

بسمه تعالی



تعرفه های دندانپزشکی تخصصی

در درمانگاه سال 1404

تاریخ اجرا: 1404/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت



خدمات بخش جراحی (متخصصین جراحی لثه و فک و صورت)

کد	شرح	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)
	1- ویزیت و طرح درمان*	خارج از پوشش بیمه
	2- رادیوگرافی	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.000
D7140	3- کشیدن دندان دائمی	8.386.000
D1110/1	4- بروساژ هر فک	3.388.000
D4346/1	5- جرمگیری هر فک	8.924.500
D7230	6- جراحی دندان و با ریشه باقیمانده در نسج نرم*	22.080.000
D7241	7- جراحی دندان و با ریشه باقیمانده در نسج سخت*	30.839.000
D3410	8- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)*	26.408.000
D3421	9- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5)*	29.100.000
D3425	10- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندان های مولار (6-7-8)*	31.570.000
D7321	11- آلوئولوپلاستی نیم فک (1/4 دهان) (گرافی قبل) همراه با کشیدن غیر قابل پرداخت است.	23.307.000
D7960	12- فرنکتومی یا فرنوتومی- پروسه درمانی جداگانه (مکمل پروسه دیگری نمی باشد). (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)	21.702.000
D7350	13- گسترش ریج- وستیبولوپلاستی نیم فک*	52.283.000
D4240	14- فلپ نیم فک* (1/4 دهان) حداقل 4 دندان	30.621.000
D4241	15- فلپ 1/6 دهان* 1 تا 3 دندان	25.481.000
D4249	16- جراحی افزایش طول تاج (صرفاً در دندان کاندید روکش) (گرافی قبل)	27.317.000
D5988	17- اسپلینت جراحی (گرافی بعد از درمان)	31.885.000
D4277	18- پیوند لثه تا سه دندان	53.708.000
D4278	19- پیوند لثه به ازای هر دندان اضافی	23.232.000
D4321	20- اسپلینت موقت- خارج تاجی	27.383.000

خدمات بخش جراحی (متخصصین جراحی لثه و فک و صورت)

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
D3920	20.648.000	21 - جراحی دو نیم سازی دندان (همی سکشن) * (گرافی قبل و بعد)
D3450	20.343.000	22 - جراحی قطع کامل ریشه (آمپوناسیون) به ازاء هر ریشه * (گرافی قبل و بعد)
D7450	23.903.000	23 - جراحی کیست و یا تومورهای کوچک تا قطر 1.25cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7461	28.765.000	24 - جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7460	23.776.000	25 - جراحی تومور یا کیست (غیر اودونتوژنیک) کوچکتر از 1.25cm
D4263	26.750.000	26 - پیوند جایگزینی استخوان اولین موضع در کوادرانت (موارد غیر ایمپلنت) * (گرافی قبل)
D4274	25.761.000	27 - دیستال وج (همراه با افزایش طول تاج، ژنژیوکتومی و فلپ، غیر قابل پرداخت است.)
D4211	17.203.000	28 - ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی (برداشتن لثه آزاد) جهت ترمیم زیر لثه
D7511	14.405.000	29 - درناژ یا باز کردن آبسه داخل یا خارج دهان
D7911	16.692.000	30 - بخیه کردن پیچیده تا 5cm (همزمان با جراحی قابل پرداخت نمی باشد)
D9930	10.610.000	31 - درمان موارد پیچیده پس از عمل - شرایط غیر معمول با گزارش (درای ساکت)
D7286	15.869.000	32 - بیوپسی بافت نرم دهان (گزارش پاتولوژی)
D7285	18.854.000	33 - بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7280	21.772.000	34 - اکسپوز کردن تاج دندان (دسترسى به یک دندان رویش نیافته با جراحی) (گرافی قبل)
D6100	30.415.000	35 - در آوردن ایمپلنت (گرافی قبل و بعد از جراحی همراه با گزارش)
D7210	18.998.000	36 - جراحی دندان رویش یافته انکلیوز (جوش خورده به استخوان) * (گرافی قبل)

توضیحات خدمات بخش جراحی (متخصصین جراحی لثه و فک و صورت)

***توضیح خدمات جرمگیری و بروساز: خدمات فوق با فاصله 12 ماه ، قابل پرداخت است .**

*** ردیف6:** قسمتی از تاج با استخوان پوشیده شده و فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. جهت پرداخت هزینه ، گرافی قبل از درمان الزامی است.

*** ردیف7:** تمام یا بیشتر تاج توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم و برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. جهت پرداخت هزینه ، گرافی قبل از درمان الزامی است.

***توضیح خدمات رزکسیون و رتروگرید:** جهت پرداخت هزینه های رزکسیون و رتروگرید ریشه، ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست. در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب ضروریست.

***توضیح ردیف13:** صرفاً پیش از انجام پروتز کامل قابل پرداخت است.

*** ردیفهای14و15:** به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن انجام می شود.

*** ردیفهای23و24:** اگر یک ریشه از دندان چند ریشه ای را قطع کنیم ، چنانچه تاج دست نخورده بماند ، روت آمپوتیشن و در صورتیکه قطع ریشه ها به جدا شدن تاج بیانجامد همی سگشن خواهد بود.

***ردیف 21:** هزینه آن پس از دریافت تأییدیه از دندانپزشک معتمد و با ارسال رادیوگرافی قبل از درمان، قابل پرداخت است.

***ردیف36:** در آوردن دندان رویش یافته با جراحی که نیازمند کنارزدن فلپ موکوپریوستال برداشتن استخوان و یا سگشن دندان است.

*** درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

مهم: پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار) می باشد .

دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
	خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان*
	1.592.800 BW و PA 2.534.400 اکلوژال 3.836.800 لترال سفالومتري، OPG	2- رادیوگرافی
D2140	18.143.000	3- ترمیم یک سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2150	21.144.000	4- ترمیم دو سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2160	25.909.000	5- ترمیم سه سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2161	28.841.000	6- ترمیم ترمیم بیلد آپ با آمالکام (گرافی پایان کار) (گلوبال)
D2330 D2391	20.711.000	7- ترمیم یک سطحی با کامپوزیت نوری (گلوبال)
D2331	24.962.000	8- ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری قدامی (گلوبال)
D2392	26.237.000	9- ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری خلفی (گلوبال)
D2332	28.894.000	10- ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری قدامی (گلوبال)
D2393	31.316.000	11- ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری خلفی (گلوبال)
D2335	30.982.000	12- ترمیم ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت (گرافی پایان کار) قدامی (گلوبال)
D2394	42.729.000	13- ترمیم ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت (گرافی پایان کار) خلفی (گلوبال)
D1351	10.411.000	14- فیشور سیلنت (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)
D3220	18.463.000	15- پالپوتومی دندان شیری
D7111	8.133.000	16- کشیدن دندان شیری
D1120/1	3.936.000	17- پروفیلاکسی (بروساژ هر فک اطفال)*
D1206/1	3.866.000	18- فلوراید تراپی هر فک*
D2930	25.436.000	19- S.S.C (گرافی پایان کار)
D1520	28.409.000	20- sm (فضا نگهدار) متحرک یکطرفه (گرافی قبل)
D1526 D1527	34.387.000	21- sm (فضا نگهدار) متحرک دو طرفه (گرافی قبل)
D1510	29.772.000	22- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلپ) (گرافی قبل)
D1575	26.417.000	23- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe (گرافی قبل)
D1516 D1517	38.015.000	24- sm (فضا نگهدار) ثابت نوع Ling Arch (دو طرفه) (گرافی قبل)
D3222	20.274.000	25- Apexogenesis
D3230	12.881.000	26- پالپکتومی دندان شیری قدامی (گرافی پایان کار)
D3240	15.666.000	27- پالپکتومی دندان شیری خلفی (گرافی پایان کار)
D4321	27.383.000	28- اسپلنت موقت - خارج ناجی

توضیحات بخش دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

توضیح: منظور از اطفال، فرزندان همکار زیر 12 سال می باشند.
هزینه خدمات فلورایدتراپی و بروساژ اطفال با فاصله 6 ماه، قابل پرداخت است.

توجه: هزینه انجام هر گونه خدمت برای اشخاص بزرگسال (12 سال و بالاتر) با تعرفه دندانپزشک عمومی محاسبه خواهد شد.
در خصوص مراکز دندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی اطفال، منوط به تأیید (خانواده) بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار) می باشد

کلوپال: در ردیفهای ترمیمی شماره 3 الی 13 کد D3120 بعنوان کف بندی دایکال، در جمع آن لحاظ گردیده است.

نکته: انجام خدمت ترمیم زیر یکسال یک دندان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

خدمات بخشی درمان ریشه (متخصصی درمان ریشه)

کد	شرح	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)
	1- ویزیت و طرح درمان*	خارج از پوشش بیمه
	2- رادیوگرافی	
		1.592.800 BW و PA 2.534.400 اکلوژال 3.836.800 لثرال سفالومتری، OPG
D3310	3-درمان ریشه دندانهای قدامی (1-2-3) (گرافی حین (یا قبل) و پایان درمان)	68.646.000
D3320	4-درمان ریشه دندانهای پری مولار (4-5) (گرافی حین (یا قبل) و پایان درمان)	72.652.000
D3330	5-درمان ریشه دندانهای مولار (6-7-8) (گرافی حین (یا قبل) و پایان درمان)	79.457.000
D3346	6-درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی (1-2-3) (گرافی قبل و بعد درمان)	72.488.000
D3347	7-درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار (4-5) (گرافی قبل و بعد درمان)	78.324.000
D3348	8-درمان ریشه مجدد دندانهای مولار (6-7-8) (گرافی قبل و بعد درمان)	86.560.000
D3352	9- Apexification* (گرافی پایان کار)	23.123.000
D3222	10-Apexogenesis (گرافی قبل و بعد درمان)	20.274.000
D3410	11- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندان قدامی (1-2-3)* (گرافی قبل و بعد درمان)	26.408.000
D3421	12- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5)* (گرافی قبل و بعد درمان)	29.100.000
D3425	13- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای مولار (6-7-8)* (گرافی قبل و بعد درمان)	31.570.000
D3220	14- پالپوتومی اورژانسی (همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک، قابل پرداخت نمی باشد.)	18.463.000
D3333	15-درمان پرفوراسیون یا MTA یا Cem- cement (گرافی پایان کار)	21.822.000

توضیحات:

*** ردیف 9:** هزینه خدمت مذکور شامل باز کردن دندان، آماده سازی فضای کانالها و جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل

کانال و مراحل لازم برای قراردادادن ماده پرکردگی نهائی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز می باشد.

*** درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

توضیحات رزکسیون و رتروگرید: جهت پرداخت هزینه های رزکسیون و رتروگرید ریشه، ارسال رادیوگرافیهای قبل و بعد از درمان

مورد نیاز است. همچنین در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب الزامیست.

*** درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

✚ در خصوص مراکز و دندانپزشکان طرف قرارداد پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر

نسخه (بعد از انجام کار) می باشد.

نکته: اندو دندانی که نیاز به ری اندو زیر یکسال داشته باشند، مشمول کسورات می شود.

خدمات بخش ارتودنسی (متخصص ارتودنسی)

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
	خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان*
		2- رادیوگرافی
	1.592.800 BW و PA	
	2.534.400 اکلوژال	
	3.836.800 لترال سفالومتری، OPG	
D8060	139.917.000	3 - ارتودنسی متحرک هر فک
D8070	275.069.000	4 - ارتودنسی ثابت هر فک
D8060	شرح هزینه در توضیحات	5 - پلاک فانکشنال
D8210	33.899.000	6 - هدگیر و Face mask ، chin cap
D8680	41.027.000	7 - پلاک نگهدارنده، ریتینر هر فک (ثابت - متحرک)

توضیحات :

تمامی خدمات فوق نیاز به تأیید دندانپزشک معتمد بانک دارد .

* هزینه درمان فانکشنال معادل ارتودنسی متحرک دو فک پرداخت می شود.

توجه: بیمار فقط از یکی از دو درمان پلاک فانکشنال یا ارتودنسی متحرک می تواند استفاده کند.

* درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.

🌈 در خصوص مراکز و دندانپزشکان طرف قرارداد پرداخت هر گونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر

نسخه (بعد از انجام کار) می باشد .

خدمات بخش ترمیمی

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
	خارج از پوشش بیمه	ویزیت و طرح درمان*
	1.592.800	گرافی PA و BW
	2.534.400	گرافی اکلوزال
	3.836.800	گرافی لترال سفالومتری ، OPG
D2140	18.143.000	1- ترمیم یک سطحی با آمالکام (کلوبال)
D2150	21.144.000	2- ترمیم دو سطحی با آمالکام (کلوبال)
D2160	25.909.000	3- ترمیم سه سطحی با آمالکام (کلوبال)
D2161	28.841.000	4- بازسازی کامل تاج با آمالکام (Build up) (گرافی پایان کار) (کلوبال)
D2330 D2391	20.711.000	5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی-خلفی) (کلوبال)
D2331	24.962.000	6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی) (کلوبال)
D2392	26.237.000	7- ترمیم نوری دو سطحی (خلفی) (کلوبال)
D2332	28.894.000	8- ترمیم نوری سه سطحی (قدامی) (کلوبال)
D2393	31.316.000	9- ترمیم نوری سه سطحی (خلفی) (کلوبال)
D2335	30.982.000	10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Buil up) (قدامی) (گرافی پایان کار) (کلوبال)
D2394	42.729.000	11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) (گرافی پایان کار) (کلوبال)
D2951	7.208.000	12- پین (داخل کانال یا عاج) به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)
D2955	13.564.000	13- خارج کردن پین یا پست
D2952	34.420.000	14- پست و کور (پست ریختگی) (تأییدیه قبل از شروع درمان) (گرافی پایان کار)
D2752	66.834.000	15- روکش PFM (گرافی قبل) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D6241	59.173.000	16- پوتیک PFM (گرافی قبل) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2920	9.069.000	17- چسباندن روکش قدیمی
D2752	66.834.000	18- مرلند بریج (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D1351	10.411.000	19- فیشور سیلنت (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)

توضیحات:

***توضیح ترمیمها:** در صورت انجام دو ترمیم روی یک دندان، به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود.

***توضیح بیلد آپ:** هزینه بیلد آپ در ترمیم دندان های اندو شده MOD، ترمیم دندان های با بیش از دو کاسپ ریداکت شده، ترمیم دندان

قدامی اندو شده کلاس چهار، ترمیم چهار سطحی یا بیشتر یا شامل زاویه اینسایزال قدامی، قابل پرداخت است.

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

***مهم:** پرداخت هر گونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه یا پایین برگه تأییدیه (پس از انجام کار) می باشد.

کلوبال: در ردیفهای ترمیمی شماره 1 الی 11 کد D3120 بعنوان کف بندی دایکال، در جمع آن لحاظ گردیده است.

نکته: انجام خدمت ترمیم زیر یکسال یک دندان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

خدمات بخش پروتز

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
	خارج از پوششی بیمه	ویزیت و طرح درمان*
	1.592.800	گرافی PA و BW
	2.534.400	گرافی اکلوزال
	3.836.800	گرافی لترال سفالومتری، OPG
D2752	66.834.000	1- روکش PFM (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D6241	59.173.000	2- پونتیک PFM (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5225 D5226	165.520.000	3- پروتز پارسیل فلکسی هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2952	34.420.000	4- پست و کور (پست ریختگی) (تأییدیه قبل از شروع درمان) (گرافی پایان کار)
D5110 D5120	196.890.000	5- پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5213 D5214	182.375.000	6- پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5211	101.730.000	7- پروتز پارسیل آکرلی فک بالا (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5212	100.037.000	پروتز پارسیل آکرلی فک پایین (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5520	26.936.000	8- هر دندان اضافه به پروتز کامل (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5650	28.211.000	9- هر دندان اضافه به پروتز پارسیل* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5730 D5731	41.420.000	10- ریلاین پروتز کامل هر فک
D5740 D5741	35.145.000	11- ریلاین پروتز پارسیل هر فک
D5710	68.131.000	12- ری بیسی پروتز کامل فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5711	66.438.000	13- ری بیسی پروتز کامل فک پایین (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5512 D5511	30.476.000	14- تعمیر پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5612 D5611	21.356.000	15- تعمیر پروتز پارسیل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2920	9.069.000	16- چسباندن روکش قدیمی هر واحد
D6930	12.908.000	17- چسباندن بریج قدیم (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها)
D9120	13.384.000	18- بردن یا خارج کردن روکش یا بریج
D2955	13.564.000	19- خارج کردن بین یا پست
D5221	47.137.000	20- فلیپر آکرلی (حداکثر 2 دندان) - (دنجر فوری پارسیل) فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5222	48.029.000	21- فلیپر آکرلی (حداکثر 2 دندان) - (دنجر فوری پارسیل) فک پایین (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2752	66.834.000	22- مرلند بریج (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2951	7.208.000	23- پین (داخل کانال یا عاج) به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)
D9944	38.580.00	24- نایت گارد سخت (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9945	33.829.000	25- نایت گارد نرم (تأییدیه قبل از شروع درمان)

توضیحات :

*** ردیف 1 و 2:** خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسن، تحویل موقت و سمان دائم) می باشد. همچنین در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتور لحاظ شده و جداگانه از بیماران قابل اخذ نخواهد بود.

*** توضیح ردیف 9:** در صورت انجام پروتز بارسیل آکریلی بیش از 5 دندان برای بیمار، هزینه دندانهای اضافه، حداکثر تا سقف تعرفه پروتز کامل پرداخت خواهد شد.

*** درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه یا پایین برگه تأییدیه (پس از انجام کار) می باشد.