

سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

معاونت درمان



تعرفه و ضوابط خدمات دندانپزشکی ۱۳۹۹ "بخش خصوصی"

تذکرات:

- ۱- تعهدات و ضوابط خدمات دندانپزشکی براساس بسته ارزش نسبی این خدمات مصوب ستاد کل نیروهای مسلح تعیین گردیده است و ملاک عمل سازمان خواهد بود.
- ۲- تعرفه عمومی و تخصصی دندانپزشکی سازمان در سال ۹۹ براساس تعرفه ریالی می باشد و ضریب ارزشیابی مرکز در آنان ضرب می گردد و تعرفه خدمت و مواد مصرفی و لابراتوار به صورت تجمیع دیده شده است و ستون مستقل ندارد.
- ۳- فرانشیز بیماران در مناطق برخوردار و کم برخوردار ۳۰٪ تعرفه با اعمال ضریب ارزشیابی بوده و مرکز مجاز به دریافت مابه التفاوت، لابراتوار و مواد مصرفی از بیمه شدگان نمی باشد.
استثناء: صرفاً فرانشیز خدمات پیشگیری "فلوراید تراپی و فیشور سیلنت" ۱۰٪ تعرفه می باشد.
- ۴- فرانشیز جانبازان و عائله تحت تکفل در کلیه مراکز طرف قرارداد صفر می باشد.
- تبصره: فرانشیز ویزیت و رادیوگرافیهای دندانپزشکی در مراکز غیر دولتی، نظامی مناطق برخوردار و کم برخوردار ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد.
- ۵- تاریخ اجراء کلیه مراکز خصوصی مناطق برخوردار و کم برخوردار از تاریخ ۹۹/۱/۱ می باشد.
- ۶- تعداد ارقام خدمات دندانپزشکی مجاز در یک نسخه ۷ عدد می باشد لذا خدمات بیشتر مشمول کسورات می گردد
تبصره: رادیوگرافیهای پری اپکال و یا بایت وینگ در تعداد مجاز خدمات محاسبه نمی گردد.
- ۷- تاکید می گردد هر دندانپزشک در یک روز مجاز به جدا کردن یک برگه از دفترچه بیمه شده می باشد.
- ۸- با توجه به مصوبات هیئت مدیره محترم سازمان، از تاریخ ۹۹/۴/۱ تعرفه و ضوابط دندانپزشکی دچار تغییرات اساسی می گردد که از تاریخ مذکور ملاک عمل می باشد و بخشنامه آن متعاقباً اعلام خواهد گردید.

پیوست شماره ۳۳

تعرفه خصوصی مراکز دندانپزشکی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹

ردیف	ترمیمی	جمع کل	جمع کل	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	ضوابط
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی				
۱	ترمیم آمالگام یک سطحی (بزرگسال)	۸۳۷,۲۰۰	۱,۱۱۸,۹۵۰	ترمیمی			۱- منظور از بزرگسال ، افراد بالای ۱۲ سال ومنظور از اطفال افراد زیر ۱۲ سال می باشند. ۲- ترمیم کلاس ۴,۳و۵ به ترتیب معادل دوسطحی ،سه سطحی ویک سطحی قابل پرداخت می باشد. ۳- ترمیم چهارسطحی: ترمیمی است که روی چهار و یا تعداد بیشتری از سطوح پنجگانه دندانی قرار می گیرد. ۴- خدمت بستن دیاستم در تعهد سازمان نمی باشد ومعادل سازی آن تخلف محسوب می گردد. ۵- برای یک دندان صرفاً هزینه یک ترمیم قابل پرداخت می باشد. ۶- در یک نسخه صرفاً تا سه عدد خدمت ترمیم دندان قابل پرداخت می باشد ومازاد مشمول کسورات می گردد. ۷- مرکز ویا دندانپزشک بعد از ارائه خدمت ترمیم یک دندان برای بیمه شده مجاز به ارسال نسخه هرنوع ترمیم همان دندان تا یکسال بعد نمی باشد، نسخه ارسالی در این خصوص مشمول کسورات می گردد. ۸- ترمیم ۴ سطحی دندان در زیر روکش در تعهد سازمان می باشد. ۹- تعرفه کف بندی دندانها با هر نوع ماده ای در تعرفه ترمیم لحاظ گردیده است لذا مرکز مجاز به دریافت هزینه اضافه از سازمان و بیمه شدگان نمی باشد. ۱۰-تعهد سازمان در ترمیم دندانها متناسب با سن رویش آنان می باشد به طور مثال ترمیم دندانهای دائمی زیر ۶ سال در تعهد نمی باشد
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی (بزرگسال)	۱,۱۴۳,۱۰۰	۱,۵۵۳,۶۵۰	ترمیمی			
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی (بزرگسال)	۱,۲۷۱,۹۰۰	۱,۷۳۸,۸۰۰	ترمیمی			
۴	ترمیم آمالگام چهار سطحی (بزرگسال)	۱,۴۴۰,۹۵۰	۱,۹۴۰,۰۵۰	ترمیمی			
۵	ترمیم اچ نوری یک سطحی (بزرگسال)	۹۲۵,۷۵۰	۱,۲۳۹,۷۰۰	ترمیمی			
۶	ترمیم اچ نوری دو سطحی (بزرگسال)	۱,۲۳۱,۶۵۰	۱,۶۶۶,۳۵۰	ترمیمی			
۷	ترمیم اچ نوری سه سطحی (بزرگسال)	۱,۴۹۷,۳۰۰	۱,۹۸۸,۳۵۰	ترمیمی			
۸	ترمیم اچ نوری چهار سطحی (بزرگسال)	۱,۷۱۴,۶۵۰	۲,۲۷۰,۱۰۰	ترمیمی			
۹	پین داخل عاج هر عدد	۱۴۴,۹۰۰	۱۴۴,۹۰۰	---			حداکثر برای هر دندان ۳ عدد می باشد.
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۳۰۵,۹۰۰	۳۰۵,۹۰۰	---			متناسب با تعداد کانالهای هر دندان وحداکثر برای هر دندان ۲ عدد می باشد.
۱۱	پانسمان	۳۴۶,۱۵۰	۳۴۶,۱۵۰	---			هزینه پانسمان دندانی که سایر خدمات (پالپوتومی ،اندو،ترمیم و...) طی مراحل درمان برای آن توسط همان دندانپزشک صورت می گیرد قابل پرداخت نیست .
۱۲	اسپلینت دندانهای لق شده (هر فک)	۱,۸۹۱,۷۵۰	۱,۸۹۱,۷۵۰	---		گرافی بعد از عمل	در مورد دندانهای لق شده به علت بیماریهای پریو ودندانهای دچار تروما در تعهد سازمان می باشد .اسپلینت دندانها متعاقب درمان ارتودنسی در تعهد سازمان نمی باشد.

تعرفه خصوصی مراکز دندانپزشکی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹

پیوست شماره ۳۳

ردیف	معالجه ریشه دندان	جمع کل		متخصصی مشمول تعرفه	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	ضوابط
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی				
۱	پالپوتومی اوژانس دندان دائمی	۷۵۶.۷۰۰	۷۵۶.۷۰۰				در صورت ارسال پالپوتومی هزینه معالجه ریشه دندان توسط همان دندانپزشک پرداخت نمی گردد.
۲	درمان ریشه یک کانال	۱.۴۹۷.۳۰۰	۲.۰۲۸.۶۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۳	درمان ریشه دوکانال	۲.۴۵۵.۲۵۰	۳.۳۱۶.۶۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۴	درمان ریشه سه کانال	۳.۵۰۹.۸۰۰	۴.۷۳۳.۴۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۵	درمان ریشه چهار کانال	۴.۵۵۶.۳۰۰	۶.۱۴۲.۱۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۶	درمان ریشه پنج کانال	۵.۳۲۹.۱۰۰	۷.۱۴۸.۴۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۷	درمان ریشه یک کانال دندان ۷	۱.۶۰۱.۹۵۰	۲.۱۸۱.۵۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۸	درمان ریشه دوکانال دندان ۷	۲.۶۲۴.۳۰۰	۳.۵۶۶.۱۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۹	درمان ریشه سه کانال دندان ۷	۳.۷۵۱.۳۰۰	۵.۰۹۵.۶۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۰	درمان ریشه چهار کانال دندان ۷	۴.۸۷۰.۲۵۰	۶.۶۰۹.۰۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۱	درمان ریشه پنج کانال دندان ۷	۵.۶۹۱.۳۵۰	۷.۶۸۷.۷۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۲	درمان ریشه یک کانال دندان ۸	۱.۷۰۶.۶۰۰	۲.۳۴۲.۵۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۳	درمان ریشه دوکانال دندان ۸	۲.۸۰۱.۴۰۰	۳.۸۳۱.۸۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۴	درمان ریشه سه کانال دندان ۸	۴.۰۰۰.۸۵۰	۵.۴۷۴.۰۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۵	درمان ریشه چهار کانال دندان ۸	۵.۱۹۲.۲۵۰	۷.۰۹۲.۰۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۶	درمان ریشه پنج کانال دندان ۸	۶.۰۵۳.۶۰۰	۸.۲۳۵.۱۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۷	درمان مجدد یک کانال	۱.۹۴۰.۰۵۰	۲.۵۵۹.۹۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۸	درمان مجدد دو کانال	۳.۲۵۲.۲۰۰	۴.۳۱۴.۸۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۱۹	درمان مجدد سه کانال	۴.۵۴۸.۲۵۰	۶.۰۷۷.۷۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۰	درمان مجدد چهار کانال	۵.۸۴۴.۳۰۰	۷.۸۴۰.۷۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۱	درمان مجدد پنج کانال	۷.۰۵۹.۸۵۰	۹.۴۷۴.۸۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۲	درمان مجدد یک کانال دندان ۷	۲.۰۶۸.۸۵۰	۲.۷۵۳.۱۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۳	درمان مجدد دوکانال دندان ۷	۳.۴۶۹.۵۵۰	۴.۶۴۴.۸۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۴	درمان مجدد سه کانال دندان ۷	۴.۸۵۴.۱۵۰	۶.۵۳۶.۶۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۵	درمان مجدد چهار کانال دندان ۷	۶.۲۴۶.۸۰۰	۸.۴۴۴.۴۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۶	درمان مجدد پنج کانال دندان ۷	۷.۵۴۲.۸۵۰	۱۰.۱۹۹.۳۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۷	درمان مجدد یک کانال دندان ۸	۲.۱۸۹.۶۰۰	۲.۹۳۸.۲۵۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	
۲۸	درمان مجدد دوکانال دندان ۸	۳.۶۷۸.۸۵۰	۴.۹۵۸.۸۰۰	اندو		گرافی قبل وبعد از عمل	

	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو	۶,۹۹۵,۴۵۰	۵,۱۶۰,۰۵۰	درمان مجدد سه کانال دندان ۸	۲۹	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو	۹,۰۳۲,۱۰۰	۶,۶۴۱,۲۵۰	درمان مجدد چهار کانال دندان ۸	۳۰	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو	۱۰,۹۲۳,۸۵۰	۸,۰۲۵,۸۵۰	درمان مجدد پنج کانال دندان ۸	۳۱	
جراحی رزکسیون با و یا بدون رتروگرید همراه با جراحی تومورهای نسج نرم و سخت قابل پرداخت نمی باشد	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۴,۷۰۹,۲۵۰	۳,۳۷۲,۹۵۰	رزکسیون اپیکال یک کانال	۳۲	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۵,۹۲۴,۸۰۰	۴,۲۸۲,۶۰۰	رزکسیون اپیکال دو کانال	۳۳	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۷,۱۴۰,۳۵۰	۵,۲۰۰,۳۰۰	رزکسیون اپیکال سه کانال	۳۴	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۸,۳۴۷,۸۵۰	۶,۱۱۸,۰۰۰	رزکسیون اپیکال چهار کانال	۳۵	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۵,۶۹۹,۴۰۰	۴,۰۹۷,۴۵۰	رزکسیون با رتروگرید یک کانال	۳۶	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۷,۸۹۷,۰۵۰	۵,۷۳۹,۶۵۰	رزکسیون با رتروگرید دو کانال	۳۷	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۱۰,۰۹۴,۷۰۰	۷,۳۸۱,۸۵۰	رزکسیون با رتروگرید سه کانال	۳۸	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و جراح فک	۱۲,۲۹۲,۳۵۰	۹,۰۲۴,۰۵۰	رزکسیون با رتروگرید چهار کانال	۳۹	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و اطفال	۱,۹۸۰,۳۰۰	۱,۴۹۷,۳۰۰	اپکسوزنریس هر دندان	۴۰	
فقط توسط متخصصین اندو و اطفال مورد تعهد است .	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و اطفال	۲,۵۱۹,۶۵۰	۰	اپکسوفیکشن (آپیکال پلاک) یک کانال	۴۱	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و اطفال	۴,۳۳۰,۹۰۰	۰	اپکسوفیکشن (آپیکال پلاک) دو کانال	۴۲	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و اطفال	۶,۱۴۲,۱۵۰	۰	اپکسوفیکشن (آپیکال پلاک) سه کانال	۴۳	
	گرافی قبل وبعد از عمل	اندو و اطفال	۷,۹۵۳,۴۰۰	۰	اپکسوفیکشن (آپیکال پلاک) چهار کانال	۴۴	
شرح	ضوابط	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	جمع کل	پروتز	کد
					تعرفه تخصصی	تعرفه عمومی	
۱	با بهترین مواد مصرفی و لابراتوار (صرفاً در صورت تمایل بیمار به دندانهای خارجی با رضایت کتبی بیمار در پرونده مابه التفاوت دندان خارجی با بهترین دندان داخلی اخذ گردد)- برای بیمه شدگان قطعی هر ۵ سال یکبار و برای بیمه شدگان غیر قطعی هر ۱۰ سال یکبار در تعهد سازمان می باشد	تایید سیستمیک	پروتز	۲۳,۲۰۸,۱۵۰	۱۷,۵۷۳,۱۵۰	دست دندان	
۲	برای بیمه شدگان قطعی هر ۵ سال یکبار و برای بیمه شدگان غیر قطعی هر ۱۰ سال یکبار در تعهد سازمان می باشد	تایید سیستمیک	پروتز	۱۴,۰۳۹,۲۰۰	۱۰,۶۱۷,۹۵۰	نیم دست دندان	
۳	۱- تعهد سازمان برای پلاک پارسیل متحرک دو بار در طول عمر برای هر فک با فاصله زمانی ۱۰ سال یکبار می باشد. ۲- تاکید می گردد بیمار در هر ۱۰ سال مجاز به استفاده از یک نوع پارسیل متحرک اکریلی و یا کرم کبالت می باشد. ۳- پلاک های پارسیل بیش از ده دندان معادل نیم دست دندان می باشد ۴- فیلیپر (پارسیل اکریلی) تا ۳ دندان در تعهد	تایید سیستمیک	پروتز	۱۶,۲۹۳,۲۰۰	۱۲,۸۷۱,۹۵۰	پلاک کرم کبالت هر فک	
۴	پارسیل اکریلی ۴ یا ۵ دندان	تایید سیستمیک	پروتز	۶,۰۱۳,۳۵۰	۴,۶۰۴,۶۰۰	پارسیل اکریلی ۴ یا ۵ دندان	

تعرفه خصوصی مراکز دندانپزشکی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹

پیوست شماره ۳۳

۵	هر دندان اضافه برای پارسیل آکریلی	۴۶۶،۹۰۰	۵۷۱،۵۵۰	پروتز	تایید سیستمیک	سازمان نمی‌باشد ۵- تعهد سازمان برای پلاکهای پارسیل شخص جانباز هر ۵ سال یکبار می‌باشد
۶	پروتز ثابت دندان پایه(باتمنت) هر واحد	۴،۱۲۱،۶۰۰	۵،۳۲۹،۱۰۰	پروتز -ترمیمی	تایید سیستمیک	۱-تعهد سازمان برای پروتز ثابت و مریلند بریج جمعاً حداکثر ۷ واحد می‌باشد ۲- تعرفه پروتز ثابت دندانهای غیر پایه ۸۰٪ تعرفه پروتز ثابت دندانهای پایه می‌باشد. ۳- پروتز ثابت ایمپلنت (روکش و بریج) معادل پروتز ثابت دندان با رعایت ضوابط صرفاً در روز پرداخت، قابل پرداخت است. ۴- پرداخت پروتزهای دندانی از ۱۸ سالگی به بالا در تعهد سازمان می‌باشد. ۵- مریلند بریج صرفاً برای جایگزینی دندانهای ۱ و یا ۲ در تعهد سازمان می‌باشد. ۶- در هنگام تجویز مریلند بریج صرفاً شماره دندان مورد نظر قید گردد ۷- تا دو سال پس از ساخت روکش بابت ساخت مجدد و یا چسباندن روکش هیچگونه هزینه‌ای توسط سازمان و یا بیمه شده به مرکز پرداخت نمی‌گردد (ضمانت ۲ ساله) ۸- حداکثر جایگزین کردن دندان در بریج با دو پایه دو دندان و در بریجهای با سه پایه سه دندان می‌باشد ۹- تعهد سازمان در خصوص روکشهای سرامیکی، فول متال و زیرکونیوم معادل روکش pfm می‌باشد.
۷	پروتز ثابت دندان غیر پایه(پونتیک) هر واحد	۳،۶۳۸،۶۰۰	۴،۶۱۲،۶۵۰	پروتز -ترمیمی	تایید سیستمیک	
۸	مریلند بریج	۶،۹۹۵،۴۵۰	۸،۹۹۱،۸۵۰	پروتز -ترمیمی	تایید سیستمیک	
۹	ریلین هر فک	۳،۲۵۲،۲۰۰	۳،۷۴۳،۲۵۰	پروتز	تایید سیستمیک	۱- برای هر فک یکبار در تعهد است ۲- صرفاً جهت نیم دست
۱۰	ریبیس هر فک	۴،۷۰۹،۲۵۰	۵،۷۷۹،۹۰۰	پروتز	تایید سیستمیک	دست دندان قابل پرداخت می‌باشد ۳- انجام خدمت ریلین تا یکسال بعد از ساخت دست دندان و یا نیم دست دندان برای سازمان و بیمه شده رایگان می‌باشد
۱۱	پست ریختگی	۲،۳۷۴،۷۵۰	۲،۹۷۸،۵۰۰	پروتز		گرافی بعد از پست گذاری (قبل از گذاشتن کراون) باشد درمان پست ریختگی برای کارکنان وظیفه در تعهد سازمان نمی‌باشد
۱۲	فایبر پست و ترمیم	۲،۲۴۵،۹۵۰	۲،۹۷۸،۵۰۰	پروتز -ترمیمی		۱- هزینه ترمیم بعد از فایبر پست دندان در تعرفه آن لحاظ گردیده است. ۲- تعهد سازمان برای بازسازی دندان با یک و یا هر چند تا فایبر پست، تعرفه مذکور می‌باشد.
۱۳	نایت گارد نرم	۲،۷۸۵،۳۰۰	۳،۴۲۹،۳۰۰	پروتز	تایید سیستمیک	۱- فقط یکبار در طول عمر ۲- تاکید می‌گردد تعهد سازمان فقط یکی از نایت گاردهای نرم یا سخت می‌باشد.
۱۴	نایت گارد سخت	۳،۱۰۷،۳۰۰	۳،۷۵۱،۳۰۰	پروتز	تایید سیستمیک	

ردیف	جراحی دهان و دندان	جمع کل	جمع کل	متخصص مشمول تعرفه تخصص	نزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	ضوابط
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی				
۱	کشیدن دندان قدامی (۱ و ۲)	۵۶۳،۵۰۰	۷۶۴،۷۵۰	جراح فک و صورت			
۲	کشیدن دندان کانین دائمی (۳)	۶۰۳،۷۵۰	۸۲۱،۱۰۰	جراح فک و صورت			
۳	کشیدن دندان خلفی (۴ به بعد)	۶۰۳،۷۵۰	۸۲۱،۱۰۰	جراح فک و صورت			
۴	کشیدن دندان عقل (۸)	۶۴۴،۰۰۰	۸۸۵،۵۰۰	جراح فک و صورت			
۵	جراحی دندان نهفته در نسج نرم دائمی (جراحی اول)	۹۰۹،۶۵۰	۱،۲۳۱،۶۵۰	جراح فک و صورت و جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	گرافی قبل عمل	۱- در جراحی نسج نرم ، خارج کردن دندان یا ریشه مستلزم فقط کنار زدن لثه (نسج نرم) و همچنین بخیه زدن موضع می باشد اما در جراحی نسج سخت ، علاوه بر آن استخوان نیز باید برداشته شود ۲- در هر نسخه صرفاً سه عدد جراحی دندان به شرط انجام در یک سمت دهان قابل پرداخت می باشد ۳- تعرفه جراحی دندانهای مجاور (جراحی دوم و سوم) ۸۰٪ تعرفه جراحی دندان اول می باشد ۴- جراحی دندان های یک دو طرف در یک نسخه با رعایت سایر ضوابط سازمانی قابل پرداخت می باشد. ۵- مراکز که رادیوگرافی پانورکس بیماران را بارگزاری و یا از طریق فایل به سازمان ارسال می نمایند نیاز مند ارسال گرافی قبل از عمل به سازمان نمی باشند
۶	جراحی دندان نهفته در نسج نرم دائمی (جراحی دوم)	۷۸۰،۸۵۰	۱،۰۳۸،۴۵۰	جراح فک و صورت و جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	گرافی قبل عمل	
۷	جراحی دندان نهفته در نسج سخت دائمی (جراحی اول)	۲،۶۴۸،۴۵۰	۳،۶۵۴،۷۰۰	جراح فک و صورت و جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	گرافی قبل عمل	
۸	جراحی دندان نهفته در نسج سخت دائمی (جراحی دوم)	۲،۲۴۵،۹۵۰	۳،۰۵۰،۹۵۰	جراح فک و صورت و جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	گرافی قبل عمل	
۹	جراحی تومورهای کوچک داخل استخوانی	۰	۴،۴۴۳،۶۰۰	جراح فک و صورت	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	گرافی قبل عمل	فقط توسط جراح فک و صورت مورد تعهد است جراحی تومورهای کوچک داخل استخوان جراحی مستقل بوده و همراه با جراحی دندان و یا جراحی رزکسیون با و یا بدون رتروگرید قابل پرداخت نمی باشد
۱۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۰	۳،۵۳۳،۹۵۰	جراح فک و صورت	تایید غیر سیستمیک		فقط توسط جراح فک و صورت مورد تعهد است .
۱۱	برداشتن تومورهای نسج نرم	۰	۲،۱۱۷،۱۵۰	جراح فک و صورت	تایید غیر سیستمیک		فقط توسط جراح فک و صورت و متخصص بیماریهای دهان مورد تعهد است. جراحی برداشتن تومورهای نسج نرم جراحی مستقل بوده و همراه با جراحی دندان و یا جراحی رزکسیون با و یا بدون رتروگرید قابل پرداخت نمی باشد

۱۲	بستن آرچ بار	۵,۶۹۹,۴۰۰	۷,۷۵۲,۱۵۰	جراح فک و صورت	OPG قبل عمل	
۱۳	باز کردن آبنه دهان	۵۰۷,۱۵۰	۶۲۷,۹۰۰	جراح فک و صورت		
۱۴	جا انداختن در رفتگی مفصل	۵۰۷,۱۵۰	۷۰۸,۴۰۰	جراح فک و صورت		
۱۵	فرنکتومی	۱,۳۳۶,۳۰۰	۱,۷۳۸,۸۰۰	جراح فک و صورت و جراح لثه	تایید غیر سیستمیک	
۱۶	آلوئولوپلاستی نیم فک	۲,۱۳۳,۲۵۰	۲,۸۸۱,۹۰۰	جراح فک و صورت	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	
۱۷	درمان درای ساکت	۳۲۲,۰۰۰	۳۲۲,۰۰۰	-----		
ردیف	پریو	جمع کل	جمع کل	متخصص مشمول تعرفه	لزوم تایید قبل از عمل	مدارک پرداخت هزینه
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	تخصص	(مدارک مورد نیاز)	(علاوه بر نسخه)
۱	جرمگیری یک فک	۶۳۵,۹۵۰	۶۳۵,۹۵۰			
۲	جرمگیری دو فک	۱,۲۷۱,۹۰۰	۱,۲۷۱,۹۰۰			۱- برای هر بیمار در هر مرکز فقط یکبار در سال (با توجه به ثبت در پرونده مرکز) جرمگیری و برساز در تعهد می باشد ۲- جرمگیری برای بیمه شدگان زیر ۶ سال جزء تعهدات سازمان نمی باشد. ۳- در صورت انجام توسط بهداشتکار دهان ۵۰ درصد تعرفه تعلق می گیرد
۳	بروساز هر فک	۲۷۳,۷۰۰	۲۷۳,۷۰۰			
۴	آموزش بهداشت بیماران	۱۶۱,۰۰۰	۱۶۱,۰۰۰			۱- برای هر بیمار در هر مرکز فقط یکبار در تعهد سازمان می باشد. ۲- آموزش توسط بهداشتکار ویا دندانپزشک با استفاده از ماکت آموزشی و... صورت پذیرد. ۳- بیمار در ظهر نسخه بایستی قید کند که آموزش بهداشت دهان و دندان با استفاده از ماکت آموزشی و... به اینجانب داده شده و امضا نماید. ۴- تعرفه برای بهداشتکار و دندانپزشک یکسان می باشد و تا سن ۱۴ سالگی در تعهد سازمان می باشد
۵	فلپ نیم فک	۲,۸۴۱,۶۵۰	۳,۹۶۸,۶۵۰	جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - با گرافی پانورکس یا پری اپیکال	

۶	ژنژیوکتومی نیم فک	۱.۹۸۰.۳۰۰	۲.۷۸۵.۳۰۰	جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - با گرافی پانورکس یا پری اپیکال		
۷	پیوند لثه	۰	۴.۲۱۰.۱۵۰	جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - با گرافی پانورکس یا پری اپیکال	فقط در صورت انجام توسط متخصص جراح لثه در تعهد می باشد . و برای تا چهار دندان مجاور هم هزینه یک پیوند لثه و برای بیش از چهار دندان مجاور حداکثر دو پیوند لثه قابل پرداخت است .	
۸	افزایش طول تاج با فلپ (جراحی اول)	۲.۰۷۶.۹۰۰	۲.۸۱۷.۵۰۰	جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - با گرافی پانورکس یا پری اپیکال	گرافی قبل از عمل	در موارد ژنژیوکتومی ، پیوند لثه و افزایش طول تاج هزینه جداگانه ای برای فلپ قابل پرداخت نمی باشد. منظور از جراحی CL ، کنار زدن فلپ با ضخامت کامل، برداشت استخوان و تغییر نسبت تاج به ریشه دندان می باشد. سقف تعدادی برای خدمت CL در یک نسخه ۳ عدد می باشد.
۹	افزایش طول تاج با فلپ (جراحی دوم به بعد)	۱.۷۷۹.۰۵۰	۲.۳۷۴.۷۵۰	جراح لثه	تایید غیر سیستمیک - با گرافی پانورکس یا پری اپیکال	گرافی قبل از عمل	
ردیف	ارتودنسی	جمع کل	جمع کل	مشمول تعرفه تخصصی	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	ضوابط
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی				
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هرفک	۶.۸۶۶.۶۵۰	۹.۶۴۳.۹۰۰	ارتو دنسی-اطفال		مدارک پرداخت ارتودنسی ثابت و متحرک در روز پرداخت :پانورکس ، سفالومتری، فتوگرافی و کست گچی (پس از رویت و تایید کمیسیون فنی به بیمار عودت گردد)	۱- برای هر فک یکبار و صرفا در روز پرداخت و به بیمه شده قابل پرداخت می باشد. ۲- ارتودنسی ثابت و متحرک تا سن ۲۵
۲	ارتودنسی ثابت هر فک	۱۶.۴۲۲.۰۰۰	۲۱.۹۷۶.۵۰۰	ارتو دنسی			۳- ارتودنسی متحرک بعد از ارتودنسی ثابت در تعهد سازمان نمی باشد
۳	دستگاه عادت شکن	۳.۵۰۱.۷۵۰	۴.۵۰۸.۰۰۰	ارتو دنسی-اطفال	تایید سیستمیک		فقط یکبار

ردیف	بیهوشی دندانپزشکی		جمع کل	جمع کل	توضیحات
	(خدمات بیهوشی + مواد مصرفی بیهوشی)	تعارفه عمومی	تعارفه تخصصی	تعارفه عمومی	
۱	عمومی (general)	۹,۸۵۳,۲۰۰	۹,۸۵۳,۲۰۰	تایید غیر سیستمیک	جمعیت هدف : ۱- کودکان زیر ۶ سال و معلولین ذهنی و جسمی قابل پرداخت در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد با تایید کمیسیون فنی ادارات. ۲- تعارفه خدمات دندانپزشکی که زیر بیهوشی ارائه گردد ۱/۵ برابر تعارفه خدمات دندانپزشکی عادی می باشد. ۳- خدمات دندانپزشکی زیر بیهوشی و خدمت بیهوشی در دو برگ مستقل دفترچه نوشته و به یکدیگر الصاق گردد. ۴- خدمات دندانپزشکی زیر بیهوشی که بیهوشی آنان مورد تایید سازمان نمی باشد با رعایت ضوابط سازمان بدون احتساب ویژگی بیهوشی در تعهد می باشد
۲	سدیشن (IV- Sedation)	۵,۸۲۸,۲۰۰	۵,۸۲۸,۲۰۰	تایید غیر سیستمیک	مدارک ضمیمه نسخ بیهوشی: چارت بیهوشی، مواد مصرفی استفاده شده (ممهور به مهر دندانپزشک معالج و متخصص بیهوشی)
ردیف	دندانپزشکی کودکان		جمع کل	جمع کل	توضیحات
	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	تعارفه تخصصی	تعارفه عمومی	
۱			۱,۱۱۸,۹۵۰	۹۴۹,۹۰۰	اطفال
۲			۱,۵۴۵,۶۰۰	۱,۳۰۴,۱۰۰	اطفال
۳			۱,۷۳۸,۸۰۰	۱,۴۵۷,۰۵۰	اطفال
۴			۱,۹۴۰,۰۵۰	۱,۶۴۲,۲۰۰	اطفال
۵			۱,۲۴۷,۷۵۰	۱,۰۵۴,۵۵۰	اطفال
۶			۱,۶۷۴,۴۰۰	۱,۴۰۸,۷۵۰	اطفال
۷			۱,۹۸۰,۳۰۰	۱,۶۹۰,۵۰۰	اطفال
۸			۲,۲۷۰,۱۰۰	۱,۹۴۰,۰۵۰	اطفال

تعارفہ خصوصی مراکز دندانپزشکی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹

پیوست شماره ۳۳

۹	برساز و فلوراید تراپی حرفه	۴۰۲،۵۰۰	۴۰۲،۵۰۰	—	۱- در صورت انجام توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی (دارای مدرک دانشگاهی معتبر) با تعرفه ابلاغی در تعهد سازمان می باشد. ۲- فلوراید تراپی و فیشورسیلنت کودکان زیر ۱۴ سال در تعهد سازمان می باشد. ۳- برای هر بیمار در هر مرکز هر ۶ ماه یکبار خدمت فلوراید تراپی هر فک قابل پرداخت می باشد. ۴- همچنین مرکز ویا دندانپزشک معالج بعد از ارائه خدمت فیشورسیلنت یک دندان برای بیمه شده مجاز به ارسال فیشورسیلنت و یا ترمیم همان دندان تا یکسال بعد نمی باشد و نسخه ارسالی در این خصوص مشمول کسورات می گردد. ۵- در هر نسخه صرفاً دو عدد فیشورسیلنت قابل پرداخت می باشد. ۶- فیشورسیلنت فقط دندانهای ۶ و ۷ در تعهد سازمان می باشد. ۷- انجام فلوراید تراپی مستلزم برساز دندانها بوده و تعرفه برساز در آن لحاظ گردیده است
۱۰	فیشورسیلنت هر دندان	۷۲۴،۵۰۰	۷۲۴،۵۰۰	—	
۱۱	پالپوتومی دندانهای شیری	۷۵۶،۷۰۰	۱،۰۷۸،۷۰۰	اطفال	
۱۲	پالپکتومی (دندانهای شیری قدامی)	۱،۱۵۹،۲۰۰	۱،۵۶۱،۷۰۰	اطفال و اندو	۱- در صورت انجام پالپکتومی هزینه ای بابت پالپوتومی تعلق نمی گیرد. ۲- انجام پالپکتومی توسط دندانپزشکان عمومی با هماهنگی ادارات استانی امکان پذیر است .
۱۳	پالپکتومی (دندانهای شیری خلفی)	۲،۲۷۸،۱۵۰	۳،۰۸۳،۱۵۰	اطفال و اندو	گرافی قبل وبعد از عمل
۱۴	روکش S.S.C	۱،۶۵۸،۳۰۰	۲،۰۶۰،۸۰۰	اطفال	۱- هزینه ترمیم دندان زیر SSC قابل پرداخت نمی باشد. ۲- صرفاً دندانهای شیری D,E و زیر ۱۲ سال در تعهد سازمان می باشد
۱۵	کشیدن دندان قدامی (A,B,C)	۵۶۳،۵۰۰	۵۶۳،۵۰۰	—	
۱۶	کشیدن دندان خلفی (D,E)	۶۰۳،۷۵۰	۶۰۳،۷۵۰	—	
۱۷	اسپیس مینتر ثابت یکطرفه	۴،۲۶۶،۵۰۰	۵،۶۷۵،۲۵۰	اطفال و ارتودنسی	تایید سیستمیک
۱۸	اسپیس مینتر ثابت دوطرفه	۴،۸۷۰،۲۵۰	۶،۴۸۰،۲۵۰	اطفال و ارتودنسی	تایید سیستمیک
۱۹	اسپیس مینتر متحرک	۳،۲۵۲،۲۰۰	۴،۲۵۸،۴۵۰	اطفال	تایید سیستمیک

ردیف	ویزیت	جمع کل	سهم سازمان	فرانشیز	سقف پرداختی بیمه شده	ضوابط
دندانپزشکی عمومی	۱	۱۴۹,۰۰۰	۱۰۴,۳۰۰	۴۴,۷۰۰	۴۴,۷۰۰	۱- شامل معاینه کامل دهان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، گرافی و آزمایش می باشد. ۲- ویزیت همراه با خدمت دندانپزشکی در یک روز در صورت یکی بودن تجویزکننده و درمانگر قابل پرداخت نمی باشد ۳-
	۲	۱۴۹,۰۰۰	۱۴۹,۰۰۰	۰	۰	ویزیت یکبار در هر دوره درمان قابل پرداخت است ۴-
	۳	۱۹۷,۰۰۰	۱۳۷,۹۰۰	۵۹,۱۰۰	۵۹,۱۰۰	رویت گرافی و یا جواب آزمایش که توسط همان دندانپزشک در خواست شده باشد مشمول ویزیت جدید نمی گردد ۵-
	۴	۱۹۷,۰۰۰	۱۹۷,۰۰۰	۰	۰	ضریب ارزشیابی شامل تعرفه ویزیت نمی گردد ۶-
	۵	۲۲۸,۰۰۰	۱۵۹,۶۰۰	۶۸,۴۰۰	۶۸,۴۰۰	در مراکز تخصصی حداکثر یک عدد ویزیت متخصص علاوه بر ویزیت بخش تشخیص در یک روز قابل پرداخت می باشد. ۷-
	۶	۲۲۸,۰۰۰	۲۲۸,۰۰۰	۰	۰	فرانشیز بیمه شدگان در مراکز دولتی، غیر دولتی و خصوصی ۳۰٪ تعرفه ابلاغی می باشد و در مراکز دولتی و نظامی برخوردار و کم برخوردار ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد تبصره: فرانشیز جانبازان و عائله تحت تکفل در کلیه مراکز طرف قرارداد صفر می باشد
	۷	۳۲۴,۰۰۰	۲۲۶,۸۰۰	۹۷,۲۰۰	۹۷,۲۰۰	
	۸	۳۲۴,۰۰۰	۳۲۴,۰۰۰	۰	۰	
	۹	۱۹۷,۰۰۰	۱۸۲,۱۰۰	۱۴,۹۰۰	۱۴,۹۰۰	
	۱۰	۱۹۷,۰۰۰	۱۹۷,۰۰۰	۰	۰	
	۱۱	۱۹۷,۰۰۰	۱۸۲,۱۰۰	۱۴,۹۰۰	۱۴,۹۰۰	
	۱۲	۱۹۷,۰۰۰	۱۹۷,۰۰۰	۰	۰	
	۱۳	۱۹۷,۰۰۰	۱۹۷,۰۰۰	۰	۰	
	۱۴	۱۹۷,۰۰۰	۱۸۲,۱۰۰	۱۴,۹۰۰	۱۴,۹۰۰	
دندانپزشکی تخصصی	۱۵	۱۸۶,۰۰۰	۱۳۰,۲۰۰	۵۵,۸۰۰	۵۵,۸۰۰	
	۱۶	۱۸۶,۰۰۰	۱۸۶,۰۰۰	۰	۰	
	۱۷	۳۲۵,۰۰۰	۲۲۷,۵۰۰	۹۷,۵۰۰	۹۷,۵۰۰	
	۱۸	۳۲۵,۰۰۰	۳۲۵,۰۰۰	۰	۰	
	۱۹	۳۸۳,۰۰۰	۲۶۸,۱۰۰	۱۱۴,۹۰۰	۱۱۴,۹۰۰	
	۲۰	۳۸۳,۰۰۰	۳۸۳,۰۰۰	۰	۰	
	۲۱	۴۹۲,۰۰۰	۳۴۴,۴۰۰	۱۴۷,۶۰۰	۱۴۷,۶۰۰	
	۲۲	۴۹۲,۰۰۰	۴۹۲,۰۰۰	۰	۰	
	۲۳	۳۲۵,۰۰۰	۳۰۶,۴۰۰	۱۸,۶۰۰	۱۸,۶۰۰	

دندانپزشکی فوق تخصصی و فلوشیپ	۲۴	مراکز نظامی بر خوردار (بیماران جانباز و عائله)	۳۲۵,۰۰۰	۳۲۵,۰۰۰	۰	۰
	۲۵	مراکز نظامی بر خوردار (بیماران وظیفه و عائله)	۳۰۶,۴۰۰	۳۲۵,۰۰۰	۱۸,۶۰۰	۱۸,۶۰۰
	۲۶	مراکز نظامی کم بر خوردار (بیماران عادی)	۳۰۶,۴۰۰	۳۲۵,۰۰۰	۱۸,۶۰۰	۱۸,۶۰۰
	۲۷	مراکز نظامی کم بر خوردار (بیماران جانباز و عائله)	۳۲۵,۰۰۰	۳۲۵,۰۰۰	۰	۰
	۲۸	مراکز نظامی کم بر خوردار (بیماران وظیفه و عائله)	۳۰۶,۴۰۰	۳۲۵,۰۰۰	۱۸,۶۰۰	۱۸,۶۰۰
	۲۹	مراکز دولتی (بیماران عادی)	۱۵۷,۵۰۰	۲۲۵,۰۰۰	۶۷,۵۰۰	۶۷,۵۰۰
	۳۰	مراکز دولتی (بیماران جانباز و عائله)	۲۲۵,۰۰۰	۲۲۵,۰۰۰	۰	۰
	۳۱	مراکز غیر دولتی دارای (بیماران عادی)	۲۷۵,۸۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۱۱۸,۲۰۰	۱۱۸,۲۰۰
	۳۲	مراکز غیر دولتی (بیماران جانباز و عائله)	۳۹۴,۰۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۰	۰
	۳۳	مراکز خیریه (بیماران عادی)	۳۲۲,۷۰۰	۴۶۱,۰۰۰	۱۳۸,۳۰۰	۱۳۸,۳۰۰
	۳۴	مراکز خیریه (بیماران جانباز و عائله)	۴۶۱,۰۰۰	۴۶۱,۰۰۰	۰	۰
	۳۵	مراکز خصوصی (بیماران عادی)	۴۳۶,۸۰۰	۶۲۴,۰۰۰	۱۸۷,۲۰۰	۱۸۷,۲۰۰
	۳۶	مراکز خصوصی (بیماران جانباز و عائله)	۶۲۴,۰۰۰	۶۲۴,۰۰۰	۰	۰
	۳۷	مراکز نظامی بر خوردار (بیماران عادی)	۳۷۱,۵۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۲۲,۵۰۰	۲۲,۵۰۰
	۳۸	مراکز نظامی بر خوردار (بیماران جانباز و عائله)	۳۹۴,۰۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۰	۰
	۳۹	مراکز نظامی بر خوردار (بیماران وظیفه و عائله)	۳۷۱,۵۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۲۲,۵۰۰	۲۲,۵۰۰
	۴۰	مراکز نظامی کم بر خوردار (بیماران عادی)	۳۷۱,۵۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۲۲,۵۰۰	۲۲,۵۰۰
	۴۱	مراکز نظامی کم بر خوردار (بیماران جانباز و عائله)	۳۹۴,۰۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۰	۰
	۴۲	مراکز نظامی کم بر خوردار (بیماران وظیفه و عائله)	۳۷۱,۵۰۰	۳۹۴,۰۰۰	۲۲,۵۰۰	۲۲,۵۰۰

تعرفه خصوصی مراکز دندانپزشکی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹

پیوست شماره ۳۳

ضوابط	فرانشیز	سهم سازمان	جمع کل	رادیوگرافی دهان و دندان	تجهیز
۱- تعرفه قابل اجرا مراکز کلیه مراکز دولتی مناطق برخوردار و کم برخوردار ستون تعرفه دولتی می باشد ۲- تعرفه قابل اجرا مراکز خصوصی مناطق برخوردار و کم برخوردار ستون تعرفه خصوصی می باشد ۳- تعرفه قابل اجرا مراکز وابسته به ن.م مناطق برخوردار و کم برخوردار در ستون تعرفه نظامی برخوردار و کم برخوردار مشخص شده است ۴- تعرفه قابل اجرا مراکز خیریه مناطق برخوردار و کم برخوردار ستون تعرفه خیریه می باشد ۵- تعرفه قابل اجرا مراکز غیر دولتی مناطق برخوردار و کم برخوردار ستون تعرفه غیر دولتی می باشد ۶- فرانشیز بیمه شدگان در مراکز دولتی، غیر دولتی و خصوصی ۳۰٪ تعرفه ابلاغی می باشد و در مراکز دولتی و نظامی برخوردار و کم برخوردار ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد تبصره: فرانشیز جانبازان و عائله تحت تکفل در کلیه مراکز طرف قرارداد صفر می باشد ۷- تعرفه رادیوگرافی مشمول ضریب ارزشیابی نمی گردد ۹- چهارگرافی تشخیصی برای بیمه شده در هر نسخه مورد قبول است و مازاد مشمول کسورات می گردد ۱۰- در هر مراجعه یک عدد رادیوگرافی پانورامیک در تعهد سازمان می باشد ۱۱- فاصله زمانی این خدمت در هر مرکز طرف قرارداد هر سه ماه یکبار می باشد ۱۲- رادیوگرافی پانورامیک کودکان زیر ۴ سال در تعهد سازمان نمی باشد ۱۳- رادیوگرافی پانورامیک کودکان مبتلا به شکاف کام قبل از ۵ سالگی در تعهد سازمان نمی باشد ۱۴- مراکز مکلفند بعد از انجام خدمت رادیوگرافی پانورامیک، فیلم رادیوگرافی و در صورت امکان علاوه بر فیلم CD تحویل بیمار نمایند و از ارائه پرینتهای کاغذی به بیمار خودداری نمایند بدیهی است عدم ارائه فیلم گرافی منجر به کسورات و جریمه مرکز می گردد ۱۵- مشخصات "نام و نام خانوادگی بیمار، جنسیت، سن بیمار و تاریخ انجام" بایستی بر روی کلیشه رادیوگرافی های پانورامیک و سفالومتری درج گردد.	۱۰۰,۴۳۱	۹۳,۸۸۰	۱۰۴,۳۱۱	مراکز دولتی	پری ایمپل
	مراکز غیردولتی	۴۹,۷۵۵	۱۱۶,۰۹۵	۱۶۵,۸۵۰	
	مراکز نظامی برخوردار	۱۰۰,۴۳۱	۱۵۵,۴۱۹	۱۶۵,۸۵۰	
	مراکز نظامی کم برخوردار	۱۰۰,۴۳۱	۱۵۵,۴۱۹	۱۶۵,۸۵۰	
	مراکز خیریه	۶۰,۳۷۶	۱۴۰,۸۷۶	۲۰۱,۲۵۲	
	مراکز خصوصی	۷۵,۳۶۴	۱۷۵,۸۴۹	۲۵۱,۲۱۳	
مراکز دولتی	۱۷,۳۴۵	۱۵۶,۱۰۳	۱۷۳,۴۴۸	اکوزال	
	مراکز غیردولتی	۸۲,۷۲۸	۱۹۳,۰۳۲		۲۷۵,۷۶۰
	مراکز نظامی برخوردار	۱۷,۳۴۵	۲۵۸,۴۱۵		۲۷۵,۷۶۰
	مراکز نظامی کم برخوردار	۱۷,۳۴۵	۲۵۸,۴۱۵		۲۷۵,۷۶۰
	مراکز خیریه	۱۰۰,۸۲۹	۲۳۵,۲۶۷		۳۳۶,۰۹۶
	مراکز خصوصی	۱۲۳,۷۹۰	۲۸۸,۸۴۲		۴۱۲,۶۳۲
مراکز دولتی	۲۶,۲۵۸	۲۳۶,۳۲۳	۲۶۲,۵۸۱	پانورکس	
	مراکز غیردولتی	۱۲۵,۲۴۱	۲۹۲,۲۲۹		۴۱۷,۴۷۰
	مراکز نظامی برخوردار	۲۶,۲۵۸	۳۹۱,۲۱۲		۴۱۷,۴۷۰
	مراکز نظامی کم برخوردار	۲۶,۲۵۸	۳۹۱,۲۱۲		۴۱۷,۴۷۰
	مراکز خیریه	۱۵۲,۶۴۴	۳۵۶,۱۶۸		۵۰۸,۸۱۲
	مراکز خصوصی	۱۸۷,۴۰۴	۴۳۷,۲۷۵		۶۲۴,۶۷۹
مراکز دولتی	۲۶,۲۵۸	۲۳۶,۳۲۳	۲۶۲,۵۸۱	سفالوگرام	
	مراکز غیردولتی	۱۲۵,۲۴۱	۲۹۲,۲۲۹		۴۱۷,۴۷۰
	مراکز نظامی برخوردار	۲۶,۲۵۸	۳۹۱,۲۱۲		۴۱۷,۴۷۰
	مراکز نظامی کم برخوردار	۲۶,۲۵۸	۳۹۱,۲۱۲		۴۱۷,۴۷۰
	مراکز خیریه	۱۵۲,۶۴۴	۳۵۶,۱۶۸		۵۰۸,۸۱۲
	مراکز خصوصی	۱۸۷,۴۰۴	۴۳۷,۲۷۵		۶۲۴,۶۷۹

تعرفه خصوصی مراکز دندانپزشکی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹

پیوست شماره ۳۳

ردیف	ایمپلنت دندان	جمع کل	جمع کل	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	توزم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	ضوابط
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی				
۱	یک واحد ایمپلنت دندان کامل	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰				۱- صرفاً برای جانبازان فک و صورت در تعهد می باشد و شامل سایر بیمه شدگان نمی گردد ۲- تعداد ایمپلنت بر اساس درصد جانبازی فک و دهان می باشد (۱ تا ۵٪) دو عدد - (۶ تا ۱۰٪) شش عدد - (۱۱ تا ۱۵٪) ۱۰ عدد - (بیش از ۱۵٪) دوازده عدد ۳- هزینه خدمات جانبی و مواد مصرفی (مانند سینوس لیفت، پیوند استخوان و...) در تعرفه ایمپلنت لحاظ گردیده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. ۴- منظور از ایمپلنت کامل شامل کلیه هزینه های حق العمل جراحی، پروتز و لابراتوار و مواد مصرفی فیکسچر و اباتمنت می باشد.
۲	پیوند استخوان	.	.			مدارک جانبازی و تاییدیه درصد جانبازی فک و صورت- گواهی انجام ایمپلنت توسط دندانپزشک معالج یا ذکر مبلغ- گرافی قبل و بعد از کار	
۳	پیوند استخوان با ممبران	.	.				
۴	سینوس لیفت به روش بسته	.	.				
۵	سینوس لیفت به روش باز	.	.				
ردیف	حق الزحمه دندانپزشک معتمد	جمع کل	جمع کل	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	توزم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	ضوابط
		تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی				
۱	حق الزحمه تایید نسخ جراحی های دهان، دندان و لثه و	۷۵,۶۰۰	۱۱۳,۴۰۰				
۲	حق الزحمه تایید کلینیکی نسخ پروتزهای دندان	۵۴,۰۰۰	۸۱,۰۰۰				
۳	حق الزحمه ارزشیابی مطبها	۸۱۰,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰				
۴	حق الزحمه ارزشیابی کلینیک ها تا ۱۰ یونیت	۱,۰۸۰,۰۰۰	۱,۰۸۰,۰۰۰				
۵	حق الزحمه ارزشیابی کلینیک های بالای ۱۰ یونیت	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰				
۶	حق الزحمه دندانپزشک مقیم در محل شعبه	۱,۲۶۹,۰۰۰	۱,۶۸۴,۸۰۰				