

بسمه تعالی



تعارف ه‌ای دندانی‌زشکی عمو‌می

در مطب سال 1405

تاریخ اجرا: 1405/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت



آیین نامه دندانی‌زشکی عمو‌می بیمه

بانک ملت

B2N.ir/MellatDentG

خدمات تشخیصی، رادیوگرافی، خدمات اولیه

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
1- ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه		
2- رادیوگرافی	BW و PA 3.118.500 اکلوزال 5.004.000 لترال سفالومتری، OPG 7.575.500 و پانورکس (پانورامیک)		
3- خارج نمودن دندان دائمی (قدیمی - خلفی - عقل)	12.600.000		D7140
4- درای ساکت (با ذکر تاریخ کشیدن دندان و حداکثر 2 جلسه)	16.800.000		D9930
5- پالپوتومی اورژانسی *	29.200.000		D3221
6- چسباندن روکش قدیمی (سالی یکبار برای هر دندان)	14.600.000		D2920
7- چسباندن بریج قدیمی (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و بونتیکیها ذکر شود.)	20.700.000		D6930
8- جرمگیری هر فک (بزرگسالان)	11.900.000		D4346/1
9- بروساژ هر فک (بزرگسالان)	5.250.000		D1110/1
10- درناژ آبسه داخل یا خارج دهان (شامل تمام مراحل درمان)	21.200.000	گرافی قبل از کار	D7511
11- بخیه مستقل در موارد غیر از جراحی	24.200.000		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 بروساژ:** 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.

*** 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) می باشد.

خدمات بخشی ترمیمی

کد	مدارک مورد نیاز	نرخ تعرفه سال 1405	شرح
D2140		19.600.000	1- ترمیم یک سطحی با آمالکام
D2150		24.800.000	2- ترمیم دو سطحی با آمالکام
D2160		32.700.000	3- ترمیم سه سطحی با آمالکام
D2161	گرافی پایان کار	37.200.000	4- بازسازی کامل تاج با آمالکام (Build up) *
D2330 D2391		24.100.000	5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی-خلفی)
D2331		30.600.000	6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی)
D2392		31.700.000	7- ترمیم نوری دو سطحی (خلفی)
D2332		37.200.000	8- ترمیم نوری سه سطحی (قدامی)
D2393		39.300.000	9- ترمیم نوری سه سطحی (خلفی)
D2335	گرافی پایان کار	40.300.000	10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (قدامی) *
D2394	گرافی پایان کار	58.500.000	11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) *
D2951	گرافی پایان کار	11.900.000	12- پین (داخل کانال یا عاج) یا فایرپست به ازای هر دندان
D2955		20.100.000	13- خارج کردن پست یا پین داخل کانال
D3120		9.500.000	14- 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 گر بیلداپ :**

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

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

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

خدمات بخشی درمان ریشه

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
الف: درمان ریشه*			
درمان ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)	38.800.000	گرافی پایان کار	D3310
درمان ریشه دندانهای پری مولار (4-5)	44.500.000	گرافی پایان کار	D3320
درمان ریشه دندانهای مولار (6-7-8)	53.800.000	گرافی پایان کار	D3330
ب: درمان ریشه مجدد*			
درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی (1-2-3)	45.100.000	گرافی قبل و بعد از کار	D3346
درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار (4-5)	52.800.000	گرافی قبل و بعد از کار	D3347
درمان ریشه مجدد دندانهای مولار (6-7-8)	64.000.000	گرافی قبل و بعد از کار	D3348
پ: Apexogenesis (هر دندان)	32.300.000	گرافی قبل از کار	D3222
ج: Apexification به ازای هر دندان (کل جلسات) *	36.300.000	گرافی پایان کار	D3352
د: رزکسیون و رتروگرید ریشه*			
رزکسیون (اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی (1-2-3)	37.300.000	گرافی قبل و بعد از کار	D3410
رزکسیون (اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار (4-5)	40.600.000	گرافی قبل و بعد از کار	D3421
رزکسیون (اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای مولار (6-7-8)	43.800.000	گرافی قبل و بعد از کار	D3425

توضیحات:

*** در صورت عدم ارسال رادیوگرافی فقط هزینه ای معادل تعرفه پالپوتومی قابل محاسبه و پرداخت می باشد . ***
*** 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.

همچنین در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب ضروریست.

نکته: اندو دندانی 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

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	مدارک مورد نیاز	کد
1- پروتز کامل هر فک	306.600.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5110 D5120
2- پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک	284.900.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5213 D5214
3- پروتز پارسیل آکریلی فک بالا (3 تا 5 دندان)	152.200.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5211
4- پروتز پارسیل آکریلی فک پایین (3 تا 5 دندان)	149.000.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5212
5- هر دندان اضافه به پروتز کامل	42.500.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5520
6- هر دندان اضافه به پروتز پارسیل*	43.700.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5650
7- پروتز ثابت هر واحد (روکشی)*	94.400.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D2752
8- پونیک*	79.900.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D6241
9- پروتز پارسیل فلکسی هر فک	264.000.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5225 D5226
10- Post ریزختگی هر واحد	49.800.000	ارسال گرافی پایان کار	D2952
11- ریلاین پروتز کامل هر فک	71.700.000	گزارش هزینه لابراتوار	D5730 D5731
12- ریلاین پروتز پارسیل هر فک	65.600.000	گزارش هزینه لابراتوار	D5740 D5741
13- ری بیس پروتز کامل فک بالا	97.500.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5710
14- ری بیس پروتز کامل فک پایین	94.300.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5711
15- نایت گارد سخت	52.600.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D9944
16- نایت گارد نرم	45.500.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D9945
17- تعمیر پروتز کامل هر فک	50.100.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5512 D5511
18- تعمیر پروتز پارسیل هر فک	43.500.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5612 D5611
19- بیرون آوردن (یا بردن) بریج یا روکشی	19.700.000		D9120
20- فلیپر آکریلی فک بالا (حداکثر تا دندان) (دنچر فوری پارسیل)	55.800.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5221
21- فلیپر آکریلی فک پایین (حداکثر تا دندان) (دنچر فوری پارسیل)	56.600.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D5222
22- مرلند بریج	94.400.000	تأییدیه قبل از شروع درمان	D2752

توضیحات:

* 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 19: در آوردن بریج در یک دوره زمانی صرفا یکبار و بدون در نظر گرفتن تعداد روکشی ها محاسبه و پرداخت می گردد.

* 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 پرو

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
1- جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج نرم *	33.000.000	گرافی قبل از کار	D7230
2- جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج سخت *	44.500.000	گرافی قبل از کار	D7241
3- آلئولوپلاستی نیم فک (1/4 دهان) *	33.200.000	گرافی قبل از کار	D7321
4- فرنکتومی یا فرنوتومی (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)	32.300.000		D7960
5- فلپ نیم فک (1/4 دهان) * حداقل 4 دندان	42.700.000	گرافی قبل از کار	D4240
6- فلپ 1/6 دهان * 1 تا 3 دندان	35.600.000	گرافی قبل از کار	D4241
7- جراحی افزایش طول تاج *	37.300.000	گرافی و تاییدیه قبل از کار	D4249
7/1- الکترو سرجری	18.650.000	گرافی و تاییدیه قبل از کار	D4249/1
8- جراحی دونیم سازی دندان (همی سکشن) *	29.900.000	گرافی قبل و پایان کار	D3920
9- جراحی قطع کامل ریشه (آمپوتاسیون) به ازاء هر ریشه *	31.000.000	گرافی قبل و پایان کار	D3450
10- جراحی کیست و یا تومورهای کوچک (ادنتوز نیک) تا قطر 1.25 cm (گرافی قبل) جراحی کیست و یا تومورهای کوچک (غیر ادنتوز نیک) تا قطر 1.25 cm	35.400.000 35.300.000	گرافی قبل و گزارش پاتولوژی	D7450 D7460
11- جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm	41.200.000	گرافی قبل و گزارش پاتولوژی	D7461
12- وستیبولوپلاستی (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل و با ارسال گرافی قبل، قابل پرداخت است.)	62.400.000		D7350
13- دیستال وج *	34.400.000	گرافی قبل از کار	D4274
14- ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی (نیم فک) - (برداشتن لثه آزاد) - جهت ترمیم زیر لثه	26.900.000		D4211
15- اسپلینت جراحی	45.600.000	گرافی پایان کار	D5988
16- پیوند آزاد لثه تا سه دندان	62.300.000	گرافی قبل از کار	D4277
17- پیوند آزاد لثه به ازای هر دندان اضافه در محل پیوند	29.900.000	گرافی قبل از کار	D4278
18- جراحی دندان رویش یافته انکلیوز (جوش خورده به استخوان) *	29.700.000	گرافی قبل	D7210
19- اکسپوز کردن (اکسپوزر) تاج دندان (صرفاً برای تسهیل رویش دندان نهفته)	32.400.000	گرافی قبل	D7280
20- بیوپسی بافت نرم دهان	23.800.000	گزارش پاتولوژی	D7286
21- بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان	27.900.000	گرافی قبل و گزارش پاتولوژی	D7285

D6100	گرافی قبل و بعد از جراحی	40.100.000	22-در آوردن ایمپلنت
D4321	گرافی پایان کار	42.700.000	23-اسپلینت موقت (دندانهای لق -خارج تاجی)
D4263	تأییدیه قبل از شروع درمان و گرافی قبل	37.100.000	24-پیوند جایگزینی استخوان نیم فک (برای موارد غیر ایمپلنت)

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.

***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.

***توضیح ردیف 3:** همراه با کشیدن قابل پرداخت نمیشد .

***توضیح ردیفهای 5و6:** 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 (ردیف 7/1).

***توضیح ردیفهای 8و9:** 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.

***توضیح ردیف 13:** این جراحی صرفاً در دندانانی که مزایل 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 با سگشن دندان است.

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

***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 ارتودنسی

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
1- ارتودنسی متحرک هر فک	201.700.000	تأییدیه قبل از کار	D8050
2- ارتودنسی ثابت هر فک	446.800.000	تأییدیه قبل از کار	D8070
3- پلاک فانکشنال *	312.760.000	تأییدیه قبل از کار	D8060/1
	357.440.000	تأییدیه قبل از کار	D8060/2
4- هدگیر، Chin cap، Face mask	73.500.000	تأییدیه قبل از کار	D8210
5- ریتینر ارتودنسی هر فک (ثابت - متحرک)	55.200.000	تأییدیه قبل از کار	D8680

توضیحات:

تمامی خدمات صدرالاشاره 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.

خدمات بخش دندانپزشکی اطفال

شرح	نرخ تعرفه سال 1405	مدارک مورد نیاز	کد
1- فیشور سیلنت دندان دائمی (تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)	17.300.000		D1351
2- پالپوتومی دندان شیری	29.200.000		D3220
3- کشیدن دندان شیری	12.300.000		D7111
4- بروساژ هر فک اطفال *	6.550.000		D1120/1
5- فلوراید تراپی هر فک *	6.600.000		D1206/1
6- S.S.C (روکش استیل) *	49.900.000	گرافی یا فتوگرافی پایان کار	D2930
7- sm (فضا نگهدار) متحرک یکطرفه	56.200.000	فتوگرافی پایان کار	D1520
8- sm (فضا نگهدار) متحرک دوطرفه	56.300.000	فتوگرافی پایان کار	D1526 D1527
9- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلوپ)	59.000.000	فتوگرافی پایان کار	D1510
10- sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe	58.300.000	فتوگرافی پایان کار	D1575
11- sm (فضا نگهدار) ثابت (دو طرفه) فک بالا یا فک پایین	77.300.000	فتوگرافی پایان کار	D1516 D1517
12- پالپکتومی دندان شیری قدامی	19.700.000	گرافی پایان کار	D3230
13- پالپکتومی دندان شیری خلفی	24.400.000	گرافی پایان کار	D3240
14- اسپلینت موقت (دندانهای لق - خارج ناجی)	42.700.000	گرافی بعد	D4321

توضیحات:

***فلوراید تراپی 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.

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.

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 بیمارانی استعلام خواهد گرفت

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

داخلی 123 تماس بگیرید.