



تفاهم نامه همکاری کلینیک دندانپزشکی لبخند سفید و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل

این تفاهم نامه مابین سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل به شناسه ۱۴۰۰۰۲۷۳۱۲۷ به آدرس اردبیل شهرک اداری بعثت به شماره تماس ۳۳۷۴۵۵۰۱ به نمایندگی آقای دکتر سید عباس حسینی و مهندس جعفر لطفی که منبعد طرف اول نامیده می شود از یک طرف و کلینیک دندانپزشکی لبخند سفید با شماره پروانه ۱۴۷-۱۷۴۳۹۳-۱۵۵ مورخه ۱۴۰۵/۰۲/۲۶ معتبر تا تاریخ ۱۴۰۹/۰۱/۲۰ به آدرس اردبیل میدان ججین جنب ایران شاپ ساختمان لبخند سفید طبقه اول و شماره تماس ۰۹۱۰۸۱۵۰۲۵۴ به نمایندگی آقای دکتر سعید بهزاد به شماره ملی ۶۰۱۰۰۳۰۶۲۵ که منبعد طرف دوم نامیده می شود از طرف دیگر منعقد می گردد.

ماده ۱: موضوع تفاهم نامه

ارائه کلیه خدمات دندانپزشکی و تخصصی به کارکنان و اعضاء سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل و خانواده های ایشان برابر لیست خدمات داندان پزشکی پیوستی با تخفیفات مربوطه

ماده ۲: مبلغ و نحوه پرداخت

بند ۱- خدمات گیرندگان در صورت داشتن بیمه تکمیلی و بیمه های اجباری ضمن استفاده رایگان از کلیه خدمات، مشمول ۱۰۰ درصد تخفیف کل مبلغ فرانشیز پرداختی بیمار اعمال می گردد.

بند ۲- در صورت نداشتن بیمه تکمیلی و داشتن بیمه های اجباری خدمات گیرندگان، کلیه هزینه ارائه خدمات، مشمول ۱۵ درصد تخفیف برای تعرفه دولتی می باشد.

بند ۳- در صورت نداشتن بیمه تکمیلی و نداشتن بیمه های اجباری خدمات گیرندگان، کلیه هزینه ارائه خدمات، مشمول ۱۵ درصد تخفیف برای تعرفه دولتی می باشد.

بند ۴- ارائه خدمات ویزیت و مشاوره رایگان می باشد.

بند ۵- کلیه هزینه های محاسبه شده بعد از اعمال تخفیفات مبلغ بیش از ۳۰ میلیون تومان با تعداد حداقل ۳ قسط ۳ ماهه و مبلغ بیش از ۵۰ میلیون تومان با تعداد حداقل ۴ قسط ۴ ماهه (با ارائه چک در صورت لزوم) بدون اعمال سود، از طرف خدمات گیرنده در وجه طرف دوم پرداخت خواهد شد.

ماده ۳: تعهدات طرفین

- طرف اول ملزم به اطلاع رسانی در سایت نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل برای کلیه کارکنان و اعضاء می باشد.
- درخصوص تقسیط ها و معوقات و بدهی های کارکنان و خانواده های ایشان واحد امور مالی طرف اول می تواند گواهی کسر حقوق از محل دریافتی های کارکنان با هماهنگی قبلی (و قبل از ارائه خدمات) ارائه نماید.
- درخصوص تقسیط ها و معوقات و بدهی های مهندسین عضو، طرف اول هیچ گونه مسئولیتی ندارد.
- کلیه خدمات گیرندگان می توانند با ارائه کارت پرسنلی و یا عضویت از خدمات طرف دوم و تخفیفات مربوطه استفاده نمایند.
- نمایندگان معرفی شده طرف اول مجاز به بازدید سرزده از محل ارائه خدمات طرف دوم می باشند.
- طرف دوم ملزم به عقد قرارداد با بیمه های تکمیلی معرفی شده توسط طرف اول می باشد.



- در صورتیکه هزینه های درمان بیش از ۲۰ میلیون تومان باشد جرم گیری بصورت رایگان انجام خواهد گرفت.
- طرف دوم ملزم به ارائه خدمات دندانپزشکی عمومی و تخصصی (شامل خدمات کشیدن دندان، عصب کشی، انواع ترمیم، انواع پروتز، بلیچینگ و جرم گیری، ارتودنسی و نیز کامپوزیت زیبایی، لمینت، جراحی، ایمپلنت و تهیه گرافی های لازم و سایر خدمات می باشد.
- طرف دوم ملزم به استفاده از مواد و مصالح و تجهیزات مرغوب و استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت و درمان می باشد.
- کلیه خدمات صورت گرفته شامل ۶ شش ماه ضمانت می باشد.
- طرف دوم ملزم به رعایت کلیه موارد بهداشتی و ایمنی و الزامات و قوانین وزارت بهداشت در مورد کلینیک ها و مراکز درمانی می باشد.
- هزینه خدمات دندانپزشکی با تخفیف و مطابق بندهای فوق در صدی از تعرفه دولتی برابر لیست پیوستی که جزء لاینفک این تفاهم نامه خواهد بود، می باشد.
- در صورت اعلام تعرفه های جدید از طرف دولت در زمان تفاهم نامه، تعرفه های جدید در مورد تفاهم نامه حاضر نیز موثر خواهد بود و درصد های تخفیف توافق شده کماکان به قوت خود باقی می باشد.

ماده ۴: مدت تفاهم نامه

مدت تفاهم نامه از تاریخ ۱۴۰۵/۰۶/۱۵ لغایت تاریخ ۱۴۰۶/۰۶/۱۵ به مدت یک سال شمسی بوده و هر سال با توافق طرفین قابل تمدید می باشد.

ماده ۵: فسخ تفاهم نامه

در صورت تمایل هر یک از طرفین برای فسخ، مراتب بصورت کتبی و ۳ ماه قبل به اطلاع طرف مقابل خواهد رسید.

ماده ۶: این تفاهم نامه در ۶ ماده و سه نسخه تنظیم، مهر و امضاء گردیده که هر کدام دارای اعتبار یکسان می باشد.

طرف اول

دکتر سید عباس حسینی

رئیس سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان اردبیل

مهندس جعفر لطفی

خزانه دار سازمان نظام مهندسی
ساختمان استان اردبیل

طرف دوم

دکتر سعید بهزاد

کلینیک دندان پزشکی لبخند سفید





بیت

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان اردبیل

پیوست:

۱۴۰۵/۰۴/۲۱

شماره: ۱۴۰۵/۲۴۰۹/ص تاریخ:

شماره:

معاونت اجرایی - خزانه دار سازمان - معاونت مالی اداری

موضوع: ابلاغیه بند ۹ صورتجلسه ۱۵۹ - ۱۶۰ هیئت مدیره مورخ ۱۴۰۵/۰۴/۲۰ - صورتجلسات کمیته ورزشی و رفاهی مورخ ۲۰ - ۱۴۰۵-۰۴

مصوبات هیات مدیره: بند ۹ صورتجلسه هیات مدیره:

صورتجلسه کمیته ورزشی مورخ ۱۴۰۵/۰۴/۱۳ به شماره ۱۳۰۵۱۵ و صورتجلسه کمیته رفاهی مورخ ۱۴۰۵/۰۴/۲۰ به شماره ۱۳۰۶۳۲ مورد تصویب قرار گرفت.

سیدعباس حسینی
رئیس سازمان

رونوشت:

- آقای مهندس محسن کریمی دبیر ابلاغ و مسئول پیگیری مصوبات هیئت رئیسه و هیئت مدیره - مشاهده و رونوشت

(نامه های صادره بدون مهر برجسته دبیر خانه فاقد اعتبار می باشد)



سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل

بسمه تعالی

صورجلسه کمیته رفاهی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان اردبیل

روز: شنبه مورخ: ۱۴۰۵/۰۴/۲۰ ساعت شروع: ۱۶ ساعت خاتمه: صفحه: ... از ...

بندهای پیشنهادی جهت تصویب در هیات مدیره:

بند	پیشنهادهای کمیته
جلسه با حضور ... اعضا تشکیل و موارد زیر بررسی و پیشنهاد گردید:	
۱. ...	پیشنهاد می‌گردد با قرائت متن تفاهم نامه محققه قرارداد با استخر اردیبار برپایه توان و امکانات همکاران ...
۲. ...	مقرر گردید در خصوص ارائه خدمات به اعضا در زمینه ...
۳. ...	درخواست آبروکار مدرسه طرح آینه ماه ۲۵ درصد تخفیف ...
۴. ...	پیشنهاد گردید در راستای ارائه خدمات به اعضا ...

اسامی و محل امضای حاضرین:

ساسان میرزاجیمی	احمد پورعلی	زهرا پیرصمدی	توحید حمزیزاده	عارف نجفی نژاد	نوید لطفعلیزاده	احسان عمرانی	سجاد ایرانی جم	شهرام سمندری
امیر صالحی قالی	مرتضی محرمی	آرمینا رسولی	سولماز جبرائیلی	فرناز منزلی	مهنا لطفی بخش	حامد نجفی	احمد آقازاده	مهدی نیکنام

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	معاینه و تشخیص	کد
شامل معاینه کامل دندان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو رادیوگرافی و آزمایش می باشد	وزیریت منجر به درمان غیر قابل پرداخت می باشد		۴,۹۸۷,۰۰۰	۳,۵۷۷,۰۰۰	وزیریت و طرح درمان	
	درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورامیک و سفالومتری الزامیست.		۳,۲۱۱,۰۰۰	۳,۲۱۱,۰۰۰	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۷۰۰۰۶۵
			۷,۸۳۴,۵۰۰	۷,۸۳۴,۵۰۰	گرافی پانورامیک	۷۰۰۰۸۵
			۷,۵۷۵,۵۰۰	۷,۵۷۵,۵۰۰	گرافی لترال سفالومتری	۷۰۰۰۹۰
تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	هزینه های جراحی	کد
		جراح فک و صورت - پریو	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	D۷۱۴-۷۳
		جراح فک و صورت - پریو	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	کشیدن دندان خلفی (دائمی)	D۷۱۴-۷۱
		جراح فک و صورت - پریو	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۷۰۰,۰۰۰	کشیدن هر دندان عقل	D۷۱۴
		جراح فک و صورت - پریو	۳۰,۷۰۰,۰۰۰	۲۸,۱۰۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	D۷۲۲۰
		جراح فک و صورت - پریو	۳۶,۵۰۰,۰۰۰	۳۳,۱۰۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت	D۷۲۳۰
		جراح فک و صورت - پریو	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	۳۸,۰۰۰,۰۰۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	D۷۲۴۰
جراحی نسج نرم در برگرفته تمام یا بیشتر تاج بوده که نیاز به فلپ نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضعی دارد.						
شامل دندانهای است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان عوز برزنتال و یا دندان درگیر با کلاک است.						
هرینه آئوتوبلاستی در برگرفته تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم برداشت استخوان و بخیه موضع دارد.						
	۱- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان ۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح رنج در ناحیه بی دندان قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد.	جراح فک و صورت	۳۷,۷۰۰,۰۰۰	۳۳,۳۰۰,۰۰۰	آئوتوبلاستی نیم فک	D۷۲۳۱
	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	جراح فک و صورت	۴۶,۷۰۰,۰۰۰	۳۹,۸۰۰,۰۰۰	عمیق کردن و استیپول نیم فک	D۷۲۴۰
	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	جراح فک و صورت - پریو	۳۵,۸۰۰,۰۰۰	۳۲,۴۰۰,۰۰۰	فرکتومی	D۷۲۴۰
	رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان و گزارش پانورامی	جراح فک و صورت	۴۶,۸۰۰,۰۰۰	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	D۷۲۴۱
	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا آندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت نیست	جراح فک و صورت	۱۶,۷۰۰,۰۰۰	۱۵,۱۰۰,۰۰۰	باز کردن آسبه داخل دهان	D۷۵۱۰
	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	جراح فک و صورت - پریو	۱۷,۸۰۰,۰۰۰	۱۶,۹۰۰,۰۰۰	درمان درای سلاکت (هر جلسه)	P۹۹۳۰
	۱- بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- هر کوادانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	جراح فک و صورت - پریو	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	بخیه هر ناحیه	D۷۹۱۰
	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	جراح فک و صورت	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	۳۲,۵۰۰,۰۰۰	اکسپوز کردن دندان	D۷۲۸۰
	۱- خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲- رادیوگرافی تشخیصی قبل از درمان	جراح فک و صورت - پریو	۳۳,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۱۰۰,۰۰۰	قطع کامل ریشه-بازاء هر ریشه (آمیوتاسیون)	D۳۲۵۰
	ارسال گزارش پاتولوژی	جراح فک و صورت - پریو	۲۶,۳۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت نرم	D۷۲۸۶
		جراح فک و صورت	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت سخت	D۷۲۸۵
		جراح فک و صورت	۴۹,۰۰۰,۰۰۰	۴۲,۱۰۰,۰۰۰	بستن مجاری رباط حفره سینوسی و دهان	D۷۲۶۰

تعاریف خدمات دندانپزشکی هزینه های مربوطه و در مانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	توصیف	کد	ردیف
	۱- هر صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود. ۲- اگرانی تشخیصی قبل از درمان و در صورت لزوم ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از درمان. ۳- هزینه پیلداپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کلاسپ و رنگت شده و ترمیم دندان های قلعانی اندو شده کلاس چهار می باشد شامل دندانهای شیری نمی گردد. ۴- هر صورتی که دندان نیاز به روکش داشته باشد هزینه ترمیم زیر آن حداکثر معادل سه سطحی قابل پرداخت است. تکنه : انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تمهید شرکت بیمه گر نمی باشد.	ترمیمی	۲۰,۹۰۰,۰۰۰	۱۹,۷۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	D214۰	۱
		ترمیمی	۲۶,۲۰۰,۰۰۰	۲۴,۹۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	D215۰	۲
		ترمیمی	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۳۲,۸۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	D216۰	۳
		ترمیمی	۲۵,۳۰۰,۰۰۰	۲۴,۲۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج	D2391	۴
		ترمیمی	۳۴,۱۰۰,۰۰۰	۳۱,۸۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه	D2392	۵
		ترمیمی	۴۲,۶۰۰,۰۰۰	۳۹,۴۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	D2393	۶
		ترمیمی	۳۹,۲۰۰,۰۰۰	۳۷,۳۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر (پیلداپ) دندان های دائمی	D2161	۷
		ترمیمی	۶۱,۹۰۰,۰۰۰	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (پیلداپ) دندان های دائمی	D2394	۸
		ترمیمی-بروزتر	۱۲,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	بین داخل عاج یا داخل کتال یا فایبرپست	D2951	۹
		ترمیمی - اشغال - برزو	۴۶,۳۰۰,۰۰۰	۴۲,۸۰۰,۰۰۰	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	D4331	۱۰
	۱- صرفا جهت دندان های تروماتیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان						
					برای هر دندان حداکثر ۲ عدد بین قابل پرداخت است		

399

[illegible]

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	پروتز	کد	ردیف
شامل تمام جلسات ارتاش و فالبگیری و ساخت تمپ، امتحان نر امتحان پرسن، تحویل موقت یا سمان دائم، می باشد.	۱- فوتوگرافی پس از درمان از نایت گارد (داخل و خارج از دهان) که صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد.	پروتز	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	پروتز کامل فک بالا	D۵۱۱۰	۱
	۲- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	پروتز	۱۹۰,۱۰۰,۰۰۰	۱۷۳,۴۰۰,۰۰۰	پروتز کامل فک پایین	D۵۱۲۰	۲
	۳- انجام خدمات مذکور هر ۵ سال یکبار در تعهد می باشد.	پروتز	۱۳۸,۹۰۰,۰۰۰	۱۳۷,۶۰۰,۰۰۰	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان	D۵۲۱۱	۳
	۴- در صورت استفاده از پروتز کامل یک فک هزینه پروتز کامل دو فک تا ۳ سال قابل پرداخت نمی باشد و صرفاً هزینه پروتز کامل فک مقابل قابل پرداخت می باشد.	پروتز	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	فلپیر تا ۳ دندان فک بالا	D۵۲۱۱/۱	۴
	۵- بعد از درمان پارسیل آکریلی، هزینه پارسیل کروم کبالت و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد.	پروتز	۱۳۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۴,۶۰۰,۰۰۰	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان	D۵۲۱۲	۵
	۶- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت، هزینه پارسیل آکریلی و پروتز کامل تا سه سال غیر قابل پرداخت می باشد.	پروتز	۶۵,۴۰۰,۰۰۰	۵۶,۹۰۰,۰۰۰	فلپیر تا ۳ دندان فک پایین	D۵۲۱۲/۱	۶
	۷- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت فک بالا	پروتز	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا	D۵۲۱۳	۷
	۸- بعد از درمان پارسیل کروم کبالت فک پایین	پروتز	۲۵۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۳۴,۴۰۰,۰۰۰	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین	D۵۲۱۴	۸
	۹- تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	پروتز	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین	D۵۵۱۱	۹
	۱۰- تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	پروتز	۵۸,۶۰۰,۰۰۰	۵۶,۶۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا	D۵۵۱۲	۱۰
	۱۱- تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	پروتز	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین	D۵۶۱۱	۱۱
	۱۲- تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	پروتز	۴۷,۴۰۰,۰۰۰	۴۵,۴۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا	D۵۶۱۲	۱۲
	۱۳- ریلاین پروتز فک بالا	پروتز	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	ریلاین پروتز فک بالا	D۵۷۳۰	۱۳
	۱۴- ریلاین پروتز فک پایین	پروتز	۶۲,۵۰۰,۰۰۰	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	ریلاین پروتز فک پایین	D۵۷۳۱	۱۴
	۱۵- روکش PFM	پروتز - ترمیمی	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰,۰۰۰	روکش PFM	D۲۷۵۱	۱۵
	۱۶- پروتز ثابت (پوئتیک) PFM	پروتز - ترمیمی	۹۳,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت (پوئتیک) PFM	D۶۲۴۱/۱	۱۶
	۱۷- روکش (پرسن یا زیر کونیوم) صرفاً دندان های قدیمی	پروتز - ترمیمی	۱۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۰۳,۹۰۰,۰۰۰	روکش (پرسن یا زیر کونیوم) صرفاً دندان های قدیمی	D۲۷۴۰	۱۷
	۱۸- پروتز ثابت (پوئتیک) تمام پرسن یا زیر کونیوم صرفاً دندانهای قدیمی	پروتز - ترمیمی	۹۹,۰۰۰,۰۰۰	۹۱,۱۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت (پوئتیک) تمام پرسن یا زیر کونیوم صرفاً دندانهای قدیمی	D۶۲۴۵	۱۸
	۱۹- بست ریختگی	پروتز - ترمیمی	۵۳,۵۰۰,۰۰۰	۴۸,۱۰۰,۰۰۰	بست ریختگی	D۲۹۵۲	۱۹
	۲۰- فلپیر پست	پروتز - ترمیمی			فلپیر پست	D۲۹۵۰	۲۰
	۲۱- درآوردن روکش قدیمی	پروتز - ترمیمی	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	درآوردن روکش قدیمی	D۲۹۵۵/۱	۲۱
	۲۲- چسباندن روکش قدیمی	پروتز - ترمیمی	۱۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۳,۴۰۰,۰۰۰	چسباندن روکش قدیمی	D۲۹۲۰	۲۲
	۲۳- خارج کردن بریج قدیمی	پروتز - ترمیمی	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	۱۳,۹۰۰,۰۰۰	خارج کردن بریج قدیمی	D۲۹۵۵/۲	۲۳
	۲۴- چسباندن بریج قدیمی	پروتز - ترمیمی	۲۰,۲۰۰,۰۰۰	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	چسباندن بریج قدیمی	D۶۹۲۰	۲۴
	۲۵- درآوردن پست یا پین قدیمی	پروتز - ترمیمی	۲۱,۴۰۰,۰۰۰	۱۸,۹۰۰,۰۰۰	درآوردن پست یا پین قدیمی	D۲۹۵۵	۲۵
	۲۶- نایت گارد	پروتز	۵۹,۴۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	نایت گارد	D۹۹۲۴	۲۶

۱۴۰۵-۱۴۰۶-۱۴۰۵

تعاریف

ضوابط و مدارک لازم

تعارف خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۵-۱۴۰۶

تعارف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	اطفال	کد
معاينه بيمار يا ارائه فتوگرافي بعد از درمان. تعرفه مذکور شامل ترميم زير SSC بوده و ترميم جداگانه قابل پرداخت نمي باشد.	هر ۶ ماه بيار و تا سن ۱۰ سال تمام قابل پرداخت مي باشد	اطفال	۱۳۶۰۰۰۰۰۰	۱۲۴۰۰۰۰۰۰	کشیدن دندان قدامی (شیری)	D۷۱۱۱
		اطفال	۱۳۶۰۰۰۰۰۰۰	۱۲۴۰۰۰۰۰۰۰	کشیدن دندان خلفی (شیری)	D۷۱۱۱
		اطفال - اندو	۳۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۹۳۰۰۰۰۰۰۰	پالپوتومی دندان شیری	D۳۳۲۰
		اطفال	۱۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۳۲۰۰۰۰۰۰۰	بروساز و فلوراید تراپی هر فک	D۱۲۲۰۰
		اطفال	۱۷۹۰۰۰۰۰۰۰۰	۱۷۴۰۰۰۰۰۰۰	فیشر سیلنت هر دندان	D۱۲۲۰۰
		اطفال-ترمیمی	۲۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۳۷۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم PRR (دندان دائمی)	D۱۲۲۰۰
		اطفال	۳۲۲۰۰۰۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	روکش استیلین استیل SS crown پیش ساخته	D۲۲۲۰
		اطفال	۲۰۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۰۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	D۲۲۲۰
		اطفال	۲۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال	D۲۲۲۰
		اطفال	۳۴۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۳۴۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی اطفال	D۲۲۲۰
برای دندان شیری و نیز دندان دائمی اطفال زیر ۱۰ سال		اطفال	۲۵۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۲۵۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال	D۲۲۲۰
		اطفال	۳۴۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۳۴۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال	D۲۲۲۰
		اطفال	۴۲۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۴۲۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال	D۲۲۲۰
		اطفال-ارتو	۵۴۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۴۷۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه (SM)	D۱۵۱
		اطفال-ارتو	۷۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)	D۱۵۱
		اطفال-ارتو	۷۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۶۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پایین (SM)	D۱۵۱
		اطفال-ارتو	۴۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۴۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فضا نگهدار متحرک یک طرفه	D۱۵۱
		اطفال-ارتو	۵۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۴۵۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا	D۱۵۱
		اطفال-ارتو	۵۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۴۵۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پایین	D۱۵۱
		اطفال-اندو	۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۳۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	پالپوتومی دندان شیری قدامی	D۳۳۱
معاينه بيمار يا ارائه فتوگرافي بعد از درمان		اطفال-اندو	۳۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰	پالپوتومی دندان شیری خلفی	D۳۳۱

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	مختص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	ارتودنسی	کد	ردیف
شامل موارد ارتودنسی، شکاف کام و لم		ارتودنسی	۳۶۲,۳۰۰,۰۰۰	۳۰۲,۳۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	D۸۰۸۰	۱
		ارتودنسی	۴۲۰,۵۰۰,۰۰۰	۳۴۸,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک	D۸۰۹۰	۲
		ارتودنسی	۳۷۷,۹۰۰,۰۰۰	۲۲۵,۹۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک (محدود)	D۸۰۸۰/۱	۳
شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قو یا ارتودنسی با لاینر (نلمرئی)		ارتودنسی	۱۶۸,۷۰۰,۰۰۰	۱۴۴,۳۰۰,۰۰۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	D۸۰۹۰/۱	۴
شامل هر گونه دستگاه متحرک RPE، Face Mask، چین کپ، شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال می باشد		ارتودنسی - اطفال	۲۲۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۸۷,۰۰۰,۰۰۰	پلاک فانکشنال	D۸۰۲۰	۵
به روش ثابت		ارتودنسی - اطفال	۲۵۹,۹۰۰,۰۰۰	۲۱۶,۴۰۰,۰۰۰	توسعه عرضی، فک بالا (ثابت) RPE	D۸۰۷۰/۱	۶
صرفاً یکبار قابل بررسی و پرداخت	فتوگرافی با پلاک	ارتودنسی - ترمیم	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	۵۱,۹۰۰,۰۰۰	ریشتر ثابت یا متحرک (هر فک)	D۸۰۷۰/۲	۷
		ارتودنسی - اطفال	۲۲۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۸۷,۰۰۰,۰۰۰	پلاک متحرک ارتودنسی یک فک	D۸۰۷۰	۸
		ارتودنسی - اطفال	۲۲۵,۵۰۰,۰۰۰	۱۸۷,۰۰۰,۰۰۰	پلاک فانکشنال	D۸۰۷۰/۱	۹
		ارتودنسی - اطفال	۲۵۹,۹۰۰,۰۰۰	۲۱۶,۴۰۰,۰۰۰	توسعه عرضی، فک بالا (ثابت) RPE	D۸۰۷۰/۲	۱۰
		ارتودنسی - ترمیم	۵۶,۷۰۰,۰۰۰	۵۱,۹۰۰,۰۰۰	ریشتر ثابت یا متحرک (هر فک)	D۸۶۸۰	۱۱

توضیح: با توجه به طولانی بودن پروسه درمان ارتودنسی، بررسی و پرداخت هزینه انواع خدمات ارتودنسی ثابت 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 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. و در مورد ارتودنسی های غیر ثابت کل خسارت صرفاً در یک قرارداد (در تاریخ شروع درمان) قابل پرداخت

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

تعاریف	ضوابط و مدارک لازم	متخصص مشمول تعرفه تخصصی	تعرفه متخصص	تعرفه عمومی	ایمپلنت	کد	ردیف
انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد	۱- رادیو گرافی پانورکس تشخیصی قبل یا CBCT (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) و نیز رادیو گرافی بعد از درمان ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد ۳- کلیه هزینه ها مانند متريال ، دستمزد در تعرفه های مذکور قيد گردیده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. ۴- CBCT تشخیصی قبل از درمان (در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان) ارائه گرافي فایال تشخیصی بعد از پیوند های ناخیري ۵- انجام همزمان خدمات ردیف ۳ تا ۱۲ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.	بریو- فک و صورت	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه-جراح)	D۶۰۱۰	۱
		بریو- فک و صورت	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ	D۶۰۱۰/۱	۲
		بریو- جراح فک و صورت	۵۲,۲۰۰,۰۰۰	۴۱,۳۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت ناخیری بدون ممبران (یک دندان)	D۶۱۰۴/۱	۳
		بریو- جراح فک و صورت	۶۵,۲۰۰,۰۰۰	۴۸,۸۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت ناخیری بدون ممبران تا سه دندان مجاور	D۶۱۰۴/۲	۴
		بریو- جراح فک و صورت	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	۶۳,۰۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت ناخیری با ممبران (یک دندان)	D۶۱۰۴/۳	۵
		بریو- جراح فک و صورت	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰	۷۸,۲۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان برای ایمپلنت ناخیری با ممبران تا سه دندان مجاور	D۶۱۰۴/۴	۶
		بریو- جراح فک و صورت	۴۰,۸۰۰,۰۰۰	۳۰,۸۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	D۶۱۰۴/۵	۷
		بریو- جراح فک و صورت	۵۸,۲۰۰,۰۰۰	۴۲,۴۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران تا سه دندان مجاور	D۶۱۰۴/۶	۸
		بریو- جراح فک و صورت	۷۴,۵۰۰,۰۰۰	۵۶,۲۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	D۶۱۰۴/۷	۹
		بریو- جراح فک و صورت	۸۲,۸۰۰,۰۰۰	۶۴,۲۰۰,۰۰۰	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران تا سه دندان مجاور	D۶۱۰۴/۸	۱۰
		بریو- فک و صورت	۲۲۶,۹۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	سینوس لیفت OPEN	D۷۹۵۱	۱۱
		بریو- فک و صورت	۱۶۱,۸۰۰,۰۰۰	۱۳۱,۳۰۰,۰۰۰	سینوس لیفت CLOSE	D۷۹۵۲	۱۲
		بروتز	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰,۰۰۰	روکش متکی بر ایمپلنت (ایمانت)	D۶۰۶۰	۱۳
		بروتز	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	بروتز جایگزین شونده (پوشیک) جهت ایمپلنت	D۶۲۴۱	۱۴
		بروتز	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	هزینه یک واحد آنالوگ، ایمانت، ایمپرسن کوپینگ و غیره تا سقف	D۶۰۶۰/۱	۱۵
		بروتز	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک بالا	D۶۱۱۰	۱۶
		بروتز	۶۱۰,۳۰۰,۰۰۰	۵۳۰,۸۰۰,۰۰۰	اوردنچر متکی بر ایمپلنت فک پایین	D۶۱۱۱	۱۷

انجام خدمات هر ۵ سال یک بار در تعهد شرکت بیمه می باشد

تعرفه خدمات دندانپزشکی هزینه های مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد در بخش خصوصی سال ۱۴۰۶-۱۴۰۵

موارد مرتبط با بیهوشی در خدمات دندانپزشکی

- ۱- تعرفه بیهوشی خدمات دندانپزشکی بصورت گلوبال (شامل حق الزحمه پزشک بیهوشی ، اتاق عمل ، دارو و وسایل مصرفی ، پرستار و ...) حداکثر معادل ۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
- ۲- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
- ۳- خدمات بیهوشی به کلیه معلولین ذهنی و جسمی و نیز کودکان کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی کنند ، تلقی می گیرد.
- ۴- صرفاً آن دسته از مراکز درمانی مجاز به انجام خدمات دندانپزشکی با بیهوشی هستند که دارای مجوز و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

ضوابط کلی پرداخت هزینه ها

- ۱- تعرفه های تخصصی صرفاً "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون "مخصص مشمول حق تخصصی" پرداخت می گردد. به عنوان مثال : در صورت کشیدن دندان توسط "جراح فک و صورت" ، تعرفه تخصصی لحاظ خواهد شد و چنانچه کشی دندان توسط "مخصص پروتز" انجام شود ، تعرفه معادل عمومی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
- ۲- در کلیه جراحی ها هزینه برش بافت (فلپ) و بخیه لحاظ گردیده است و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.
- ۳- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد.
- ۴- فوتوگرافی : تصویر برداری به وسیله گوشی تلفن همراه از خدمات دندانپزشکی انجام شده به نحوی که تصویر صورت بیمار کاملاً قابل رویت باشد.
- ۵- با توجه به انتقال بیمه شدگان در شرکت های بیمه ، جهت کنترل هزینه های ارتودنسی ، ایمپلنت و پروتز های ثابت و متحرک شرکت های بیمه گر ملزم به پاسخ استعلام انجام خدمات مذکور به سایر شرکت های بیمه گر درخواست کننده می باشند
- ۶- هزینه لابراتوار در کلیه خدمات دارای هزینه لابراتوار محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.
- ۷- تاریخ انجام کلیه گرافی ها می بایست در طول دوره اعتبار بیمه نامه درمان باشد.
- ۸- در بیماران باردار ارائه آخرین گزارش سونوگرافی و فتوگرافی بعد از درمان الزامی می باشد.

تذکرات مهم

- ۱- اخذ هرگونه وجه اضافی تحت عناوین مختلف از جمله تفاوت کیفیت در مواد ، لابراتوار و ... ممنوع می باشد.
- ۲- دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی (طرف قرارداد) صرفاً مجاز به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) بر اساس تعرفه های اعلام شده و نیز مازاد سقف تعهدات بیمه نامه می باشد.
- ۳- در صورت اتمام سقف تعهدات بیمه شده ، دندانپزشک یا درمانگاه های دندانپزشکی (طرف قرارداد) می بایست مازاد هزینه را بر اساس تعرفه های اعلامی شرکت بیمه محاسبه و از بیمار دریافت نمایند .