

شماره: ۴۸۵۵/۰۱/۸۰۱/۳/۲۲۶

تاریخ: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

پیوست:

طبقه بندی: فاقد طبقه بندی

فوریت: فوری



وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح

سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح



سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

از: اداره کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح استان چهارمحال و بختیاری

به: معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

موضوع: تعرفه و ضوابط خدمات دندانپزشکی سال ۱۴۰۱

* تولید؛ دانش بنیان، اشتغال آفرین *

سلام علیکم

با سلام و صلوات بر حضرت محمد (ص) و خاندان پاکش و با احترام، با توجه به میزان رشد تعرفه خدمات دندانپزشکی ابلاغی هیئت محترم وزیران و مصوبه هیئت مدیره محترم سازمان، تعرفه خدمات دندانپزشکی سه ماهه اول سال ۱۴۰۱، به شرح پیوست ارسال می گردد. در نظر است برای ۹ ماهه دوم سال، بر اساس میزان منابع مالی، بسته دندانپزشکی جدیدی متناسب با بسته و تعرفه خدمات دندانپزشکی وزارت بهداشت و با رویکرد سلامت محوری با هماهنگی ستاد کل ن. م تنظیم و ملاک عمل قرار گیرد.

۱- زمان اجرای تعرفه های جدید از تاریخ ۱۴۰۱/۱/۱ می باشد.

۲- کلیه مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد می بایست تا تاریخ ۱۸/۰۳/۱۴۰۱ صورتحساب فروردین ماه خود را به سازمان ارسال نمایند و تغییر تعرفه فروردین ماه، به صورت سیستمیک توسط سازمان انجام خواهد شد. بدیهی است صورتحسابهای فروردین ماه که بعد از تاریخ مذکور به سازمان ارسال گردد، با تعرفه سال ۱۴۰۰ محاسبه و پرداخت خواهد گردید.

۳- جهت اعمال تعرفه جدید در نسخ اردیبهشت ماه و به بعد تا زمان تغییر تعرفه در سیستم جاوای سازمان، مراکز می بایست عملیات اصلاح و سپس تایید برای تک تک نسخ پذیرش شده را انجام دهند و بعد از آن به سازمان ارسال نمایند. بدیهی است نسخ ارسالی اردیبهشت ماه و به بعد (تا زمان تغییر تعرفه در سیستم جاوای سازمان) که اصلاح و تایید نگردیده باشند، با تعرفه ۱۴۰۰ به مرکز پرداخت خواهد گردید.

تصویر: تغییر تعرفه در سیستم جاوا معمولاً چند روزی زمان بر می باشد که تغییر عدد آن توسط مراکز در هنگام ثبت نسخ مشهود بوده و توسط پیامک نیز به آنان اطلاع رسانی می گردد. لذا بایستی عملیات اصلاح و تایید نسخ گذشته، بعد از تغییر تعرفه در سیستم جاوا صورت پذیرد.

۴- تعرفه خدمات دندانپزشکی جدید مراکز به تفکیک ماهیت به پیوست شماره ۱ ابلاغ می گردد.

۵- تعرفه عمومی و تخصصی دندانپزشکی سازمان در سال ۱۴۰۱ مانند سالهای گذشته بر اساس تعرفه ریالی می باشد.

۶- فرانشیز بیماران در مناطق برخوردار و کم برخوردار ۳۰٪ تعرفه بوده و مرکز مجاز به دریافت مابه التفاوت بابت فرانشیز، لابراتوار و مواد مصرفی از بیمه شدگان نمی باشد.

تصویر ۱- فرانشیز خدمات سلامت محور و پیشگیرانه "فلوراید تراپی و فیشور سیلنت" ۱۰٪ تعرفه خدمت می باشد.

تصویر ۲- فرانشیز خدمات رادیوگرافی دهان و دندان در مراکز دولتی ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

تصویر ۳- فرانشیز جانبازان معزز و عائله تحت تکفل ایشان در کلیه مراکز طرف قرارداد صفر می باشد.

۷- سهم سازمان برای کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل همانند بیمه شدگان عادی در کلیه مراکز طرف قرارداد ۷۰٪ تعرفه ابلاغی مرکز می باشد.

بیرخانه حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی
استان چهارمحال و بختیاری

تاریخ: ۱۴۰۱/۳/۲۹

شماره: ۱۴۰۱/۳/۱۵۸

آدرس اینترنتی: WWW.ESATA.IR



وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح

سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح

- ۸- تاکید می گردد مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد، مجاز به دریافت هیچگونه وجهی بابت رعایت پروتکلهای حفاظت فردی-بهداشتی ابلاغی توسط وزارت بهداشت از بیماران نمی باشند و هزینه آن در تعرفه لحاظ گردیده است.
- ۹- دفترچه ضوابط دندانپزشکی از دفترچه تعرفه جدا گردیده و به پیوست شماره ۲ ارسال می گردد. بدیهی است هرگونه تغییر ضوابط توسط بخشنامه های مستقل و تکمیلی ابلاغ می گردد.
- ۱۰- تعرفه خدمات دندانپزشکی برای کارکنان وظیفه و عائله تحت تکفل در کلیه مراکز طرف قرارداد طبق تعرفه ابلاغی مرکز بر اساس ماهیت و با احتساب درجه ارزشیابی مرکز می باشد.

مدیرکل اداره کل تامین اجتماعی ن.م استان چهارمحال

و بختیاری

کارشناس رتبه ۱۲ شعبه قرارداد

ضوابط خدمات دندانپزشکی

ضوابط دندانپزشکی، به منظور شفاف سازی چگونگی پرداخت یک خدمت دندانپزشکی و تعیین چارچوب، الزامات و الحاقیات آن وضع گردیده است و با رعایت آن می توان تعرفه خدمت را بطور کامل از سازمان بیمه گر دریافت نمود. برخی از ضوابط از بدیهیات دندانپزشکی می باشند که در این مجموعه عنوان نگردیده ولی رعایت آن الزامی است. بطور مثال، ترمیم دندانی که کشیده شده است قابل پرداخت نمی باشد.

خدمات دندانپزشکی ارائه شده توسط دندانپزشکان و مراکز درمانی بایستی دارای تضمین و تعهد (گارانتی) حداقل یکساله برای بیماران باشد. (البته برخی خدمات تعهد بیش از یکسال دارند). بدیهی است هیچگونه هزینه ای بابت تکرار این خدمات از طرف سازمان و بیمه شده پرداخت نمی گردد.

سازمان در آینده نزدیک اقدام به حذف نسخ دندانپزشکی می نماید ولی رعایت ضوابط مذکور در نسخ الکترونیکی سازمان هم الزامی است.

ضوابط عمومی:

۱- تعرفه عمومی و تخصصی دندانپزشکی سازمان بر اساس تعرفه ریالی با جمع تعرفه (خدمت، مواد مصرفی و لابراتوار) ابلاغ گردیده و ملاک عمل می باشد.

۲- تعرفه ابلاغی، سقف تعرفه مراکز درجه ۱ (بالترین ضریب ارزشیابی) هر ماهیت می باشد. و مراکزی که در ارزشیابی درجات پایین تری را اخذ نموده اند، تعرفه آنان بصورت کاهشی عمل می گردد.

تبصره: مراکزی که ضریب ارزشیابی آنان ۱/۳، ۱/۲، ۱/۱ و ۱ می باشد به ترتیب تعرفه آنان ۹۳٪، ۸۶٪، ۷۹٪ و ۷۱٪، تعرفه ابلاغی با توجه به ماهیت مرکز می باشد.

۳- فرانشیز بیماران ۳۰٪ تعرفه بوده و مرکز مجاز به دریافت مابه التفاوت تعرفه، لابراتوار و مواد مصرفی از بیمه شده نمی باشد.

تبصره ۱: فرانشیز جانبازان و عائله تحت تکفل در کلیه مراکز طرف قرارداد صفر می باشد.

تبصره ۲: صرفاً فرانشیز خدمات پیشگیری "فلوراید تراپی و فیشور سیلنت" ۱۰٪ تعرفه می باشد.

تبصره ۳: فرانشیز رادیوگرافیهای دندانپزشکی در مراکز وابسته به ن.م مناطق برخوردار و کم برخوردار ۵٪ تعرفه عمومی غیردولتی می باشد.

تبصره ۴: فرانشیز رادیوگرافیهای دندانپزشکی در مراکز دولتی ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

تبصره ۵: فرانشیز خدمات ویزیت در مراکز وابسته به ن.م مناطق برخوردار و کم برخوردار ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

۴- تعداد اقلام خدمات دندانپزشکی مجاز در یک نسخه ۷ عدد می باشد و خدمات بیشتر مشمول کسورات می گردند.

تبصره: رادیوگرافیهای پری اپیکال و یا بایت وینگ در تعداد مجاز خدمات محاسبه نمی گردد.

۵- تاکید می گردد هر دندانپزشک در یک روز مجاز به جدا کردن یک برگه از دفترچه بیمه شده می باشد.

ضوابط بخش ترمیم دندان:

- ۱- منظور از بزرگسال، افراد بالای ۱۲ سال و منظور از اطفال افراد زیر ۱۲ سال می‌باشند.
- ۲- ترمیم کلاس ۳، ۴ و ۵ به ترتیب معادل دوسطحی، سه سطحی و یک سطحی قابل پرداخت می‌باشد.
- ۳- منظور از ترمیم چهارسطحی، ترمیمی است که روی چهار و یا تعداد بیشتری از سطوح پنجگانه دندانی قرار می‌گیرد.
- ۴- خدمت بستن دیاستم در تعهد سازمان نمی‌باشد و معادل سازی آن تخلف محسوب می‌گردد.
- ۵- برای یک دندان صرفاً هزینه یک ترمیم قابل پرداخت می‌باشد. (توضیح: در صورتیکه برای یک دندان ترمیم با مواد مختلف و یا سطوح مستقل انجام پذیرد تعهد سازمان یک ترمیم با تجميع سطوح و ماده قالب تر می‌باشد مثال برای دندانی یک ترمیم کوچک کلاس ۵ با ماده همرنگ و ترمیم بزرگ دوسطحی با آمالگام صورت پذیرد، تعهد سازمان ترمیم سه سطحی آمالگام می‌باشد).
- ۶- در یک نسخه صرفاً تا سه عدد خدمت ترمیم دندان قابل پرداخت می‌باشد و مازاد مشمول کسورات می‌گردد.
- ۷- مرکز بعد از ارائه خدمت ترمیم یک دندان برای بیمه شده مجاز به ارسال نسخه هر نوع ترمیم همان دندان تا یکسال بعد نمی‌باشد و نسخه ارسالی در این خصوص مشمول کسورات می‌گردد.
- ۸- دندانپزشک بعد از ارائه خدمت ترمیم یک دندان برای بیمه شده مجاز به ارسال نسخه هر نوع ترمیم همان دندان تا یکسال بعد، از هیچ مرکزی نمی‌باشد و نسخه ارسالی در این خصوص مشمول کسورات می‌گردد.
- ۹- ترمیم ۴ سطحی دندان در زیر روکش در تعهد سازمان می‌باشد.
- ۱۰- در صورت ارائه خدمات فایر پست یا پست ریختگی برای یک دندان، تا یکسال بعد، هیچ مرکز و یا دندانپزشکی مجاز به ارسال خدمت ترمیم (آمالگام و کامپوزیت)، فایر پست و پست ریختگی همان دندان نمی‌باشد.
- ۱۱- تعرفه کف بندی دندانها با هر نوع ماده‌ای در تعرفه ترمیم لحاظ گردیده است لذا مرکز مجاز به دریافت هزینه اضافه از سازمان و بیمه شدگان نمی‌باشد.
- ۱۲- تعهد سازمان برای خدمت بین داخل عاج، حداکثر ۳ عدد برای هر دندان می‌باشد.
- ۱۳- تعهد سازمان برای خدمت بین داخل کانال، متناسب با تعداد کانالهای هر دندان و حداکثر ۲ عدد برای هر دندان می‌باشد.
- ۱۴- هزینه پانسمان دندانی که سایر خدمات (پالپوتومی، اندو، ترمیم و...) طی مراحل درمان برای آن دندان و توسط همان دندانپزشک صورت می‌گیرد، قابل پرداخت نمی‌باشد.
- ۱۵- اسپیلنت دندانها در مورد دندانهای لق شده به علت بیماریهای پریو و دندانهای دچار تروما در تعهد سازمان می‌باشد و متعاقب درمان ارتودنسی بعنوان ریتینر در تعهد سازمان نمی‌باشد.
- ۱۶- تعهد سازمان در خصوص انجام خدمات دندانپزشکی دندانها متناسب با سن رویشی آنان می‌باشد. به طور مثال ترمیم دندانهای دائمی زیر ۶ سال در تعهد سازمان نمی‌باشد.

ضوابط بخش معالجه ریشه دندان:

- ۱- هزینه نسخ بدون گرافی قبل و بعد از عمل یا دارای یک گرافی، قابل پرداخت نمی‌باشد. (مراکز در درمان معالجه ریشه دندان می‌توانند بجای گرافی اولیه، گرافی WL ارسال نمایند. ولی در درمان مجدد ریشه دندان صرفاً بایستی گرافی اولیه ارسال نمایند).
- ۲- سازمان فقط هزینه دو گرافی مذکور را پرداخت می‌نماید.
- ۳- معالجه ریشه و پرکردن تاج دندان در یک جلسه قابل پرداخت است.
- ۴- هزینه معالجه ریشه دندان با بیش از یک کانال فقط در صورتی که در گرافی اندازه گیری و یا بعد از عمل تعداد کانالهای درخواستی به طور مجزا رویت شوند پرداخت می‌شود.

- ۵- پالپوتومی به همراه معالجه ریشه همان دندان قابل پرداخت نمی‌باشد.
- ۶- هزینه معالجه ریشه دندانی که پالپوتومی آن حتی با فاصله طولانی توسط همان دندانپزشک انجام پذیرفته باشد، قابل پرداخت نمی‌باشد.
- ۷- مرکز درمانی پس از انجام درمان ریشه دندان تا یکسال مجاز به ارسال خدمت معالجه مجدد ریشه همان دندان نمی‌باشد و نسخ ارسالی در این خصوص مشمول کسورات می‌گردد.
- ۸- دندانپزشک معالج پس از انجام درمان ریشه دندان تا یکسال مجاز به ارسال خدمت معالجه مجدد ریشه همان دندان از هیچ مرکزی نمی‌باشد و نسخ ارسالی در این خصوص مشمول کسورات می‌گردد.
- ۹- منظور از سقف تعداد خدمت اندو در یک نسخه، دندانهای شماره ۱ تا ۵ سه عدد و دندانهای ۶ تا ۸ دو عدد می‌باشد.
- تبصره: اندوی یکی از دندانهای ۱ تا ۵ همراه با یکی از دندانهای ۶ تا ۸ در یک نسخه قابل پرداخت می‌باشد.
- ۱۰- ارائه رادیوگرافی پری پیکال جهت خدمات دندانپزشکی نیازمند رادیوگرافی مانند معالجه ریشه دندان برای خانمهای باردار در مراکز طرف قرارداد با تایید دندانپزشک معتمد و کپی جواب سونوگرافی یا آزمایش، الزامی نمی‌باشد و هزینه قابل پرداخت است.
- ۱۱- انجام جراحی رزکسیون با و یا بدون رتروگرید بر روی دندان دایمی، فقط یکبار در طول عمر امکان پذیر است و انجام مجدد آن از سوی هیچ مرکز و یا دندانپزشک دیگر قابل قبول نمی‌باشد.
- ۱۲- جراحی رزکسیون با و یا بدون رتروگرید همراه با جراحی تومورهای نسج نرم و سخت قابل پرداخت نمی‌باشد.
- ۱۳- ارائه خدمت آپکسوفیکشن یک دندان، یکبار در طول عمر امکان پذیر است و درمان مجدد آپکسوفیکشن و یا درمان ریشه همان دندان مورد قبول نمی‌باشد.
- ۱۴- در صورت انجام خدمت آپکسوزنریس بر روی دندان دایمی، فقط یکبار در طول عمر امکان پذیر است و انجام مجدد آن از هیچ مرکز / دندانپزشک دیگری مورد قبول نمی‌باشد.
- ۱۵- خدمت آپکسوفیکشن فقط توسط متخصصین اندو و اطفال مورد تعهد است.
- ۱۶- انجام پالپوتومی روی دندان دایمی، یکبار در طول عمر امکان پذیر است و انجام مجدد آن از هیچ مرکز و یا دندانپزشک دیگری قابل قبول نمی‌باشد.

پروتزها:

- ۱- تعهد سازمان برای دست دندان و نیم دست دندان برای بیمه شدگان قطعی هر ۵ سال یکبار و برای بیمه شدگان غیر قطعی هر ۱۰ سال یکبار می‌باشد.
- تبصره: خدمات نیم دست دندان فک بالا و فک پایین باهم قابل پرداخت نمی‌باشد و باید خدمت دست دندان کامل درخواست گردد.
- ۲- دست دندان و نیم دست دندان باید با بهترین مواد مصرفی و لابراتوار و بدون دریافت مابه‌التفاوت ساخته و تحویل بیمار گردد.
- تبصره: صرفاً در صورت تمایل بیمار به دندانهای خارجی با رضایت کتبی بیمار در پرونده مابه‌التفاوت دندان خارجی با بهترین دندان داخلی اخذ گردد.
- ۳- تعهد سازمان برای پلاک پارسیل متحرک دو بار در طول عمر برای هر فک با فاصله زمانی ۱۰ سال یکبار می‌باشد.
- تبصره: تعهد سازمان برای پلاکهای پارسیل شخص جانباز هر ۵ سال یکبار بدون سقف تعدادی می‌باشد.
- ۴- تاکید می‌گردد بیمار در هر ۱۰ سال مجاز به استفاده از یک نوع پارسیل متحرک اکریلی و یا کرم کبالت می‌باشد.
- ۵- پلاک های پارسیل بیش از ده دندان معادل نیم دست دندان می‌باشد.
- ۶- فیلپیر (پارسیل اکریلی) تا ۳ دندان در تعهد سازمان نمی‌باشد

- ۷- تعهد سازمان برای پروتز ثابت و مریند بریج جمعاً حداکثر ۷ واحد در طول عمر می باشد.
- تبصره: تعهد سازمان جهت خدمات پروتز ثابت و مریند بریج برای شخص جانباز جمعاً حداکثر ۱۴ واحد در طول عمر می باشد.
- ۸- تعرفه پروتز ثابت دندانهای غیر پایه ۸۰٪ تعرفه پروتز ثابت دندانهای پایه می باشد.
- ۹- پروتز ثابت ایمپلنت (روکش و بریج) معادل پروتز ثابت دندان با رعایت ضوابط صرفاً در روز پرداخت، قابل پرداخت است.
- ۱۰- پروتزهای ثابت دندانانی از ۱۸ سالگی به بالا در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۱- مریند بریج صرفاً برای جایگزینی دندانهای ۱ و ۲ در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۲- مریند بریج هر دندان شامل یک دندان می گردد لذا در هنگام تجویز صرفاً شماره دندان مورد نظر قید گردد.
- ۱۳- تا دو سال پس از ساخت روکش بابت ساخت مجدد و یا چسباندن روکش هیچگونه هزینه‌ای توسط سازمان و یا بیمه شده به مرکز درمانی پرداخت نمی گردد.
- ۱۴- تعهد سازمان در خصوص روکشهای سرامیکی، فول متال و زیرکونیوم معادل روکش PFM می باشد.
- ۱۵- دریافت مابه‌التفاوت هزینه لابراتوار در خصوص روکش های سرامیکی و زیرکونیوم، با اخذ رضایت کتبی از بیمار از سوی مراکز، انجام پذیرد.
- ۱۶- ریلاین و ریپیس برای هر فک یکبار و صرفاً جهت نیم دست دندان و دست دندان قابل پرداخت می باشد.
- ۱۷- انجام خدمت ریلاین تا یکسال بعد از ساخت دست دندان و یا نیم دست دندان برای سازمان و بیمه شده رایگان می باشد.
- ۱۸- درمان پست ریختگی برای کارکنان وظیفه و عائله تحت پوشش در تعهد سازمان نمی باشد.
- ۱۹- خدمت پست ریختگی در زیر ۱۸ سال قابل پرداخت نمی باشد.
- ۲۰- هزینه ترمیم بعد از فایبر پست دندان در تعرفه آن لحاظ گردیده است.
- ۲۱- تعهد سازمان برای بازسازی دندان با یک و یا هر چند تا فایبر پست، تعرفه ابلاغی می باشد.
- ۲۲- خدمت فایبر پست در زیر سن ۱۲ سال قابل پرداخت نمی باشد.
- ۲۳- بعد از ارائه خدمت پست ریختگی و یا فایبر پست یک دندان تا یکسال بعد خدمات پست ریختگی یا فایبر پست و یا ترمیم همان دندان قابل پرداخت نمی باشد.
- ۲۴- نایت گارد سخت و نرم فقط یکبار در طول عمر در تعهد است.
- ۲۵- تاکید می گردد تعهد سازمان فقط یکی از نایت گاردهای نرم یا سخت می باشد.
- ۲۶- خدمت نایت گارد نرم با خدمت نایت گارد سخت در یک نسخه قابل پرداخت نمی باشد.
- ۲۷- خدمات ویژه دندانپزشکی (پروتزهای دندانانی و ارتودنسی) که نیازمند تائید سیستمیک می باشند، برای کارکنان وظیفه و عائله ایشان در تعهد سازمان نمی باشد.
- ۲۸- تعرفه دندانپزشکان تجربی ۵۰٪ تعرفه دندانپزشکان عمومی بوده و خدمات قابل قبول از ایشان شامل پروتزهای متحرک (دست دندان، نیم دست دندان و پارسیلهای آکریلی و کرم کبالت) می باشد.
- تبصره: خدمات ارائه شده توسط دندانپزشکان تجربی صرفاً در روز پرداخت با رعایت ضوابط مربوطه قابل پرداخت می باشد.

اطفال:

- ۱- تعرفه ترمیم دندان های دائمی و شیری اطفال ۲۰٪ بالاتر از تعرفه دندان های بزرگسال می باشد.
- ۲- انجام فلوراید تراپی مستلزم برساژ دندانها بوده و تعرفه برساژ در آن لحاظ گردیده است.
- ۳- برای هر بیمار در هر مرکز، هر ۶ ماه یکبار خدمت «بروساژ و فلوراید تراپی» هر فک قابل پرداخت می باشد.
- ۴- خدمات «بروساژ و فلوراید تراپی» و «فیشرسیلنت» کودکان زیر ۱۴ سال در تعهد سازمان می باشد.

- ۵- فرانشیز بیماران در خدمات دندانپزشکی پیشگیری « بروساژ و فلوراید تراپی » و « فیشورسیلنت » در کلیه مراکز ۱۰٪ تعرفه مرکز می باشد.
- ۶- خدمات « بروساژ و فلوراید تراپی » و « فیشورسیلنت » در صورت انجام توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی (دارای مدرک دانشگاهی معتبر) با تعرفه ابلاغی در تعهد سازمان می باشد.
- ۷- مرکز و یا 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.
- ۸- در هر نسخه فقط دو عدد خدمت « فیشورسیلنت » قابل پرداخت می باشد.
- ۹- فیشورسیلنت فقط دندانهای ۶ و ۷ در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۰- در صورت انجام پالپکتومی دندان شیری هزینه ای بابت پالپتومی همان دندان تعلق نمی گیرد.
- ۱۱- خدمت پالپکتومی برای یک دندان شیری، فقط یکبار در طول عمر برای هر دندان قابل پرداخت می باشد.
- ۱۲- انجام پالپکتومی توسط دندانپزشکان عمومی با هماهنگی ادارات استانی امکان پذیر است.
- ۱۳- خدمت فضا نگهدارنده ثابت یکطرفه یا دو طرفه برای هر فک یک بار در طول عمر، در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۴- خدمت فضا نگهدارنده متحرک برای هر فک، یک بار در طول عمر در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۵- خدمت عادت شکن یک بار در طول عمر در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۶- هزینه ترمیم دندان زیر SSC قابل پرداخت نمی باشد.
- ۱۷- SSC صرفاً دندانهای شیری D,E و زیر ۱۲ سال در تعهد سازمان می باشد.
- ۱۸- خدمت روکش SSC زیر یکسال برای هر دندان، در همان مرکز، قابل پرداخت نمی باشد.

ارتودنسی:

- ۱- ارتودنسی ثابت و متحرک تا سن ۲۵ سالگی در تعهد سازمان می باشد .
- ۲ - ارتودنسی متحرک بعد از ارتودنسی ثابت در تعهد سازمان نمی باشد .
- ۳- ارتودنسی ثابت و متحرک برای هر فک یکبار در طول عمر و صرفاً در روزپرداخت و به بیمه شده قابل پرداخت می باشد .

جراحی دهان و دندان:

- 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- سقف ارائه خدمات جراحی نسج نرم و سخت در یک نسخه سه عدد دندان، به شرط انجام در یک سمت دهان می باشد.
- ۳- جراحی دندان های قدامی دو طرف در یک نسخه با رعایت سایر ضوابط سازمانی قابل پرداخت می باشد.
- ۴- تعرفه جراحی دندانهای مجاور (جراحی دوم و سوم) ۸۰٪ تعرفه جراحی دندان اول می باشد
- ۵- در صورت انجام خدمات کشیدن، جراحی نسج نرم و سخت دندان در یک مرکز فقط خدمات پروتز ثابت دندان غیرپایه، مریند بریج و درمان درای ساکت در تمام طول عمر برای همان دندان قابل پرداخت می باشد.
- ۶- مراکزی که رادیوگرافی پانورکس بیماران را بارگزاری و یا از طریق فایل به سازمان ارسال می نمایند نیازمند ارسال گرافی قبل از عمل به سازمان نمی باشند.
- ۷- جراحی تومورهای کوچک داخل استخوانی فقط توسط جراح فک و صورت مورد تعهد است.

- ۸- جراحی تومورهای کوچک داخل استخوانی و تومورهای نسج نرم نیم فک، جراحی مستقل بوده و همراه با جراحی دندان و یا جراحی رزکسیون با و یا بدون رتروگرید قابل پرداخت نمی باشد.
- ۹- عمیق کردن وستیبول نیم فک فقط توسط جراح فک و صورت مورد تعهد است.
- ۱۰- خدمت عمیق کردن وستیبول نیم فک، فقط یکبار در طول عمر برای هر ناحیه در همان مرکز قابل پرداخت می باشد.
- ۱۱- برداشتن تومورهای نسج نرم فقط توسط جراح فک و صورت و متخصص بیماریهای دهان مورد تعهد است
- ۱۲- خدمت فرنکتومی فقط یکبار در طول عمر برای هر ناحیه قابل پرداخت می باشد.

پیوست:

- ۱- برای هر بیمار در هر مرکز فقط یکبار در سال (با توجه به ثبت در پرونده مرکز) جرمگیری و برساژ در تعهد می باشد.
- ۲- جرمگیری برای بیمه شدگان زیر ۶ سال جزء تعهدات سازمان نمی باشد.
- ۲- در صورت انجام جرمگیری توسط بهداشتکار دهان ۵۰ درصد تعرفه تعلق می گیرد.
- ۳- آموزش بهداشت دهان و دندان برای هر بیمار در هر مرکز فقط یکبار در تعهد سازمان می باشد.
- ۴- آموزش بهداشت دهان و دندان توسط بهداشتکار و یا دندانپزشک با استفاده از ماکت آموزشی و... صورت پذیرد.
- ۵- 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.
- ۶- تعرفه آموزش بهداشت دهان و دندان برای بهداشتکار و دندانپزشک یکسان می باشد و تا سن ۱۴ سالگی در تعهد سازمان می باشد.
- ۷- در هر نسخه فقط یک خدمت پیوند لثه دندان اصلی پرداخت می گردد.
- ۸- جراحی پیوند لثه فقط در صورت انجام توسط متخصص جراح لثه در تعهد می باشد.
- ۹- سقف خدمت پیوند لثه برای یک دندان دوبار در طول عمر به فاصله زمانی ۵ سال می باشد.
- ۱۰- در هر جلسه صرفاً تا سقف چهار دندان جراحی پیوند لثه در تعهد می باشد.
- ۱۱- کلیه جراحیهای لثه در زیر ۱۲ سال قابل پرداخت نمی باشد.
- ۱۲- در موارد ژنژیوکتومی، پیوند لثه و افزایش طول تاج هزینه جداگانه ای برای فلپ قابل پرداخت نمی باشد.
- ۱۳- خدمت فلپ و ژنژیوکتومی نیم فک تا زیر یکسال برای هر نیم فک قابل پرداخت نمی باشد.
- ۱۴- منظور از جراحی CL، (افزایش طول تاج) کنار زدن فلپ با ضخامت کامل، برداشت استخوان و تغییر نسبت تاج به ریشه دندان می باشد.
- ۱۵- سقف تعدادی برای خدمت CL در یک نسخه ۳ عدد می باشد.
- ۱۶- جراحی CL، صرفاً جهت دندانهای اندو شده در تعهد می باشد.
- ۱۷- خدمت افزایش طول تاج برای هر دندان زیر یکسال قابل پرداخت نمی باشد.

بیهوشی:

- ۱- جمعیت هدف بیهوشی دندانپزشکی، کودکان زیر ۶ سال و معلولین ذهنی و جسمی قابل پرداخت در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد با تایید کمیسیون فنی ادارات می باشد.
- ۲- تعرفه خدمات دندانپزشکی که زیر بیهوشی ارائه گردد ۱/۳ برابر تعرفه 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 ویزگی بیهوشی در تعهد می باشد.

ویزیت:

- ۱- ویزیت 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 تجویز کننده و درمانگر قابل پرداخت نمی باشد.
- ۳- ویزیت یکبار در هر دوره درمان قابل پرداخت است.
- ۴- رویت گرافی و یا جواب آزمایش که توسط همان دندانپزشک در خواست شده باشد مشمول ویزیت جدید نمی گردد.
- ۵- ضریب ارزشیابی شامل تعرفه ویزیت نمی گردد.
- ۶- در مراکز تخصصی حداکثر یک عدد ویزیت متخصص علاوه بر ویزیت بخش تشخیص در یک روز قابل پرداخت می باشد.
- ۷- فرانشیز ویزیت بیمه شدگان در مراکز دولتی، غیر دولتی و خصوصی ۳۰٪ تعرفه ابلاغی می باشد و در مراکز نظامی برخوردار و کم برخوردار ۱۰٪ تعرفه دولتی می باشد

رادیوگرافی دهان و دندان:

- ۱- فرانشیز بیمه شدگان در مراکز غیر دولتی و خصوصی ۳۰٪ تعرفه ابلاغی می باشد و در مراکز دولتی ۱۰٪ تعرفه دولتی و در مراکز نظامی برخوردار و کم برخوردار ۵٪ تعرفه عمومی غیردولتی می باشد.
- ۲- تعرفه رادیوگرافی مشمول ضریب ارزشیابی نمی گردد.
- ۳- شش گرافی تشخیصی (پری اپیکال و یا بایت وینگ) برای بیمه شده در هر نسخه مورد قبول است و مازاد مشمول کسورات می گردد.
- ۴- در هر مراجعه یک عدد رادیوگرافی پانورامیک در تعهد سازمان می باشد.
- ۵- فاصله زمانی خدمت رادیوگرافی پانورامیک در هر مرکز طرف قرارداد هر سه ماه یکبار می باشد. عدم رعایت این ضابطه منجر به کسورات می گردد.
- ۶- رادیوگرافی پانورامیک کودکان زیر ۴ سال در تعهد سازمان نمی باشد.
- ۷- رادیوگرافی پانورامیک کودکان مبتلا به شکاف کام قبل از ۵ سالگی در تعهد سازمان نمی باشد.
- ۸- مشخصات "نام و نام خانوادگی بیمار، جنسیت، سن بیمار و تاریخ انجام" بایستی بر روی کلیشه رادیوگرافی های پانورامیک و سفالومتری درج گردد.

ایمپلنت دندانی:

- ۱- سازمان صرفاً برای جانبازان فک و صورت که دارای کد جانبازی فک و صورت از سوی بنیاد شهید باشند کمک هزینه ایمپلنت پرداخت می کند 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 مواد مصرفی و خدمات جانبی (مانند سینوس لیفت، پیوند استخوان و...) در تعرفه ایمپلنت لحاظ گردیده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

پیوست شماره ۲

- ۴- منظور از ایمپلنت کامل شامل کلیه هزینه های حق العمل جراحی، پروتز، لابراتوار، مواد مصرفی، فیکسچر و اباتمنت می باشد.
- ۵- مدارک پرداخت هزینه ایمپلنت شامل: "مدارک جانبازی و تاییدیه درصد جانبازی فک و صورت از سوی بنیاد شهید- گواهی انجام ایمپلنت توسط دندانپزشک معالج با ذکر مبلغ- گرافی قبل و بعد از کار" می باشد.

تعارفہ مراکز دندانپزشکی دولتی (درجہ ۱) - تاریخ اجرا از ۱۴۰۱/۱/۱ - (سہ ماہہ اول)

مدارک پر داخت ہزنہ (علاوہ ہر نسخہ)	لزوم تائید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفہ تخصصی	جمع کل تعرفہ		ترمیمی	ن.ب.ب.
			تخصصی	عمومی		
		ترمیمی	۱,۸۷۲,۸۲۶	۱,۴۵۶,۶۹۵	ترمیم آمالگام یک سطحی (بزرگسال)	۱
		ترمیمی	۲,۳۷۰,۳۳۶	۱,۸۰۱,۸۱۹	ترمیم آمالگام دو سطحی (بزرگسال)	۲
		ترمیمی	۲,۶۴۵,۵۲۶	۲,۰۱۲,۵۳۸	ترمیم آمالگام سہ سطحی (بزرگسال)	۳
		ترمیمی	۳,۰۳۵,۲۹۸	۲,۳۳۷,۸۳۹	ترمیم آمالگام چہار سطحی (بزرگسال)	۴
		ترمیمی	۲,۱۹۳,۸۴۵	۱,۷۳۶,۶۸۷	ترمیم اچ نوری یک سطحی (بزرگسال)	۵
		ترمیمی	۲,۶۸۹,۷۰۴	۲,۰۸۰,۱۶۰	ترمیم اچ نوری دو سطحی (بزرگسال)	۶
		ترمیمی	۳,۱۱۸,۲۲۸	۲,۳۷۹,۷۴۲	ترمیم اچ نوری سہ سطحی (بزرگسال)	۷
		ترمیمی	۳,۴۱۲,۰۲۲	۲,۵۹۷,۳۴۳	ترمیم اچ نوری چہار سطحی (بزرگسال)	۸
		_____	۴۱۴,۴۰۰	۴۱۴,۴۰۰	بین داخل عاج ہر عدد	۹
		_____	۵۷۷,۰۲۳	۵۷۷,۰۲۳	بین داخل کانال ہر عدد	۱۰
		_____	۴۹۲,۸۷۶	۴۹۲,۸۷۶	پانسان	۱۱
		ترمیمی	۸۹۵,۵۸۶	۷۴۳,۲۰۰	اسپلینٹ دندانہای لق شدہ (ہر دندان)	۱۲
مدارک پر داخت ہزنہ (علاوہ ہر نسخہ)	لزوم تائید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفہ تخصصی	جمع کل تعرفہ		معالجہ ریشہ دندان	ن.ب.ب.
			تخصصی	عمومی		
			۹۳۷,۸۱۷	۹۳۷,۸۱۷	پالپوتومی اوژانس دندان دائمی	
			۲,۵۷۱,۴۶۵	۱,۹۸۵,۳۶۵	درمان ریشہ یک کانال	
			۴,۷۰۸,۹۹۵	۳,۵۳۶,۷۹۵	درمان ریشہ دو کانال	
			۶,۸۷۱,۲۹۰	۵,۱۱۲,۹۹۰	درمان ریشہ سہ کانال	
			۹,۰۳۱,۲۰۰	۶,۶۷۶,۸۰۰	درمان ریشہ چہار کانال و بالا	
			۳,۰۳۸,۲۷۹	۲,۳۹۳,۵۶۹	درمان مجدد یک کانال	
			۵,۶۴۷,۷۲۳	۴,۳۵۸,۳۰۳	درمان مجدد دو کانال	
			۸,۰۲۵,۸۰۱	۶,۳۲۴,۶۷۱	درمان مجدد سہ کانال	
			۱۰,۹۰۰,۳۴۰	۸,۳۲۱,۵۰۰	درمان مجدد چہار کانال و بالا	
		اندو و جراح لک و صورت	۲,۹۲۷,۲۴۳	۲,۳۴۱,۱۴۳	درمان مجدد ایکال (یک ریشہ)	
		اندو و جراح لک و صورت	۴,۶۸۵,۵۴۳	۳,۵۱۳,۳۴۳	درمان مجدد ایکال (دو ریشہ)	
		اندو و جراح لک و صورت	۴,۷۲۳,۵۲۸	۴,۰۲۰,۲۰۸	درمان مجدد با رتروگرید (یک ریشہ)	
		اندو و جراح لک و صورت	۸,۴۸۴,۴۸۸	۷,۰۷۷,۸۴۸	درمان مجدد با رتروگرید (دو ریشہ)	
		اندو و اطفال	۳,۴۸۷,۵۱۳	۲,۹۰۱,۴۱۳	ایکسوژنرئیس ہر دندان	۱۴
		اندو و اطفال	۳,۹۴۲,۷۶۶	-	ایکسولیکشن (ایکال پلاک) ہر دندان (تمامی جلسات)	۱۵

ردیف	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	منتهی منقول تعرفه تخصصی	جمع کل تعرفه		پروتز	ردیف
				تخصصی	عمومی		
		تایید سیستمیک	پروتز	۳۲.۳۶۹.۵۴۱	۲۶.۵۰۸.۵۴۱	دست دندان	۱
		تایید سیستمیک	پروتز	۱۹.۵۱۷.۱۱۷	۱۶.۰۰۰.۵۱۷	نیم دست دندان	۲
		تایید سیستمیک	پروتز	۲۲.۴۴۴.۹۷۴	۱۸.۹۳۸.۳۷۴	پلاک کرم کبالت هر فک	۳
		تایید سیستمیک	پروتز	۷.۵۰۴.۹۱۷	۶.۳۳۲.۷۱۷	پارسیل آکریلی ۴ یا ۵ دندان	۴
		تایید سیستمیک	پروتز	۱.۴۶۵.۵۸۸	۱.۴۰۶.۹۷۸	هر دندان اضافه برای پارسیل آکریلی	۵
		تایید سیستمیک	پروتز - ترمیمی	۹.۰۳۷.۴۲۲	۷.۳۶۹.۱۲۲	پروتز ثابت دندان پایه (آبامنت) هر واحد	۶
		تایید سیستمیک	پروتز - ترمیمی	۶.۳۰۱.۱۲۰	۴.۷۹۴.۴۸۰	پروتز ثابت دندان غیر پایه (پونتیگ) هر واحد	۷
		تایید سیستمیک	پروتز	۹.۵۹۵.۶۴۰	۷.۸۳۷.۳۴۰	مربلند پریم	۸
		تایید سیستمیک	پروتز	۵.۱۱۷.۸۶۷	۴.۶۴۸.۹۸۷	ریلین هر فک	۹
		تایید سیستمیک	پروتز	۷.۶۳۲.۱۶۳	۶.۶۹۴.۴۰۳	ریبیس هر فک	۱۰
	گرافی بعد از پست گذاری (قبل از گذاشتن کراون)	تایید سیستمیک	پروتز	۴.۰۰۸.۹۲۰	۳.۴۲۲.۸۲۰	پست ریختگی	۱۱
		تایید سیستمیک	پروتز	۴.۳۹۵.۹۷۶	۳.۷۰۹.۸۷۶	فایبر پست و ترمیم	۱۲
		تایید سیستمیک	پروتز	۴.۹۴۲.۵۸۰	۴.۳۵۶.۴۸۰	نایت نگار نرم	۱۳
		تایید سیستمیک	پروتز	۶.۱۰۵.۷۱۰	۵.۵۱۹.۶۱۰	نایت نگار سخت	۱۴
	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	منتهی منقول تعرفه تخصصی	جمع کل تعرفه		جراحی دهان و دندان	ردیف
				تخصصی	عمومی		
			جراح فک و صورت	۱.۰۹۸.۶۰۷	۸۵۸.۳۰۶	کشیدن دندان قدامی (۱ و ۲ و ۳)	۱
			جراح فک و صورت	۱.۱۶۸.۹۳۹	۹۰۵.۱۹۴	کشیدن دندان خلفی (۴ به بعد)	۲
			جراح فک و صورت	۱.۳۴۴.۷۶۹	۱.۰۲۲.۴۱۴	کشیدن دندان عقل (۸)	۳
	گرافی قبل عمل	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	جراح فک و صورت و جراح لثه	۲.۳۷۴.۲۹۳	۱.۹۶۴.۰۲۳	جراحی دندان نهفته در نسج نرم دائمی (جراحی اول)	۴
	گرافی قبل عمل	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	جراح فک و صورت و جراح لثه	۹۸۴.۶۴۸	۶۵۶.۴۳۲	جراحی دندان نهفته در نسج نرم دائمی (جراحی دوم)	۵
	گرافی قبل عمل	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	جراح فک و صورت و جراح لثه	۵.۰۳۷.۲۰۳	۳.۷۴۷.۷۸۳	جراحی دندان نهفته در نسج سخت دائمی (جراحی اول)	۶
	گرافی قبل عمل	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	جراح فک و صورت و جراح لثه	۳.۰۹۴.۶۰۸	۲.۰۶۳.۰۷۲	جراحی دندان نهفته در نسج سخت دائمی (جراحی دوم)	۷
	گرافی قبل عمل	تایید غیر سیستمیک - باگرافی	جراح فک و صورت	۵.۶۳۴.۶۹۵	-	جراحی تومورهای کوچک داخل استخوانی	۸
		تایید غیر سیستمیک	جراح فک و صورت	۴.۷۴۳.۰۹۰	-	عمیق کردن و ستیبول نیم فک	۹
		تایید غیر سیستمیک	جراح فک و صورت	۲.۹۳۸.۷۶۵	۲.۳۵۲.۶۶۵	برداشتن تومورهای نسج نرم	۱۰
	OPG قبل عمل		جراح فک و صورت	۶.۷۷۱.۷۱۲	۵.۵۹۹.۵۱۲	بستن آرنج بار	۱۱
			جراح فک و صورت	۷۶۰.۴۴۸	۶۴۳.۲۲۸	باز کردن آبسه دهان	۱۲
			جراح فک و صورت	۱.۰۸۹.۰۴۷	۷۹۵.۹۹۷	جا انداختن در رفتگی مفصل	۱۳
		تایید غیر سیستمیک	جراح فک و صورت و جراح لثه	۲.۹۰۱.۷۸۳	۲.۳۱۵.۶۸۳	فرکتومی	۱۴
		تایید غیر سیستمیک - باگرافی	جراح فک و صورت	۳.۸۶۳.۹۴۰	۲.۹۸۴.۷۹۰	آلئوپلاستی نیم فک	۱۵
			—	۴۸۰.۵۶۱	۴۸۰.۵۶۱	درمان درای ساکت	۱۶

ردیف	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	جمع کل تعرفه		پرو	ردیف
				تخصصی	عمومی		
۱	جرمگیری یک فک		—	۹۶۰.۱۰۵	۹۶۰.۱۰۵		۱
۲	جرمگیری دو فک		—	۱.۷۱۰.۳۱۳	۱.۷۱۰.۳۱۳		۲
۳	بروساز هر فک		—	۴۰۰.۰۹۱	۴۰۰.۰۹۱		۳
۴	جرمگیری و برساژ دو فک		—	۲.۰۴۱.۱۷۱	۲.۰۴۱.۱۷۱		۴
۵	آموزش بهداشت بسیاران		—	۱۶۴.۱۰۸	۱۶۴.۱۰۸		۵
۶	فلپ نیم فک	تایید غیر سیستمیک - با	جراح لثه	۴.۷۸۸.۰۳۵	۳.۶۱۵.۸۳۵		۶
۷	ژئوپکتومی نیم فک	جراحی پانورکس یا پوی اپیکال	جراح لثه	۳.۲۵۳.۴۴۳	۲.۵۵۰.۱۳۳		۷
۸	پیوند لثه اولین دندان		جراح لثه	۴.۷۸۸.۰۳۵	-		۸
۹	پیوند لثه دندان همجوار		جراح لثه	۲.۸۱۳.۲۸۰	-		۹
۱۰	افزایش طول تاج با فلپ (جراحی اول)	تایید غیر سیستمیک - با جراحی	جراح لثه	۴.۰۰۷.۹۴۵	۳.۱۲۸.۷۹۵		۱۰
۱۱	افزایش طول تاج با فلپ (جراحی دوم به بعد)	پانورکس یا پوی اپیکال	جراح لثه	۲.۱۰۹.۹۶۰	۱.۴۰۶.۶۴۰		۱۱
ردیف	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	جمع کل تعرفه		ارتودنسی	ردیف
				تخصصی	عمومی		
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک		ارتو دنسی - اطفال	۸.۷۶۴.۸۷۸	۶.۴۲۰.۴۷۸		۱
۲	ارتودنسی ثابت هر فک		ارتو دنسی	۳۸.۱۲۹.۶۹۴	۳۴.۶۱۳.۰۹۴		۲
۳	دستگاه عادت شکن	تایید سیستمیک	ارتو دنسی - اطفال	۷.۲۱۲.۷۴۷	۶.۰۴۰.۵۴۷		۳
ردیف	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	لزوم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	جمع کل تعرفه		بیهوشی دندانپزشکی (خدمت بیهوشی + مواد مصرفی بیهوشی)	ردیف
				تخصصی	عمومی		
۱	مدارک ضمیمه نسخ بیهوشی: چارت بیهوشی، مواد مصرفی استفاده شده (معمول به مهر دندانپزشک معالج و متخصص بیهوشی)	تایید غیر سیستمیک	—	۱۵.۶۰۰.۰۰۰	۱۵.۶۰۰.۰۰۰	(general)	۱
۲	مدارک ضمیمه نسخ بیهوشی: چارت بیهوشی، مواد مصرفی استفاده شده (معمول به مهر دندانپزشک معالج و متخصص بیهوشی)	تایید غیر سیستمیک	—	۷.۸۰۰.۰۰۰	۷.۸۰۰.۰۰۰	(IV-Sedation)	۲

ردیف	مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)	تروم تایید قبل از عمل (مدارک مورد نیاز)	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	جمع کل تعرفه		وزیرت	ردیف
				تخصصی	عمومی		
۱			اطفال	۱.۸۷۲.۸۲۶	۱.۴۵۶.۶۹۵	ترمیم آمالگام یک سطحی (اطفال)	۱
۲			اطفال	۲.۳۷۰.۳۳۶	۱.۸۰۱.۸۱۹	ترمیم آمالگام دو سطحی (اطفال)	۲
۳			اطفال	۲.۶۴۵.۵۲۶	۲.۰۱۲.۵۳۸	ترمیم آمالگام سه سطحی (اطفال)	۳
۴			اطفال	۳.۰۳۵.۲۹۸	۲.۳۳۷.۸۳۹	ترمیم آمالگام چهار سطحی (اطفال)	۴
۵			اطفال	۲.۱۹۳.۸۴۵	۱.۷۳۶.۶۸۷	ترمیم آج نوری یک سطحی (اطفال)	۵
۶			اطفال	۲.۶۸۹.۷۰۴	۲.۰۸۰.۱۶۰	ترمیم آج نوری دو سطحی (اطفال)	۶
۷			اطفال	۳.۱۱۸.۲۲۸	۲.۳۷۹.۷۴۲	ترمیم آج نوری سه سطحی (اطفال)	۷
۸			اطفال	۳.۴۱۳.۰۲۲	۲.۵۹۷.۳۴۳	ترمیم آج نوری چهار سطحی (اطفال)	۸
۹			_____	۹۰۲.۲۲۳	۹۰۲.۲۲۳	برساز و فلوراید تراپی هر فرک	۹
۱۰			_____	۱.۰۰۷.۸۶۲	۱.۰۰۷.۸۶۲	فیشرسیلنت هر دندان	۱۰
۱۱			اطفال	۱.۳۳۱.۹۰۹	۱.۰۳۸.۸۵۹	پالپوتومی دندانهای شیری	۱۱
۱۲	گرافی قبل وبعد از عمل		اطفال و اندو	۲.۰۸۰.۳۸۵	۱.۶۱۱.۵۰۵	پالپکتومی (دندانهای شیری قدامی)	۱۲
۱۳			اطفال و اندو	۳.۶۵۸.۷۲۹	۲.۷۲۰.۹۶۹	پالپکتومی (دندانهای شیری خلفی)	۱۳
۱۴			اطفال	۲.۸۸۶.۳۱۸	۲.۳۰۰.۳۱۸	روکش S.S.C	۱۴
۱۵			_____	۸۵۸.۳۰۶	۸۵۸.۳۰۶	کشیدن دندان قدامی شیری (A,B,C)	۱۵
۱۶			_____	۹۰۵.۱۹۴	۹۰۵.۱۹۴	کشیدن دندان خلفی (D,E)	۱۶
۱۷		تایید سیستمیک	اطفال و ارتودنسی	۷.۵۲۶.۳۶۷	۵.۷۶۸.۰۶۷	اسپیس مینتور ثابت یکطرفه	۱۷
۱۸		تایید سیستمیک	اطفال و ارتودنسی	۹.۴۶۰.۳۶۳	۷.۱۷۴.۵۷۳	اسپیس مینتور ثابت دوطرفه	۱۸
۱۹		تایید سیستمیک	اطفال	۵.۴۵۹.۱۹۳	۴.۲۸۶.۹۹۳	اسپیس مینتور متحرک	۱۹
فرانشیز		سهم سازمان	جمع کل	ارزش نسبی خدمت			
				تخصصی	عمومی		
۶۹.۹۰۰		۱۶۳.۱۰۰	۳۳۳.۰۰۰	۰	۰	مراکز دولتی (بیماران عادی)	۱
۰		۳۳۳.۰۰۰	۳۳۳.۰۰۰	۰	۰	مراکز دولتی (بیماران جانباز و عائله)	۲
۸۷.۰۰۰		۲۰۳.۰۰۰	۲۹۰.۰۰۰	۰	۰	مراکز دولتی (بیماران عادی)	۳
۰		۲۹۰.۰۰۰	۲۹۰.۰۰۰	۰	۰	مراکز دولتی (بیماران جانباز و عائله)	۴
۱۰۵.۶۰۰		۳۴۶.۴۰۰	۳۵۲.۰۰۰	۰	۰	مراکز دولتی (بیماران عادی)	۵
۰		۳۵۲.۰۰۰	۳۵۲.۰۰۰	۰	۰	مراکز دولتی (بیماران جانباز و عائله)	۶

ردیف	فرآیند	سهم سازمان	جمع کل	کافی	کارهای	راديوگرافي دهان و دندان	ردیف
۱	۱۶.۸۵۶	۱۵۱.۷۰۴	۱۶۸.۵۶۰	۲۳۵.۰۰۰	۱۴۹.۰۰۰	پری اپیکال	۱
۲	۲۷.۶۴۸	۲۴۸.۸۳۲	۲۷۶.۴۸۰	۲۳۵.۰۰۰	۱۴۹.۰۰۰	کلوزال	۲
۳	۴۱.۸۵۶	۳۷۶.۷۰۴	۴۱۸.۵۶۰	۲۳۵.۰۰۰	۱۴۹.۰۰۰	پانورکس	۳
۴	۴۱.۸۵۶	۳۷۶.۷۰۴	۴۱۸.۵۶۰	۲۳۵.۰۰۰	۱۴۹.۰۰۰	سفالوگرام	۴
مدارک پرداخت هزینه (علاوه بر نسخه)		جمع کل	جمع کل	ارزش نسبی خدمت		ایمپلنت دندان	ردیف
		تفرقه تخصصی	تفرقه عمومی	تخصصی	عمومی		
مدارک جانبی و تأییدیه درصد جانبی فک و صورت - گواهی انجام ایمپلنت توسط دندانپزشک معالج با ذکر مبلغ - گرافیک قبل و بعد از کار		۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰			یک واحد ایمپلنت دندان کامل	۱
		.	.			پیوند استخوان	۲
		.	.			پیوند استخوان با ممبران	۳
		.	.			سینوس لیفت به روش بسته	۴
		.	.			سینوس لیفت به روش باز	۵