

# تعرفه دندانپزشکی ۹۸

ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۲۷۰,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰	کلیه تخصص ها	در صورت نجات خدمات هزینه ویزیت غیرقبلی پرداخت است
۲	رادیو گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۱۴,۰۰۰	۲۱۴,۰۰۰	----	
۳	رادیو گرافی اکلوزال	۳۵۴,۰۰۰	۳۵۴,۰۰۰	----	
۴	رادیو گرافی پانورکس (صرفا دیجیتال)	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست.
۵	رادیو گرافی لترال سفالومتری	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	
ردیف	نوع خدمات(جراحی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن هر دندان قدامی( دائمی )	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	جراح فک و صورت	
۲	کشیدن هر دندان خلفی( دائمی )	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	جراح فک و پریو	
۳	کشیدن هر دندان عقل	۱,۲۹۰,۰۰۰	۱,۶۶۰,۰۰۰	جراح فک و پریو	
۴	جراحی دندان با ریشه نهفته در نسج نرم	۲,۲۶۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	جراح فک و پریو	جراحی نسج نرم در برگیرنده قسمتی از تاج که با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد
۵	جراحی دندان با ریشه نهفته در نسج سخت	۳,۶۷۰,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	جراح فک و پریو	نیاز به فلپ نسج نرم و بخیه موضع بلشد هزینه فلپ و بخیه در محاسبات حفاظ شده و جدائله محاسبه نخواهد شد گرافی قبل و پس از عمل نیازمند است.

۶	آلونولوپلاستی نیم فک	۱,۸۸۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	هزینه آلونولوپلاستی در برگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به قلپ نسج نرم برداشت استخوان وبخیه موضع دارد
۷	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳,۱۲۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	جراح فک و پریو	گرافی قبل و بعد از عمل
۸	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۳,۱۲۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	صرف پیش از انجام پروتز متحرک. گرافی پلورکس قبل از کار
۹	فرنکتومی	۱,۵۷۰,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	ناحیه مورد عمل ذکر ضروری شود.
۱۰	بازکردن آسے داخل دهان	۵۵۰,۰۰۰	۷۱۳,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان قبل پرداخت نیست.
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۳۳۰,۰۰۰	۳۳۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت بوده و شامل درمان دندان خارج شده توسط همان مرکز نمیشود
۱۲	اکسپوز کردن دندان	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو- اطفال	جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت است. رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است
۱۳	بخیه هر ناحیه	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	----	بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. در هر کواردانت فقط هرینه بخیه یک ناحیه پرداخت می شود.
۱۴	آمپوتاسیون ریشه	۲,۳۶۰,۰۰۰	۲,۵۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. گرافی قبل از عمل الزامی است
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۱,۸۱۰,۰۰۰	۲,۷۱۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پریو	ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پریو	
ردیف	نوع خدمات(ترمیم)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۷۱۰,۰۰۰	۲,۲۲۰,۰۰۰	ترمیمی	
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۶۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۴	بیلد آپ تاج با آمالگام	۲,۵۶۰,۰۰۰	۲,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	در صورت تکرار ترمیم کم تراز یکسال دلایل شکست ذکر شود. در صورت انجام دو ترمیم روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود. در صورت ترمیم بیش از پنج دندان
۵	ترمیم اج نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۹۶۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم اج نوری دو سطحی یا کلاس سه	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	

۷	ترمیم اج نوری سه سطحی یا کلاس چهار				ارسال کرافی قبیل و بعد الزامیست. هزینه بیلداب در ترمیم دندان های اندو شده MOD، ترمیم دندان های با بیش از دو کاپ ریداکت شده، ترمیم دندان قدامی اندو شده کلاس چهار قبل پرداخت است.	ترمیمی	۲,۲۶۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰
۸	بیلداب تاج با کامپوزیت					ترمیمی	۳,۶۰۰,۰۰۰	۲,۷۸۰,۰۰۰
۹	پین داخل عاج هر عدد				حداکثر تا دو عدد پین در هر دندان قابل پرداخت است	ترمیمی	۲۵۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰
۱۰	پین داخل کانال هر عدد				برای هر دندان اندو شده حداکثر تا ۲ پین	ترمیمی	۳۹۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰
۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان				صرفًا جهت دندان های تروماتیزه ولق- اسپلینت بعداز لرتوننسی قبل پرداخت نمی بشود. گرافی بعداز درمان	ترمیمی-اطفال- فک و صورت	۹۱۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰
۱۲								

ردیف	نوع خدمات(اندو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات
۱	پالپوتومی اورژانس(دندان دائمی)	۸۸۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	متخصص اندو	همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۲	درمان ریشه یک کاناله	۲,۲۰۰,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۳	درمان ریشه دو کاناله	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۴	درمان ریشه سه کاناله	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۰۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان	۲,۲۶۰,۰۰۰	۲,۹۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان	۳,۳۵۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان	۴,۸۵۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان	۲,۴۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان	۳,۶۷۰,۰۰۰	۴,۷۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان	۵,۹۷۰,۰۰۰	۷,۷۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۳۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۵,۳۸۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	گرافی قبیل و پس از درمان الزامیست جهت مراکز طرف قرارداد حداکثر ۲ عدد گرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت میباشد
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۶,۱۰۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	متخصص اندو	

۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	متخصص اندو	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	متخصص اندو	۶,۱۰۰,۰۰۰	۴,۱۰۰,۰۰۰	
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	متخصص اندو	۸,۴۰۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	
۲۱	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	متخصص اندو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۶۸۰,۰۰۰	
۲۲	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	متخصص اندو	۴,۳۴۰,۰۰۰	۲,۸۷۰,۰۰۰	
۲۳	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	متخصص اندو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	
۲۴	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	متخصص اندو	۸,۰۵۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	
۲۵	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	متخصص اندو	۱۰,۱۰۰,۰۰۰	۶,۷۶۰,۰۰۰	
۲۶	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۵,۴۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	
۲۷	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	
۲۸	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۷,۴۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	
۲۹	ابکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	متخصص اندو- اطفال	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	
۳۰	درمان پروفوراسیون با MTA یا cem-cement	متخصص اندو	۲,۷۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	
۳۱	ابکسوئزیس دندان	متخصص اندو- اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	
ردیف	نوع خدمات(پریو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات
۱	جرمهگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۸۶۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	-----	این خدمات شامل حنف جرم های فوق و زیرلثه است
۲	جرمهگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۴۹۰,۰۰۰	۱,۴۹۰,۰۰۰	-----	

	برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد است وحداکثر یکبار در سال در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری است	-----	۱۷۵,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	بروساز هر فک	۳
	رادیوگرافی پانورکم قبیل از درمان - همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره غیرقابل پرداخت نمیباشد	پریو	۵,۷۲۰,۰۰۰	۳,۸۲۰,۰۰۰	فلپ نیم فک	۴
		پریو	۴,۸۷۰,۰۰۰	۳,۲۵۰,۰۰۰	فلپ ۱/۶ دهان	۵
		پریو	۵,۶۲۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰	پیوند لثه یک دندان	۶
	صرف از دندان کلندید روش قلیل پرداخت بوده و برای دندان های مجاور قلیل محلسیه نمیباشد.	پریو	۲,۱۷۰,۰۰۰	۲,۴۳۰,۰۰۰	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۷
	ارائه گرافی قبیل از درمان الزامی است	پریو- فک و صورت- اندو	۳,۷۶۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	همی سکشن و قطعه ریشه	۸
	صرف از درمود آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قلیل پرداخت نمیباشد	پریو	۲,۴۸۰,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰	دیستال وج	۹
ردیف	نوع خدمات(پروتز)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات	
۱	دست دندان	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز		
۲	نیم دست دندان	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز		
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۱۷,۱۵۰,۰۰۰	۲۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	درمان و معاینه یا ارائه فوتوگرافی بعداز درمان الزامی است- خسارت	
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۵,۴۶۰,۰۰۰	۸,۱۸۰,۰۰۰	پروتز		

		پروتز	۸۲۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	به ازا هر دندان اضافه	۵
		پروتز	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۲۷۰,۰۰۰	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۶
	هزینه لابراتوار در تعریفه مذکور لحاظ گردیده است در صورتیکه دست دندان قبل از پیکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه به عهده خود دندانپزشک معالج است	پروتز	۲,۴۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	ریلاین هر فک	۷
	هزینه لابراتوار در تعریفه مذکور لحاظ گردیده است در صورتیکه دست دندان قبل از پیکسال نیاز به ریبیس داشته باشد هزینه به عهده خود دندانپزشک معالج است	پروتز	۴,۷۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	ریبیس هر فک	۸
		----	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز شکسته	۹
	در کلیه درمانهای پروتز هزینه لابراتوار لحاظ گردیده و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد- برای دو واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و بعد و فتوگرافی بعد از درمان الزامیست	پروتز- ترمیمی	۸,۱۹۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM) (دندان پایه)	۱۰
	صرف از دندان های قدامی با ذکر علت انتخاب درمان برای ۲ واحد بیشتر ارائه گرافی قبل و پس از کارو فتوگرافی بعد از درمان الزامیست	پروتز- ترمیمی	۶,۷۰۰,۰۰۰	۵,۱۷۰,۰۰۰	پروتز ثابت (Pontic) هر واحد (PFM)	۱۱
شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تپ، امتحان فریم، امتحان پرسلن، تحویل موقت یا سعان دائم است		پروتز- ترمیمی	۱۰,۵۴۰,۰۰۰	۸,۱۱۲,۵۰۰	روکش تمام پرسلن و یا زیر کونیوم	۱۲
	هزینه لابراتوار در تعریفه مذکور لحاظ گردیده است و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد. گرافی قبل و بعد از کار	پروتز- ترمیمی	۸,۷۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	روکش ثابت (Pontic) تمام پرسلن و یا زیر کونیوم	
		پروتز- ترمیمی	۴,۱۰۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	پست ریختگی	۱۳
	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمیباشد	پروتز- ترمیمی	۴,۱۰۰,۰۰۰	۳,۲۸۰,۰۰۰	فایبر پست+ترمیم	۱۴
	شامل دندانهایی که کاندید روکش یا بrij میباشد نمیشود	----	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	خارج کردن روکش های قدیمی	۱۵
		----	۳۷۵,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰	چسباندن روکش های قدیمی	۱۶
		پریو-اندو	۷۱۰,۰۰۰	۷۱۰,۰۰۰	خارج کردن هر پین یا پست	۱۷
		----	۶۴۰,۰۰۰	۶۴۰,۰۰۰	خارج کردن بrij قدیمی	۱۸
		----	۵۵۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	چسباندن بrij قدیمی	۱۹
	هزینه لابراتوار در تعریفه مذکور لحاظ گردیده است- ارائه فتوگرافی پس از درمان الزامیست	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	نایت گارد	۲۰

ردیف	نوع خدمات(اطفال)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن قدامی (شیری)	۶۶۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	اطفال	
۲	کشیدن خلفی (شیری)	۸۵۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	اطفال	
۳	پالپوتومی دندان شیری	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	اطفال	
۴	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	۶۵۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	اطفال	هر عماه یکبار قابل پرداخت است
۵	فیشور سیلنست هر دندان	۱,۱۷۰,۰۰۰	۱,۵۴۰,۰۰۰	اطفال	تاسه سال پس از رویش دندان قابل پرداخت است.
۶	روگش استیل ضد زنگ (SSC)	۲,۳۹۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعداز درمان الزامیست
۷	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۸۵۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال	برای دندان شیری اطفال زیر ۱۲ مسال
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۲۳۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۱۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۲,۱۳۰,۰۰۰	۲,۷۵۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	ترمیم اچ نوری دو سطحی کلاس سه	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۱۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۷۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوب)	۴,۵۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعداز درمان الزامیست
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لیستگوال آچ)	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۵	استریپ هر دندان	۴۴۰,۰۰۰	۶۸۰,۰۰۰	اطفال	معاینه بیمار یا ارائه فتوگرافی بعداز درمان الزامیست
۱۶	محترک Space maintainer	۴,۳۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۷	پالپوتومی دندان شیری قدامی	۱,۳۸۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال	پالپوتومی دندان شیری خلفی
۱۸	پالپوتومی دندان شیری خلفی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	

ردیف	نوع خدمات (ارتودنسی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعریفه تخصصی	توضیحات
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	ارائه گرافی پانورکس ولترال سفالومتری و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فتوگرافی یا معاینه بیمار بعداز چسباندن برآکت ها و تحويل پلاک الزامی است
۲	برآکت ثابت هر فک	۲۲,۶۲۰,۰۰۰	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	
۳	دستگاه عادت شکن	۶,۱۰۰,۰۰۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	
۴	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتودرسجری	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	
۵	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۹۵۰,۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	
۶	پلاک فانکشنال	۱۲,۸۵۰,۰۰۰	۱۹,۲۵۰,۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	

ردیف	نوع خدمات(ایمپلنت)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۵,۴۰۰,۰۰۰	۷,۰۶۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	ارسال گرافی پانورکس قبل و بعد از کار ضروری است.
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۷,۶۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	----	
۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۵,۳۰۰,۰۰۰	۶,۹۰۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۷,۳۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	
۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش ناقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۴,۱۴۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	کلیه هزینه ها از جمله متریال و دستمزد در تعرفه مذکور قید گردیده و جداگانه قابل محاسبه نیست. ارسال CBCT قبل از درمان الزامی است
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش ناقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش ناقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۶,۱۷۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	
۸	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هرطرف	۴,۱۲۰,۰۰۰	۶,۲۰۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	
۹	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هرطرف	۱۲,۰۵۰,۰۰۰	۱۸,۰۸۰,۰۰۰	پریو-فک و صورت	
۱۰	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۷,۱۵۰,۰۰۰	۱۰,۷۵۰,۰۰۰	پروتز	کلیه هزینه های دستمزد لابراتوار در تعرفه مذکور قید و جداگانه قابل محاسبه نمیباشد-ارائه پانورکس قبل و بعد الزامیست
۱۱	هزینه یک واحد آنالوگ، ابامنت، ایپرسن کوبینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	----	
۱۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۵,۲۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	کلیه هزینه های دستمزد لابراتوار در تعرفه مذکور قید و جداگانه قابل محاسبه نمیباشد-ارائه پانورکس قبل و بعد الزامیست
۱۳	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اچمنت	۳۷,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	
۱۴	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اچمنت	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	۶۳,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	

		شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لابراتوار، بار، بال، دستمزد و غیره قید شده و جداگانه قابل محاسبه نیست- ارائه پانور کس بعداز جراحی کاشت ایمپلنت (حسب تشخیص و دستور دندانپزشک معالج) و ارائه فتوگرافی بعداز درمان	پروتز	۷۱,۶۰۰,۰۰۰	۴۷,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۱۵
			پروتز	۶۵,۶۰۰,۰۰۰	۴۳,۷۵۰,۰۰۰	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۱۶
			پروتز	۷۷,۵۰۰,۰۰۰	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۱۷
			پروتز	۸۹,۵۰۰,۰۰۰	۵۹,۷۰۰,۰۰۰	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۱۸