

تعرفه خدمات دندانپزشکی شرکت سهامی بیمه ایران در تهران

قابل اجرا از تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۰۴/۰۱

ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۲۷۰,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰	کلیه تخصص ها	شامل معاینه کامل دهان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، گرافی و آزمایش. پرداخت، یکبار در هر دوره درمان می باشد.
۲	رادیو گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۱۴,۰۰۰	۲۱۴,۰۰۰	----	گرافی در صورت تشخیصی بودن، بایستی در پرونده بیمار نگهداری شود و در صورت اصرار بیمار با گرفتن رسید در پرونده، به بیمار تحویل داده شود.
۳	رادیو گرافی اکلوزال	۳۵۴,۰۰۰	۳۵۴,۰۰۰	----	
۴	رادیوگرافی پانورکس (صرفا دیجیتال)	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست.
۵	رادیوگرافی لترال سفالومتری	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	
ردیف	نوع خدمات (جراحی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰		
۲	کشیدن هر دندان خلفی	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰		
۳	کشیدن هر دندان عقل	۱,۲۹۰,۰۰۰	۱,۶۶۰,۰۰۰		
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲,۲۶۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	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. گرافی قبل از درمان
۵	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۳,۶۷۰,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰		شامل فلپ، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. (هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه پرداخت نخواهد شد)
۶	آلوتولوپلاستی نیم فک	۱,۸۸۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰		همراه با کشیدن قابل پرداخت نمی باشد و صرفا قبل از انجام دست دندان. گرافی قبل از درمان
۷	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳,۱۲۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	گرافی قبل از درمان

۸	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۳,۱۲۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک.
۹	فرنکتومی	۱,۵۷۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	ناحیه مورد عمل ذکر شود.
۱۰	بازکردن آبنه داخل دهان	۵۵۰,۰۰۰	۷۱۳,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان قابل پرداخت نیست.
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳۳۰,۰۰۰	۳۳۰,۰۰۰	----	
۱۲	اکسپوز کردن دندان	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو- اطفال	جهت تسریع رویش دندان نیاز به گرافی قبل از عمل دارد و همراه چسباندن براکت پرداخت نمی شود.
۱۳	بخیه هر ناحیه	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	----	بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. در هر کوادران فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می شود.
۱۴	آمیوتاسیون ریشه	۲,۳۶۰,۰۰۰	۳,۵۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۱,۸۱۰,۰۰۰	۲,۷۱۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پریو	ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پریو	
ردیف	نوع خدمات (ترمیم)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۷۱۰,۰۰۰	۲,۲۳۰,۰۰۰	ترمیمی	در صورت تکرار ترمیم کم تر از یکسال دلایل شکست ذکر شود. در صورت انجام دو ترمیم روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود. 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 قابل پرداخت است. معاینه رندوم بیمار توسط دندانپزشک معتمد
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۶۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۴	بیلداپ تاج با آمالگام	۲,۵۶۰,۰۰۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	ترمیم کامپوزیت نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۹۶۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم کامپوزیت نوری دو سطحی یا کلاس سه	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	ترمیم کامپوزیت نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	بیلداپ تاج با کامپوزیت	۲,۷۸۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی	

۹	پین داخل عاج هر عدد	۳۵۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	حداکثر تا دو عدد در هر دندان
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۳۹۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان اندو شده متناسب با تعداد کانال و حداکثر تا ۲ پین
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۷۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی-اطفال- فک و صورت	صرفاً جهت دندان های تروماتیزه ولق- اسپلینت بعداز ارتودنسی قابل پرداخت نمی باشد.
ردیف	نوع خدمات(اندو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پالپوتومی اورژانس(دندان دائمی)	۸۸۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	متخصص اندو	همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۲	درمان ریشه یک کاناله	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	گرافی در حین کار با گوتا یا فایل و پس از درمان
۳	درمان ریشه دو کاناله	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۴	درمان ریشه سه کاناله	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۰۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۲۶۰,۰۰۰	۲,۹۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۳,۳۵۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۴,۸۵۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲,۴۶۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۳,۶۷۰,۰۰۰	۴,۷۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۵,۹۷۰,۰۰۰	۷,۷۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۵,۳۸۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۶,۱۰۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۴,۱۰۰,۰۰۰	۶,۱۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	

	متخصص اندو	۸,۴۰۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۰
	متخصص اندو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۶۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۲۱
	متخصص اندو	۴,۳۴۰,۰۰۰	۲,۸۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲
	متخصص اندو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳
	متخصص اندو	۸,۵۵۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۴
	متخصص اندو	۱۰,۱۰۰,۰۰۰	۶,۷۶۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۲۵
	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۵,۴۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۲۶
	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۲۷
	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۷,۴۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۲۸
شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین در آوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه	متخصص اندو- اطفال	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲۹
	متخصص اندو	۲,۷۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	درمان پر فوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۰
	متخصص اندو- اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	اپکسوژنریس دندان	۳۱
توضیحات	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه تخصصی (به ریال)	تعرفه عمومی (به ریال)	نوع خدمات (پریو)	ردیف
شامل حذف همه پلاک میکروبی، جرم های فوق و زیر لثه و صاف کردن سطح ریشه ها می باشد. برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد است و تکرار جرمگیری کمتر از ۶ ماه قابل پرداخت نیست. تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.	-----	۸۶۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۱
	-----	۱,۴۹۰,۰۰۰	۱,۴۹۰,۰۰۰	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۲
	-----	۱۷۵,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	بروساژ هر فک	۳
همراه با افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	پریو	۵,۷۲۰,۰۰۰	۳,۸۲۰,۰۰۰	فلپ نیم فک	۴
	پریو	۴,۸۷۰,۰۰۰	۳,۲۵۰,۰۰۰	فلپ ۱/۶ دهان	۵

	پریو	۵,۶۲۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰	پیوند لثه یک دندان	۶
صرفا در دندان کاندید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد.	پریو	۳,۱۷۰,۰۰۰	۲,۴۳۰,۰۰۰	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۷
گرافی قبل از درمان	پریو- فک و صورت- اندو	۳,۷۶۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	همی سکشن و قطع ریشه	۸
صرفا در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	پریو	۲,۴۸۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	دیستال وج	۹
توضیحات	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه تخصصی (به ریال)	تعرفه عمومی (به ریال)	نوع خدمات (پروتز)	ردیف
پس از تأیید دندانپزشک معتمد	پروتز	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	دست دندان	۱
	پروتز	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	نیم دست دندان	۲
	پروتز	۲۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۷,۱۵۰,۰۰۰	پلاک کرم کبالت هر فک	۳
	پروتز	۸,۱۸۰,۰۰۰	۵,۴۶۰,۰۰۰	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۴
	پروتز	۸۲۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	به ازای هر دندان اضافه	۵
	پروتز	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۷۰,۰۰۰	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۶
در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلاین و ریپیس داشته باشد شامل هزینه مجدد نمی شود.	پروتز	۳,۴۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	ریلاین هر فک	۷
	پروتز	۴,۷۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	ریپیس هر فک	۸
	----	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز شکسته	۹
۲ واحد و بیشتر تأیید و یا گرافی (OPG) یا PA قبل و بعد از درمان	پروتز- ترمیمی	۸,۱۹۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)	۱۰
	پروتز- ترمیمی	۶,۷۰۰,۰۰۰	۵,۱۷۰,۰۰۰	پروتز ثابت (PFM) (دندان جایگزین شونده یا Pontic) هر واحد	۱۱
صرفا در دندان های قدامی. ارائه گرافی قبل و فتوگرافی بعد از درمان	پروتز- ترمیمی	۱۰,۵۳۰,۰۰۰	۸,۱۱۳,۵۰۰	روکش تمام پرسنل و یا زیر کونیوم	۱۲
	پروتز- ترمیمی	۸,۷۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	روکش ثابت (pontic) تمام پرسنل و یا زیر کونیوم	۱۳
گرافی قبل و بعد از درمان	پروتز- ترمیمی	۴,۱۰۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	پست ریختگی	۱۴
هزینه شامل سمان پست و ساخت core می باشد.	پروتز- ترمیمی	۴,۱۰۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	فایبر پست+ترمیم	۱۵

	-----	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	خارج کردن روکش های قدیمی	۱۶
	-----	۳۷۵,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰	چسباندن روکش های قدیمی	۱۷
	پروتز- اندو	۷۱۰,۰۰۰	۷۱۰,۰۰۰	خارج کردن هر پین یا پست	۱۸
	-----	۶۴۰,۰۰۰	۶۴۰,۰۰۰	خارج کردن بریج قدیمی	۱۹
	-----	۵۵۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	چسباندن بریج قدیمی	۲۰
با احتساب هزینه لابراتوار	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	نایت گارد	۲۱
توضیحات	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه تخصصی (به ریال)	تعرفه عمومی (به ریال)	نوع خدمات(اطفال)	ردیف
	اطفال	۸۸۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	کشیدن قدامی (شیری)	۱
	اطفال	۱,۱۰۰,۰۰۰	۸۵۰,۰۰۰	کشیدن خلفی (شیری)	۲
	اطفال	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پالپوتومی دندان شیری	۳
	اطفال	۸۶۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۴
پوشاندن سطح مینا که به صورت شیمیایی یا مکانیکی آماده شده تا از پوسیدگی پیشگیری شود. تا سه سال پس از رویش قابل پرداخت است.	اطفال	۱,۵۴۰,۰۰۰	۱,۱۷۰,۰۰۰	فیشر سیلنت هر دندان	۵
ارائه فتوگرافی پس از درمان	اطفال	۳,۱۰۰,۰۰۰	۲,۳۹۰,۰۰۰	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۶
	اطفال	۲,۴۰۰,۰۰۰	۱,۸۵۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۷
	اطفال	۲,۹۰۰,۰۰۰	۲,۲۳۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۸
	اطفال	۳,۱۸۰,۰۰۰	۲,۴۵۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۹
	اطفال	۲,۷۵۰,۰۰۰	۲,۱۳۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱۰
	اطفال	۳,۱۸۰,۰۰۰	۲,۴۵۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۱۱
	اطفال	۳,۵۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱۲
پس از تأیید دندانپزشک معتمد	اطفال- ارتو	۶,۷۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۱۳
	اطفال- ارتو	۷,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوال آرچ)	۱۴

	اطفال - ارتو	۶,۵۰۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	متحرک Space maintainer	۱۵
	اطفال - ارتو	۶۸۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	استریپ هر دندان	۱۶
	اطفال	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱۷
	اطفال	۲,۳۵۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱۸
توضیحات	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع خدمات (ارتودنسی)	ردیف
پس از تأیید دندانپزشک معتمد	ارتودنسی - اطفال	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۱
پس از تأیید دندانپزشک معتمد - ارائه گرافی OPG و یا سفالومتری قبل از درمان و فتوگرافی در حین درمان	ارتودنسی	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	براکت ثابت هر فک	۲
پس از تأیید دندانپزشک معتمد	ارتودنسی - اطفال	۹,۲۰۰,۰۰۰	۶,۱۰۰,۰۰۰	دستگاه عادت شکن	۳
	ارتودنسی	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری	۴
	ارتودنسی - ترمیم	۳,۹۵۰,۰۰۰	۳,۲۲۰,۰۰۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک)	۵
	ارتودنسی - اطفال	۱۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۲,۸۵۰,۰۰۰	پلاک فانکشنال	۶
توضیحات	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع خدمات (ایمپلنت)	ردیف
شامل حق العمل جراح، جراحی اول و دوم . درمان ایمپلنت پیش از اتمام سایر درمان های ضروری بیمار مانند ترمیم، درمان ریشه و غیره، قابل قبول نمی باشد. ارسال گرافی پانورکس و یا PA قبل و بعد از کار ضروری است.	پریو- فک و صورت	۷,۰۶۰,۰۰۰	۵,۴۰۰,۰۰۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱
شامل خرید یک واحد فیکسچر و ارائه فاکتور	----	۷,۶۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۲
شامل کلیه هزینه ها از جمله متریاال و دستمزد. ارسال CBCT قبل از درمان	پریو- فک و صورت	۶,۹۰۰,۰۰۰	۵,۳۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۳
	پریو- فک و صورت	۹,۵۰۰,۰۰۰	۷,۳۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۴
	پریو- فک و صورت	۴,۱۴۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۵

	پریو- فک و صورت	۵,۷۰۰,۰۰۰	۴,۳۸۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۶
	پریو- فک و صورت	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۱۷۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۷
گرافی پانورکس قبل و بعد از درمان	پریو- فک و صورت	۶,۲۰۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هرطرف	۸
	پریو- فک و صورت	۱۸,۰۸۰,۰۰۰	۱۲,۰۵۰,۰۰۰	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هرطرف	۹
شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار و دستمزد ارسال گرافی OPG یا PA قبل و پس از درمان	پروتز	۱۰,۷۵۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۱۰
ارسال فاکتور به نام بیمار	----	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۱۱
	پروتز	۷,۰۰۰,۰۰۰	۵,۲۰۰,۰۰۰	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۱۲
تأیید دندانپزشک معتمد قبل از درمان و ارائه فتوگرافی پس از درمان شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لابراتوار، بار، بال، دستمزد و غیره	پروتز	۵۵,۷۰۰,۰۰۰	۳۷,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۳
	پروتز	۶۳,۷۰۰,۰۰۰	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۴
	پروتز	۷۱,۶۰۰,۰۰۰	۴۷,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۵
	پروتز	۶۵,۶۰۰,۰۰۰	۴۳,۷۵۰,۰۰۰	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۱۶
	پروتز	۷۷,۵۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۱۷
	پروتز	۸۹,۵۰۰,۰۰۰	۵۹,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۱۸
رعایت نکات ذیل الزامی می باشد:					ردیف
راديوگرافی در حین کار و یا بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپتومی محاسبه می گردد.					۱

۲	هزینه خدماتی که نیاز به تأیید کارشناس دارند، در صورت عدم تأیید غیر قابل پرداخت می باشد.
۳	حداکثر ۲ عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.
۴	ارسال رادیوگرافی P.A در روکش های نایلونی صورت گیرد.
۵	تعرفه تخصصی فقط به رشته هایی که در ستون مربوطه مشمول تعرفه تخصصی می شوند پرداخت خواهد شد. مثال : در صورت کشیدن دندان توسط متخصص پروتز، تعرفه معادل عمومی محاسبه خواهد شد.
۶	اخذ هرگونه اضافه وجهی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان خارجی و غیره ممنوع و فرانشیز(سهام بیمار) براساس تعرفه های ذیل مبنای پرداختی بیمار خواهد بود.
۷	در کلیه درمان های ایمپلنت، تهیه گرافی پانورکس و اخذ تأیید دندانپزشک معتمد شرکت سهامی بیمه ایران، قبل از شروع درمان الزامیست. پس از اخذ تأیید انجام درمان، ارسال گرافی پس از درمان جهت دریافت هزینه الزامیست.
۸	اولویت عقد قرارداد و پرداخت هزینه ایمپلنت به متخصصین پریو و فک و صورت و در پروتز ایمپلنت به متخصصین پروتز می باشد.
۹	هزینه درمان ارتودنسی پس از ارائه رادیوگرافی O.P.G، یا فتوگرافی یا ویزیت بیمار در حین درمان، قابل پرداخت می باشد.
۱۰	هزینه ارتودنسی به همکاران دندانپزشک عمومی فقط در شهرستان هایی که متخصص ارتودنسی وجود ندارد، پرداخت می گردد.
۱۱	پس از اتمام سقف ریالی تعیین شده برای هر بیمه شده، مرکز می بایست کل هزینه را براساس تعرفه های مصوب از بیمار دریافت نماید. به عبارتی مبنای پرداختی بیمار در این شرایط، تعرفه کل خدمت مربوطه می باشد.
۱۲	تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی به صورت گلوبال(شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ..) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۳	تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش غیر خصوصی(دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) به صورت گلوبال(شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ..) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۷,۵۰۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۴	هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۱۵	خدمات بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد: * کلیه معلولین ذهنی و جسمی * در موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران غیرهمکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال (منظور از بیماران غیرهمکار بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
۱۶	منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه القاء استاندارد بیهوشی باشد.
۱۷	تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی(دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوبه سندیکا تعیین می گردد.

مدیریت بیمه های اشخاص

