون تأیید شرکت بیمه گر وجود ندارد.

تبصره: با توجه به راه اندازی سیستم صدور معرفی نامه الکترونیکی برخط (آنلاین) به صورت پنجره واحد در محل مراکز درمانی از طریق سامانه پذیرش الکترونیکی (ماد) به نشانی mccp.iraneit.com و در صورت درخواست مرکز دندانپزشکی (طرف قرارداد) و اخذ نام کاربری و کلمه عبور از جانب شرکت، امکان صدور معرفی نامه اینترنتی و پذیرش بیمه شدگان از طریق سامانه "ماد" با درج کد ملی بیمه شده میسر می باشد.

تبصره ۲: پذیرش بیمه شده و انجام خدمات دندانپزشکی مطابق معرفی نامه صادره و در تاریخ پوشش بیمه شده در بیمه نامه معتبر که در آن سقف تعهدات و فرانشیز درج شده است، میسر خواهد بود.

تبصره ۳: بیمار می بایست از جمع کل هزینه خدمات دندانپزشکی خود، قبل از شروع درمان مطلع گردد.

تبصره ۴: معرفی نامه اینترنتی صادره توسط طرف قرارداد، مخصوص یک نوبت پذیرش بیمار می باشد که در آن مشخصات بیمه شده، سقف تعهدات و فرانشیز درج شده است.

۴-۳- طرف قرارداد موظف است نسبت به تکمیل فرم گزارش خدمات دندانپزشکی (فرم پیوست معرفی نامه) به تفکیک هر خدمت انجام گرفته و اخذ امضاء از بیمه شده پس از اتمام خدمات دندانپزشکی اقدام نماید.

۴-۴- صدور معرفی نامه و شروع درمان پروتزیسهای ثابت و متحرک دو هفته قبل از انقضاء بیمه نامه مجاز نبوده و قابل پرداخت نمی باشد.

۴-۵- چنانچه خدمات دندانپزشکی در مدت اعتبار معرفی نامه انجام شده باشد و هزینه خدمات مربوطه بیشتر از مبلغ سقف معرفی نامه باشد، مازاد سقف به عهده بیمار می باشد.

تبصره: طرف قرارداد ملزم است مابه التفاوت هزینه مازاد سقف معرفی نامه را مطابق تعرفه ماده سوم قرارداد محاسبه و از بیمار دریافت نماید.

۴-۶- با توجه به طولانی بودن مدت زمان درمان ارتودنسی ثابت، متحرک و یا ترکیبی، طرف قرارداد متعهد می گردد نسبت به اتمام درمان بیمه شده اقدام نماید. به عبارتی از ارجاع بیمه شدگان به سایر مراکز دندانپزشکی جهت انجام بقیه خدمات دندانپزشکی خودداری گردد. در غیر اینصورت مبالغ پرداختی احتمالی بابت اقساط ارتودنسی، از صورتحساب های آتی طرف قرارداد کسر خواهد شد.

۴-۷- طرف قرارداد تعهد می نماید انجام تعهدات خود به موجب این قرارداد را به غیر واگذار ننماید.

۴-۸- طرف قرارداد تعهد می نماید به منظور دریافت صورت هزینه های درمان بیمه شدگان ضمن رعایت تعرفه های مورد اشاره در ماده سوم و پس از اعمال کسر فرانشیز، می بایست مطابق با ضوابط مندرج در جدول پیوست پس از تنظیم و تکمیل مدارک و مستندات، نسبت به ارسال مدارک مشروح ذیل حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از اتمام انجام خدمات اقدام نماید:

۴-۸-۱- اصل معرفی نامه صادره ممهور به مهر

۴-۸-۲- اصل فرم گزارش خدمات دندانپزشکی (پیوست معرفی نامه)، تکمیل شده توسط دندانپزشک معالج و ممهور به مهر دندانپزشک / درمانگاه و اخذ امضاء از بیمه شده

۴-۸-۳- تصویر کارت ملی بیمه شده

۴-۹- طرف قرارداد ملزم به رعایت مقررات و تعرفه های پیوست این قرارداد می باشد. بدیهی است در صورت دریافت هرگونه وجهی از بیمار که خارج از ضوابط این قرارداد باشد، وجه مذکور از صورتحساب کسر و در صورت تکرار نسبت به فسخ قرارداد اقدام خواهد شد.

۴-۱۰- تاریخ شروع انجام خدمات دندانپزشکی از زمان شروع اولین جلسه، حداکثر دو ماه می باشد.

۴-۱۱- دستورپزشک های تاریخ گذشته، تاریخ نسخه به آینده و مخدوش فاقد اعتبار خواهد بود.

۴-۱۲- خدمات انجام شده باید به تفکیک، قیمت گذاری گردد و با امکانات موجود در آن مرکز مطابقت داشته باشد.

۴-۱۳- تعداد جلسات انجام شده دندانپزشکی در برگه مربوطه، می بایست به تایید (امضای) بیمار رسیده باشد.

۴-۱۴- مهر طرف قرارداد در نسخ و صورتحساب الزامی است.

تبصره: چنانچه طرف قرارداد، درمانگاه باشد الصاق مهر دندانپزشک معالج و نیز مهر درمانگاه در صورتحساب های ارسالی الزامی است.

۴-۱۵- طرف قرارداد تعهد می نماید به منظور همکاری با شرکت، کنترل های لازم را در خصوص تطبیق مشخصات بیمار دارای معرفی نامه شرکت با کارت شناسایی معتبر بیمار معمول دارد.

۴-۱۶- طرف قرارداد تعهد می نماید با بازرسان اعزامی دارای معرفی نامه معتبر از شرکت، همکاری بنماید.

۴-۱۷- طرف قرارداد تعهد می نماید مجموع هزینه های بیمه شدگان معرفی شده از سوی شرکت را بر مبنای تعرفه های مورد اشاره در ماده سوم قرارداد محاسبه و پس از کسر سهم بیمه گر اول، صورت هزینه ها را (به تفکیک صورت هزینه طرف قرارداد و بیمه گر اول) تنظیم و حداکثر ظرف مدت یک ماه به شرکت ارسال نماید. شرکت نیز موظف است پس از وصول صورت هزینه ها، بررسی های لازم را انجام داده و وجوه صورت هزینه های قابل پرداخت را حداکثر ظرف مدت دو ماه به طرف قرارداد پرداخت نماید.

۴-۱۸- طرف قرارداد تعهد می نماید صورت هزینه های بیمه شدگان معرفی شده از سوی شرکت را همراه با مدارک مربوطه که کلاً مهر و امضاء شده اند، ظرف مهلت مقرر در این ماده به شرکت ارسال نماید.

۴-۱۹- چنانچه طرف قرارداد نسبت به وجوه پرداختی بابت هر صورت هزینه معترض باشد، موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه از تاریخ دریافت وجوه مزبور، مراتب اعتراض خود را کتبا و با ذکر دلایل و مستندات لازم، به شرکت اعلام نماید. بدیهی است در غیر این صورت مراتب تأیید شده تلقی خواهد شد.

۴-۲۰- طرف قرارداد تعهد می نماید برای هر پرداخت، فقط یکبار صورت هزینه صادر کرده و از صدور صورت هزینه های تکراری خودداری نماید. بدیهی است در صورت عدم رعایت این امر و ارائه صورت هزینه های تکراری، مسئولیت آن متوجه طرف قرارداد بوده و در صورتی که وجهی از این بابت توسط شرکت پرداخت شده عیناً به حساب بدهکار طرف قرارداد منظور و در صورت تکرار بنا به تشخیص شرکت، موجب حق فسخ یک جانبه قرارداد خواهد شد.

۴-۲۱- طرف قرارداد موظف است در صورت فسخ قرارداد با بیمه گران پایه، مراتب را ظرف مدت ۱۰ روز به شرکت اعلام نماید. در غیر این صورت سهم بیمه گر پایه از صورتحساب های طرف قرارداد کسر خواهد شد.

۴-۲۲- طرف قرارداد در انجام خدمات تجویز شده توسط پزشک معالج، کلیه مصوبات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت خواهد کرد.

۴-۲۳- مسئولیت رعایت کلیه مفاد و تعرفه ها و قوانین مندرج در این قرارداد به عهده مسئول فنی و مسئول مرکز دندانپزشکی (طرف قرارداد) می باشد. لذا ضروری است مشخصات مسئول فنی مرکز دندانپزشکی، همراه با پروانه فعالیت و مستندات مربوطه قبل از انجام هرگونه خدمت به طور کتبی در اسرع وقت به شرکت ارسال گردد.

تبصره: رعایت ضوابط و مقررات و بخشنامه ها و دستورالعمل های قانونی مراجع قانونی و درمانی کشور برای طرفین الزامی است.

۴-۲۴- تمامی مصوبات و دستورالعمل های شرکت بیمه البرز که موخر بر این قرارداد می باشد برای طرف قرارداد لازم الاتباع خواهد بود.

۴-۲۵- قصور و تخلفات پرسنل و کارکنان از عوامل رافع مسئولیت طرف قرارداد نبوده و شرکت بیمه البرز برای جبران خسارت وارده حق رجوع به هریک را دارد.

ماده پنجم : تعهدات شرکت

۵-۱- سقف تعهدات شرکت در مورد بیمه شدگان برابر تعرفه و مفاد این قرارداد، حداکثر تا مبلغ مندرج در معرفی نامه صادره می باشد.

۵-۲- شرکت متعهد است درخواست کتبی طرف قرارداد را در اسرع وقت رسیدگی و اقدامات لازم را انجام دهد.

۵-۳- شرکت موظف است حداکثر ظرف مدت دو ماه از زمان تحویل مدارک به دبیرخانه بیمه گر، صورتحساب های طرف قرارداد را با عنایت به ماده سوم و مفاد قرارداد، مبلغ ارزیابی شده را به حساب طرف قرارداد واریز نماید.

۴-۵- مبنای محاسبه وفق تعرفه های پیوست قرارداد می باشد.

۶-۵- پذیرش کلیه بیمه شدگان با تجویز دندانپزشک مربوطه در سرنسخه و یا نسخه الکترونیک، مورد تایید شرکت می باشد.

۷-۵- وجوه مربوط به موارد خارج از تعهد بیمه گر می بایست مطابق تعرفه های توافق شده فی ما بین، مستقیماً از بیمه شده دریافت گردد. مگر آنکه در معرفی نامه صادره، نسبت به پرداخت هریک از آن ها تعهد شده باشد.

۸-۵- بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال هزینه های خدمات اضافی، نخواهد داشت.

ماده ششم : الزامات قانونی و مالیاتی

۱-۶-: با توجه به الزام سازمان امور مالیاتی کشور به استناد تبصره ۳ ماده ۱۴۷ قانون مالیات های مستقیم و نظر به مفاد ماده ۱۵ دستورالعمل اجرائی مبارزه با پولشویی، شرکت موظف است مطالبات طرف قرارداد (موضوع ماده سوم قرارداد) را با در نظر گرفتن مالکیت حقیقی یا حقوقی طرف قرارداد پرداخت نماید.

تبصره ۱: چنانچه طرف قرارداد، شخص حقیقی باشد، میبایست نام صاحب حساب و شماره شبای اعلام شده عیناً با نام مؤسس / مؤسسين طرف قرارداد مطابقت داشته باشد.

تبصره ۲: چنانچه طرف قرارداد، شخص حقوقی باشد، میبایست نام صاحب حساب و شماره شبای اعلام شده عیناً با نام حقوقی آن مرکز مطابقت داشته باشد.

۲-۶-: پرداخت هرگونه کسورات قانونی که به موجب قوانین و مقررات کشوری به این قرارداد تعلق می گیرد به عهده طرف قرارداد می باشد.

تبصره: در صورت هرگونه تغییر در قوانین و مقررات فوق الذکر از زمان ابلاغ توسط مرجع قانونی مربوطه، لازم الاجرا خواهد شد.

ماده هفتم : موارد پیش بینی نشده و حل اختلاف

۱-۷-: موارد پیش بینی نشده در این قرارداد تابع عرف و مقررات و مصوبات و ضوابط حاکم بر اینگونه قراردادهاست و در صورتی که در تعبیر و تفسیر و یا اجرای مفاد این قرارداد و یا تأیید فسخ و خسارات و غیره اختلافی روی دهد و موضوع از طریق مذاکرات فی مابین حل و فصل نشود، مورد اختلاف به هیأت داورى ارجاع خواهد شد که عبارت است از دو نفر کارشناس خبره که هر یک از طرفین (طرف مدت یک هفته) معرفی می نمایند و یک کارشناس خبره (مرضی الطرفین) که توسط آن دو نفر (طرف مدت یک هفته) انتخاب خواهد شد.

۲-۷-: نظر اکثریت هیأت داورى برای هر یک از طرفین معتبر و لازم الاجرا خواهد بود.

۳-۷-: هزینه داورى به تساوی میان شرکت و طرف قرارداد تقسیم خواهد شد.

۴-۷-: سرداور اختیار دارد به یکی از طرق اظهارنامه یا حضوری یا دادگاه رأی داورى را ابلاغ نماید.

تبصره: محل داورى به توافق اکثریت هیأت داورى تعیین خواهد شد.

ماده هشتم : موارد خاتمه ، تعلیق و فسخ قرارداد

۱-۸-: شرکت می تواند در صورت مشاهده هر گونه سوءاستفاده و یا خدمت رسانی نامناسب، با اعلام کتبی منضم به مستندات مربوطه و یا به صورت یک طرفه و بدون نیاز به ارائه دلایل توجیهی، نسبت به فسخ قرارداد بعد از یک ماه از زمان ابلاغ به طور یک جانبه اقدام نماید.

۲-۸-: طرفین در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و فسخ قرارداد می بایست یک ماه قبل مراتب را به طرف مقابل به صورت مکتوب اعلام نمایند و شرکت موظف است کلیه مطالبات طرف قرارداد را طبق مفاد این قرارداد جاری پرداخت نماید.

۳-۸-: در صورتی که طرف قرارداد به هر دلیلی بدون اطلاع کتبی به شرکت، نسبت به ارائه خدمات به بیمه شدگان خودداری نماید و منجر به نارضایتی بیمه شدگان گردد، شرکت مجاز است آخرین صورتحساب ارسالی طرف قرارداد را پرداخت ننماید و طرف قرارداد حق هیچ گونه اعتراضی را نخواهد داشت.

ماده نهم : نشانی طرفین

نشانی طرفین همان نشانی مندرج در مقدمه بوده و هرگاه یکی از طرفین قرارداد نشانی خود را در مدت قرارداد تغییر دهد باید موضوع را کتباً به طرف دیگر اعلام نماید و تا زمانی که نشانی جدید به طرف دیگر اعلام نشده است کلیه نامه ها، اوراق و اظهارنامه ها و... به نشانی مندرج در این قرارداد ارسال و ابلاغ شده تلقی خواهد بود. این قرارداد در نه ماده و در دو نسخه تنظیم شده است و هر نسخه آن حکم نسخه واحد را دارد.



پیوست یک: نرخ ها و تعرفه های
مورد توافق در ماده سوم قرارداد

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	۲,۳۰۱,۰۰۰	۳,۲۰۶,۰۰۰		در صورت انجام خدمات ، هزینه ویزیت 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	۷۰۰۶۵	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۱,۵۹۲,۸۰۰	۱,۵۹۲,۸۰۰			
۳	۷۰۰۸۵	گرافی پانورکس	۳,۸۳۶,۸۰۰	۳,۸۳۶,۸۰۰			
۴	۷۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری	۳,۸۳۶,۸۰۰	۳,۸۳۶,۸۰۰			

ردیف	کد	هزینه های جراحی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۵,۹۸۰,۰۰۰	۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	گرافی OPG تشخیصی قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۷,۰۹۰,۰۰۰	۷,۹۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل	۷,۸۷۰,۰۰۰	۸,۸۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱۷,۲۸۰,۰۰۰	۱۹,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	جراحی نسج نرم در برگیرنده 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	۲۰,۴۸۰,۰۰۰	۲۳,۰۳۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانای 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	۲۳,۵۵۰,۰۰۰	۲۶,۶۱۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		شامل دندانای 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	آلوئوپلاستی نیم فک	۲۰,۸۸۰,۰۰۰	۲۴,۱۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندان قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلوئوپلاستی در برگیرنده 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	۲۵,۴۵۰,۰۰۰	۳۰,۵۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	۲۰,۰۷۰,۰۰۰	۲۲,۶۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۲۵,۹۳۰,۰۰۰	۲۹,۹۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی	
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آیسده داخل دهان	۹,۳۴۰,۰۰۰	۱۰,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۰,۱۸۰,۰۰۰	۱۰,۹۰۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۵,۶۶۰,۰۰۰	۶,۹۵۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- بخیه صرفا 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	اکسیوز کردن دندان	۲۰,۱۴۰,۰۰۰	۲۲,۶۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به-از راه هر ریشه (آمپوتاسیون)	۱۹,۱۲۰,۰۰۰	۲۱,۲۴۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت - پریو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	۱۴,۷۹۰,۰۰۰	۱۶,۴۹۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت -بیماری های دهان و فک و صورت	ارسال گزارش پاتولوژی	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت	۱۷,۳۵۰,۰۰۰	۱۹,۵۶۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان	۲۶,۸۲۰,۰۰۰	۳۱,۹۲۰,۰۰۰	جراحی فک و صورت	OPG یا CBCT تشخیصی قبل از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	ترمیم	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱۱,۹۱۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود . ۲-گرافی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان . ۳-هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد. نکته :انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	ترمیمی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱۹,۷۶۰,۰۰۰	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱۴,۵۳۰,۰۰۰	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱۹,۳۸۰,۰۰۰	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	ترمیمی		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲۴,۱۱۰,۰۰۰	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان های دائمی	۲۲,۴۸۰,۰۰۰	۲۳,۸۹۰,۰۰۰	ترمیمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی	۳۵,۴۴۰,۰۰۰	۳۷,۸۷۰,۰۰۰	ترمیمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	۷,۱۹۰,۰۰۰	۷,۶۲۰,۰۰۰	ترمیمی- پروتز	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۲۶,۲۱۰,۰۰۰	۲۸,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال- پرو	۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲-ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	درمان ریشه	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	۱۸,۹۸۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد.	
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۲۵,۸۶۰,۰۰۰	۳۰,۴۱۰,۰۰۰	اندو	۱-رادیوگرافی تشخیصی قبل یا حین و نیز بعد از درمان. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت درمان ریشه یک دندان قابل پرداخت می باشد.	تبصره : هزینه های تجهیزات تخصصی در خدمات لحاظ گردیده است
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله	۳۵,۲۶۰,۰۰۰	۴۱,۳۶۰,۰۰۰	اندو		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲۶,۶۰۰,۰۰۰	۳۱,۲۸۰,۰۰۰	اندو		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۳۶,۶۷۰,۰۰۰	۴۳,۰۲۰,۰۰۰	اندو		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۴۴,۳۰۰,۰۰۰	۵۲,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۷,۰۹۰,۰۰۰	۳۱,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۳۸,۰۸۰,۰۰۰	۴۴,۶۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۲	D۳۳۱۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۴۶,۰۱۰,۰۰۰	۵۴,۰۴۰,۰۰۰	اندو		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۰,۲۹۰,۰۰۰	۱۳,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله	۲۹,۸۶۰,۰۰۰	۳۴,۷۷۰,۰۰۰	اندو		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله	۴۱,۷۹۰,۰۰۰	۴۸,۹۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله	۵۰,۶۹۰,۰۰۰	۵۹,۴۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۳۰,۷۲۰,۰۰۰	۳۵,۷۶۰,۰۰۰	اندو		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۴۳,۴۶۰,۰۰۰	۵۰,۸۶۰,۰۰۰	اندو		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۵۲,۷۲۰,۰۰۰	۶۱,۸۴۰,۰۰۰	اندو		
۲۱	D۳۳۴۶/۷	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۲	D۳۳۴۶/۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۳۱,۲۸۰,۰۰۰	۳۶,۴۳۰,۰۰۰	اندو		
۲۳	D۳۳۴۶/۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۴۵,۱۳۰,۰۰۰	۵۲,۸۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۴	D۳۳۴۶/۱۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۵۴,۷۵۰,۰۰۰	۶۴,۲۲۰,۰۰۰	اندو		
۲۵	D۳۳۴۶/۱۱	به ازای هر کانال اضافه	۱۳,۳۵۰,۰۰۰	۱۶,۳۱۰,۰۰۰	اندو		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)	۲۳,۵۳۰,۰۰۰	۲۷,۴۰۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی قبل و بعد از درمان	
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴ و ۵) ریشه اول	۲۵,۷۳۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول	۲۷,۸۰۰,۰۰۰	۳۲,۷۷۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	۱۴,۷۳۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه	۱۵,۱۲۰,۰۰۰	۱۶,۳۹۰,۰۰۰	اندو -جراحی فک و صورت		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد D-۳۳۵۲ و D-۳۳۵۳- میباشند).	۲۳,۸۵۰,۰۰۰	۲۵,۹۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۲	D۳۳۲۲	اپکسوژنیز هر دندان	۱۹,۶۱۰,۰۰۰	۲۰,۹۷۰,۰۰۰	اندو - اطفال		
۳۳	D۳۳۲۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۲۰,۴۷۰,۰۰۰	۲۲,۱۷۰,۰۰۰	اندو		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	پریو	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۵,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	پریو	این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال و حداکثر یکبار در سال در تعهد می باشد.	این خدمت شامل حذف جرم های بالا و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	پریو	در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال ارائه درخواست و تایید جداگانه ضروری می باشد	
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پریو		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۲۷,۰۳۰,۰۰۰	۳۱,۶۶۰,۰۰۰	پریو	۱- OPG تشخیصی قبل از درمان	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان	۲۲,۵۱۰,۰۰۰	۲۶,۲۵۰,۰۰۰	پریو	۲- افزایش طول تاج همراه با فلپ ، دیستال وج و ... قابل پرداخت نمی باشد.	
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	۴۱,۸۶۰,۰۰۰	۵۴,۶۱۰,۰۰۰	پریو	فوتوگرافی از دندان مورد نظر و ناحیه کام	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)	۱۹,۳۳۰,۰۰۰	۲۳,۵۸۰,۰۰۰	پریو		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	۲۳,۷۵۰,۰۰۰	۲۸,۰۹۰,۰۰۰	پریو	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	۲۲,۰۳۰,۰۰۰	۲۶,۳۶۰,۰۰۰	پریو	صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	۱۸,۷۳۰,۰۰۰	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	پریو -جراحی فک و صورت	رادیوگرافی تشخیصی	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	پروتز	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	۱۱۰,۴۱۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- OPG ، فوتوگرافی از پروتز (داخل و خارج از دهان)	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد. ۴- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً هزینه پروتز کامل فک مقابل قابل پرداخت می باشد. ۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد . ۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پایین	۱۱۰,۴۱۰,۰۰۰	۱۲۱,۰۳۰,۰۰۰	پروتز	۲- در صورت نیاز معاینه بیمار	
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	۸۱,۲۴۰,۰۰۰	۸۸,۴۷۰,۰۰۰	پروتز	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک بالا	۳۶,۲۴۰,۰۰۰	۴۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۴- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً هزینه پروتز کامل فک مقابل قابل پرداخت می باشد.	
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	۷۹,۳۶۰,۰۰۰	۸۶,۵۹۰,۰۰۰	پروتز	۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی ، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فک پایین	۳۶,۲۴۰,۰۰۰	۴۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت ، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد .	
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	۱۴۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	۱۴۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	۳۶,۰۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۱۰,۰۰۰	پروتز	۱- هر دو سال یکبار قابل پرداخت می باشد .	۲- فوتوگرافی از پروتز تعمیر شده (داخل و خارج از دهان) که صورت کامل بیمار قابل رویت باشد.
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	۳۶,۰۳۰,۰۰۰	۳۷,۳۱۰,۰۰۰	پروتز		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	۲۸,۹۱۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	۲۸,۹۱۰,۰۰۰	۳۰,۱۹۰,۰۰۰	پروتز		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلین پروتز فک بالا	۳۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۹,۷۷۰,۰۰۰	پروتز	۱- در صورتیکه پروتز کامل دو فک قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد.	۲- انجام خدمات مذکور هر دو سال یکبار در تعهد می باشد.
۱۴	D۵۷۳۱	ریلین پروتز فک پایین	۳۷,۲۲۰,۰۰۰	۳۹,۷۷۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۵۶,۸۲۰,۰۰۰	۶۳,۶۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان.	شامل تمام جلسات تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ، امتحان پرسلن، تحویل موقت یا سمان دائم می باشد.
۱۶	D۶۲۴۱/۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۶۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسلن یا زیرکونیوم) صرفاً دندان های قدامی	۶۶,۱۳۰,۰۰۰	۷۴,۶۳۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- صرفاً در دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفاً دندانهای قدامی	۵۸,۰۰۰,۰۰۰	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر پانورکس تشخیصی قبل و گرافی بعد از درمان یا فوتوگرافی بعد از درمان ۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی	۳۰,۶۲۰,۰۰۰	۳۴,۰۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- رادیوگرافی تشخیصی بعد از درمان. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	
۲۰	D۲۹۵۰	فایپر پست+ترمیم کامپوزیت	۲۰,۳۵۰,۰۰۰	۲۲,۰۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۱	D۲۹۵۵/۱	دراوردن روکش قدیمی	۶,۹۱۰,۰۰۰	۶,۹۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۲	D۲۹۲۰	چسباندن روکش قدیمی	۸,۸۷۰,۰۰۰	۹,۵۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۳	D۲۹۵۵/۲	خارج کردن بریج قدیمی	۹,۲۲۰,۰۰۰	۹,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۴	D۶۹۳۰	چسباندن بریج قدیمی	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۳,۴۱۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۵	D۲۹۵۵	دراوردن پست یا پین قدیمی	۱۲,۵۶۰,۰۰۰	۱۴,۲۶۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	۳۵,۹۴۰,۰۰۰	۳۹,۶۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- فوتوگرافی پس از درمان از نایت گارد (داخل و خارج از دهان) که صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد. ۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	اطفال	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف	
۱	D۷۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۶,۴۱۷,۶۰۰	۷,۱۳۱,۶۰۰	اطفال			
	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی(شیری)	۷,۶۴۰,۰۰۰	۸,۴۹۰,۰۰۰	اطفال			
	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری	۱۷,۷۱۰,۰۰۰	۱۸,۹۸۰,۰۰۰	اطفال - اندو			
	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۷,۸۳۰,۰۰۰	۸,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت می باشد		
	D۱۳۵۱	فیشر سیلنت هر دندان	۱۰,۳۷۰,۰۰۰	۱۰,۷۱۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.		
	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)	۱۴,۰۵۰,۰۰۰	۱۴,۴۳۰,۰۰۰	اطفال-ترمیمی			
	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل SS crown پیش ساخته	۱۸,۳۴۰,۰۰۰	۲۰,۰۴۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعد از درمان. تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و ترمیم جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .		
	۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	۱۲,۷۶۰,۰۰۰	اطفال		برای دندان شیری و نیز دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال
		D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۴۰,۰۰۰	اطفال		
		D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	۲۰,۹۱۰,۰۰۰	اطفال		
		D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	۱۵,۳۸۰,۰۰۰	اطفال		
		D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	۲۱,۰۸۰,۰۰۰	اطفال		
		D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	۲۶,۴۱۰,۰۰۰	اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	۲۸,۹۷۰,۰۰۰	۳۳,۲۱۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان		
	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	۳۷,۲۷۰,۰۰۰	۴۳,۴۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو			
	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پائین (SM)	۳۷,۲۷۰,۰۰۰	۴۳,۴۸۰,۰۰۰	اطفال- ارتو			
	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه	۲۵,۱۵۰,۰۰۰	۲۹,۶۶۰,۰۰۰	اطفال- ارتو			
	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	۲۷,۳۳۰,۰۰۰	۳۲,۸۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو			
	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پائین	۲۷,۳۳۰,۰۰۰	۳۲,۸۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو			
	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	اطفال-اندو			
	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۵۰۰,۰۰۰	اطفال- اندو			

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	ارتودنسی	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	۱۹۵,۰۲۰,۰۰۰	۲۳۳,۶۹۰,۰۰۰	ارتودنسی	رادیوگرافی های تشخیصی پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک	شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	۲۲۴,۴۶۰,۰۰۰	۲۶۴,۸۲۰,۰۰۰	ارتودنسی		
۳	D۸۰۸۰/۱						
۴	D۸۰۹۰/۱						
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)	۱۴۵,۷۱۰,۰۰۰	۱۷۹,۲۷۰,۰۰۰	ارتودنسی	شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک	
۶	D۸۰۳۰						
۷	D۸۰۴۰						
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	۹۳,۰۵۰,۰۰۰	۱۰۸,۸۳۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل هرگونه دستگاه متحرک ، RPE متحرک، عادت شکنها Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال	۱۲۰,۰۲۰,۰۰۰	۱۴۵,۴۶۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال درحین دوره درمان می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	۱۳۹,۶۱۰,۰۰۰	۱۶۷,۶۶۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۳۸,۴۲۰,۰۰۰	۴۱,۹۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم		صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

توضیح: 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 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.

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

ردیف	کد	ایمپلنت	عمومی ۱۴۰۴	متخصص ۱۴۰۴	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ملاحظات	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۴۲,۹۲۰,۰۰۰	۵۶,۹۴۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- رادیوگرافی پانورکس تشخیصی قبل یا CBCT (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) و نیز رادیوگرافی بعد از درمان. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد.	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	۴۴,۳۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۳	D۶۱۰۴/۱	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران (یک دندان)	۲۸,۴۵۰,۰۰۰	۳۴,۸۰۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متريال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قيد گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	
۴	D۶۱۰۴/۲	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۳۳,۶۱۰,۰۰۰	۴۳,۴۴۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۵	D۶۱۰۴/۳	یوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران (یک دندان)	۴۰,۶۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۶	D۶۱۰۴/۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	۵۰,۴۳۰,۰۰۰	۶۵,۹۳۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۷	D۶۱۰۴/۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲۱,۲۱۰,۰۰۰	۲۷,۱۴۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۸	D۶۱۰۴/۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	۲۹,۲۲۰,۰۰۰	۳۸,۷۹۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۹	D۶۱۰۴/۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۳۶,۲۵۰,۰۰۰	۴۶,۵۵۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۰	D۶۱۰۴/۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	۴۱,۳۸۰,۰۰۰	۵۱,۷۲۰,۰۰۰	پریو -جراح فک و صورت		
۱۱	D۷۹۵۱	سینوس لیفت OPEN	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴۱,۸۱۰,۰۰۰	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	۸۷,۴۸۰,۰۰۰	۱۰۱,۰۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (اباتمنت)	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۶۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	پانورکس تشخیصی قبل و رادیوگرافی بعد از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان)	انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد
۱۴	D۶۲۴۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) جهت ایمپلنت	۵۱,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۱۶	D۶۱۱۰	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	۳۵۳,۸۲۰,۰۰۰	۳۶۹,۸۳۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قيد گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- پانورکس بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز فوتوگرافی بعد از درمان	
۱۷	D۶۱۱۱	آوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	۳۵۳,۸۲۰,۰۰۰	۳۶۹,۸۳۰,۰۰۰	پروتز		

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴

موارد مرتبط با بیهوشی در خدمات دندانپزشکی

۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی بصورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) حداکثر معادل ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.

۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.

۳- خدمات بیهوشی به کلیه معلولین ذهنی و جسمی و نیز کودکان کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی کنند ، تعلق می گیرد.

۴- صرفاً آن دسته از مراکز درمانی مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی با بیهوشی هستند که دارای مجوز و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

۱- تعرفه های تخصصی صرفاً "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون "متخصص مشمول تعرفه تخصصی" 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 و پرداخت 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- فوتوگرافی : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمت یا خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت 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- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.

۷- تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.

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 .