

بسمه تعالی



تعرفه های دندانپزشکی عمومی

در مطب سال 1404

تاریخ اجرا: 1404/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت

خدمات تشخیصی ، رادیوگرافی ، خدمات اولیه

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1- ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
2- رادیوگرافی	PA و BW 1.592.800 اکلوژال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.800 و پانورکس (پانورامیک)	
3- خارج نمودن دندان دائمی (قدامی-خلفی-عقل)	7.850.000	D7140
4- درای ساکت	10.181.000	D9930
5- پالپونومی اورژانس *	17.707.000	D3221
6- چسباندن روکش قدیمی (سالی یکبار برای هر دندان)	8.873.000	D2920
7- چسباندن بریج قدیمی (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و پونتیکیا ذکر شود.)	12.564.000	D6930
8- جرمگیری کامل هر فک (بزرگسالان)	7.630.000	D4346/1
10- بروساز هر فک (بزرگسالان)	3.245.000	D1110/1
13- درناژ آبنه داخل یا خارج دهان (شامل تمام مراحل درمان)	13.292.000	D7511
14- بخیه مستقل تا 5cm (بجز موارد جراحی)	15.218.000	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 هر گونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظاهر نسخه (پس از انجام کار) می باشد .

خدمات بخشی ترمیمی

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
D2140	17.682.000	1- ترمیم یک سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2150	20.771.000	2- ترمیم دو سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2160	25.528.000	3- ترمیم سه سطحی با آمالکام (گلوبال)
D2161	28.253.000	4- بازسازی کامل تاج با آمالکام (Build up) (گلوبال)*
D2330 D2391	20.297.000	5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی-خلفی) (گلوبال)
D2331	24.296.000	6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی) (گلوبال)
D2392	25.146.000	7- ترمیم نوری دو سطحی (خلفی) (گلوبال)
D2332	28.268.000	8- ترمیم نوری سه سطحی (قدامی) (گلوبال)
D2393	29.883.000	9- ترمیم نوری سه سطحی (خلفی) (گلوبال)
D2335	30.189.000	10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (قدامی) (گلوبال)*
D2394	41.214.000	11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) (گلوبال)*
D2951	7.194.000	12- پین (داخل کانال یا عاج) یا فایپرپست به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)
D2955	12.556.000	13- خارج کردن پست یا پین داخل کانال

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 یا 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 کلیه موارد ترمیمی (رديفهای 1 تا 11) هزینه کف بندی در تعرفه های ترمیم، لحاظ شده است.

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

خدمات بخشی درمان ریشه

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
الف: درمان ریشه*		
درمان ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)	24.625.000	D3310
درمان ریشه دندانهای پری مولار (4-5)	28.204.000	D3320
درمان ریشه دندانهای مولار (6-7-8)	34.079.000	D3330
ب: درمان ریشه مجدد*		
درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی (1-2-3)	28.440.000	D3346
درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار (4-5)	33.429.000	D3347
درمان ریشه مجدد دندانهای مولار (6-7-8)	40.555.000	D3348
پ: Apexogenesis (هر دندان) (گرافی قبل)	19.606.000	D3222
ج: Apexification به ازای هر دندان (کل جلسات) * (گرافی پایان کار)	22.027.000	D3352
د: رزکسیون و رتروگرید ریشه*		
رزکسیون (ایپکو) و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)	23.533.000	D3410
رزکسیون (ایپکو) و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5)	25.730.000	D3421
رزکسیون (ایپکو) و رتروگرید ریشه دندانهای مولار (6-7-8)	27.795.000	D3425
درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement (گرافی پایان کار)	20.468.000	D3333

توضیحات:

- 1- ارسال رادیوگرافی حین درمان (یا قبل از درمان) و پایان درمان ریشه 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 درآوردن 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 بخشی پروتز

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
D5110 D5120	189.446.000	1- پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5213 D5214	172.806.000	2- پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5211	97.234.000	3- پروتز پارسیل آکریلی فک بالا (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5212	95.353.000	4- پروتز پارسیل آکریلی فک پایین (3 تا 5 دندان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5520	26.685.000	5- هر دندان اضافه به پروتز کامل (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5650	27.535.000	6- هر دندان اضافه به پروتز پارسیل* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2752	61.016.000	7- پروتز ثابت هر واحد* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D6241	52.504.000	8- پونتیک* (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5225 D5226	159.008.000	9- پروتز پارسیل فلکسی هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D2952	31.872.000	10- Post ریهنگی هر واحد (ارسال گرافی پایان کار)
D5730 D5731	39.722.000	11- ریلاین پروتز کامل هر فک
D5740 D5741	33.872.000	12- ریلاین پروتز پارسیل هر فک
D5710	65.800.000	13- ری بیس پروتز کامل فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5711	63.919.000	14- ری بیس پروتز کامل فک پایین (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9944	35.682.000	15- نایت گارد سخت (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9945	31.253.000	16- نایت گارد نرم (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5512 D5511	29.941.000	17- تعمیر پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D5612 D5611	20.821.000	18- تعمیر پروتز پارسیل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)
D9120	12.243.000	19- بیرون آوردن (یا بریدن) بریج یا روکش
D5221	40.828.000	20- فلیپر آکریلی فک بالا (حداکثر تا 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل)
D5222	41.423.000	21- فلیپر آکریلی فک پایین (حداکثر تا 2 دندان) - (دنچر فوری پارسیل)
D2752	61.016.000	22- مریلند بریج (تأییدیه قبل از شروع درمان)

توضیحات:

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

* توضیح ردیف 6: 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 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.

خدمات بخش جراحی و پریو

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
D7230	20.480.000	1- جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج نرم * (گرافی قبل)
D7241	27.946.000	2- جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج سخت * (گرافی قبل)
D7321	20.880.000	3- آلونولوپلاستی نیم فک (1/4 دهان) * (گرافی قبل)
D7960	20.068.000	4- فرنکتومی یا فرنوتومی (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)
D4240	27.028.000	5- فلپ نیم فک (1/4 دهان) * حداقل 4 دندان
D4241	22.507.000	6- فلپ 1/6 دهان * 1 تا 3 دندان
D4249	23.754.000	7- جراحی افزایش طول تاج (صرفاً جهت دندان کاندید روکش) (گرافی قبل) *
D3920	18.727.000	8- جراحی دونیم سازی دندان (همی سکشن) * (گرافی قبل و پایان کار)
D3450	19.117.000	9- جراحی قطع کامل ریشه (آمپوتاسیون) به ازاء هر ریشه * (گرافی قبل و پایان کار)
D7450	22.053.000	10- جراحی کیست و یا تومورهای کوچک (ادنتوزنیک) تا قطر 1.25 cm (گرافی قبل)
D7460	21.968.000	جراحی کیست و یا تومورهای کوچک (غیر ادنتوزنیک) تا قطر 1.25 cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7461	25.925.000	11- جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D7350	41.580.000	12- وستیبولوپلاستی (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل و با ارسال کرافی قبل، قابل پرداخت است.)
D4274	22.025.000	13- دیستال وج * (گرافی قبل)
D4211	16.482.000	14- ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی (نیم فک) - (برداشتن لثه آزاد) - جهت ترمیم زیر لثه
D5988	28.712.000	15- اسپلینت جراحی (گرافی پایان کار و گزارش پاتولوژی)
D4277	41.857.000	16- پیوند آزاد لثه تا سه دندان
D4278	19.328.000	17- پیوند آزاد لثه به ازای هر دندان اضافه در محل پیوند
D7210	18.197.000	18- جراحی دندان رویش یافته انگلیوز (جوش خورده به استخوان) * (گرافی قبل)
D7280	20.138.000	19- اکسپوز کردن (اکسپوزر) تاج دندان (صرفاً برای تسهیل رویش دندان نهفته) (گرافی قبل)
D7286	14.720.000	20- بیوپسی بافت نرم دهان (گزارش پاتولوژی)
D7285	17.349.000	21- بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)
D6100	25.832.000	22- درآوردن ایمپلنت (گرافی قبل و بعد از جراحی)
D4321	26.207.000	23- اسپلینت موقت (دندانهای لق - خارج ناجی)
D4263	23.520.000	24- پیوند جایگزینی استخوان نیم فک (برای موارد غیر ایمپلنت) (تأییدیه قبل از شروع درمان و گرافی قبل)

توضیحات:

توصیه می گردد برای خدمات بخش جراحی، قبل از شروع درمان، تأییدیه گرفته شود و به جهت دریافت هزینه ها ارسال

اصل برگ تأییدیه الزامی است

***توضیح ردیف 1:** قسمتی از تاج با استخوان پوشیده شده و نیاز به 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 7:** 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 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 13:** این جراحی صرفاً در دندانی که مزبال یا دیستال آن بدون دندان است انجام می شود و همزمان با سایر جراحیها و کشیدن، قابل پرداخت نمی باشد.

***توضیح ردیف 18:** در آوردن دندان رویش یافته با جراحی که نیازمند کنارزدن فلپ موکوپریوستال برداشتن استخوان و یا سکشن دندان است.

هزینه بخیه در جراحی ها به صورت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد

خدمات بخش ارتودنسی

کد	نرخ تعرفه سال 1404	شرح
D8060	127.185.000	1- ارتودنسی متحرک هر فک
D8070	237.665.000	2- ارتودنسی ثابت هر فک
D8060	شرح هزینه در توضیحات	3- پلاک فانکشنال *
D8210	29.722.000	4- هدگیر، Chin cap ، Face mask
D8680	38.514.000	5- 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 هر گونه 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 1404	شرح
D1351	10.372.000	1- فیشور سیلنت دندان دائمی (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)
D3220	17.707.000	2- پالپوتومی دندان شیری
D7111	7.635.000	3- کشیدن دندان شیری
D1120/1	3.944.000	4- (بروساژ هر فک اطفال) *
D1120	7.888.000	5- بروساژ دو فک اطفال * (پروفیلاکسی)
D1206/1	3.959.000	6- فلورایدتراپی هر فک *
D1206	7.918.000	7- فلورایدتراپی دو فک * (وارنیش فلوراید یا ژل)
D1206/2	15.806.000	8- فلورایدتراپی و بروساژ دو فک *
D2930	24.335.000	9- S.S.C (روکش استیل) (گرافی یا فتوگرافی پایان کار) *
D1520	27.153.000	10- sm (فضا نگهدار) متحرک یکطرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1526 D1527	32.328.000	11- sm (فضا نگهدار) متحرک دوطرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1510	28.988.000	12- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلوپ) (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1575	25.951.000	13- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D1516 D1517	36.792.000	14- sm (فضا نگهدار) ثابت (دو طرفه) فک بالا یا فک پایین (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)
D3230	12.171.000	15- پالپکتومی دندان شیری قدامی
D3240	15.038.000	16- پالپکتومی دندان شیری خلفی
D4321	26.207.000	17- اسپلینت موقت (دندانهای لق - خارج تاجی)

توضیحات:

* **فلورایدتراپی و بروساژ اطفال:** حداکثر سالی دو بار، قابل پرداخت است.

توضیح مورد 9: شامل ترمیم زیر روکش، نیز می باشد و هزینه ترمیم زیر روکش استیل، جداگانه قابل پرداخت، نمی باشد.

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.