

تعرفه دندانپزشکی مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه سینا سال ۱۳۹۹ (قابل اجرا از تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۰۱)

ردیف	معاینه و تشخیص	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	ویزیت و طرح درمان	۳۲۴,۰۰۰	۴۹۲,۰۰۰		در صورت انجام خدمات ، هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد
۲	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۵۱,۰۰۰	۲۵۱,۰۰۰		در صورت تشخیصی بودن گرافی، در پرونده بیمار نگهداری شود.
۳	گرافی اکلوزال	۴۱۳,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰		
۴	گرافی پانورکس	۶۲۵,۰۰۰	۶۲۵,۰۰۰		
۵	گرافی لترال سفالومتری	۶۲۵,۰۰۰	۶۲۵,۰۰۰		

ردیف	جراحی فک و صورت	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱,۰۷۰,۰۰۰	۱,۳۶۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	
۲	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	
۳	کشیدن هر دندان عقل	۱,۵۸۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲,۷۲۰,۰۰۰	۳,۹۷۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	۱- هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۵	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۴,۳۸۰,۰۰۰	۶,۳۹۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	
۶	آلئولوپلاستی نیم فک	۲,۲۴۰,۰۰۰	۳,۲۳۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	۱- 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- ارسال گرافی قبل از درمان الزامی است
۷	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۳,۷۲۰,۰۰۰	۵,۷۴۰,۰۰۰	جراح فک	صرفاً پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد
۸	فرنگتومی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۲,۷۸۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست
۹	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳,۶۸۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	ارسال گرافی قبل از درمان و گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۸۱۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰		حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد
۱۲	بخیه هر ناحیه	۴۸۰,۰۰۰	۴۸۰,۰۰۰		۱- بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هر کوادرنانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.
۱۳	اکسیوز کردن دندان	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک - پریو - اطفال	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۱۴	آمیوتاسیون ریشه	۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	جراح فک - پریو	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۲,۱۴۰,۰۰۰	۳,۱۴۰,۰۰۰	جراح فک - پریو - بیماریهای دهان	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک - پریو - بیماریهای دهان	

ردیف	ترمیم	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۱۰,۰۰۰	ترمیمی	<p>۱- در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود</p> <p>۲- جهت ترمیم ۵ یا بیش از ۵ دندان ارسال پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد الزامی است.</p> <p>۳- هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده MOD ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشد و شامل دندانهای شیری نمی گردد</p> <p>نکته: انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد</p>
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۱۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۴	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۳۳۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	۲,۶۷۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۹۳۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	بیلدآپ تاج یا آمالگام	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	بیلدآپ تاج با کامپوزیت	۳,۳۲۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۹	پین داخل عاج هر عدد	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	ترمیمی	برای هر دندان حداکثر ۲ عدد پین قابل پرداخت است
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۵۶۰,۰۰۰	۵۶۰,۰۰۰	ترمیمی	
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۸۳۰,۰۰۰	۱,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی - اطفال - جراح فک	<p>۱- صرفاً جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد.</p> <p>۲- ارسال فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.</p>

ردیف	درمان ریشه	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	پالپوتومی اورژانس (دندان دائمی)	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	اندو	انجام پالپوتومی و درمان ریشه یک دندان توسط یک دندانپزشک حتی در فواصل طولانی قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً زمانی پالپوتومی قابل پرداخت است که درمان ریشه توسط متخصص انجام گردد.
۲	درمان ریشه یک کاناله	۲,۸۲۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	اندو	<p>۱- ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.</p> <p>۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.</p>
۳	درمان ریشه دو کاناله	۴,۲۲۰,۰۰۰	۵,۲۶۰,۰۰۰	اندو	
۴	درمان ریشه سه کاناله	۵,۹۲۰,۰۰۰	۷,۳۶۰,۰۰۰	اندو	
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۶,۷۱۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	اندو	
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۹۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	اندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۴,۳۲۰,۰۰۰	۵,۳۶۰,۰۰۰	اندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۷۰۰,۰۰۰	اندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۷,۰۶۰,۰۰۰	۸,۷۷۰,۰۰۰	اندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۲۴۰,۰۰۰	۴,۰۲۰,۰۰۰	اندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۸۷۰,۰۰۰	اندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۶,۷۲۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	اندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۷,۶۶۰,۰۰۰	۹,۵۲۰,۰۰۰	اندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	اندو	
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۴,۹۲۰,۰۰۰	۶,۹۷۰,۰۰۰	اندو	
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۷,۰۴۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	اندو	
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۸,۰۸۰,۰۰۰	۱۱,۳۲۰,۰۰۰	اندو	
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۳,۵۵۰,۰۰۰	۴,۹۸۰,۰۰۰	اندو	
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۵,۳۷۰,۰۰۰	۷,۴۶۰,۰۰۰	اندو	
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۷,۴۵۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	اندو	
۲۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۸,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۷۰,۰۰۰	اندو	
۲۲	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۸۹۰,۰۰۰	۵,۴۴۰,۰۰۰	اندو	
۲۳	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۵,۹۰۰,۰۰۰	۸,۳۶۰,۰۰۰	اندو	
۲۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۸,۰۷۰,۰۰۰	۱۱,۱۷۰,۰۰۰	اندو	
۲۵	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۹,۲۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۵۰,۰۰۰	اندو	
۲۶	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۵,۰۹۰,۰۰۰	۷,۰۹۳,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو	
۲۷	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۶,۶۲۰,۰۰۰	۹,۱۶۰,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو	
۲۸	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	اندو - جراح فک-پریو	
۲۹	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۰	۶,۳۶۰,۰۰۰	اندو - اطفال	
۳۰	اپکسوزنزیس هر دندان	۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	اندو - اطفال	
۳۱	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۲,۵۶۰,۰۰۰	۳,۵۶۰,۰۰۰	اندو	ارائه گرافی بعد از درمان الزامیست

ردیف	پریو	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	جرمگیری کامل یک فک (بزرگسال)	۹۵۳,۰۰۰	۹۵۳,۰۰۰	---	۱- صرفاً برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد می باشد و حداکثر یکبار در سال در صورت نیاز به جرمگیری بیش از یکبار در سال نیاز به ارائه درخواست و تائید جداگانه می باشد. ۲- در صورت انجام توسط بهداشستکاران دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۷۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	---	
۳	جرمگیری و بروساز کامل دو فک (بزرگسال)	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۰۵۰,۰۰۰	---	
۴	بروساز هر فک	۲۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	---	
۵	فلپ نیم فک	۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	پریو	۱- گرافی پانورکس قبل از درمان. ۲- همراه با افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.
۶	فلپ ۱/۶ دهان	۰	۵,۶۵۰,۰۰۰	پریو	همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد. ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست.
۷	پیوند لثه یک دندان	۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	پریو	
۸	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۲,۹۲۰,۰۰۰	۳,۷۲۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.
۹	دیستال وج	۰	۲,۹۱۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد
۱۰	همی سکش و قطع ریشه	۰	۴,۴۲۰,۰۰۰	جراح فک - پریو-اندو	ارائه گرافی قبل از درمان الزامیست

ردیف	پروتز	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	پروتز کامل دوفک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۱- مراکز طرف قرارداد: پانورکس(OPG) قبل از درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامی است.
۲	پروتز کامل یک فک	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- خسارت متفرقه: معاینه بیمار پس از درمان الزامیست.
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۳- هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۶,۶۰۰,۰۰۰	۹,۸۰۰,۰۰۰	پروتز	۴- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه دست دندان تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً " هزینه پروتز کامل یک فک مقابل قابل پرداخت می باشد
۵	به ازای هر دندان اضافه	۶۷۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۴,۰۳۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال در همان مرکز درمانی غیر قابل پرداخت می باشد.
۷	تعمیر پروتز شکسته	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	---	۷- هزینه لابراتوار در تعرفه های مذکور لحاظ گردیده است.
۸	ریلین هر فک	۲,۸۰۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	پروتز	۱- هزینه لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است.
۹	ریبیس هر فک	۳,۸۱۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	۲- در صورتیکه پروتز متحرک قبل از یکسال نیاز به ریبیس و ریلین داشته باشد هزینه بر عهده خود دندانپزشک معالج می باشد.
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)(دندان پایه)	۷,۱۲۰,۰۰۰	۹,۱۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳- هر ۳ سال یکبار در تعهد می باشد.
۱۱	پروتز ثابت (Pontic) (PFM) هر واحد	۵,۸۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- هزینه های لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است.
۱۲	روکش تمام پرسلن و یا زیر کونیوم	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست.
۱۳	روکش ثابت (Pontic) تمام پرسلن و یا زیر کونیوم	۷,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۳- هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.
۱۴	پست ریختگی	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۴- هزینه های لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است.
۱۵	فایبر پست+ترمیم	۴,۲۶۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۱- هزینه های لابراتوار در تعرفه مذکور لحاظ گردیده است.
۱۶	خارج کردن روکش های قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	-	۲- ارائه رادیوگرافی پس از درمان الزامیست.
۱۷	چسباندن روکش های قدیمی	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰	-	۳- هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.
۱۸	خارج کردن بریج قدیمی	۸۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	-	
۱۹	چسباندن بریج قدیمی	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	-	
۲۰	خارج کردن هر پین یا پست	۸۸۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	-	
۲۱	نایت گارد	۵,۳۸۰,۰۰۰	۵,۳۸۰,۰۰۰		

ردیف	اطفال	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۸۱۵,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	
۲	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	
۳	پالپوتومی دندان شیری	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۵۱۰,۰۰۰	اطفال	
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۹۳۰,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	اطفال	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد
۵	فیشور سیلنت هر دندان	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۵۰,۰۰۰	اطفال	تا سه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.
۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۲,۹۶۰,۰۰۰	۳,۷۱۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .
۷	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری و دندان دائمی اطفال زیر ۱۲ سال
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۸۱۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	اطفال	
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳,۱۹۰,۰۰۰	۴,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۶,۰۹۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگویال آرچ)	۶,۳۴۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۵	SM متحرک	۵,۸۳۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۶	استریپ هر دندان	۵۸۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	اطفال- ارتو	
۱۷	پالپتومی دندان شیری قدامی	۱,۶۳۰,۰۰۰	۲,۰۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۸	پالپتومی دندان شیری خلفی	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	اطفال	

ردیف	ارتودنسی	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	ارتودنسی ثابت یک فک	۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت، و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از جسیباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.
۲	ارتودنسی ثابت دوفک در بیماران ارتوسرجری	۰	۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	
۳	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۰	۱۹,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی -اطفال	
۴	پلاک فانکشنال	۰	۲۳,۴۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	
۵	دستگاه عادت شکن	۰	۱۱,۲۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	
۶	ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک)	۴,۱۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیمی	
<p>تبصره با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارتودنسی، بررسی و پرداخت هزینه خدمات ارتودنسی ثابت هر فک و ارتودنسی ثابت دوفک در بیماران ارتوسرجری در صورت درمانی بودن آن حداکثر در طی دو دوره قرارداد متوالی (حداکثر ۵۰ درصد تعرفه در دوره اول قرارداد و ۵۰ درصد باقیمانده در دوره دوم قرارداد) در صورت داشتن پوشش بیمه ای در تاریخ شروع درمان با رعایت تعرفه سال شروع درمان و سایر مفاد قرارداد تا سقف تعهد بیمه شده بلامانع می باشد.</p>					

ردیف	ایمپلنت	تعرفه عمومی	تعرفه تخصصی	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	ضوابط و مدارک لازم
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۰	۸,۴۷۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۰	۹,۸۸۰,۰۰۰		
۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۰	۸,۲۸۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	۱- کلیه هزینه ها مانند متریا ، دستمزد در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه CBCT قبل از درمان الزامی است. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد. ۳- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۰ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. تبصره: تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد.
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۰	۱۱,۴۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۰	۴,۷۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۰	۶,۵۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۰	۸,۱۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۹	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هر طرف	۰	۷,۷۵۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۱۰	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هر طرف	۰	۲۰,۷۹۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت	
۱۱	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۰	۱۲,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	
۱۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۰	۸,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	
۱۳	هزینه یک واحد آنالوگ، ابامنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۰	۷,۸۰۰,۰۰۰	---	
۱۴	آوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۰	۶۶,۸۴۰,۰۰۰	پروتز	۱- کلیه هزینه ها مانند دستمزد ، لابراتوار ، بار ، بال در تعرفه های مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۲- ارائه پانورکس انجام شده بعد از جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و نیز ارائه فوتوگرافی بعد از درمان
۱۵	آوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۰	۷۶,۴۴۰,۰۰۰	پروتز	
۱۶	آوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۰	۸۵,۹۲۰,۰۰۰	پروتز	
۱۷	آوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۰	۷۸,۷۲۰,۰۰۰	پروتز	
۱۸	آوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۰	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۱۹	آوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۰	۱۰۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	
تبصره: انجام کلیه خدمات ردیف ۱ الی ۱۹ هر ۵ سال یکبار در تعهد شرکت بیمه می باشد.					
ضوابط کلی پرداخت هزینه ها					
۱- تعرفه های تخصصی صرفاً "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون " متخصص مشمول حق تخصص " 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 هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار ، دست دندان خارجی و غیره ممنوع بوده و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهیم بیمار) بر اساس تعرفه های توافقی خواهد بود و پس از اتمام سقف ریالی تعیین شده برای هر بیمه شده ، مرکز می بایست کل هزینه را بر اساس تعرفه های توافقی از بیمار دریافت نماید.					
۳- منظور از فوتوگرافی ، تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده (حتی با گوشی تلفن همراه) می باشد .					
۴- با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت های بیمه ، جهت کنترل هزینه های ارتودنسی و ایمپلنت شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعمال انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند .					