

تعرفه های بخش خصوصی سال ۹۷ استان کرمان (از ابتدای فروردین ۹۷)

فرانشیز (ریال)	ویزیت آزاد (ریال)	نوع مدرک
۱۶۲,۴۰۰	۲۴۵,۰۰۰	ویزیت پزشک و دندانپزشک عمومی و PhD پروانه دار
۱۹۹,۱۵۰	۲۸۱,۷۵۰	پزشکان عمومی با سابقه بیش از ۱۵ سال کار بالینی (۱۵٪+)
۲۸۱,۱۰۰	۳۸۴,۰۰۰	ویزیت پزشک متخصص و دندانپزشک متخصص و MD-phD
۳۵۴,۴۰۰	۴۷۹,۰۰۰	ویزیت پزشک فوق تخصص، فلوشیپ و متخصص روانپزشکی
۳۹۷,۶۰۰	۵۴۶,۰۰۰	ویزیت پزشک فوق تخصص و فلوشیپ روانپزشکی
-	۲۰۶,۰۰۰	ویزیت کارشناس ارشد پروانه دار
-	۱۷۸,۰۰۰	ویزیت کارشناس پروانه دار
تعرفه مصوب (ریال)		ضریب ریالی خدمات
۱۳,۳۰۰		ضریب ریالی خدمات دندانپزشکی
۴۱۲,۰۰۰		ضریب ریالی کای حرفه ای کلیه خدمات و مراقبت های سلامت
۴۲۲,۳۰۰		ضریب ریالی کای فنی کلیه خدمات و مراقبت های سلامت
۲۱۶,۰۰۰		ضریب ریالی کای حرفه ای در خدماتی که با علامت # مشخص شده اند و کدهای ۸ و ۷ کتاب
۲۲۱,۴۰۰		ضریب ریالی کای فنی در خدماتی که با علامت # مشخص شده اند و کدهای ۸ و ۷ کتاب

ریاست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
 ریاست سازمان نظام پزشکی  
 نماینده استاندار  
 نماینده سازمان های بیمه گر باید  
 نماینده بیمه مرکزی بد عنوان نماینده بیمه تکمیلی

۸۷۰۸۸۰  
 ۷۷۷۴۰۰

تعرفه خدمات دندان پزشکی بیمه معلم در سال ۹۸-۹۷

ار ۷- ۹۷

ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تشخیص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۱۹۵,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰	کلید تخصصی 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. در صورت یکی بودن معاینه کننده و درمانگر ویزیت منتهی به درمان، قابل پرداخت نمی باشد.
۲	رادیو گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۱۷۵,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	---	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	۲۹۵,۰۰۰	۲۹۵,۰۰۰	---	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست.
۴	رادیو گرافی پانورکس (صرفا دیجیتال)	۴۵۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	---	
۵	رادیو گرافی لترال سفالومتری	۴۵۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	---	
ردیف	نوع خدمات (جراحی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تشخیص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۵۸۰,۰۰۰	۷۶۰,۰۰۰	---	
۲	کشیدن هر دندان خلفی	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	جراح فک و صورت- بریو	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.
۵	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	شامل فلپ، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. (هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه پرداخت نخواهد شد).
۶	آلوئولوپلاستی نیم فک	۱,۵۱۰,۰۰۰	۲,۲۷۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	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	۲,۶۵۰,۰۰۰	۳,۹۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	گرافی قبل از درمان
۸	عمیق کردن و استیوول نیم فک	۲,۶۵۰,۰۰۰	۳,۹۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک.
۹	فرنکتومی	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	ناحیه مورد عمل ذکر شود.
۱۰	باز کردن آپسه داخل دهان	۴۴۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	با سایر خدمات مانند پالپتومی یا اندو روی دندان قابل پرداخت نیست.
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۲۲۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰	---	
۱۲	اکسپوز کردن دندان	۲,۱۵۰,۰۰۰	۳,۲۱۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو- اطفال	جهت تسریع رویش دندان نیاز به گرافی قبل از عمل دارد و همراه چسباندن براکت پرداخت نمی شود.
۱۳	بخیه هر ناحیه	۲۴۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	---	بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. در هر کوادرن فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می شود.
۱۴	آمپوتاسیون ریشه	۱,۸۹۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۱,۴۵۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو- اطفال	ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۱۵۰,۰۰۰	۳,۲۱۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بریو- اطفال	



ردیف	نوع خدمات (ترمیم)	تعمره عمومی (به ریال)	تعمره تخصصی (به ریال)	نوع تخصیص - نوع تخصیص	توضیحات
۱	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۲۷۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	ترمیمی	در صورت تکرار ترمیم کم تر از یکسال دلائل 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 کاسب ریداکت شده، ترمیم دندان قدامی اندو شده کلاس چهار قابل پرداخت است. معاینه و ردوم بیمار توسط دندانپزشک معتمد حداکثر تا دو عدد در هر دندان
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۵۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	ترمیمی	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۶۷۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۴	بیلداپ تاج با آمالگام	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	ترمیم کامپوزیت نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم کامپوزیت نوری دو سطحی یا کلاس سه	۱,۶۷۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	ترمیم کامپوزیت نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۱,۸۴۰,۰۰۰	۲,۳۹۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	بیلداپ تاج یا کامپوزیت	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۹	بین داخل عاج هر عدد	۲۸۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	ترمیمی	
۱۰	بین داخل کانال هر عدد	۳۱۰,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۵۶۰,۰۰۰	۷۳۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - تک و صورت	
ردیف	نوع خدمات (اندو)	تعمره عمومی (به ریال)	تعمره تخصصی (به ریال)	نوع تخصیص - نوع تخصیص	توضیحات
۱	پالپوتومی اورژانس (دندان دائمی)	۶۹۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۲	درمان ریشه یک کاناله	۱,۶۳۰,۰۰۰	۲,۱۲۰,۰۰۰	متخصص اندو	گرافی در حین کار با گوتا یا فایل و پس از درمان
۳	درمان ریشه دو کاناله	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۴	درمان ریشه سه کاناله	۳,۴۵۰,۰۰۰	۴,۴۸۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۳,۸۹۰,۰۰۰	۵,۰۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱,۷۸۰,۰۰۰	۲,۳۲۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲,۶۳۰,۰۰۰	۳,۴۲۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۳,۸۲۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۴,۲۳۰,۰۰۰	۵,۶۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱,۹۴۰,۰۰۰	۲,۵۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲,۸۹۰,۰۰۰	۳,۷۴۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۴,۱۴۰,۰۰۰	۵,۳۷۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۴,۷۰۰,۰۰۰	۶,۱۱۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۱,۹۴۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۲,۸۹۰,۰۰۰	۴,۳۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۴,۱۴۰,۰۰۰	۶,۲۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۴,۷۰۰,۰۰۰	۷,۰۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۰۷۰,۰۰۰	۳,۱۱۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۳,۱۴۰,۰۰۰	۴,۷۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۴,۲۹۰,۰۰۰	۶,۴۴۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۵,۱۴۰,۰۰۰	۷,۷۱۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۲	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲,۲۱۰,۰۰۰	۳,۳۴۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۳	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۳,۴۸۰,۰۰۰	۵,۲۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۴,۳۸۰,۰۰۰	۶,۵۸۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۵	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۵,۲۰۰,۰۰۰	۷,۸۱۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۲۶	رزکسیون و رترو گرید یک ریشه	۲,۸۹۰,۰۰۰	۴,۳۳۰,۰۰۰	تخصص اندو - تک و صورت - برید	
۲۷	رزکسیون و رترو گرید دو ریشه	۳,۶۳۰,۰۰۰	۵,۴۵۰,۰۰۰	تخصص اندو - تک و صورت - برید	
۲۸	رزکسیون و رترو گرید سه ریشه	۳,۹۵۰,۰۰۰	۵,۹۲۰,۰۰۰	تخصص اندو - تک و صورت - برید	
۲۹	اپسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲,۶۳۰,۰۰۰	۳,۹۵۰,۰۰۰	متخصص اندو - اطفال	شامل بازکردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قرار دادن ماده پرکردگی نهایی ریشه
۳۰	درمان برقراری سیمون یا MTA یا cem-cement	۱,۳۹۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۳۱	ایکسپوز ترمیم دندان	۱,۴۴۰,۰۰۰	۲,۱۷۰,۰۰۰	متخصص اندو - اطفال	



ردیف	نوع خدمات (پروژه)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع بیمه مسئول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	-----	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 و تعرفه متخصص پیروی صرفاً در مطب و نه کلینیک ها ۳۰٪ بیش از عمومی
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۱۹۰,۰۰۰	۱,۱۹۰,۰۰۰	-----	
۳	پروساز هر فک	۱۴۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰	-----	
۴	فلپ نیم فک	۲,۹۴۰,۰۰۰	۴,۴۱۰,۰۰۰	پیروی	همراه با افزایش طول تاج و پیوند لثه قابل پرداخت نمی باشد.
۵	فلپ ۱/۶ دهان	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰	پیروی	
۶	پیوند لثه یک دندان	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	پیروی	همراه با فلپ، افزایش طول تاج، ژئزیوکتومی و غیره قابل پرداخت نمی باشد.
۷	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۱,۸۷۰,۰۰۰	۲,۴۴۰,۰۰۰	پیروی	صرفاً در دندان کاندید پروکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد.
۸	همی سکشن و قطع ریشه	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۱۰,۰۰۰	پیروی - فک و صورت - اندو	گرافی قبل از درمان
۹	دیستال وج	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	پیروی	پریودنتال است انجام میشود. از برشهای ژئزیوال برای برداشتن وج بافتی استفاده میشود. هدف از این پروسه درمانی دسترسی و اصلاح ضایعه استخوانی زیر آن و ایجاد تطابق دقیق لبه های فلپ است. صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.
ردیف	نوع خدمات (پروژه)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع بیمه مسئول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	دست دندان	۱۸,۰۱۰,۰۰۰	۲۷,۰۲۰,۰۰۰	پروتز	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۲	نیم دست دندان	۱۰,۳۹۰,۰۰۰	۱۵,۵۹۰,۰۰۰	پروتز	
۳	پلاک گرم کبالت هر فک	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۹,۰۵۰,۰۰۰	پروتز	
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۴,۰۵۰,۰۰۰	۶,۰۶۰,۰۰۰	پروتز	
۵	به ازای هر دندان اضافه	۴۰۰,۰۰۰	۶۱۰,۰۰۰	پروتز	
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۲,۴۲۰,۰۰۰	۳,۶۴۰,۰۰۰	پروتز	
۷	ریلین هر فک	۱,۸۴۰,۰۰۰	۲,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلین و ریبیس داشته باشد شامل هزینه مجدد نمی شود.
۸	ریبیس هر فک	۲,۵۱۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	پروتز	
۹	تعمیر پروتز شکسته	۱,۵۳۰,۰۰۰	۱,۵۳۰,۰۰۰	-----	
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)	۴,۶۶۰,۰۰۰	۶,۰۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲ واحد و بیشتر تأیید و یا گرافی (OPG) یا PA قبل و بعد از درمان
۱۱	پروتز ثابت (PFM) (دندان جایگزین شونده یا Pontic) هر واحد	۳,۸۳۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۱۲	روکش تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۶,۰۱۰,۰۰۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	صرفاً در دندان های قدامی، ارائه گرافی قبل و بعد از درمان
۱۳	پست ریختگی	۲,۱۷۰,۰۰۰	۲,۸۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	گرافی قبل و بعد از درمان
۱۴	فایبر پست + ترمیم	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه شامل سمان پست و ساخت CORE می باشد.
۱۵	خارج کردن روکش های قدیمی	۳۲۰,۰۰۰	۳۲۰,۰۰۰	-----	
۱۶	چسباندن روکش های قدیمی	۳۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	-----	
۱۷	خارج کردن هر بین یا پست	۵۷۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	-----	
۱۸	خارج کردن بریج قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	-----	
۱۹	چسباندن بریج قدیمی	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	-----	
۲۰	نایت گارد	۲,۹۶۰,۰۰۰	۲,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	با احتساب هزینه لابراتوار



ردیف	نوع خدمات (اطفال)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مسئول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن قدامی (شیری)	۳۷۰,۰۰۰	۴۹۰,۰۰۰	اطفال	
۲	کشیدن خلفی (شیری)	۵۰۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰	اطفال	
۳	پالپوتومی دندان شیری	۷۵۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	اطفال	
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۵۲۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	اطفال	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	اطفال	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.
۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۱,۷۷۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	
۷	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۳۷۰,۰۰۰	۱,۷۸۰,۰۰۰	اطفال	
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۱۵۰,۰۰۰	اطفال	
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۸۲۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۱,۵۸۰,۰۰۰	۲,۰۴۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۱,۸۲۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	اطفال	
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوال آرج)	۴,۱۹۰,۰۰۰	۶,۲۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۵	متحرک Space maintainer	۳,۶۲۰,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰	اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۱۶	استریپ هر دندان	۳۷۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	اطفال	
۱۷	پالپتومی دندان شیری قدامی	۱,۰۱۰,۰۰۰	۱,۳۲۰,۰۰۰	اطفال	
۱۸	پالپتومی دندان شیری خلفی	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	اطفال	

ردیف	نوع خدمات (ارتودنسی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مسئول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۸,۳۳۰,۰۰۰	۱۲,۴۹۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۲	پراکت ثابت هر فک	۲۰,۰۱۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	پس از تأیید دندانپزشک معتمد ارائه گرافی OPG و یا سفالومتری قبل از درمان و فتوگرافی در حین درمان
۳	دستگاه عادت شکن	۴,۸۷۰,۰۰۰	۷,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	
۴	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری	۴۸,۱۲۰,۰۰۰	۷۲,۱۷۰,۰۰۰	ارتودنسی	
۵	ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک)	۲,۳۸۰,۰۰۰	۲,۹۲۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	
۶	پلاک فانکشنال	۱۰,۲۸۰,۰۰۰	۱۵,۴۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد

ردیف	نوع خدمات (ایمپلنت)	تفرقه عمومی (به ریال)	تفرقه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تفرقه تخصصی	توضیحات
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۴,۵۳۰,۰۰۰	۵,۸۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل حق العمل جراح، جراحی اول و دوم. درمان ایمپلنت بیش 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.
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۵,۸۴۰,۰۰۰	۵,۸۴۰,۰۰۰	---	شامل خرید یک واحد فیکسچر و ارائه فاکتور
۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۴,۲۴۰,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	شامل کلیه هزینه ها از جمله متریال و دستمزد. ارسال CBCT قبل از درمان
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۵,۸۴۰,۰۰۰	۷,۵۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲,۵۴۰,۰۰۰	۳,۳۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۴,۹۳۰,۰۰۰	۶,۴۱۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۸	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هر طرف	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۹	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هر طرف	۹,۶۴۰,۰۰۰	۱۴,۴۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۱۰	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۵,۳۰۰,۰۰۰	۷,۹۶۰,۰۰۰	پروتز	شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار و دستمزد ارسال گرافی OPG یا PA قبل و پس از درمان
۱۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اپاتمنت، ایمپرن کوبینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۴,۷۸۰,۰۰۰	۴,۷۸۰,۰۰۰	---	ارسال فاکتور به نام بیمار
۱۲	پروتز جایگزین شونده (پوتیک) هر واحد	۳,۷۲۰,۰۰۰	۴,۸۳۰,۰۰۰	پروتز	تأیید دندانپزشک معتمد قبل از درمان شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لابراتوار، بار، پال، دستمزد و غیره
۱۳	آوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با پال اتچمنت	۲۹,۷۰۰,۰۰۰	۴۴,۵۴۰,۰۰۰	پروتز	
۱۴	آوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با پال اتچمنت	۳۳,۹۴۰,۰۰۰	۵۰,۹۱۰,۰۰۰	پروتز	
۱۵	آوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با پال اتچمنت	۳۸,۱۸۰,۰۰۰	۵۷,۲۷۰,۰۰۰	پروتز	
۱۶	آوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۲,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	
۱۷	آوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۱,۳۶۰,۰۰۰	۶۲,۰۵۰,۰۰۰	پروتز	
۱۸	آوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۷,۷۳۰,۰۰۰	۷۱,۵۹۰,۰۰۰	پروتز	



ردیف	رعایت نکات ذیل الزامی می باشد:
۱	رادیوگرافی در حین کار و یا بعد از درمان RCT بایستی غمیجه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپتومی محاسبه می گردد.
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(سهم 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 معلم، 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 بیمه معلم از بیمار دریافت نماید.