

## دندانپزشکی

کلیه هزینه های دندانپزشکی طبق تعرفه سندیکای بیمه مرکزی کسر ۱۰٪  
فرانشیز قابل پرداخت است

هزینه های دندانپزشکی بالای ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال نیاز به تائیدیه پزشک معتمد  
بیمه ایران می باشد که جدول آن در سامانه بیمه تکمیلی دانشگاه می باشد

### مدارک لازم برای پرداخت هزینه دندانپزشکی :

۱. درمان ریشه،عصب کشی،جراحی نهفته دندان عقل،روکش نیاز به عکس رادیولوژی قبل و بعد از درمان می باشد .
۲. ترمیم سطحی تا دو دندان عکس رادیولوژی نیاز ندارد.
۳. کشیدن دو تا دندان عکس رادیولوژی نیاز ندارد.
۴. جرم گیری و بروساز فاکتور پزشک الزامی است .
۵. هزینه های پروتز ، دست دندان ، ایمپلنت ، نایتاگارد در تعهدات بیمه نمی باشد.
۶. روکش برای کودکان ارسال گرافی الزامی است .

## داروهای دولتی و آزاد

داروهای نازایی: دستور پزشک معالج شرح حال بیمار در سر برگ و علت تجویز دارو الزامی است .

داروهای هورمونی : دستور پزشک و شرح حال بیمار الزامی است .

داروهای شیمی درمانی : گزارش پاتولوژی و دستور پزشک برای هر جلسه الزامی می باشد.

داروهای دولتی : برگه آبی یا دوم دفترچه با مشخص بودن سهم بیمار ، سهم سازمان الزامی است .

داروهای آزاد : برگه سبز یا اول دفترچه الزامی است .

داروی آزاد شامل داروهای پوست و مو ، تقویتی که جنبه درمانی داشته باشد با تائید پزشک بیمه تا ۶۰٪ پرداخت می گردد در غیر اینصورت معادل ایرانی پرداخت می گردد .



بیمه ایران

کد ۳۰۲۰

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷  
شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲

نکاتی چند در خصوص نحوه بررسی اسناد  
مستقیم درمان

عناوین:

۱. نحوه رسیدگی هزینه سونوگرافی در مطب متخصصین زنان
۲. بررسی هزینه اورتز در قراردادهای دارای تعهد مربوطه
۳. نحوه رسیدگی هزینه عینک بصورت سالیانه یا هر دو سال
۴. نحوه محاسبه آزمایشات NGS, PGD و cell free DNA
۵. نحوه بررسی سونوگرافی های جنینی
۶. نحوه رسیدگی و بررسی آمنیوسنتز
۷. نحوه بررسی پروسیجرهای داخلی و جراحی
۸. نحوه بررسی هزینه گفتار درمانی و کار درمانی

#### ۱- سونوگرافی توسط متخصصین زنان و زایمان

- باتوجه به بخشنامه های معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی به شماره های ۲۸۳۱۶/د ۴۰۰ مورخ ۹۶/۱۱/۲۳ و ۲۶۸۲۳/د ۴۰۰ مورخ ۹۶/۱۱/۴ و ۲۳۵۴۸/د ۴۰۰ مورخ ۹۴/۹/۱۰ و ۳۰۴۹۲/د ۴۰۰ مورخ ۹۵/۱۰/۷ نحوه رسیدگی به هزینه سونوگرافی های انجام شده توسط متخصصین زنان و زایمان به شرح ذیل می باشد: الف) دانش آموختگان رشته زنان و زایمان دارای فلوشیپ ناباروری می توانند به منظور انجام بهینه پروسیجرهای تشخیصی درمانی و سرعت در تشخیص و ارتقای سلامتی بیمار متحصرا برای بیماران تحت مراقبت و درمان خود، در چارچوب برنامه آموزشی مصوب با ارائه گزارش و ثبت نتایج مربوطه نسبت به انجام سونوگرافی با تعرفه های مصوب قانونی موضوع کتاب ارزش نسبی خدمات اقدام نمایند.
- ب) فارغ التحصیلان رشته زنان و زایمان دارای فلوشیپ بریناتولوژی می توانند با رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی ( کتاب ارزش نسبی ) در چارچوب کوریکولوم آموزشی رشته تخصصی خود صرفا برای بیماران تحت درمان با ارائه گزارش نسبت به انجام سونوگرافی اقدام نمایند.
- ج) انجام سونوگرافی در بیمارستانهای دانشگاهی یا تعرفه دولتی توسط متخصصین زنان و زایمان دارای مجوز معاونت محترم درمان وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی مبنی بر طی کردن دوره ۳ الی ۶ ماهه سونوگرافی سطح یک، تا زمان اعلام نیاز معاونت درمان دانشگاه مربوطه مجاز می باشد.
- د) متخصصین زنان و زایمان در تهران و کلان شهرها و مراکز استان و شهرهای دارای دانشگاه علوم پزشکی و سایر شهرهای واحد متخصصین رادیولوژی خانم به تعداد کافی، حق دریافت تعرفه و اخذ هزینه به هر عنوان از بیماران را ندارند.

تهران، خیابان شریعتی، بلوار میرداماد، بعد از پمپ بنزین، نش نشمس تبریزی شمالی، پلاک ۱۸۹، واحد ۱۰

فکس ۲۲۹۱۲۱۹۵

تلفن ۲۲۲۶۴۴۹۰



بیمه ایران

کد ۳۰۲۰

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷  
شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲

ه) انجام سونوگرافی توسط متخصصین زنان و زایمان در مطب در صورتیکه تاییدیه معاون درمان دانشگاه مربوطه را داشته باشد. صرفاً جهت تامین نیاز کمک تشخیصی بدون دریافت هیچگونه هزینه و تعرفه مجاز بوده و چنانچه پزشک مربوطه فاقد تاییدیه با مجوز معاونت درمان دانشگاه مربوطه باشد، انجام سونوگرافی و دریافت تعرفه و هزینه از بیمار هر دو ممنوع بوده و قابل پیگیری از طریق هیئت انتظامی سازمان نظام پزشکی استان مربوطه باشد.

بدیهی است بند الف، ب، ج شامل رسیدگی، بررسی و پرداخت نمیشود.

## ۲- اورتزاها:

بنا به تعریف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی طبق نامه شماره ۴۷۷/۵۶۹۹۲ مورخ ۸۹/۵/۱۱، اورتزاها به آن دسته از لوازم پزشکی اطلاق می شود که به شکل آتل یکی از وظایف محدود کردن یا کمک کردن به حرکت عضو، مفصل یا ستون فقرات را برعهده دارند.

لذا طبق بند ۷ از ماده ۳ فصل دوم این نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی صرفاً مراتب فوق بلافاصله پس از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل بررسی می باشد. مگر اینکه در شرایط خصوصی قرارداد به نحوه دیگری توافق شده باشد.

## ۳- عینک:

هزینه عینک سالیانه اعم از خرید عینک یا شیشه و فریم از محل تعهد و تا سقف مربوطه بدون محدودیت در دفعات ارائه هزینه (طبق آیین نامه ۷۴) و در صورت توافق با بیمه گزار مبنی بر هزینه عینک هر ۲ سال با رعایت شرایط مندرج در قرارداد قابل بررسی می باشد.

تبصره ۱: کلیه نسخ عینک مربوط به بیمه شده در یک نوبت یا مهالغ سقف با بالاتر از سقف تعهد خدمت مربوطه پس از تایید اپتومتریست معتمد قابل بررسی و پرداخت می باشد.

تبصره ۲: کلیه نسخ عینک مربوط به بیمه شده بیش از یکبار پس از تایید پزشک معتمد شرکت و در صورت نیاز به تایید اپتومتریست معتمد با رعایت سقف تعهد باقیمانده قابل بررسی و پرداخت می باشد.

لازم به یادآوری است هزینه عینک در نوبت اول در صورتی که کمتر از سقف تعهد قرارداد باشد نیاز به تایید اپتومتریست معتمد نمی باشد.

تهران، خیابان شریعتی، بلوار میرداماد، بعد از پمپ بنزین، نشانی شمس تبریزی شمالی، پلاک ۱۸۹، واحد ۱۰

تلفن: ۲۲۲۶۴۴۹۰ فاکس: ۲۲۹۱۲۱۹۵



بیمه ایران

کد ۳۰۲۰

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷

شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲

#### ۴- آزمایشات cell free DNA, NGS, PGD

هزینه آزمایشات cell free DNA, NGS, PGD از کدهای کتاب ارزش های نسبی به شماره ۸۱۰۳۰۰ الی ۸۱۰۳۱۰ و ۸۱۰۳۴۸ الی ۸۱۰۳۷۶ الی ۸۱۰۳۷۸ و ۸۱۰۳۸۲ طبق بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۲۰۰ د مورخ ۹۷/۱/۲۸ معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و طبق شرح کدهای فوق الذکر در کتاب ارزش نسبی، هزینه قیمت تولید داده خام به بخش جزء فنی قابل اضافه نمودن می باشد. لازم به یادآوری است کدهای ۸۱۰۳۷۰ و ۸۱۰۳۷۲ قابل پرداخت نبوده و سایر آزمایشات مذکور با رعایت مراتب یاد شده به شرح ذیل قابل بررسی می باشد:

الف) کلیه کدهای فوق الذکر جهت غربالگری جنینی، صرفاً با رعایت بخشنامه شماره ۹۳/۷۷۵۵۱۳ مورخ ۹۳/۱۰/۲۴ از محل تعهد بند ۷ ناهنجاریهای جنینی قابل بررسی می باشد.

ب) کلیه کدهای فوق الذکر با جنبه تشخیصی و درمانی ( غیر غربالگری ) بیماری های ژنتیک طبق گواهی پزشک معالج مبنی بر علت درخواست آزمایشات مذکور جهت فرد بیمه شده از محل تعهد هزینه ژنتیک خدمات آزمایشگاهی قابل رسیدگی می باشد.

ج) چنانچه کلیه آزمایشات مطروحه برای والدین نیز درخواست گردد، لازم است علت درخواست از پزشک معالج استعلام و صرفاً در صورت تایید تشخیص بیماری فرزندان محل خدمات ژنتیک آزمایشگاهی قابل بررسی می باشد.

د) چنانچه کلیه آزمایشات مطروحه جنبه پیشگیری بابت جنین یا فرزندان بعدی والدین انجام پذیرد طبق بخشنامه شماره ۹۳/۷۷۵۵۱۳ مورخ ۹۳/۱۰/۲۴ در صورتیکه سن بیمه شده ۳۵ سال و بیشتر باشد یا گواهی پزشک متخصص مربوطه مبنی بر علت درخواست آزمایش ( ذکر هرگونه سوابق اختلالات و ناهنجاری جنینی در بیمه شده و بستگان درجه یک ) صرفاً از محل تعهد ناهنجاری های جنینی قابل بررسی می باشد.

#### ۵- سونوگرافی جنینی

کلیه هزینه های سونوگرافی جنینی طبق کتاب ارزش های نسبی و با رعایت بخشنامه شماره ۴۰۰/۳۲۲۱۶۶ مورخ ۹۶/۱۲/۲۸ وزارت بهداشت با عنوان استانداردهای خدمات که جداول آن به پیوست می باشد از محل تعهد پاراکلینیکی یک قابل بررسی است.

#### ۶- آمنیوسنتز

بررسی هزینه انجام عمل آمنیوسنتز از محل تعهد جراحی سربایی و هزینه بخش آزمایشگاهی آن صرفاً از محل تعهد ناهنجاری جنینی قابل رسیدگی می باشد.

تهران، خیابان شریعی، بلوار میرداماد، بعد از پمپ بنزین، نیش شمس تبریزی شمالی، پلاک ۱۸۹، واحد ۱۰

فکس ۲۲۹۱۲۱۹۵

تلفن ۲۲۲۶۴۴۹۰



بیمه ایران

کد ۳۰۲۰

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷

شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲

#### ۷- پروسیجرهای داخلی و جراحی

کلیه هزینه های پروسیجرهای داخلی و جراحی که دارای ماهیت سرپایی ( علامت # ) با جنبه تشخیصی و درمانی می باشند، در صورتیکه پزشک معالج جهت عمل مربوطه اقدام به بی هوشی جنرال توسط پزشک متخصص بیهوشی نماید، پرداخت هزینه های مطروحه در صورت داشتن اندیکاسیون بیهوشی عمومی از محل بستری قابل پرداخت و در غیر این صورت از محل تعهد سرپایی مربوطه، پرداخت می گردد. چنانچه پزشک یا مرکز درمانی خاص کلیه اعمال فوق ( پروسیجرهای داخلی و جراحی با ماهیت سرپایی و با علامت # ) را با بیهوشی جنرال توسط پزشک متخصص بیهوشی بدون داشتن اندیکاسیون انجام نماید، بررسی موضوع به منظور تصمیم گیری نهایی یا هماهنگی اداره کل مراجع درمانی و اداره کل نظارت بر خسارت می باشد. ( مانند مواردی از آندوسکوپی ها و ... )

#### ۸- گفتار درمانی و کاردرمانی

نحوه بررسی و رسیدگی هزینه گفتار درمانی و کار درمانی به شرح ذیل می باشد:

الف) پس از ارائه مدارک مثبت جهت تأیید بیماری CP، اوتسم و CVA و ... از جمله گواهی پزشک معالج در خصوص نحوه پیشرفت درمان، نیاز به ادامه درمان با ذکر تعداد جلسات هر سه ماه یک بار و در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج، اخذ گواهی با محتویات مذکور توسط پزشک متخصص در استان مربوطه با احتساب (۲-۱ جلسه) کار درمانی و (۲-۱ جلسه) گفتار درمانی در هر هفته.

ب) در صورت نیاز بیمه شده به جلسات بیشتر از پروتکل فوق الذکر، ارائه گواهی پزشک معالج ممیزی بر تأیید شدت بیماری و تعیین تعداد جلسات در هفته و طول درمان، هر سه ماه یکبار و ارجاع به کارشناس گفتار درمان و کار درمان مورد وثوق و یا معتمد در استان مربوطه ضروری می باشد.

بیمه ایران



تهران - خیابان شریعتی، بلوار میرداماد، بعد از پمپ بنزین، نبش شمس تبریزی شمالی، پلاک ۱۸۹، واحد ۱۰

فکس ۲۲۹۱۲۱۹۵

تلفن ۲۲۲۶۴۴۹۰



**بیمه ایران**

کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۳۷۱۳۸۷  
شناسه ملی ۱۰۱۰۳۸۵۸۷۴۲



شرکت خدمات بیمه ای آتیه سازان

کد ۳۰۲۰

**بسمه تعالی**

**با سلام و احترام ؛**

با توجه به بخشنامه های معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی به شماره های ۲۸۳۱۶/د/۴۰۰ در تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۴ نحوه ی رسیدگی به هزینه های طب سوزنی معادل ۲۳۵۰۰۰ ریال می باشد و نهایتاً ۲۰ جلسه در طول مدت قرار داد قابل پرداخت می باشد.  
قبلا از همکاری شما کمال تشکر و قدردانی را دارد.



**بیمه ایران**

تهران ، خیابان شریعتی ، بلوار میرداماد ، بعد از پمپ بنزین ، نبش شمس تبریزی شمالی ، پلاک ۱۸۹ ، واحد ۱۰

فکس ۲۲۹۱۲۱۹۵

تلفن ۲۲۲۶۴۴۹۰

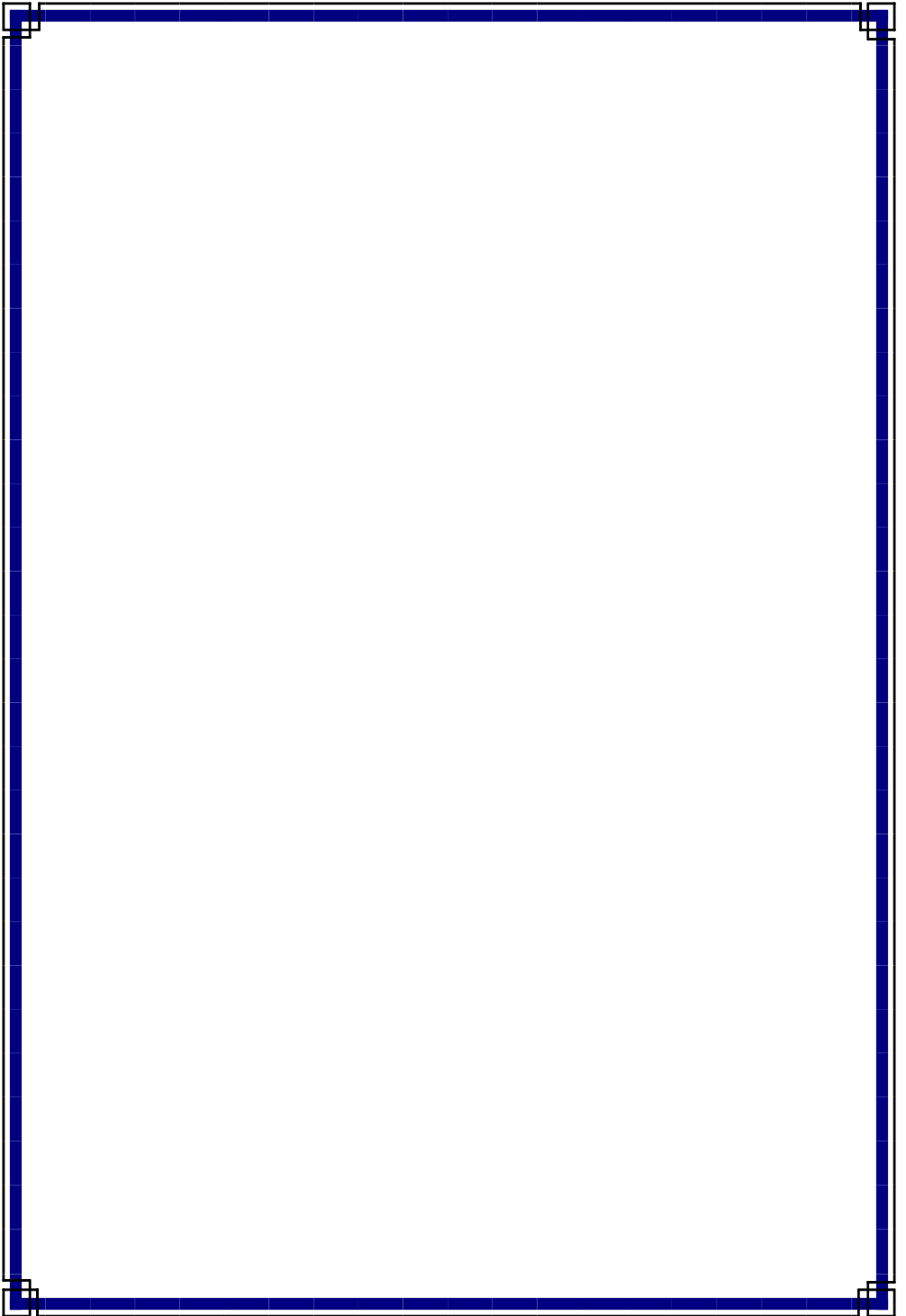
## " اطلاعیه "

بدینوسیله به اطلاع اعضاء محترم هیات علمی و کارکنان گرامی می رساند ، کلیه خدمات پاراکلینیکی از قبیل "آزمایشگاه ،ویزیت، داروخانه، تصویربرداری، فیزیوتراپی و ... " در صورت مراجعه به مراکز طرف قرارداد بیمه ایران که در سایت سامانه بیمه تکمیلی [bimeh.kntu.ac.ir](http://bimeh.kntu.ac.ir) ذکر شده اند بدون پرداخت وجه نقد و فقط با کسر ۱۰٪ فرانشیز با کارت ملی قابل اجرا می باشد .  
ضمنا جهت مراجعه و بستری در بیمارستان نیازی به اخذ معرفی نامه نمی باشد و با دردست دا شتن کارت ملی در کل ساعات شبانه روز با کسر ۱۰٪ فرانشیز می توانید کارهای مربوط به بستری خود را انجام دهید .

✚ پیشنهاد می گردد کارکنان گرامی برای سهولت در انجام پرداخت هزینه های پزشکی به مراکز طرف قرارداد بیمه مراجعه نمایند.

اداره رفاه دانشگاه





## تعرفه خدمات دندانپزشکی شرکت سهامی بیمه ایران در تهران

قابل اجرا از تاریخ ۱۳۹۸/۰۴/۰۱ لغایت ۱۳۹۹/۰۴/۰۱

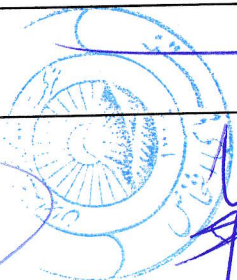
ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۲۷۰,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰	کلیه تخصص ها	شامل معاینه کامل دهان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، گرافی و آزمایش. پرداخت، یکبار در هر دوره 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	۲۱۴,۰۰۰	۲۱۴,۰۰۰	----	
۳	رادیو گرافی اکلوزال	۳۵۴,۰۰۰	۳۵۴,۰۰۰	----	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.
۴	رادیوگرافی پانورکس (صرفا دیجیتال)	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	
۵	رادیوگرافی لترال سفالومتری	۵۳۷,۰۰۰	۵۳۷,۰۰۰	----	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست.

ردیف	نوع خدمات (جراحی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۸۷۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰		
۲	کشیدن هر دندان خلفی	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰		



Handwritten signature in blue ink.

		۱,۶۶۰,۰۰۰	۱,۲۹۰,۰۰۰	کشیدن هر دندان عقل	۳
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. <b>گرافی قبل از درمان</b>	جراح فک و صورت- پریو	۳,۴۰۰,۰۰۰	۲,۲۶۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۴
شامل فلپ، برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. (هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه پرداخت نخواهد شد). <b>گرافی قبل از درمان</b>		۵,۵۲۰,۰۰۰	۳,۶۷۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۵
همراه با کشیدن قابل پرداخت نمی باشد و صرفا قبل از انجام دست دندان. <b>گرافی قبل از درمان</b>		۲,۸۴۰,۰۰۰	۱,۸۸۰,۰۰۰	آلئولوپلاستی نیم فک	۶
<b>گرافی قبل از درمان</b>	جراح فک و صورت- پریو	۴,۹۵۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۷
صرفا پیش از انجام پروتز متحرک.	جراح فک و صورت- پریو	۴,۹۵۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۸
ناحیه مورد عمل ذکر شود.	جراح فک و صورت- پریو	۲,۳۶۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	فرنکتومی	۹
با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان قابل پرداخت نیست.	جراح فک و صورت- پریو	۷۱۳,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	بازکردن آبسه داخل دهان	۱۰
	---	۳۳۰,۰۰۰	۳۳۰,۰۰۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۱



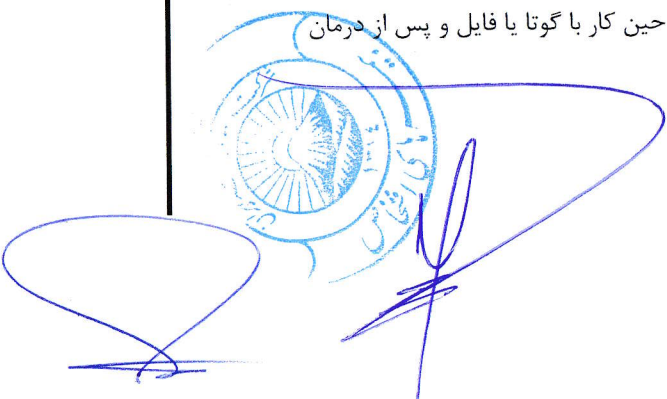
۱۲	اکسپوز کردن دندان	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو- اطفال جهت تسریع رویش دندان نیاز به گرافی قبل از عمل دارد و همراه چسباندن براکت پرداخت نمی شود.
۱۳	بخیه هر ناحیه	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	بعضوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحی های دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. در هر کوادران فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می شود.
۱۴	آمیوتاسیون ریشه	۲,۳۶۰,۰۰۰	۳,۵۵۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.
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	۲,۲۳۰,۰۰۰	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 کاسپ ریداکت شده، ترمیم دندان قدامی اندو شده کلاس چهارقابل پرداخت است. <b>معاینه رندوم بیمار توسط دندانپزشک معتمد</b>
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	بیلداپ تاج با آمالگام	۲,۵۶۰,۰۰۰	۳,۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	ترمیم کامپوزیت نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۹۶۰,۰۰۰	۲,۵۷۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم کامپوزیت نوری دو سطحی یا کلاس سه	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	ترمیم کامپوزیت نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۲۶۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	بیلداپ تاج با کامپوزیت	۲,۷۸۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۹	پین داخل عاج هر عدد	۳۵۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	ترمیمی	
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۳۹۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰	ترمیمی	

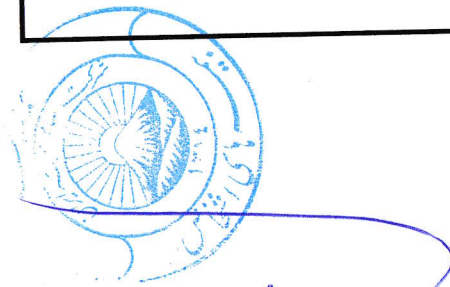
اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۷۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی-اطفال- فک و صورت	صرفاً جهت دندان های تروماتیزه ولق- اسپلینت بعد از ارتودنسی قابل پرداخت نمی باشد.
---------------------------	---------	---------	-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

ردیف	نوع خدمات(اندو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه 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 ۷	۲,۲۶۰,۰۰۰	۲,۹۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۳,۳۵۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۴,۸۵۰,۰۰۰	۶,۳۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۲,۴۶۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۳,۶۷۰,۰۰۰	۴,۷۵۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۵,۲۵۰,۰۰۰	۶,۸۰۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۵,۹۷۰,۰۰۰	۷,۷۶۰,۰۰۰	متخصص اندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	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	
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۶,۱۰۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	متخصص اندو	

گرافی در حین کار با گوتا یا فایل و پس از درمان



متخصص اندو	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۸	
متخصص اندو	۶,۱۰۰,۰۰۰	۴,۱۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۹	
متخصص اندو	۸,۴۰۰,۰۰۰	۵,۵۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۰	
متخصص اندو	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶,۶۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۲۱	
متخصص اندو	۴,۳۴۰,۰۰۰	۲,۸۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲	
متخصص اندو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳	
متخصص اندو	۸,۵۵۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۴	
متخصص اندو	۱۰,۱۰۰,۰۰۰	۶,۷۶۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۲۵	
متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۵,۴۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۲۶	
متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۶,۸۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۲۷	
متخصص اندو- فک و صورت- پریو	۷,۴۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۲۸	
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	متخصص اندو- اطفال	۴,۹۰۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	اپکسیفیکیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲۹
	متخصص اندو	۲,۷۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement	۳۰
	متخصص اندو- اطفال	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	اپکسوزنزیس دندان	۳۱



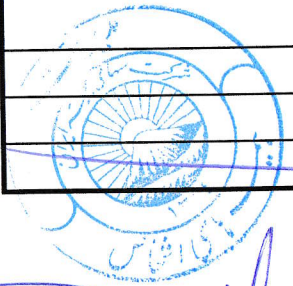
ردیف	نوع خدمات (پریو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۸۶۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	-----	شامل حذف همه پلاک میکروبی، جرم های فوق و زیر لثه و صاف کردن سطح ریشه ها می باشد. برای بیماران بالای ۱۲ سال در تعهد است و تکرار جرمگیری کمتر از ۶ ماه قابل پرداخت نیست. تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۴۹۰,۰۰۰	۱,۴۹۰,۰۰۰	-----	
۳	بروساژ هر فک	۱۷۵,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	-----	
۴	فلپ نیم فک	۳,۸۲۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	پریو	همراه با افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.
۵	فلپ ۱/۶ دهان	۳,۲۵۰,۰۰۰	۴,۸۷۰,۰۰۰	پریو	
۶	پیوند لثه یک دندان	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در دندان کاندید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد.
۷	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۲,۴۳۰,۰۰۰	۳,۱۷۰,۰۰۰	پریو	
۸	همی سکشن و قطع ریشه	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	پریو- فک و صورت- اندو	گرافی قبل از درمان
۹	دیستال وج	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	پریو	صرفاً در مورد آخرین دندان هر نیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد.

ردیف	نوع خدمات (پروتز)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	دست دندان	۲۴,۳۰۰,۰۰۰	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	پروتز	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۲	نیم دست دندان	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۱۷,۱۵۰,۰۰۰	۲۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۵,۴۶۰,۰۰۰	۸,۱۸۰,۰۰۰	پروتز	
۵	به ازای هر دندان اضافه	۵۴۰,۰۰۰	۸۲۰,۰۰۰	پروتز	
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۳,۲۷۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	پروتز	
۷	ریلین هر فک	۲,۳۰۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	پروتز	در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلین و ریبیس داشته باشد شامل هزینه مجدد نمی شود.
۸	ریبیس هر فک	۳,۱۰۰,۰۰۰	۴,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	
۹	تعمیر پروتز شکسته	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	----	
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)	۶,۳۰۰,۰۰۰	۸,۱۹۰,۰۰۰	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	۵,۱۷۰,۰۰۰	۶,۷۰۰,۰۰۰	پروتز- ترمیمی	
۱۲	روکش تمام پرسلن و یا زیر کونیوم	۸,۱۱۳,۵۰۰	۱۰,۵۳۰,۰۰۰	پروتز- ترمیمی	صرفاً در دندان های قدامی. ارائه گرافی قبل و فتوگرافی بعد از درمان
۱۳	روکش ثابت (pontic) تمام پرسلن و یا زیر کونیوم	۶,۷۵۰,۰۰۰	۸,۷۰۰,۰۰۰	پروتز- ترمیمی	
۱۴	پست ریختگی	۳,۲۸۰,۰۰۰	۴,۱۰۰,۰۰۰	پروتز- ترمیمی	گرافی قبل و بعد از درمان هزینه شامل سمان پست و ساخت CORE می باشد.
۱۵	فایبر پست+ترمیم	۳,۲۸۰,۰۰۰	۴,۱۰۰,۰۰۰	پروتز- ترمیمی	
۱۶	خارج کردن روکش های قدیمی	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	----	
۱۷	چسباندن روکش های قدیمی	۳۷۵,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰	----	
۱۸	خارج کردن هر پین یا پست	۷۱۰,۰۰۰	۷۱۰,۰۰۰	پروتز- اندو	
۱۹	خارج کردن بریج قدیمی	۶۴۰,۰۰۰	۶۴۰,۰۰۰	----	
۲۰	چسباندن بریج قدیمی	۵۵۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰	----	



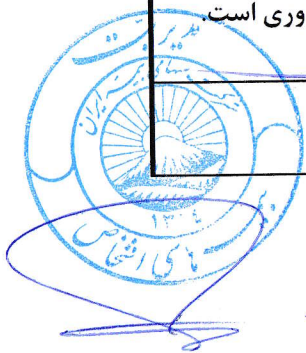
با احتساب هزینه لابراتوار	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	نایت گارد	۲۱
---------------------------	-------	-----------	-----------	-----------	----

ردیف	نوع خدمات (اطفال)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه 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	۱,۳۲۰,۰۰۰	اطفال	
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۶۵۰,۰۰۰	۸۶۰,۰۰۰	اطفال	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۱,۱۷۰,۰۰۰	۱,۵۴۰,۰۰۰	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)	۲,۳۹۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	اطفال	ارائه فتوگرافی پس از درمان
۷	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۸۵۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	اطفال	
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۲۳۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰	اطفال	
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	۲,۱۳۰,۰۰۰	۲,۷۵۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۲,۴۵۰,۰۰۰	۳,۱۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۴,۵۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوال آرچ)	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۵	متحرک Space maintainer	۴,۳۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	پس از تائید دندانپزشک معتمد
۱۶	استریپ هر دندان	۴۴۰,۰۰۰	۶۸۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۷	پالپتومی دندان شیری قدامی	۱,۳۸۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۸	پالپتومی دندان شیری خلفی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۲,۳۵۰,۰۰۰	اطفال	

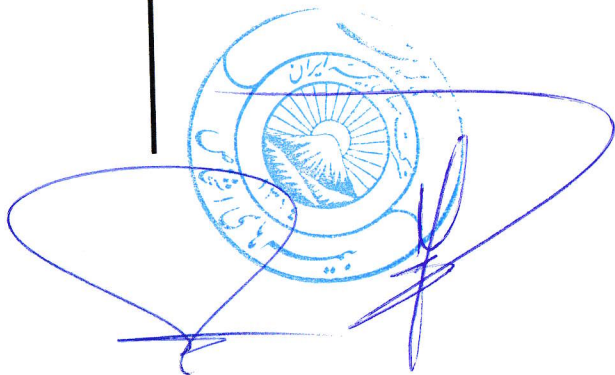


ردیف	نوع خدمات (ارتودنسی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۷۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۲	براکت ثابت هر فک	۲۳,۶۲۰,۰۰۰	۳۵,۴۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	پس از تأیید دندانپزشک معتمد - ارائه گرافی OPG و یا سفالومتری قبل از درمان و فتوگرافی در حین درمان
۳	دستگاه عادت شکن	۶,۱۰۰,۰۰۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	ارتودنسی - اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۴	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری	۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی	
۵	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)	۳,۲۲۰,۰۰۰	۳,۹۵۰,۰۰۰	ارتودنسی - ترمیم	
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	شامل حق العمل جراح، جراحی اول و دوم . درمان ایمپلنت پیش 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	۷,۶۰۰,۰۰۰	۷,۶۰۰,۰۰۰	---	شامل خرید یک واحد فیکسچر و ارائه فاکتور



شامل کلیه هزینه ها از جمله متریا ل و دستمزد. ارسال CBCT قبل از درمان	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۵,۳۰۰,۰۰۰	۶,۹۰۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۷,۳۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳,۱۸۰,۰۰۰	۴,۱۴۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۴,۳۸۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۶,۱۷۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
گرافی پانورکس قبل و بعد از درمان	سینوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هر طرف	۴,۱۲۰,۰۰۰	۶,۲۰۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
	سینوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هر طرف	۱۲,۰۵۰,۰۰۰	۱۸,۰۸۰,۰۰۰	پیرو- فک و صورت
شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار و دستمزد ارسال گرافی OPG یا PA قبل و پس از درمان	پروتز	۷,۱۵۰,۰۰۰	۱۰,۷۵۰,۰۰۰	پروتز
ارسال فاکتور به نام بیمار	---	۶,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	---
تأیید دندانپزشک معتمد قبل از درمان و ارائه فتوگرافی پس از درمان شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لابراتوار، بار، بال، دستمزد و غیره	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۵,۲۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	پروتز
	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۳۷,۰۰۰,۰۰۰	۵۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز
	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	۶۳,۷۰۰,۰۰۰	پروتز
	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۴۷,۷۰۰,۰۰۰	۷۱,۶۰۰,۰۰۰	پروتز



۱۶	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۳,۷۵۰,۰۰۰	۶۵,۶۰۰,۰۰۰	پروتز
۱۷	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۵۱,۷۰۰,۰۰۰	۷۷,۵۰۰,۰۰۰	پروتز
۱۸	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۵۹,۷۰۰,۰۰۰	۸۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز

ردیف	رعایت نکات ذیل الزامی می باشد:
۱	رادیوگرافی در حین کار و یا بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه 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 ایران، 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 پرو 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 مصوب از بیمار دریافت نماید. به عبارتی مبنای پرداختی بیمار در این شرایط، تعرفه کل خدمت مربوطه می باشد.
۱۲	تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ..) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۹۰۰۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۱۱۰۰۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۳	تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی در بخش غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) به صورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی، اتاق عمل، دارو و وسایل مصرفی، پرستار و ..) برای مدت زمان کمتر از دو ساعت معادل ۶۰۰۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۷۵۰۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۴	هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۱۵	خدمات بیهوشی صرفاً برای گروه های ذیل قابل بررسی می باشد: * کلیه معلولین ذهنی و جسمی * در موارد phobia ( ترس ذهنی) و بیماران غیرهمکار صرفاً برای سنین کمتر از ۷ سال ( منظور از بیماران غیرهمکار بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
۱۶	منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفاً آن دسته از خدمات است که شرایط استاندارد اتاق عمل مجهز به تجهیزات بیهوشی و حضور متخصص بیهوشی و ارائه برگه القاء استاندارد بیهوشی باشد.
۱۷	تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوبه سندیکا تعیین می گردد.

مدیریت بیمه های اشخاص

