بسمه تعالی

تعرفه های دندانپزشکی تخصصی

در مطب سال 1404

تاریخ اجرا: 1404/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت

خدمات بخش جراحی (متخصصین جراحی لثه و فک و صورت)

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
2– رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.800 و پانورکس (پانورامیک)	
3– کشیدن دندان دائمی	8.785.000	D7140
4– بروساژ دو فک بزرگسال(پروفیلاکسی)	7.127.500	D1110
5– بروساژ هر فک	3.563.750	D1110/1
6–جرم گیری دو فک*	18.447.500	D4346/2
7–جرمگیری هر فک	9.223.750	D4346/1
8– جراحی دندان و یا ریشه باقیمانده در نسج نرم*	23.030.000	D7230
9– جراحی دندان و یا ریشه باقیمانده در نسج سخت*	32.196.000	D7241
10– رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی(3–2–1) *	27.400.500	D3410
11– رزکسیون و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار(5–4) *	30.192.500	D3421
12– رزکسیون و رتروگرید ریشه دندان های مولار(8–7–6) *	32.767.500	D3425
13–آلوئولوپلاستی نیم فک(گرافی قبل)همراه با کشیدن غیر قابل پرداخت است.	24.152.500	D7321
14– فرنکتومی یا فرنوتومی (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)	22.618.000	D7960
15–وستیبولوپلاستی (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل و با ارسال گرافی قبل، قابل پرداخت است.)	53.480.000	D7350
16– فلپ نیم فک*(1/4 دهان)حداقل 4دندان	31.660.500	D4240
17– فلپ 1/6 دهان*1 تا 3 دندان	26.247.000	D4241
18–جراحی افزایش طول تاج(صرفاً در دندان کاندید روکش)(گرافی قبل) *	28.089.000	D4249
19 – اسپلینت جراحی(گرافی پایان کار و گزارش پاتولوژی)	33.259.500	D5988
20 – پیوند آزاد لثه تا سه دندان	54.607.000	D4277
21– پیوند آزاد لثه به ازای هر دندان اضافه درمحل پیوند	23.578.000	D4278
22– اسپلینت موقت(دندانهای لق– خارج تاجی)	28.757.000	D4321

خدمات بخش جراحی (متخصصین جراحی لثه و فک و صورت)

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
23 – جراحی دو نیم سازی دندان (همی سکشن) ❋(گرافی قبل و بعد)	21.404.500	D3920
24– جراحی قطع کامل ریشه (آمپوتاسیون)به ازاء هر ریشه❋(گرافی قبل و بعد)	21.242.000	D3450
25– جراحی کیست و یا تومورهای ادنتوژنیک تا قطر 1.25cm(گرافی قبل)	24.943.000	D7450
26–جراحی کیست و یا تومورهای غیرادنتوژنیک تا قطر 1.25cm(گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)	24.815.500	D7460
27 –جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm(گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)	29.962.500	D7461
28 –پیوند جایگزینی استخوان نیم فک(موارد غیر ایمپلنت) (تأییدیه و گرافی قبل)	27.557.500	D4263
29 –دیستال وج ❋(گرافی قبل)	26.360.000	D4274
30 –ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی(نیم فک) –(برداشتن لثه آزاد)–جهت ترمیم زیر لثه	17.969.500	D4211
31 –درناژ یا باز کردن آبسه داخل یا خارج دهان(شامل تمام مراحل درمان)	15.162.000	D7511
32 –بخیه مستقل تا 5cm(همزمان با جراحی قابل پرداخت نمی باشد)	17.513.000	D7911
33– درای ساکت	10.903.500	D9930
34 – بیوپسی بافت نرم دهان (گزارش پاتولوژی)	16.420.000	D7286
35 – بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان(گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)	19.559.000	D7285
36 – اکسپوز کردن تاج دندان (دسترسی به یک دندان رویش نیافته با جراحی)(گرافی قبل)	22.688.000	D7280
37 – درآوردن ایمپلنت(گرافی قبل و بعد از جراحی)	31.314.500	D6100
38 – جراحی دندان رویش یافته انکلیوز(جوش خورده به استخوان)❋ (گرافی قبل)	19.897.000	D7210
39–برداشت استخوان برای پیوند اتوژن	61.706.500	D7295

توضیحات خدمات بخش جراحی (متخصصین جراحی لثه و فک و صورت)

***توضیح خدمات جرمگیری و بروساژ: 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 .**

*** توضیح ردیف8: قسمتی از تاج با استخوان پوشیده شده و فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. هزینه فلپ و بخیه درمحاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. جهت پرداخت هزینه ،گرافی قبل از درمان الزامی است.**

*** توضیح ردیف9: 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 خدمات رزکسیون و رتروگرید: جهت پرداخت هزینه های رزکسیون و رتروگرید ریشه، ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست. در صورت قطع نمودن انتهای ریشه،تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب ضروریست.**

*** ردیفهای16و17: به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن انجام می شود.**

***توضیح ردیف18: همزمان با فلپ و سایر جراحیها قابل پرداخت نمی باشد،درصورت انجام خدمت افزایش طول تاج با دستگاه الکتروسرجری، 50٪ کد D4249 نیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.**

*** توضیح ردیفهای23و 24: 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 29 : این جراحی صرفاً در دندانی که مزیال یا دیستال آن بدون دندان است انجام می شود و همزمان با سایر جراحیها و کشیدن، قابل پرداخت نمی باشد.**

*** توضیح ردیف38: درآوردن دندان رویش یافته با جراحی که نیازمند کنارزدن فلپ موکوپریوستال برداشتن استخوان و یا سکشن دندان است.**

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

***مهم: پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه(پس از انجام کار) می باشد .**

دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
2– رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری،OPG 3.836.800 و پانورکس (پانورامیک)	
3–ترمیم یک سطحی با آمالگام(گلوبال)	18.957.000	D2140
4– ترمیم دو سطحی با آمالگام(گلوبال)	22.131.000	D2150
5– ترمیم سه سطحی با آمالگام(گلوبال)	27.100.500	D2160
6–ترمیم ترمیم بیلدآپ با آمالگام (گرافی پایان کار) (گلوبال)	30.080.500	D2161
7– ترمیم یک سطحی با کامپوزیت نوری(گلوبال)	21.572.000	D2330 D2391
8– ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری قدامی(گلوبال)	25.996.000	D2331
9– ترمیم دو سطحی با کامپوزیت نوری خلفی(گلوبال)	27.271.000	D2392
10– ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری قدامی(گلوبال)	30.180.500	D2332
11– ترمیم سه سطحی با کامپوزیت نوری خلفی(گلوبال)	32.603.000	D2393
12– ترمیم ترمیم بیلدآپ با کامپوزیت (گرافی پایان کار) قدامی(گلوبال)	32.314.000	D2335
13–ترمیم ترمیم بیلدآپ با کامپوزیت (گرافی پایان کار) خلفی(گلوبال)	44.061.500	D2394
14– فیشور سیلنت دندان دائمی(تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)	10.712.000	D1351
15– پالپوتومی دندان شیری	18.982.000	D3220
16– کشیدن دندان شیری	8.485.000	D7111
17–بروساژ هر فک اطفال ❋	4.156.500	D1120/1
18– بروساژ دو فک اطفال❋(پروفیلاکسی)	8.313.000	D1120
19– فلوراید تراپی هرفک❋	4.086.500	D1206/1
20–فلورایدتراپی دو فک❋(وارنیش فلوراید یا ژل)	8.173.000	D1206
21–فلورایدتراپی و بروساژ دو فک❋	16.486.000	D1206/2
22– S.S.C (گرافی یا فتوگرافی پایان کار) ❋	26.035.000	D2930
23– sm (فضا نگهدار)متحرک یکطرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	29.278.000	D1520

sm–24 (فضا نگهدار)متحرک دوطرفه(گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	35.303.000	D1526 D1527
sm –25 (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلوپ) (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	30.688.000	D1510
sm–26 (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	27.651.000	D1575
sm–27 (فضا نگهدار)ثابت(دو طرفه)فک بالا یا فک پایین (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	39.342.000	D1516 D1517
28– Apexogenesis(گرافی قبل)	20.966.000	D3222
29–پالپکتومی دندان شیری قدامی	13.573.500	D3230
30–پالپکتومی دندان شیری خلفی	16.610.500	D3240
31–اسپلینت موقت(دندانهای لق– خارج تاجی)	28.757.000	D4321
32–نایت گارد سخت	39.337.000	D9944
33– نایت گارد نرم	34.270.500	D9945

توضیحات بخش دندانپزشکی اطفال (متخصص اطفال)

توضیح: منظور از اطفال، فرزندان همکار زیر 12 سال می باشند.

***: هزینه خدمات فلورایدتراپی و بروساژ اطفال ، حداکثر سال دوبار، قابل پرداخت است.**

توجه: هزینه انجام هر گونه خدمت برای اشخاص بزرگسال(12 سال و بالاتر)با تعرفه دندانپزشک عمومی محاسبه خواهد شد.درخصوص مراکز ودندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی اطفال، منوط به تأیید (خانواده)بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار)می باشد.

توضیح مورد 22: شامل ترمیم زیر روکش، نیز می باشد و هزینه ترمیم زیر روکش استیل، جداگانه قابل پرداخت، نمی باشد.

گلوبال: در ردیفهای ترمیمی شماره 3 الی 13 کد D3120 بعنوان کف بندی دایکال، در جمع آن لحاظ گردیده است.

خدمات بخش درمان ریشه (متخصص درمان ریشه)

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
2– رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.800 و پانورکس (پانورامیک)	
3–درمان ریشه دندانهای قدامی(3–2–1) (گرافی حین(یا قبل) و پایان درمان)	70.110.000	D3310
4–درمان ریشه دندانهای پری مولار(5–4) (گرافی حین(یا قبل) و پایان درمان)	74.241.500	D3320
5–درمان ریشه دندانهای مولار(8–7–6) (گرافی حین(یا قبل) و پایان درمان)	81.179.000	D3330
6–درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی(3–2–1)(گرافی قبل و بعد درمان)	74.265.000	D3346
7– درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار(5–4)(گرافی قبل و بعد درمان)	80.274.000	D3347
8– درمان ریشه مجدد دندانهای مولار(8–7–6)(گرافی قبل و بعد درمان)	88.717.500	D3348
9– Apexification ❋(گرافی پایان کار)	23.642.000	D3352
10–Apexogenesis(گرافی قبل)	20.966.000	D3222
11–رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید ریشه دندان قدامی(3–2–1)❋ (گرافی قبل و بعد درمان)	27.400.500	D3410
12–رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار(5–4) ❋ (گرافی قبل و بعد درمان)	30.192.500	D3421
13– رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای مولار(8–7–6)❋ (گرافی قبل و بعد درمان)	32.767.500	D3425
14–پالپوتومی اورژانس(همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک، قابل پرداخت نمی باشد.)	18.982.000	D3221
15–درمان پرفوراسیون ریشه با MTA یا Cem- cement(گرافی پایان کار)	22.168.000	D3333

توضیحات:

* **ردیف9: هزینه خدمت مذکور شامل بازکردن دندان ، آماده سازی فضای کانالها و جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل**

کانال و مراحل لازم برای قراردادن ماده پرکردگی نهائی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز می باشد.

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

توضیحات رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید: جهت پرداخت هزینه های رزکسیون و رتروگرید ریشه، ارسال رادیوگرافیهای قبل و بعد از درمان مورد نیاز است.همچنین در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب الزامیست.

- **در خصوص مراکزو دندانپزشکان طرف قرارداد پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه(بعد از انجام کار) می باشد .**

نکته: اندو دندانی که نیاز به ری اندو زیر یکسال داشته باشند، مشمول کسورات می شود.

خدمات بخش ارتودنسی (متخصص ارتودنسی)

	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
2– رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری، OPG 3.836.800 و پانورکس (پانورامیک)	
3 – ارتودنسی متحرک هر فک	142.910.000	D8060
4 – ارتودنسی ثابت هر فک	283.990.000	D8070
5 – پلاک فانکشنال	شرح هزینه در توضیحات	D8060
6 – هدگیر و Face mask ، chin cap	34.779.500	D8210
7 – ریتینر ارتودنسی هر فک (ثابت–متحرک)	42.084.000	D8680

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 ودندانپزشکان 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 ترمیمی(متخصص ترمیمی)

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
گرافی PA و BW(حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه در یک جلسه)	1.592.800	
گرافی اکلوزال	2.534.400	
گرافی لترال سفالومتری و پانورکس(OPG، پانورامیک)	3.836.800	
1- ترمیم یک سطحی با آمالگام(گلوبال)	18.957.000	D2140
2- ترمیم دو سطحی با آمالگام (گلوبال)	22.131.000	D2150
3- ترمیم سه سطحی با آمالگام(گلوبال)	27.100.500	D2160
4- بازسازی کامل تاج با آمالگام(Build up)(گرافی پایان کار) (گلوبال)	30.080.500	D2161
5- ترمیم نوری یک سطحی (قدامی-خلفی) (گلوبال)	21.572.000	D2330 D2391
6- ترمیم نوری دو سطحی (قدامی) (گلوبال)	25.996.000	D2331
7- ترمیم نوری دو سطحی(خلفی) (گلوبال)	27.271.000	D2392
8- ترمیم نوری سه سطحی(قدامی) (گلوبال)	30.180.500	D2332
9- ترمیم نوری سه سطحی(خلفی) (گلوبال)	32.603.000	D2393
10- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت(Buil up) (قدامی) (گرافی پایان کار) (گلوبال)	32.314.000	D2335
11- بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) (گرافی پایان کار) (گلوبال)	44.061.500	D2394
12-پین داخل کانال یا عاج یا فایبرپست به ازای هر دندان (گرافی پایان کار)	7.619.000	D2951
13-خارج کردن پست یا پین داخل کانال	14.256.000	D2955
14-پست و کور(پست ریختگی)(تأییدیه قبل از شروع درمان) (گرافی پایان کار)	35.272.000	D2952
15-روکش PFM(گرافی پس از درمان)(تأییدیه قبل از شروع درمان) ❋	68.666.000	D2752
16-پونتیک (گرافی پس از درمان) (تأییدیه قبل از شروع درمان) ❋	60.154.000	D6241
17-چسباندن روکش قدیمی(با ذکر شماره دندان)(سالی یکبار) ❋	9.510.500	D2920

18–مریلند بریج(گرافی پس از درمان)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	68.666.000	D2752
19– فیشور سیلنت دندان دائمی(تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)	10.712.000	D1351
20– چسباندن بریج قدیم(بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها)(شماره پایه ها و پونتیکها ذکر شود.)	13.414.000	D6930
21–بریدن و خارج کردن بریج یا روکش	13.730.500	D9120

توضیحات:

***توضیح ترمیمها: درصورت انجام دوترمیم 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 و در صورت تقاضا ی هزینه معادل بیلداپ ،ارائه گرافی بعد از کار الزامی است.**

***توضیح بیلدآپ: هزینه بیلدآپ در ترمیم دندان های اندو شده MOD ، ترمیم دندان های با بیش از دوکاسپ ریداکت شده ، ترمیم دندان قدامی اندو شده کلاس چهار ،ترمیم چهارسطحی یا بیشتر یا شامل زاویه اینسایزال قدامی، قابل پرداخت است.**

***توضیح ردیف 15و16 : خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان(تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ، امتحان پرسلن ، 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.**

***توضیح ردیف 17 : چسباندن دائم روکش تازه تحویل، قابل پرداخت نمی باشد.**

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

مهم* پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه یا پایین برگه تأییدیه(پس از انجام کار) می باشد.

گلوبال: در ردیفهای ترمیمی شماره 1 الی 11 کد D3120 بعنوان کف بندی دایکال، در جمع آن لحاظ گردیده است.

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

خدمات بخش پروتز

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
گرافی PA و BW(حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه در یک جلسه)	1.592.800	
گرافی اکلوزال	2.534.400	
گرافی لترال سفالومتری و پانورکس(OPG، پانورامیک)	3.836.800	
1– روکش PFM (تأییدیه قبل از شروع درمان) *	68.666.000	D2752
2– پونتیک (تأییدیه قبل از شروع درمان)*	60.154.000	D6241
3– پروتز پارسیل فلکسی هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	168.060.500	D5225 D5226
4 –پست و کور(پست ریختگی) (گرافی پایان کار)	35.272.000	D2952
5 –پروتز کامل هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	200.071.000	D5110 D5120
6– پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	185.556.000	D5213 D5214
7 –پروتز پارسیل آکریلی فک بالا (3 تا 5 دندان)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	104.459.000	D5211
8 –پروتز پارسیل آکریلی فک پایین(3 تا 5 دندان)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	102.578.000	D5212
9– هر دندان اضافه به پروتز کامل(تأییدیه قبل از شروع درمان)	27.535.000	D5520
10–هر دندان اضافه به پروتز پارسیل*(تأییدیه قبل از شروع درمان)	28.810.000	D5650
11 –ریلاین پروتز کامل هر فک	42.272.000	D5730 D5731
12– ریلاین پروتز پارسیل هرفک	35.997.000	D5740 D5741
13 –ری بیس پروتزکامل فک بالا(تأییدیه قبل از شروع درمان)	70.050.000	D5710
14 –ری بیس پروتزکامل فک پایین(تأییدیه قبل از شروع درمان)	68.169.000	D5711
15 – تعمیر پروتز کامل هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	31.216.000	D5512 D5511
16– تعمیر پروتز پارسیل هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	22.096.000	D5612 D5611
17– چسباندن روکش قدیمی(با ذکر شماره دندان)(سالی یکبار) *	9.510.500	D2920
18– چسباندن بریج قدیم(بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها)(شماره پایه ها و پونتیکها ذکر شود.)	13.414.000	D6930
19– بریدن و خارج کردن روکش یا بریج	13.730.500	D9120
20 –خارج کردن پست یا پین داخل کانال	14.256.000	D2955
21–فلیپر آکریلی فک بالا(حداکثر تا 2 دندان)–(دنچر فوری پارسیل)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	48.053.000	D5221

22– فلیپر آکریلی فک پایین (حداکثر تا 2 دندان)–(دنچر فوری پارسیل)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	48.945.500	D5222
23–مریلند بریج(گرافی پس از درمان) (تأییدیه قبل از شروع درمان)	68.666.000	D2752
24– پین (داخل کانال یا عاج) یا فایبرپست به ازای هر دندان(گرافی پایان کار)	7.619.000	D2951
25–نایت گارد سخت(تأییدیه قبل از شروع درمان)	39.337.000	D9944
26–نایت گارد نرم(تأییدیه قبل از شروع درمان)	34.270.500	D9945

توضیحات :

***توضیح ردیف1و2 : خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان(تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ، امتحان پرسلن ، 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.**

***توضیح ردیف 10 : در صورت انجام پروتز پارسیل آکریلی بیش از 5 دنـــدان برای بیمار، هزینـــه دندانـــهای اضافه، حداکثر تـــا سقف تعرفه پروتز کامل پرداخت خواهد شد.**

***توضیح ردیف 17 : چسباندن دائم روکش تازه تحویل، قابل پرداخت نمی باشد.**

***درمانهایی که خارج از فهرست تعرفه تخصصی انجام پذیرد بر اساس تعرفه دندانپزشکی عمومی قابل محاسبه می باشد.**

پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه یا پایین برگه تأییدیه (پس از انجام کار) می باشد .