

تعرفه صورتحساب آزاد هزینه های دندانپزشکی سال ۹۸-۹۷

ضوابط دندانپزشکی:

۱- تعرفه های تخصصی صرفاً به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون " نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی " پرداخت می گردد . به عنوان مثال : در صورت کشیدن دندان توسط " جراح فک و صورت " ، تعرفه تخصصی لحاظ خواهد شد و چنانچه کشیدن دندان توسط " متخصص پروتز " انجام شود ؛ تعرفه معادل عمومی محاسبه خواهد شد .

۲- اخذ هر گونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد ، لابراتوار ، دست دندان خارجی و غیره ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) بر اساس تعرفه های ذیل خواهد بود و پس از تکمیل سقف ریالی تعیین شده برای بیمه شده، مرکز مازاد سقف ریالی را البته بر اساس تعرفه های ذیل از بیمار دریافت خواهد نمود. به عبارتی مبنای پرداختی بیمار برای کل خدمات ارائه شده، تعرفه های قرارداد خواهد بود . شایان ذکر است عدم دریافت فرانشیز (سهم بیمار) نیز تخلف محسوب می گردد .

۳- در خصوص خدمات دارای هزینه لابراتوار ، با توجه به اینکه هزینه های مربوط به لابراتوار در تعرفه گنجانده شده است، نباید هزینه ای جداگانه از بیمار دریافت گردد.

۴- شرکت بیمه گر میتواند در هر صورت و در هر زمان که نیاز باشد، جهت تایید هریک از خدمات درمانی انجام شده توسط مراکز طرف قرارداد و یا غیر طرف قرارداد ، بیمار را مورد معاینه قرار دهد.

۵- منظور از فتوگرافی درج تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات درمانی انجام شده می باشد.

ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	ویزیت و طرح درمان	۲۴۵,۰۰۰	۳۸۴,۰۰۰	کلیه تخصص ها	در صورت یکی بودن معاینه کننده و درمانگر ویزیت منتهی به درمان، قابل پرداخت نمی باشد.	
۲	رادیو گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۱۸۸,۰۰۰	۱۸۸,۰۰۰	----	در صورت تشخیصی بودن گرافی، در پرونده بیمار نگهداری شود.	
۳	رادیو گرافی اکلوژال	۳۱۴,۰۰۰	۳۱۴,۰۰۰			
۴	رادیوگرافی پانورکس	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰			
۵	رادیوگرافی لترال سفالومتری	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰			
ردیف	نوع خدمات (جراحی فک و صورت)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۵۸۰,۰۰۰	۷۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پرویو	هزینه قلب و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد.	گرافی قبل از درمان
۲	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۶۹۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰			
۳	کشیدن هر دندان عقل	۸۶۰,۰۰۰	۱,۱۱۰,۰۰۰			
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱,۵۱۰,۰۰۰	۲,۲۷۰,۰۰۰			

گرافی قبل از درمان	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.	جراح فک و صورت- پریو	۳,۶۸۰,۰۰۰	۲,۴۵۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۵
	همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.		۲,۲۷۰,۰۰۰	۱,۵۱۰,۰۰۰	آلوتولوپلاستی نیم فک	۶
			۳,۹۶۰,۰۰۰	۲,۶۵۰,۰۰۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۷
	ناحیه مورد عمل ذکر شود		۱,۸۹۰,۰۰۰	۱,۲۶۰,۰۰۰	فرنکتومی	۸
گرافی قبل		جراح فک و صورت	۳,۹۶۰,۰۰۰	۲,۶۵۰,۰۰۰	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۹
	با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو همان دندان قابل پرداخت نمی باشد.		۵۷۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	باز کردن آبسه داخل دهان	۱۰
	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت است.		۲۲۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۱
گرافی قبل از درمان	صرفاً برای تسهیل رویش دندان نهفته	جراح فک و صورت- پریو-	۳,۲۱۰,۰۰۰	۲,۱۵۰,۰۰۰	اکسپوز کردن دندان	۱۲
	بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نیست در هر کوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می شود .	جراح فک و صورت- پریو	۳۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	بخیه هر ناحیه	۱۳
گرافی قبل از درمان	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد .		۲,۸۴۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰	آمپوتاسیون ریشه	۱۴
	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است.	جراح فک و صورت- بیماریهای دهان- پریو	۲,۱۷۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت نرم	۱۵
		جراح فک و صورت- پریو	۳,۲۱۰,۰۰۰	۲,۱۵۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت سخت	۱۶

ردیف	نوع خدمات (ترمیم)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱,۲۷۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی		در صورت ترمیم ۵ دندان یا بیشتر ، ارسال پانورکس قبل و گرافی بعد
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۵۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰			
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۶۷۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰			
۴	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰			
۵	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۱,۶۷۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰			
۶	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۱,۸۴۰,۰۰۰	۲,۳۹۰,۰۰۰			
۷	بیلداپ تاج با آمالگام	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	ترمیمی	شامل ترمیم دندان های اندو شده خلفی یا بیش از دو کاسپ ریداکت شده و یا دندانهای اندو شده قدامی (کلاس چهار) میباشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد.	
۸	بیلداپ تاج با کامپوزیت	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۷۰,۰۰۰			
۹	پین داخل عاج هر عدد	۲۸۰,۰۰۰	۳۳۰,۰۰۰	ترمیمی	حداکثر تا دو عدد در هر دندان	
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۳۱۰,۰۰۰	۳۷۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان اندو شده متناسب با تعداد کانال و حداکثر تا ۲ پین	
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۵۶۰,۰۰۰	۷۳۰,۰۰۰	ترمیمی، اطفال، فک و صورت	صرفاً جهت دندان های تروماتیزه ولق - اسپلینت بعد از ارتو قابل پرداخت نمی باشد.	فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان

در صورت تکرار ترمیم کمتر از یکسال دلائل شکست ذکر شود و در صورت انجام دو ترمیم روی یک دندان، به ترمیم با سطوح
بیشتر یک سطح اضافه شود.

ردیف	نوع خدمات (اندو)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	پالپوتومی اورژانس (دندان دائمی)	۶۹۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً زمانی پالپتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.	
۲	درمان ریشه یک کاناله	۱,۶۳۰,۰۰۰	۲,۱۲۰,۰۰۰		ارسال گرافی قبل یا حین کار و بعد از درمان الزامی است هزینه حداکثر دو عدد گرافی همراه با درمان ریشه قابل پرداخت است.	گرافی قبل و بعد از درمان
۳	درمان ریشه دو کاناله	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰			
۴	درمان ریشه سه کاناله	۳,۴۵۰,۰۰۰	۴,۴۸۰,۰۰۰			
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۳,۸۹۰,۰۰۰	۵,۰۵۰,۰۰۰			
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱,۷۸۰,۰۰۰	۲,۳۲۰,۰۰۰			
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲,۶۳۰,۰۰۰	۳,۴۲۰,۰۰۰			
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۳,۸۲۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰			
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۴,۳۳۰,۰۰۰	۵,۶۳۰,۰۰۰			
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱,۹۴۰,۰۰۰	۲,۵۳۰,۰۰۰			
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲,۸۹۰,۰۰۰	۳,۷۴۰,۰۰۰			
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۴,۱۴۰,۰۰۰	۵,۳۷۰,۰۰۰			
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۴,۷۰۰,۰۰۰	۶,۱۱۰,۰۰۰			
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۱,۹۴۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰			
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۲,۸۹۰,۰۰۰	۴,۳۳۰,۰۰۰			
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۴,۱۴۰,۰۰۰	۶,۲۰۰,۰۰۰			
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۴,۷۰۰,۰۰۰	۷,۰۶۰,۰۰۰			
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۰۷۰,۰۰۰	۳,۱۱۰,۰۰۰			
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۳,۱۴۰,۰۰۰	۴,۷۰۰,۰۰۰			
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۴,۲۹۰,۰۰۰	۶,۴۳۰,۰۰۰			
۲۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۵,۱۴۰,۰۰۰	۷,۷۱۰,۰۰۰			
۲۲	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲,۲۱۰,۰۰۰	۳,۳۴۰,۰۰۰			
۲۳	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۳,۴۸۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰			
۲۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۴,۳۸۰,۰۰۰	۶,۵۸۰,۰۰۰			
۲۵	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۵,۲۰۰,۰۰۰	۷,۸۱۰,۰۰۰			

۲۶	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۲,۸۹۰,۰۰۰	۴,۳۳۰,۰۰۰	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	گرافی قبل و بعد درمان	
۲۷	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۳,۶۳۰,۰۰۰	۵,۴۵۰,۰۰۰			
۲۸	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۳,۹۵۰,۰۰۰	۵,۹۲۰,۰۰۰			
۲۹	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲,۶۳۰,۰۰۰	۳,۹۵۰,۰۰۰	متخصص اندو- اطفال		
۳۰	اپکسوژنریس دندان	۱,۴۴۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰		گرافی بعد از عمل	
۳۱	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۱,۳۹۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	متخصص اندو		
ردیف	نوع خدمات (پریو)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	جرمگیری کامل یک فک (بزرگسال)	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰		(صرفاً برای بیماران بالای ۱۲ سال) (یکبار در سال) در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال نیاز به درخواست و تایید جداگانه می باشد. در صورت انجام توسط بهداشتکاران دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ تعرفه دندانپزشک عمومی قابل پرداخت است.	
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۱۹۰,۰۰۰	۱,۱۹۰,۰۰۰			
۳	بروساژ هر فک	۱۴۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰			
۴	فلپ نیم فک	۲,۹۴۰,۰۰۰	۴,۴۱۰,۰۰۰	پریو	همراه با افزایش طول تاج و پیوند لثه قابل پرداخت نمی باشد	پانورکس قبل درمان
۵	فلپ ۶/۱ دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰			
۶	پیوند لثه یک دندان	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰		همراه با فلپ، افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۷	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۱,۸۷۰,۰۰۰	۲,۴۴۰,۰۰۰		صرفاً در دندان کاندید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد.	
۸	دیستال وج	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰		صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک قابل پرداخت بوده و همراه با افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.	
۹	همی سکشن و قطع ریشه	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت- اندو		گرافی قبل

ردیف	نوع خدمات (پروتز)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	دست دندان	۱۸,۰۱۰,۰۰۰	۲۷,۰۲۰,۰۰۰	پروتز	تعهد ۵ سال یکبار	معاینه یا فتوگرافی قبل و معاینه یا فتوگرافی بعد از درمان
۲	نیم دست دندان	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۹۰,۰۰۰			
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۹,۰۵۰,۰۰۰			
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۴,۰۵۰,۰۰۰	۶,۰۶۰,۰۰۰			
۵	به ازا هر دندان اضافه	۴۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۰۰۰			
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۲,۴۲۰,۰۰۰	۳,۶۴۰,۰۰۰			
۷	ریلین هر فک	۱,۸۴۰,۰۰۰	۲,۷۵۰,۰۰۰		در صورتی که پروتز قبل از یک سال نیاز به ریلین یا ری بیس داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد	
۸	ریبیس هر فک	۲,۵۱۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰			
۹	تعمیر پروتز شکسته	۱,۵۳۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰			
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)(دندان پایه)	۴,۶۶۰,۰۰۰	۶,۰۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی		برای ۲ واحد یا بیشتر، ارائه پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان
۱۱	پروتز ثابت (Pontic) (PFM) هر واحد	۳,۸۳۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰			
۱۲	روکش تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۶,۰۱۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰		صرفا در دندان های قدامی.	
۱۴	پست ریختگی	۲,۱۷۰,۰۰۰	۲,۸۲۰,۰۰۰		گرافی بعد از چسباندن پست	
۱۵	فایبر پست + ترمیم	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰			
۱۶	خارج کردن روکش های قدیمی	۳۲۰,۰۰۰	۳۲۰,۰۰۰			
۱۷	چسباندن روکش های قدیمی	۳۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰			
۱۸	خارج کردن بریج قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰			
۱۹	چسباندن بریج قدیمی	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰			
۲۰	خارج کردن هر بین یا پست	۵۷۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	پروتز - اندو		
۲۱	نایت گارد	۲,۹۶۰,۰۰۰	۳,۸۵۰,۰۰۰	پروتز		فتوگرافی بعد از درمان
ردیف	نوع خدمات (اطفال)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۳۷۰,۰۰۰	۴۹۰,۰۰۰	اطفال		
۲	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۵۰۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰			
۳	پالپوتومی دندان شیری	۷۵۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰			
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۵۲۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰		هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت است	
۵	فیشور سیلنت هر دندان	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰		تا سه سال پس از رویش قابل پرداخت است	

۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۱,۷۷۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	دندان شیری یا دائمی برای اطفال زیر ۱۲ سال	معاینه یا فتوگرافی بعد از درمان
۷	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱,۳۷۰,۰۰۰	۱,۷۸۰,۰۰۰			
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۱۵۰,۰۰۰			
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۸۲۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰			
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱,۵۸۰,۰۰۰	۲,۰۴۰,۰۰۰			
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۱,۸۲۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰			
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰			
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	اطفال - ارتو		معاینه یا فتوگرافی بعد از درمان
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوال آرچ)	۴,۱۹۰,۰۰۰	۶,۲۸۰,۰۰۰			
۱۵	SM متحرک	۳,۶۲۰,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰			
۱۶	استیریپ هر دندان	۳۷۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	اطفال		
۱۷	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱,۰۱۰,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰			
۱۸	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰			
۱۹	جرمگیری اطفال(هرفک)	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰		صرفا برای بیماران زیر ۱۲سال (یکبار درسال) درصورت انجام توسط بهداشتکاران دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ تعرفه دندانپزشک عمومی قابل پرداخت است.	
ردیف	نوع خدمات (ارتودنسی)	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوه بر نسخه)
۱	ارتودنسی ثابت هر فک	۲۰,۰۱۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه سفالومتری ، پانورکس ، فتوگرافی قبل از درمان و فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکتها و تحویل پلاک	
۲	ارتودنسی ثابت فکین در بیماران ارتوسرجری	۴۸,۱۲۰,۰۰۰	۷۲,۱۷۰,۰۰۰			
۳	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۸,۳۳۰,۰۰۰	۱۲,۴۹۰,۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	پانورکس قبل و فتوگرافی یا معاینه بعد ازدردمان	
۴	دستگاه عادت شکن	۴,۸۷۰,۰۰۰	۷,۳۰۰,۰۰۰			
۵	پلاک فانکشنال	۱۰,۲۸۰,۰۰۰	۱۵,۴۰۰,۰۰۰			
۶	ریتینر	۲,۳۸۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	ارتودنسی-ترمیمی		

ردیف	نوع خدمات (ایمپلنت)	تعارفہ عمومی	تعارفہ تخصصی	متخصص مشمول حق تخصص	توضیحات	مدارک لازم (علاوہ بر نسخہ)
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمہ جراح)	۴,۵۳۰,۰۰۰	۵,۸۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل حق العمل جراح (جراحی اول و دوم)	گرافی پانورکس قبل و گرافی بعد
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۵,۸۴۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	----	شامل خرید یک واحد فیکسچر (چسباندن label مخصوص ایمپلنت روی پرونده یا سند طبق فاکتور)	
۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل کلیه هزینه ها از جمله متریا ل و دستمزدو....	CBCT قبل از کار
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۵,۸۴۰,۰۰۰	۷,۵۹۰,۰۰۰			
۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲,۵۴۰,۰۰۰	۳,۳۱۰,۰۰۰			
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰			
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۴,۹۳۰,۰۰۰	۶,۴۱۰,۰۰۰			
۸	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هرطرف	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰			
۹	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هرطرف	۹,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۴۶۰,۰۰۰			
۱۰	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۵,۳۰۰,۰۰۰	۷,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار، دستمزد و ...	پانورکس قبل و گرافی بعد از کار
۱۱	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۳,۷۲۰,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰			
۱۲	هزینه یک واحد آنالوگ، ایاتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۴,۷۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	----		

پانورکس قبل و فتوگرافی بعد از درمان	شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لابراتوار، بار، بال، دستمزد و غیره پانورکس انجام شده پس از جراحی کاشت ایمپلنت(حسب تشخیص و دستور دندان پزشک معالج) و فتوگرافی پس از درمان	پروتز	۴۴,۵۴۰,۰۰۰	۲۹,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۳
			۵۰,۹۱۰,۰۰۰	۳۳,۹۴۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۴
			۵۷,۲۷۰,۰۰۰	۳۸,۱۸۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۵
			۵۲,۵۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با باراتچمنت	۱۶
			۶۲,۰۵۰,۰۰۰	۴۱,۳۶۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با باراتچمنت	۱۷
			۷۱,۵۹۰,۰۰۰	۴۷,۷۳۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با باراتچمنت	۱۸