

بسمه تعالی



تعرفه های دندانپزشکی تخصصی

در مطب سال 1405

تاریخ اجرا: 1405/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت



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

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
1- ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه		
2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.	3.118.500: BW و PA اکلوزال: 5.004.000 لترال سفالومتری، OPG و پانورکس (پانورامیک) 7.575.500		
3- کشیدن دندان دائمی	13.900.000		D7140
4- بروساز هر فک	5.700.000		D1110/1
5- جرمگیری هر فک	14.000.000		D4346/1
6- جراحی دندان و یا ریشه باقیمانده در نسج نرم*	36.400.000	گرافی قبل از کار	D7230
7- جراحی دندان و یا ریشه باقیمانده در نسج سخت*	50.300.000	گرافی قبل از کار	D7241
8- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)*	42.500.000	گرافی قبل و بعد	D3410
9- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5)*	46.600.000	گرافی قبل و بعد	D3421
10- رزکسیون و رتروگرید ریشه دندان های مولار (6-7-8)*	50.500.000	گرافی قبل و بعد	D3425
11- آلونئولوپلاستی نیم فک (گرافی قبل) همراه با کشیدن غیر قابل پرداخت است.	37.600.000	گرافی قبل	D7321
12- فرنکتومی یا فرنوتومی (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)*	35.700.000		D7960
13- وستیبولوپلاستی (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل و با ارسال گرافی قبل، قابل پرداخت است).	78.500.000		D7350
14- فلپ نیم فک* (1/4 دهان) حداقل 4 دندان	48.900.000	گرافی قبل از کار	D4240
15- فلپ 1/6 دهان* 1 تا 3 دندان	40.700.000	گرافی قبل از کار	D4241
16- جراحی افزایش طول تاج (صرفاً در دندان کاندید روکش)*	43.200.000	گرافی و تاییدیه قبل از کار	D4249
16/1- الکتروسرجری	21.600.000	گرافی و تاییدیه قبل از کار	D4249/1
17- اسپلینت جراحی	51.800.000	گرافی پایان کار	D5988
18- پیوند آزاد لثه تا سه دندان	79.500.000	گرافی قبل	D4277
19- پیوند آزاد لثه به ازای هر دندان اضافه در محل پیوند	35.600.000	گرافی قبل	D4278
20- اسپلینت موقت (دندانهای لق - خارج تاجی)	46.200.000	گرافی پایان کار	D4321

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

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
21 - جراحی دو نیم سازی دندان (همی سکشن) *	33.500.000	گرافی قبل و بعد	D3920
22 - جراحی قطع کامل ریشه (آمپوتاسیون) به ازاء هر ریشه *	33.800.000	گرافی قبل و بعد	D3450
23 - جراحی کیست و یا تومورهای ادنتوژنیک تا قطر 1.25cm	39.300.000	گرافی قبل از کار	D7450
24 - جراحی کیست و یا تومورهای غیر ادنتوژنیک تا قطر 1.25cm	39.200.000	گرافی قبل و گزارش پاتولوژی	D7460
25 - جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25cm	46.700.000	گرافی قبل و گزارش پاتولوژی	D7461
26 - پیوند جابگزینی استخوان نیم فک (موارد غیر ایمپلنت)	42.600.000	تأییدیه و گرافی قبل	D4263
27 - دیستال وج *	40.200.000	گرافی قبل	D4274
28 - ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی (نیم فک) - (برداشتن لثه آزاد) - جهت ترمیم زیر لثه	28.900.000		D4211
29 - درناژ یا باز کردن آبسه داخل یا خارج دهان (شامل تمام مراحل درمان)	23.800.000	گرافی قبل از کار	D7511
31 - درای ساکت (با ذکر تاریخ کشیدن دندان حداکثر 2 جلسه)	17.700.000		D9930
32 - بیوپسی بافت نرم دهان	26.100.000	گزارش پاتولوژی	D7286
33 - بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان	30.900.000	گرافی قبل و گزارش پاتولوژی	D7285
34 - اکسپوز کردن تاج دندان (دسترس به یک دندان رویش نیافته با جراحی)	35.900.000	گرافی قبل از کار	D7280
35 - در آوردن ایمپلنت	47.500.000	گرافی قبل و بعد از جراحی	D6100
36 - جراحی دندان رویش یافته انکلیوز (جوش خورده به استخوان) *	32.000.000	گرافی قبل از کار	D7210
37 - برداشت استخوان برای پیوند اتوزن	89.100.000	گرافی قبل از عمل از ناحیه پیوند	D7295
38 - بخیه مستقل در موارد غیر از جراحی	27.300.000		D7911

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 12ساله 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.

*** 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.

***توضیح خدمات رزکسیون و رتروگرید:** در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب ضروریست.

*** ردیفهای 14 و 15:** به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن انجام می شود.

***توضیح ردیف 16:** 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 (کد 16/1).

*** توضیح ردیفهای 21 و 22:** 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 27:** 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 36:** در آوردن دندان رویش یافته با جراحی که نیازمند کنارزدن فلپ موکوپریوستال برداشتن استخوان و یا سکشن دندان است.

***مهم: پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر**

نسخه (پس از انجام کار) می باشد.

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی**

عمومی قابل محاسبه می باشد.*

دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

کد	مدارک مورد نیاز	نرخ تعرفه سال 1405	شرح
		خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
		PA و BW 3.118.500 اکلوزال 5.004.000 لترال سفالومتری، OPG 7.575.500 و پانورکسی (پانورامیک)	2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D2140		20.800.000	3- ترمیم یک سطحی با آمالگام
D2150		26.100.000	4- ترمیم دو سطحی با آمالگام
D2160		34.300.000	5- ترمیم سه سطحی با آمالگام
D2161	گرافی پایان کار	39.100.000	6- ترمیم ترمیم بیلد آپ با آمالگام
D2330 D2391		25.200.000	7- ترمیم یک سطحی با کامپوزیت نوری
D2331		32.300.000	8- ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری قدامی
D2392		34.000.000	9- ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری خلفی
D2332		39.200.000	10- ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری قدامی
D2393		42.500.000	11- ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری خلفی
D2335	گرافی پایان کار	42.600.000	12- ترمیم ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت قدامی
D2394	گرافی پایان کار	61.800.000	13- ترمیم ترمیم بیلد آپ با کامپوزیت خلفی
D1351		17.800.000	14- فیشور سیلنت دندان دائمی (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است).
D3220		30.900.000	15- پالپوتومی دندان شیری
D7111		13.500.000	16- کشیدن دندان شیری
D1120/1		6.800.000	17- بروساژ هر فک اطفال *
D1206/1		6.800.000	18- فلوراید تراپی هر فک *
D2930	گرافی یا فتوگرافی پایان کار	52.200.000	19- S.S.C *
D1520	گرافی یا فتوگرافی پایان کار	59.100.000	20- sm (فضا نگهدار) متحرک یکطرفه

D1526 D1527	گرافی یا فتوگرافی پایان کار	60.400.000	sm-21 (فضا نگهدار) متحرک دو طرفه
D1510	فتوگرافی پایان کار	61.300.000	sm-22 (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلوپ)
D1575	فتوگرافی پایان کار	60.600.000	sm-23 (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe
D1516 D1517	فتوگرافی پایان کار	80.800.000	sm-24 (فضا نگهدار) ثابت (دو طرفه) فک بالا یا فک پایین
D3222	گرافی قبل از کار	34.200.000	Apexogenesis -25
D3230	گرافی پایان کار	21.600.000	26- پالپکتومی دندان شیری قدامی
D3240	گرافی پایان کار	26.600.000	27- پالپکتومی دندان شیری خلفی
D4321	(گرافی بعد از کار)	46.200.000	28- اسپلینت موقت (دندانهای لق - خارج تاجی)
D9944	تاییدیه قبل از شروع درمان	57.500.000	29- نایت گارد سخت
D9945	تاییدیه قبل از شروع درمان	49.600.000	30- نایت گارد نرم
D3120		10.000.000	31- کف بندی IDPC

توضیحات بخش دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

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

*: هزینه خدمات فلورایدتراپی و پروساز 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

***توضیح بیلداپ:** جهت پرداخت هزینه بیلداپ، ارائه گرافی بعد از ترمیم تاج الزامی است. ترمیم دندان اندو شده در صورتیکه نیاز به روکش

داشته باشد نهایتاً 3 سه سطحی تایید میگردد.

توضیح مورد 19: شامل ترمیم زیر روکش، نیز می باشد و هزینه ترمیم زیر روکش استیل، جداگانه قابل پرداخت، نمی باشد.

***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 (پی از انجام کار) می باشد.

خدمات بخش درمان ریشه (متخصص درمان ریشه)

کد	مدارک مورد نیاز	نرخ تعرفه سال 1405	شرح
		خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
		PA و BW 3.118.500 اکلوزال 5.004.000 لترال سفالومتری، OPG 7.575.500 و پانورکسی (پانورامیک)	2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D3310	گرافی پایان درمان	111.500.000	3- درمان ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)
D3320	گرافی پایان درمان	117.900.000	4- درمان ریشه دندانهای پری مولار (4-5)
D3330	گرافی پایان درمان	128.600.000	5- درمان ریشه دندانهای مولار (6-7-8)
D3346	گرافی قبل و بعد درمان	118.200.000	6- درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی (1-2-3)
D3347	گرافی قبل و بعد درمان	127.300.000	7- درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار (4-5)
D3348	گرافی قبل و بعد درمان	140.300.000	8- درمان ریشه مجدد دندانهای مولار (6-7-8)
D3352	گرافی پایان کار	38.500.000	9- Apexification *
D3222	گرافی قبل از کار	34.200.000	10- Apexogenesis
D3410	گرافی قبل و بعد درمان	42.500.000	11- رزکسیون (ایپکو) و رتروگرید ریشه دندان قدامی (1-2-3) *
D3421	گرافی قبل و بعد درمان	46.600.000	12- رزکسیون (ایپکو) و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5) *
D3425	گرافی قبل و بعد درمان	50.500.000	13- رزکسیون (ایپکو) و رتروگرید ریشه دندانهای مولار (6-7-8) *
D3221		30.900.000	14- پالپوتومی اورژانس (همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک، قابل پرداخت نمی باشد.)
D3333	گرافی پایان کار	35.900.000	15- درمان پر فوراسیون ریشه با MTA یا Cem- cement شامل موارد درمان DPC نمی باشد

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: در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب الزامیست.

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

***مهم: پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر**

نسخه (پس از انجام کار) می باشد .

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی**

عمومی قابل محاسبه می باشد.*

خدمات بخش ارتودنسی (متخصص ارتودنسی)

کد	مدارک مورد نیاز	نرخ تعرفه سال 1405	
		خارج از پوشش بیمه	1- ویزیت و طرح درمان
		BW و PA 3.118.500 اکلوزال 5.004.000 لترال سفالومتری، OPG 7.575.500 و پانورکس (پانورامیک)	2- رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.
D8050	تأییدیه قبل از کار	220.600.000	3- ارتودنسی متحرک هر فک
D8070	تأییدیه قبل از کار	509.500.000	4- ارتودنسی ثابت هر فک
D8060	تأییدیه قبل از کار	356.650.000	5- پلاک فانکشنال 5/1- اکتیویتور (مونوبلاک) - اندرسون* 5/2- توین بلاک*
D8060/2	تأییدیه قبل از کار	407.600.000	
D8210	تأییدیه قبل از کار	80.300.000	6- هدگیر و Face mask ، chin cap
D8680	تأییدیه قبل از کار	60.000.000	7- ریتینر ارتودنسی هر فک (ثابت-متحرک)

توضیحات:

تمامی خدمات صدرا اشاره نیاز به تأیید دندانپزشک معتمد بانک دارد .

تمامی خدمات صدرا اشاره نیاز به تأیید دندانپزشک معتمد بانک دارد .

توجه: ارتودنسی متحرک و پلاک فانکشنال به صورت همزمان قابل پرداخت نبوده و حد 6 ماهه برای آن در سیستم لحاظ خواهد شد.

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.

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی**

قابل محاسبه می باشد.*

خدمات بخش ترمیمی (متخصص ترمیمی)

کد	مدارک مورد نیاز	نرخ تعرفه سال 1405	شرح
		خارج از پوشش بیمه	ویزیت و طرح درمان
		3.118.500	گرافی PA و BW (حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه در یک جلسه)
		5.004.000	گرافی اکلوزال
		7.575.500	گرافی لترال سفالومتری و پانورکس (OPG، پانورامیک)
D2140		20.800.000	1- ترمیم یک سطحی با آمالگام
D2150		26.100.000	2- ترمیم دو سطحی با آمالگام
D2160		34.300.000	3- ترمیم سه سطحی با آمالگام
D2161	گرافی پایان کار	39.100.000	4- بازسازی کامل تاج با آمالگام (Build up)
D2330 D2391		25.200.000	5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی-خلفی)
D2331		32.300.000	6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی)
D2392		34.000.000	7- ترمیم نوری دو سطحی (خلفی)
D2332		39.200.000	8- ترمیم نوری سه سطحی (قدامی)
D2393		42.500.000	9- ترمیم نوری سه سطحی (خلفی)
D2335	گرافی پایان کار	42.600.000	10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Buil up) (قدامی)
D2394	گرافی پایان کار	61.800.000	11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی)
D2951	گرافی پایان کار	12.500.000	12- پین داخل کانال یا عاج یا فایرپست به ازای هر دندان
D2955		22.400.000	13- خارج کردن پست یا پین داخل کانال
D2952	گرافی پایان کار	54.400.000	14- پست و کور (پست ریختگی)
D2752	تأییدیه قبل از شروع درمان	104.700.000	15- روکش PFM*
D6241	تأییدیه قبل از شروع درمان	90.200.000	16- پونتیک (گرافی پس از درمان)*

D2920		15.500.000	17- چسباندن روکش قدیمی (با ذکر شماره دندان) (سالی یکبار) *
D2752	گرافی پس از درمان	104.700.000	18- مرلند بریج
D1351		17.800.000	19- فیشور سیلنت دندان دائمی (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)
D6930		21.900.000	20- چسباندن بریج قدیم (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و پونتیکیها ذکر شود.)
D9120		21.700.000	21- بریدن و خارج کردن بریج یا روکش
D3120		10.000.000	22- کف بندی IDPC

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.

***توضیح بیلداپ:** ترمیم دندان اندو شده در صورتیکه نیاز به روکش داشته باشد نهایتا 3 سه سطحی تایید میگردد.

***توضیح ردیف 15 و 16:** 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 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.

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

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

خدمات بخش پروتز

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه		
گرافی PA و BW (حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه در یک جلسه)	3.118.500		
گرافی اکلوزال	5.004.000		
گرافی لترال سفالومتری و پانورکسی (OPG، پانورامیک)	7.575.500		
1- روکش PFM *	104.700.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D2752
2- پونتیک *	90.200.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D6241
3- پروتز پارسیل فلکسی هر فک	276.200.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5225 D5226
4- پست و کور (پست ریختگی)	54.400.000	گرافی پایان کار	D2952
5- پروتز کامل هر فک	320.900.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5110 D5120
6- پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک	302.100.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5213 D5214
7- پروتز پارسیل آکریلی فک بالا (3 تا 5 دندان)	162.000.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5211
8- پروتز پارسیل آکریلی فک پایین (3 تا 5 دندان)	158.800.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5212
9- هر دندان اضافه به پروتز کامل	43.700.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5520
10- هر دندان اضافه به پروتز پارسیل *	45.400.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5650
11- ریلاین پروتز کامل هر فک	75.200.000	گزارش هزینه لابراتوار	D5730 D5731
12- ریلاین پروتز پارسیل هر فک	68.400.000	گزارش هزینه لابراتوار	D5740 D5741
13- ری بیس پروتز کامل فک بالا	103.200.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5710
14- ری بیس پروتز کامل فک پایین	100.000.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5711
15- تعمیر پروتز کامل هر فک	51.800.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5512 D5511
16- تعمیر پروتز پارسیل هر فک	45.200.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5612 D5611
17- چسباندن روکش قدیمی (با ذکر شماره دندان) (سالی یکبار) *	15.500.000		D2920
18- چسباندن بریج قدیم (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و پونتیکها ذکر شود.)	21.900.000		D6930
19- بریدن و خارج کردن روکش یا بریج	21.700.000		D9120
20- خارج کردن پست یا پین داخل کانال	22.400.000		D2955

D5221	تأییدیه قبل از شروع درمان	65.600.000	21- فلپیر آکریلی فک بالا (حداکثر تا 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل)
D5222	تأییدیه قبل از شروع درمان	66.800.000	22- فلپیر آکریلی فک پایین (حداکثر تا 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل)
D2752	گرافی پیس از درمان	104.700.000	23- مرلند بریج
D2951	گرافی پایان کار	12.500.000	24- پین (داخل کانال یا عاج) یا فایرپست به ازای هر دندان
D9944	تأییدیه قبل از شروع درمان	57.500.000	25- نایت گارد سخت
D9945	تأییدیه قبل از شروع درمان	49.600.000	26- نایت گارد نرم

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.

توصیه های ضروری برای مراکز محترم دندانپزشکی:

1. ابتدا تعرفه ها و توضیحات آنها با دقت مطالعه گردد.
 2. قبل از انجام هر خدمتی از همراه داشتن دفترچه (کنترل دفترچه از حیث اعتبار و تطبیق عکس دفترچه با مراجعه کننده) مطمئن شوید.
 3. نسخ با تاریخ مخدوش و محتوای حاوی قلم خوردگی غیر قابل بررسی می باشد.
 4. خدماتی که در تعرفه ها نیستند (مثل لمینت کامپوزیت یا کامپوزیت ونیر) غیر قابل پرداخت هستند.
 5. نوشتن اقدام درمانی بجای اقدام درمانی دیگر یا گرفتن تفاوت از بیمار، ممنوع است.
 6. قبل از انجام هر خدمتی، نیاز و یا عدم نیاز به گرفتن تأییدیه از درمانگاه بانک، در برگه های تعرفه بررسی گردد.
 7. بیمار قبل از شروع درمان، به طور ساده، از درمانی که قرار است برایش انجام شود آگاه گردد.
 8. از کندن برگه از دفترچه بیمار یا گرفتن تأیید و امضا از بیمار، قبل از انجام کار خودداری گردد در صورت مشاهده هزینه ها از پزشک کسر خواهد شد.
 9. پرداخت هزینه نسخ منوط به درج تاریخ، مهر و امضای پزشک و گواهی بیمار پشت نسخه و برای مواردی که نیاز به تأییدیه دارند ارسال اصل برگ تأییدیه الزامی است.
 - تاریخ نسخه باید تاریخ شروع کار نوشته شده در نسخه باشد، همچنین توصیه می گردد کارهایی که در روزهای متفاوتی شروع شده، در نسخ جداگانه نوشته شود (مثلاً اگر شروع درمان ریشه بیمار در تاریخ 1402/03/31 باشد و ترمیم بیمار در تاریخ 1402/04/01 صورت گیرد، لازم است درمان ریشه در یک نسخه با تاریخ 1402/03/31 و ترمیم در نسخه دیگر با تاریخ 1402/04/01 باشد)
 10. تغییر پزشک: قابل توجه کلینیکها و درمانگاه های دندانپزشکی در هر نسخه، خدمات یک پزشک نوشته شود. لذا در صورت تغییر پزشک، نسخه جدیدی استفاده شود.
 11. بهتر است خدماتی که نیاز به تأییدیه دندانپزشک معتمد بانک دارد و خدماتی که نیاز به تأییدیه ندارد در نسخ جداگانه نوشته شود.
 12. ایمپلنت طرف قرارداد نیست و جهت انجام آن ضمن اطلاع رسانی به بیمار، هزینه ها به صورت آزاد با ایشان محاسبه گردد.
 - چگونگی گرفتن تأیید انجام کار از بیمار یا سرپرست بیمار:
در مورد کلیه خدماتی که نیاز به تأییدیه دندانپزشک معتمد بانک دارد (مثل بعضی از خدمات بخشهای پروتز، جراحی و ارتودنسی)، لازم است مرکز نسبت به دریافت تأییدیه، قبل از شروع به کار، اقدام نماید. ضمناً تاریخ نسخه باید تاریخ شروع به کار و بعد از گرفتن تأییدیه، باشد. همچنین لازم است پس از انجام کار، (مثلاً انجام جراحی یا تحویل روکش، پست، ارتودنسی و غیره)، بیمار یا سرپرست بیمار، موارد خدمات انجام شده را در پایین برگه تأییدیه (با ذکر تعداد، تاریخ و تلفن)، گواهی و امضاء نماید. به عنوان مثال: بریج 3 واحدی در تاریخ ... تحویل اینجانب ... گردید. (همراه با امضاء و تلفن)، جراحی افزایش طول تاج دو دندان برای اینجانب... در تاریخ ... انجام گردید. (همراه با امضاء و تلفن)، ارتودنسی متحرک فک بالا در تاریخ ... تحویل فرزند اینجانب ... گردید. (همراه با امضاء و تلفن) در مورد خدماتی که نیاز به أخذ تأییدیه از دندانپزشک معتمد ندارد نیز، تاریخ نسخه، تاریخ شروع درمان می باشد لیکن گواهی بیمار یا سرپرست بیمار در ظهر نسخه خواهد بود. به عنوان مثال: ترمیم دو دندان شیری برای فرزند اینجانب... در تاریخ... انجام شد. (همراه با امضاء و تلفن)
 13. پرداخت نسخ دندانپزشکی در کلینیک ها منوط به درج مهر پزشک و مهر کلینیک می باشد.
 14. مراکز (کلینیکها و درمانگاهها) باید از انجام کار توسط پزشکی که مهرش روی نسخه زده شده است اطمینان یابند و امضاء نسخه، صرفاً توسط پزشک صاحب مهر انجام گیرد.
 15. بهتر است مرکز نسبت به ارسال نسخ، بصورت ماهانه اقدام نمایند.
- قبل از ارسال نسخ به نکات زیر توجه فرمایید:
- نسخ ارسالی از لحاظ داشتن تاریخ، تعرفه، جمع نسخه در پایین نسخه، مهرها و امضاء، بررسی مجدد گردد.
- شماره دندانها، چند سطحی بودن ترمیم و موارد مشابه در نسخ با وضوح ذکر گردیده باشد.
- همراه پاکت ارسالی، نامه ای (در سر نسخه پزشک یا نامه مخصوص کلینیک) خطاب به اداره بهداشت و سلامت، حاوی تعداد نسخ (نه تعداد نفرات) و مبلغ دقیق درخواستی (جمع نسخ، به ریال) ارسال گردد.
- *بدیهی است این اداره کمیت و کیفیت خدمات دندانپزشکی انجام شده را به از بیمارانش اعلام خواهد گرفت*

ضمناً در صورت هرگونه ابهام با شماره 021-82962759 و یا 021-02182963303-6 داخلی

123 تماس بگیرید.