

بسمه تعالی



تعرفه های دندانپزشکی تخصصی

در مطب 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	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
	خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
	1.592.800 BW و PA 2.534.400 اکلوژال 3.836.800 OPG، لترال سفالومتری، و پانورکسی (پانورامیک)	2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D7140	8.785.000	3- کشیدن دندان دائمی
D1110	7.127.500	4- بروساژ دو فک بزرگسال (پروفیلاکسی)
D1110/1	3.563.750	5- بروساژ هر فک
D4346/2	18.447.500	6- جرم گیری دو فک *
D4346/1	9.223.750	7- جرمگیری هر فک
D7230	23.030.000	8- جراحی دندان و یا ریشه باقیمانده در نسج نرم *
D7241	32.196.000	9- جراحی دندان و یا ریشه باقیمانده در نسج سخت *
D3410	27.400.500	10- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی (1-2-3) *
D3421	30.192.500	11- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5) *
D3425	32.767.500	12- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندان های مولار (6-7-8) *
D7321	24.152.500	13- آلوتولوپلاستی نیم فک (گرافی قبل) همراه با کشیدن غیر قابل پرداخت است.
D7960	22.618.000	14- فرنکتومی یا فرنوتومی (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)
D7350	53.480.000	15- وستیبولوپلاستی (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل و با ارسال گرافی قبل، قابل پرداخت است.)
D4240	31.660.500	16- فلپ نیم فک * (1/4 دهان) حداقل 4 دندان
D4241	26.247.000	17- فلپ 1/6 دهان * 1 تا 3 دندان
D4249	28.089.000	18- جراحی افزایش طول تاج (صرفاً در دندان کاندید روکش) (گرافی قبل) *
D5988	33.259.500	19- اسپلینت جراحی (گرافی پایان کار و گزارش پاتولوژی)
D4277	54.607.000	20- پیوند آزاد لثه تا سه دندان
D4278	23.578.000	21- پیوند آزاد لثه به ازای هر دندان اضافه در محل پیوند
D4321	28.757.000	22- اسپلینت موقت (دندانهای لثی - خارج تاجی)

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

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
D3920	21.404.500	23 - جراحی دو نیم سازی دندان (همی سکشن) * (گرافی قبل و بعد)
D3450	21.242.000	24 - جراحی قطع کامل ریشه (آمپوناسیون) به ازاء هر ریشه * (گرافی قبل و بعد)
D7450	24.943.000	25 - جراحی کیست و یا تومورهای ادنتوژنیک تا قطر 1.25cm (گرافی قبل)
D7460	24.815.500	26 - جراحی کیست و یا تومورهای غیر ادنتوژنیک تا قطر 1.25cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7461	29.962.500	27 - جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D4263	27.557.500	28 - پیوند جایگزینی استخوان نیم فک (موارد غیر ایمپلنت) (تأییدیه و گرافی قبل)
D4274	26.360.000	29 - دیستال وج * (گرافی قبل)
D4211	17.969.500	30 - ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی (نیم فک) - (برداشتن لثه آزاد) - جهت ترمیم زیر لثه
D7511	15.162.000	31 - درناژ یا باز کردن آبسه داخل یا خارج دهان (شامل تمام مراحل درمان)
D7911	17.513.000	32 - بخیه مستقل تا 5cm (همزمان با جراحی قابل پرداخت نمی باشد)
D9930	10.903.500	33 - درای ساکت
D7286	16.420.000	34 - بیوپسی بافت نرم دهان (گزارش پاتولوژی)
D7285	19.559.000	35 - بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7280	22.688.000	36 - اکسپوز کردن تاج دندان (دسترس به یک دندان رویش نیافته با جراحی) (گرافی قبل)
D6100	31.314.500	37 - در آوردن ایمپلنت (گرافی قبل و بعد از جراحی)
D7210	19.897.000	38 - جراحی دندان رویش یافته انکلیوز (جوش خورده به استخوان) * (گرافی قبل)
D7295	61.706.500	39 - برداشت استخوان برای پیوند اتوژن

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

*** توضیح خدمات جرمگیری و بروساز: هزینه این خدمت با فاصله هر 12 ماه قابل پرداخت بوده و لازم به ذکر است جرم گیری صرفاً برای افراد 12 ساله و بالاتر، قابل پرداخت است.**

*** توضیح ردیف 8:** 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.

*** توضیح ردیف 9:** 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.

*** ردیفهای 16 و 17:** به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن انجام می شود.

*** توضیح ردیف 18:** همزمان با فلپ و سایر جراحیها قابل پرداخت نمی باشد، در صورت انجام خدمت افزایش طول تاج با دستگاه الکتروسرجری، 50٪ کد D4249 نیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

*** توضیح ردیفهای 23 و 24:** 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 سکشن خواهد بود.

*** توضیح ردیف 29:** این جراحی صرفاً در دندانانی که مزایال یا دیستال آن بدون دندان است انجام می شود و همزمان با سایر جراحیها و کشیدن، قابل پرداخت نمی باشد.

*** توضیح ردیف 38:** در آوردن دندان رویش یافته با جراحی که نیازمند کنارزدن فلپ موکوپریوستال برداشتن استخوان و یا سکشن دندان است.

*** در مانهایی 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 (پس از انجام کار) می باشد.

دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
	خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
	1.592.800 BW و PA 2.534.400 اکلوژال 3.836.800 OPG، لترال سفالومتری، و پانورکسی (پانورامیک)	2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D2140	18.957.000	3- ترمیم یک سطحی با آمالگام (گلوبال)
D2150	22.131.000	4- ترمیم دو سطحی با آمالگام (گلوبال)
D2160	27.100.500	5- ترمیم سه سطحی با آمالگام (گلوبال)
D2161	30.080.500	6- ترمیم ترمیم بیلد آپ با آمالگام (گرافی پایان کار) (گلوبال)
D2330 D2391	21.572.000	7- ترمیم یک سطحی با کامپوزیت نوری (گلوبال)
D2331	25.996.000	8- ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری قدامی (گلوبال)
D2392	27.271.000	9- ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری خلفی (گلوبال)
D2332	30.180.500	10- ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری قدامی (گلوبال)
D2393	32.603.000	11- ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری خلفی (گلوبال)
D2335	32.314.000	12- ترمیم ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت (گرافی پایان کار) قدامی (گلوبال)
D2394	44.061.500	13- ترمیم ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت (گرافی پایان کار) خلفی (گلوبال)
D1351	10.712.000	14- فیشور سیلنت دندان دائمی (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است).
D3220	18.982.000	15- پالپوتومی دندان شیری
D7111	8.485.000	16- کشیدن دندان شیری
D1120/1	4.156.500	17- بروساز هر فک اطفال *
D1120	8.313.000	18- بروساز دو فک اطفال * (پروفیلاکسی)
D1206/1	4.086.500	19- فلوراید تراپی هر فک *
D1206	8.173.000	20- فلوراید تراپی دو فک * (وارنیش فلوراید یا ژل)
D1206/2	16.486.000	21- فلوراید تراپی و بروساز دو فک *
D2930	26.035.000	22- S.S.C (گرافی یا فتوگرافی پایان کار) *
D1520	29.278.000	23- sm (فضا نگهدار) متحرک یکطرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)

D1526 D1527	35.303.000	sm-24 (فضا نگهدار) متحرک دو طرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1510	30.688.000	sm-25 (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلپ) (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1575	27.651.000	sm-26 (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1516 D1517	39.342.000	sm-27 (فضا نگهدار) ثابت (دو طرفه) فک بالا یا فک پایین (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D3222	20.966.000	Apexogenesis -28 (گرافی قبل)
D3230	13.573.500	29- پالپکتومی دندان شیری قدامی
D3240	16.610.500	30- پالپکتومی دندان شیری خلفی
D4321	28.757.000	31- اسپلینت موقت (دندانهای لق - خارج تاجی)
D9944	39.337.000	32- نایت گارد سخت
D9945	34.270.500	33- نایت گارد نرم

توضیحات بخش دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

توضیح: منظور از اطفال، فرزندان همکار زیر 12 سال می باشند.

*: هزینه خدمات فلورایدتراپی و بروساژ اطفال، حداکثر سال دوبار، 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 و دندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هر گونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی اطفال، منوط به تأیید

(خانواده) بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار) می باشد.

توضیح مورد 22: شامل ترمیم زیر روکش، نیز می باشد و هزینه ترمیم زیر روکش استیل، جداگانه قابل پرداخت،

نمی باشد.

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

خدمات بخشی درمان ریشه (متخصص درمان ریشه)

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
	خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
	1.592.800 BW و PA 2.534.400 اکلوژال 3.836.800 OPG، لترال سفالومتری، و پانورکس (پانورامیک)	2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D3310	70.110.000	3- درمان ریشه دندانهای قدامی (1-2-3) (گرافی حین (یا قبل) و پایان درمان)
D3320	74.241.500	4- درمان ریشه دندانهای پری مولار (4-5) (گرافی حین (یا قبل) و پایان درمان)
D3330	81.179.000	5- درمان ریشه دندانهای مولار (6-7-8) (گرافی حین (یا قبل) و پایان درمان)
D3346	74.265.000	6- درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی (1-2-3) (گرافی قبل و بعد درمان)
D3347	80.274.000	7- درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار (4-5) (گرافی قبل و بعد درمان)
D3348	88.717.500	8- درمان ریشه مجدد دندانهای مولار (6-7-8) (گرافی قبل و بعد درمان)
D3352	23.642.000	9- Apexification * (گرافی پایان کار)
D3222	20.966.000	10- Apexogenesis (گرافی قبل)
D3410	27.400.500	11- رزکسیون (ایکو) و رتروگرید ریشه دندان قدامی (1-2-3) * (گرافی قبل و بعد درمان)
D3421	30.192.500	12- رزکسیون (ایکو) و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5) * (گرافی قبل و بعد درمان)
D3425	32.767.500	13- رزکسیون (ایکو) و رتروگرید ریشه دندانهای مولار (6-7-8) * (گرافی قبل و بعد درمان)
D3221	18.982.000	14- پالپوتومی اورژانسی (همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک، قابل پرداخت نمی باشد.)
D3333	22.168.000	15- درمان پر فوراسیون ریشه با MTA یا Cem- cement (گرافی پایان کار)

توضیحات:

*** ردیف 9:** هزینه خدمت مذکور شامل باز کردن دندان ، آماده سازی فضای کانالها و جاگذاری دارو و همچنین در آوردن 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 (ایپکو) 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.

✚ در خصوص مراکز و دندانپزشکان طرف قرارداد پرداخت هرگونه هزینه 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 1404	
	خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
		2- رادیوگرافی
	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.800 و پانورکسی (پانورامیک)	حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D8060	142.910.000	3 - ارتودنسی متحرک هر فک
D8070	283.990.000	4 - ارتودنسی ثابت هر فک
D8060	شرح هزینه در توضیحات	5 - پلاک فانکشنال
D8210	34.779.500	6 - هدگیر و Face mask ، chin cap
D8680	42.084.000	7 - ریتینر ارتودنسی هر فک (ثابت-متحرک)

توضیحات:

تمامی خدمات صدرالاشاره 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.

مهم* در خصوص مراکز و دندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی

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

خدمات بخش ترمیمی (متخصص ترمیمی)

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
	خارج از پوشش بیمه	ویزیت و طرح درمان
	1.592.800	گرافی PA و BW (حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه در یک جلسه)
	2.534.400	گرافی اکلوزال
	3.836.800	گرافی لترال سفالومتری و پانورکس (OPG، پانورامیک)
D2140	18.957.000	1- ترمیم یک سطحی با آمالگام (گلوبال)
D2150	22.131.000	2- ترمیم دو سطحی با آمالگام (گلوبال)
D2160	27.100.500	3- ترمیم سه سطحی با آمالگام (گلوبال)
D2161	30.080.500	4- بازسازی کامل تاج با آمالگام (Build up) (گرافی پایان کار) (گلوبال)
D2330 D2391	21.572.000	5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی-خلفی) (گلوبال)
D2331	25.996.000	6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی) (گلوبال)
D2392	27.271.000	7- ترمیم نوری دو سطحی (خلفی) (گلوبال)
D2332	30.180.500	8- ترمیم نوری سه سطحی (قدامی) (گلوبال)
D2393	32.603.000	9- ترمیم نوری سه سطحی (خلفی) (گلوبال)
D2335	32.314.000	10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (قدامی) (گرافی پایان کار) (گلوبال)
D2394	44.061.500	11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) (گرافی پایان کار) (گلوبال)
D2951	7.619.000	12- پین داخل کانال یا عاج یا فایرپست به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)
D2955	14.256.000	13- خارج کردن پست یا پین داخل کانال
D2952	35.272.000	14- پست و کور (پست ریختگی) (تأییدیه قبل از شروع درمان) (گرافی پایان کار)
D2752	68.666.000	15- روکش PFM (گرافی پس از درمان) (تأییدیه قبل از شروع درمان) *
D6241	60.154.000	16- پونتیک (گرافی پس از درمان) (تأییدیه قبل از شروع درمان) *
D2920	9.510.500	17- چسباندن روکش قدیمی (با ذکر شماره دندان) (سالی یکبار) *

D2752	68.666.000	18-مریلند بریج (گرافی پس از درمان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D1351	10.712.000	19- فیشور سیلنت دندان دائمی (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است).
D6930	13.414.000	20- چسباندن بریج قدیم (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و پونتیکیها ذکر شود).
D9120	13.730.500	21-بریدن و خارج کردن بریج یا روکش

توضیحات:

***توضیح ترمیمها:** در صورت انجام دو ترمیم روی یک دندان، به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود و در صورت تقاضای هزینه معادل بیلداپ، ارائه گرافی بعد از کار الزامی است و در صورت تقاضای هزینه معادل بیلداپ، ارائه گرافی بعد از کار الزامی است.

***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.

***توضیح ردیف 15 و 16:** خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسنل، 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 17:** چسباندن دائم روکش تازه تحویل، قابل پرداخت نمی باشد.

***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 یا پایین برگه تأییدیه (پس از انجام کار) می باشد.

کلو بال: 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 1404	شرح
	خارج از پوشش بیمه	ویزیت و طرح درمان
	1.592.800	گرافی PA و BW (حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه در یک جلسه)
	2.534.400	گرافی اکلوزال
	3.836.800	گرافی لترال سفالومتری و پانورکس (OPG، پانورامیک)
D2752	68.666.000	1- روکش PFM (تأییدیه قبل از شروع درمان) *
D6241	60.154.000	2- پونتیک (تأییدیه قبل از شروع درمان) *
D5225 D5226	168.060.500	3- پروتز پارسیل فلکسی هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2952	35.272.000	4- پست و کور (پست ریختگی) (گرافی پایان کار)
D5110 D5120	200.071.000	5- پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5213 D5214	185.556.000	6- پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5211	104.459.000	7- پروتز پارسیل آکریلی فک بالا (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5212	102.578.000	8- پروتز پارسیل آکریلی فک پایین (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5520	27.535.000	9- هر دندان اضافه به پروتز کامل (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5650	28.810.000	10- هر دندان اضافه به پروتز پارسیل * (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5730 D5731	42.272.000	11- ریلاین پروتز کامل هر فک
D5740 D5741	35.997.000	12- ریلاین پروتز پارسیل هر فک
D5710	70.050.000	13- ری بیس پروتز کامل فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5711	68.169.000	14- ری بیس پروتز کامل فک پایین (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5512 D5511	31.216.000	15- تعمیر پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5612 D5611	22.096.000	16- تعمیر پروتز پارسیل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2920	9.510.500	17- چسباندن روکش قدیمی (با ذکر شماره دندان) (سالی یکبار) *
D6930	13.414.000	18- چسباندن بریج قدیم (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و پونتیکها ذکر شود.)
D9120	13.730.500	19- بریدن و خارج کردن روکش یا بریج
D2955	14.256.000	20- خارج کردن پست یا پین داخل کانال
D5221	48.053.000	21- فلیپر آکریلی فک بالا (حداکثر تا 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل) (تأییدیه قبل از شروع درمان)

D5222	48.945.500	22- فلیپر آکریلی فک پایین (حداکثر تا 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2752	68.666.000	23- مرلند بریج (گرافی پس از درمان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2951	7.619.000	24- پین (داخل کانال یا عاج) یا فایرپست به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)
D9944	39.337.000	25- نایت گارد سخت (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9945	34.270.500	26- نایت گارد نرم (تأییدیه قبل از شروع درمان)

توضیحات :

***توضیح ردیف 1 و 2:** خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ،

امتحان پرسنل ، 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 10:** در صورت انجام پروتز پارسیل آکریلی بیش از 5 دندان برای بیمار، هزینه دندانهای اضافه، حداکثر تا سقف تعرفه پروتز کامل پرداخت خواهد شد.

***توضیح ردیف 17:** چسباندن دائم روکش تازه تحویل، قابل پرداخت نمی باشد.

***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 .