

بسمه تعالی



تعارف های دندانپزشکی عمومی

در درمانگاه سال 1404

تاریخ اجرا: 1404/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت



تعرفه درمانی جهت جراح - دندانپزشک
خدمات تشخیصی ، رادیوگرافی ، خدمات اولیه

شرح	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	کد
1- ویزیت و طرح درمان*	خارج از پوشش بیمه	
2- رادیوگرافی	BW و PA 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.800	
3- خارج نمودن دندان دائمی (قدیمی-خلفی-عقل)	7.451.000	D7140
4- درمان موارد پیچیده پس از عمل - شرایط غیر معمول با گزارش (درای ساکت)	9.888.000	D9930
5- پالپونومی اورژانس*	17.188.000	D3221
6- چسباندن روکش قدیمی	8.432.000	D2920
7- چسباندن بریج قدیمی (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها)	12.058.000	D6930
8- جرمگیری کامل هر فک	7.331.000	D4346/1
9- بروساز هر فک (بزرگسالان)	3.069.000	D1110/1
10- شکافتن آبسه دهان (داخل یا خارج دهان)	12.545.000	D7511
11- بخیه کردن پیچیده تا 5cm (بجز موارد جراحی)	14.397.000	D7911

توضیحات:

***توضیح ردیف 5:** شامل تمام مراحل درمانی و پانسمان می باشد و هزینه خدمت مورد نظر همراه با هزینه درمان ریشه اگر (توسط همان پزشک انجام شود) قابل پرداخت نمی باشد .

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

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) می باشد .

خدمات بخش ترمیمی

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
D2140	16.868.000	1- ترمیم یک سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2150	19.784.000	2- ترمیم دو سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2160	24.336.000	3- ترمیم سه سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2161	27.014.000	4- بازسازی کامل تاج با آمالکام (Build up) * (گلوبال)
D2330 D2391	19.436.000	5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی - خلفی) (گلوبال)
D2331	23.262.000	6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی) (گلوبال)
D2392	24.112.000	7- ترمیم نوری دو سطحی (خلفی) (گلوبال)
D2332	26.981.000	8- ترمیم نوری سه سطحی (قدامی) (گلوبال)
D2393	28.596.700	9- ترمیم نوری سه سطحی (خلفی) (گلوبال)
D2335	28.857.000	10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (قدامی) (گلوبال) *
D2394	39.882.000	11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) (گلوبال) *
D2951	6.783.000	12- پین (داخل کانال یا عاج) به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)
D2955	11.864.000	13- خارج کردن پین یا پست

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:** هزینه بیلداپ 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 شامل زاویه اینسایزال قدامی، قابل پرداخت است. جهت پرداخت هزینه بیلداپ، ارائه گرافی بعد از ترمیم کامل تاج الزامی است.

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) می باشد.

گلوبال: 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 درمان ریشه

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
الف: درمان ریشه*		
D3310	24.026.000	درمان ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)
D3320	27.480.000	درمان ریشه دندانهای پری مولار (4-5)
D3330	33.222.000	درمان ریشه دندانهای مولار (6-7-8)
ب: درمان ریشه مجدد*		
D3346	27.528.000	درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی (1-2-3)
D3347	32.344.000	درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار (4-5)
D3348	39.263.000	درمان ریشه مجدد دندانهای مولار (6-7-8)
D3222	18.914.000	پ: Apexogenesis (هر دندان) (گرافی قبل)
D3352	21.508.000	ج: Apexification به ازای هر دندان (کل جلسات) * (گرافی پایان کار)
د: رزکسیون و رتروگرید ریشه*		
D3410	22.541.000	رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)
D3421	24.637.000	رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5)
D3425	26.598.000	رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای مولار (6-7-8)
D3333	20.122.000	درمان پر فوراسیون یا MTA یا cem-cement (گرافی پایان کار)

توضیحات:

- 1- ارسال رادیوگرافی حین درمان (یا قبل از درمان) و پایان درمان جهت پرداخت هزینه درمان ریشه الزامی است، در صورت عدم ارسال رادیوگرافی فقط هزینه ای معادل تعرفه پالپوتومی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
 - 2- هزینه درمان مجدد ریشه (ری اندو) با ارسال رادیوگرافی قبل و بعد درمان قابل پرداخت است.
- * ج:** هزینه خدمت مذکور شامل باز کردن دندان، آماده سازی فضای کانالها و جاگذاری دارو و همچنین در آوردن داروی داخل کانال همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز می باشد.
- * د:** جهت پرداخت هزینه های رزکسیون و رتروگرید ریشه ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست. همچنین در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب ضروریست.

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

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) می باشد.

خدمات بخش پروتز

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
D5110 D5120	186.265.000	1- پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5213 D5214	169.625.000	2- پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5211	94.505.000	3- پروتز پارسیل آکریلی فک بالا (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5212	92.812.000	پروتز پارسیل آکریلی فک پایین (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5520	26.086.000	4- هر دندان اضافه به پروتز کامل (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5650	26.936.000	5- هر دندان اضافه به پروتز پارسیل* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2752	59.184.000	6- پروتز ثابت هر واحد* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D6241	51.523.000	7- پروتز ثابت هر واحد (pontic)* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5225 D5226	156.467.000	8- پروتز پارسیل فلکسی هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2952	31.020.000	9- Post ریختگی هر واحد (گرافی پایان کار)
D5730 D5731	38.870.000	10- ریلاین پروتز کامل هر فک
D5740 D5741	33.020.000	11- ریلاین پروتز پارسیل هر فک
D5710	63.881.000	12- ری بیس پروتز کامل فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5711	62.188.000	ری بیس پروتز کامل فک پایین (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9944	34.925.000	13- نایت گارد سخت (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9945	30.812.000	14- نایت گارد نرم (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5512 D5511	29.201.000	15- تعمیر پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5612 D5611	20.081.000	16- تعمیر پروتز پارسیل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9120	11.897.000	17- بیرون آوردن (یا بریدن) بریج یا روکشی
D5221	39.912.000	18- فلیپر آکریلی (حداکثر 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل) فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5222	40.507.000	19- فلیپر آکریلی (حداکثر 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل) فک پایین (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5863 D5865	237.000.000	20- آوردنچر کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2752	59.184.000	21- مریلند بریج (تأییدیه قبل از شروع درمان)

توضیحات:

توجه مهم: کلیه خدمات بخشی پروتز، غیر از موارد 9، 10، 11، 12 و 19 نیاز به **اصل تأیید پزشک معتمد بانک** قبل از شروع درمان دارد.

* توضیح ردیف 3: 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 7 و 8:** خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسلن، 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.

خدمات بخش جراحی و پریو

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
D7230	19.530.000	1- جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج نرم * (گرافی قبل)
D7241	26.589.000	2- جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج سخت * (گرافی قبل)
D7321	20.034.000	3- آلونولوپلاستی نیم فک (1/4 دهان) * (گرافی قبل)
D7960	19.152.000	4- فرنکتومی یا فرنوتومی - پروسه درمانی جداگانه (مکمل پروسه دیگری نمی باشد). (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)
D4240	25.988.000	5- فلپ نیم فک (1/4 دهان) * حداقل 4 دندان
D4241	21.741.000	6- فلپ 1/6 دهان * 1 تا 3 دندان
D4249	22.982.000	7- جراحی افزایش طول تاج (صرفاً جهت دندان کاندید روکش) (گرافی قبل)
D3920	17.970.000	8- جراحی دونیم سازی دندان (همی سکشن) * (گرافی پایان کار)
D3450	18.218.000	9- جراحی قطع کامل ریشه (آمپوتاسیون) به ازاء هر ریشه * (گرافی پایان کار)
D7450	21.013.000	10- جراحی کیست و یا تومورهای کوچک تا قطر 1.25cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7460	20.928.000	11- جراحی کیست و یا تومور (غیر اودونتوزیک) کوچکتر از 1.25 cm
D7461	24.728.000	12- جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7350	40.383.000	13- وستیبولوپلاستی نیم فک (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل قابل پرداخت است).
D4274	21.426.000	14- دیستال وج *
D4211	15.716.000	15- ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی (برداشتن لثه آزاد) جهت ترمیم زیر لثه
D5988	27.338.000	16- اسپلینت جراحی (گرافی پایان کار)
D4277	40.958.000	17- پیوند لثه تا سه دندان
D4278	18.982.000	18- پیوند لثه به ازای هر دندان اضافی
D7210	17.298.000	19- جراحی دندان رویش یافته انگلیوز (جوش خورده به استخوان) * (گرافی قبل)
D7280	19.222.000	20- اکسیوز کردن (اکسیوزر) تاج دندان (صرفاً برای تسهیل رویش دندان نهفته) (گرافی قبل)
D7286	14.169.000	21- بیوپسی بافت نرم دهان (گزارش پاتولوژی)
D7285	16.644.000	22- بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D6100	24.933.000	23- درآوردن ایمپلنت (گرافی قبل و بعد از جراحی همراه با گزارش)
D4321	24.833.000	24- اسپلینت موقت - خارج ناجی
D4263	22.712.000	25- پیوند جایگزینی استخوان اولین موضع در کوادرانت (برای موارد غیر ایمپلنت) (گرافی قبل)

توضیحات:

خدمات بخش جراحی عموماً نیاز به تأیید دندانپزشک معتمد بانک و رادیوگرافی قبل از درمان دارد.

*** توضیح ردیف 1:** 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 2:** 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 ردیف 3:** همراه با کشیدن قابل پرداخت نبوده و جهت پرداخت هزینه گرافی قبل از درمان الزامی است.

*** توضیح ردیفهای 5 و 6:** به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن انجام می شود.

*** توضیح ردیف 8 و 9:** 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 14:** این درمان در ناحیه بی دندان مجاور دندانی که درگیر بیماری پریدونتال انجام میشود. صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک قابل پرداخت بوده و همراه افزایش طول تاج، ژنژیوکتومی و فلپ قابل پرداخت نمی باشد.

خدمات بخش ارتودنسی

شرح	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	کد
1- ارتودنسی متحرک هر فک	124.192.000	D8060
2- ارتودنسی ثابت هر فک	228.744.000	D8070
3- پلاک فانکشنال	شرح هزینه در توضیحات	D8060
4- هدگیر، Chin cap، Face mask	28.842.000	D8210
5- پلاک نگهدارنده، ریتینر هر فک (ثابت - متحرک)	37.457.000	D8680

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 دندانپزشکی اطفال

کد	نرخ تعرفه سال 1403 (ریال)	شرح
D1351	10.071.000	1- فیشور سیلنت (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)
D3220	17.188.000	2- پالپوتومی دندان شیری
D7111	7.283.000	3- کشیدن دندان شیری
D1120/1	3.737.000	4- پروفیلاکسی (بروساژ هر فک اطفال) *
D1206/1	3.738.500	5- فلوراید تراپی هر فک *
D2930	23.736.000	6- S.S.C (روکش استیل) (گرافی پایان کار)
D1520	26.284.000	7- sm (فضا نگهدار) متحرک یک طرفه (گرافی قبل)
D1526 D1527	31.412.000	8- sm (فضا نگهدار) متحرک دو طرفه (گرافی قبل)
D1510	28.072.200	9- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلوپ) (گرافی قبل)
D1575	24.717.000	10- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe (گرافی قبل)
D1516 D1517	35.465.000	11- sm (فضا نگهدار) ثابت نوع Ling Arch (دو طرفه) (گرافی قبل)
D3230	11.479.000	12- پالپکتومی دندان شیری قدامی (گرافی پایان کار)
D3240	14.093.000	13- پالپکتومی دندان شیری خلفی (گرافی پایان کار)
D4321		14- اسپلنت موقت - خارج تاجی

توضیحات:

* فلوراید تراپی و بروساژ اطفال: حداکثر شش ماه یکبار، قابل پرداخت است.

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

مهم: در خصوص مراکز و دندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی اطفال منوط به تأیید (خانواده) بیمار

در ظهر نسخه (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 اخذ 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.

ضمناً در صورت هر گونه ابهام با شماره 021-82962759 و یا 021-02182963303-6

داخلی 123 تماس بگیرید.