شیوه نامه ارسال اسناد دندانپزشکی ۱۴۰۲/۱۰/۰۱ الی ۱۴۰۳/۰۹/۳۰

ردیف	کد	معاینه و تشخیص	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	۰	ویزیت و طرح درمان	در صورت انجام خدمات ، هزینه ویزیت غیر قابل پرداخت می باشد	شامل معاینه کامل دهان و دندانها ،تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح درمان اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو،رادیوگرافی و آزمایش می باشد
۲	۷۰۰۰۶۵	گرافی پری اپیکال و بایت وینگ		
		گرافی اکلوزال		
۴	۷۰۰۰۸۵	گرافی پانورکس	درج مشخصات بیمار و تاریخ انجام آن در کلیه رادیوگرافی های ارائه شده مانند پانورکس و سفالومتری الزامیست.	
۵	۷۰۰۰۹۰	گرافی لترال سفالومتری		
ردیف	کد	هزینه های جراحی	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۷۱۴۰/۲	کشیدن دندان قدامی (دائمی)	۱- ارسال گرافی OPG قبل از درمان جهت کشیدن بیش از ۴ دندان الزامی است	
۲	D۷۱۴۰/۱	کشیدن دندان خلفی (دائمی)		
۳	D۷۱۴۰	کشیدن هر دندان عقل		
۴	D۷۲۲۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱- ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	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	D۷۲۳۰	جراحی دندان یا ریشه نیمه نهفته در نسج سخت		شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان نمی باشد ولی نیاز به برداشتن استخوان دارد .
۶	D۷۲۴۰	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت		شامل دندانی است که به طور کامل در استخوان قرار گرفته و دارای پیچیدگی های غیر معمول به طور مثال دندان هوریزنتال و یا دندان درگیر با کانال است .
۷	D۷۳۲۱	آلوئولوپلاستی نیم فک	۱-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.۲- همراه با کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد و صرفا جهت اصلاح ریج در ناحیه بی دندانی قبل از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد .	هزینه آلوئوپلاستی در برگیرنده تمام یا بیشتر تاج بوده که توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسخ نرم ،برداشت استخوان و بخیه موضع دارد .
۸	D۷۳۴۰	عمیق کردن وستیبول نیم فک	صرفا پیش از انجام پروتز متحرک قابل پرداخت می باشد	
۹	D۷۹۶۰	فرنکتومی	مشخص نمودن ناحیه مورد عمل ضروریست	
۱۰	D۷۴۶۱	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی		
۱۱	D۷۵۱۰	بازکردن آبسه داخل دهان	با سایر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان مربوطه قابل پرداخت می باشد	
۱۲	D۹۹۳۰	درمان درای ساکت (هر جلسه)	حداکثر تا ۳ جلسه قابل پرداخت می باشد	
۱۳	D۷۹۱۰	بخیه هر ناحیه	۱-بخیه صرفا بعنوان یک عمل مستقل قابل پرداخت است و همراه با جراحیهای دهان و دندان قابل پرداخت نمی باشد. ۲-هرکوادرانت فقط هزینه بخیه یک ناحیه پرداخت می گردد.	
۱۴	D۷۲۸۰	اکسپوز کردن دندان	۱- جهت تسهیل در رویش دندان نهفته قابل پرداخت می باشد.۲-رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است	
۱۵	D۳۴۵۰	قطع کامل ریشه-به ازاء هر ریشه (آمپوتاسیون)	۱-خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.۲-ارسال رادیوگرافی قبل از درمان الزامی است.	
۱۶	D۷۲۸۶	بیوپسی از بافت نرم	ارسال گزارش پاتولوژی الزامی است	
۱۷	D۷۲۸۵	بیوپسی از بافت سخت		
۱۸	D۷۲۶۰	بستن مجاری رابط حفره سینوسی و دهان		

ردیف	کد	ترمیم	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۲۱۴۰	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج	۱-در صورت انجام دو ترمیم بر روی یک دندان به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود ۲-جهت ترمیم ۴ یا بیش از ۴دندان ارسال پانورکس قبل و فتوگرافی بعد الزامی است. ۳-هزینه بیلدآپ شامل ترمیم دندان های اندو شده ، ترمیم دندانهای با بیش از دو کاسپ ریداکت شده و ترمیم دندان های قدامی اندو شده کلاس چهار می باشدوشامل دندانهای شیری نمی گردد **نکته :** انجام کلیه خدمات ترمیمی جهت ترمیم مجدد بر روی یک دندان تا یکسال در تعهد شرکت بیمه گر نمی باشد	
۲	D۲۱۵۰	ترمیم آمالگام دو سطحی		
۳	D۲۱۶۰	ترمیم آمالگام سه سطحی		
۴	D۲۳۹۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یاکلاس پنج		
۵	D۲۳۹۲	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه		
۶	D۲۳۹۳	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار		
۷	D۲۱۶۱	ترمیم آمالگام-چهار سطحی یا بیشتر(بیلدآپ) دندان‌های دائمی		
۸	D۲۳۹۴	ترمیم کامپوزیت چهار سطحی یا بیشتر (بیلدآپ) دندان های دائمی		
۹	D۲۹۵۱	پین داخل عاج یا داخل کانال	برای هردندان حداکثر۲عددپین قابل پرداخت است	
۱۰	D۴۳۲۱	اسپلینت کامپوزیتی دندانهای لق شده (یک فک)	۱-صرفا جهت دندان های ترومانیزه و لق قابل پرداخت می باشد. ۲- ارسال فوتوگرافی یا رادیوگرافی و یا معاینه بیمار بعد از درمان الزامیست.	

ردیف	کد	درمان ریشه	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۳۲۲۰/۱	پالپوتومی اورژانس دندان دائمی		
۲	D۳۳۱۰	درمان ریشه یک کاناله	۱- ارسال رادیوگرافی حین درمان الزامیست. ۲- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان قابل پرداخت می باشد.	
۳	D۳۳۱۰/۱	درمان ریشه دو کاناله		
۴	D۳۳۱۰/۲	درمان ریشه سه کاناله		
۵	D۳۳۱۰/۳	به ازای هر کانال اضافه		
۶	D۳۳۱۰/۴	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷		
۷	D۳۳۱۰/۵	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷		
۸	D۳۳۱۰/۶	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷		
۹	D۳۳۱۰/۷	به ازای هر کانال اضافه		
۱۰	D۳۳۱۰/۸	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸		
۱۱	D۳۳۱۰/۹	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸		
۱۲	D۳۳۲۰/۱۰	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸		
۱۳	D۳۳۱۰/۱۱	به ازای هر کانال اضافه		
۱۴	D۳۳۴۶	درمان مجدد یک کاناله		
۱۵	D۳۳۴۶/۱	درمان مجدد دو کاناله		
۱۶	D۳۳۴۶/۲	درمان مجدد سه کاناله		
۱۷	D۳۳۴۶/۳	به ازای هر کانال اضافه		
۱۸	D۳۳۴۶/۴	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷		
۱۹	D۳۳۴۶/۵	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷		
۲۰	D۳۳۴۶/۶	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷		
		به ازای هر کانال اضافه		
۲۶	D۳۴۱۰	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۱ و ۲ و ۳)		
۲۷	D۳۴۲۱	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۴و ۵) ریشه اول		
۲۸	D۳۴۲۵	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی (دندان ۶ و ۷ و ۸) ریشه اول		
۲۹	D۳۴۲۶	قطع نوک ریشه یا اپیکواکتومی هر ریشه اضافی		
۳۰	D۳۴۳۰	رتروگراد-به ازاء هر ریشه		
۳۱	D۳۳۵۱	اپکسیفیکاسیون -کل جلسات (دربرگیرنده عناوین خدمات کد ۳۳۵۲- D و D-۳۳۵۳ میباشد.)		
۳۲	D۳۲۲۲	اپکسوژنزیس هر دندان	ارائه رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۳۳	D۳۳۳۳	درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement		

ردیف	کد	پریو	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۴۳۴۶-۱	جرم گیری یک فک	۱- این خدمت برای بیماران بالای ۱۰ سال در تعهد می باشد. و حداکثر یکبار در سال . در صورت نیاز به جرمگیری بیشتر ارائه درخواست و تائید جداگانه ضروری می باشد ۲-تعرفه جرمگیری یک یا دو فک توسط بهداشتکاران و پرستاران دندانپزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد	.این خدمت شامل حذف جرم های فوق و زیر لثه می باشد.
۲	D۴۳۴۶-۲	بروساژ یک فک		
۳	D۴۳۴۶	جرم گیری و بروساژ دوفک		
۴	D۴۲۴۰	فلپ ۱/۴ دهان	۱- رادیوگرافی پانورکس قبل از درمان ۲- همراه با فلپ افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.	
۵	D۴۲۴۱	فلپ ۱/۶ دهان		
۶	D۴۲۷۷	پیوند آزاد لثه (دندان اول)	ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان الزامیست .	
۷	D۴۲۷۸	پیوند آزاد لثه (دندان مجاور)		
۸	D۴۲۴۹	افزایش طول تاج crown Length	صرفا در دندان کاندید روکش قابل پرداخت بوده و برای دندانهای مجاور قابل محاسبه نمی باشد.	
۹	D۴۲۷۴	دیستال وج	.صرفا در مورد آخرین دندان هرنیم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمی باشد	
۱۰	D۳۹۲۰	همی سکشن و قطع ریشه	ارائه رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست	

ردیف	کد	پروتز	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۵۱۱۰	پروتز کامل فک بالا	ارائه فوتوگرافی کامل الزامی است (عکس بیمه شده بدون پروتز و با پروتز و عکس از پروتز)	
۲	D۵۱۲۰	پروتز کامل فک پائین		
۳	D۵۲۱۱	پارسیل آکریلی فک بالا بیش از ۳ دندان		
۴	D۵۲۱۱/۱	فلیپر تا ۳ دندان فَک بالا		
۵	D۵۲۱۲	پارسیل آکریلی فک پایین بیش از ۳ دندان		
۶	D۵۲۱۲/۱	فلیپر تا ۳ دندان فَک پایین		
۷	D۵۲۱۳	پروتز پارسیل کروم کبالت فک بالا		
۸	D۵۲۱۴	پروتز پارسیل کروم کبالت فک پایین		
۹	D۵۵۱۱	تعمیر پروتز کامل شکسته فک پایین		
۱۰	D۵۵۱۲	تعمیر پروتز کامل شکسته فک بالا		
۱۱	D۵۶۱۱	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک پایین		
۱۲	D۵۶۱۲	تعمیر پروتز پارسیل شکسته فک بالا		
۱۳	D۵۷۳۰	ریلاین پروتز فک بالا		
۱۴	D۵۷۳۱	ریلاین پروتز فک پایین		
۱۵	D۲۷۵۱	روکش PFM	۱- برای ۲واحد یا بیشتر ارائه فتوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.	
۱۶	D۶۲۴۱	پروتز ثابت (پونتیک) PFM		
۱۷	D۲۷۴۰	روکش(پرسلن یا زیرکونیوم) صرفا دندان های قدامی	۱- برای ۲واحد یا بیشتر ارائه پانورکس قبل و فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست.	
۱۸	D۶۲۴۵	پروتز ثابت (پونتیک) تمام پرسلن یا زیرکونیوم صرفا دندانهای قدامی		
۱۹	D۲۹۵۲	پست ریختگی		
۲۰	D۲۹۵۰	فایبر پست+ترمیم کامپوزیت	هزینه ترمیم جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.	
۲۶	D۹۹۴۴	نایت گارد	ارائه فوتوگرافی پس از درمان الزامیست	

ردیف	کد	اطفال	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۷۱۱۱/۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)		
۲	D۷۱۱۱	کشیدن دندان خلفی(شیری)		
۳	D۳۲۲۰	پالپوتومی دندان شیری		
۴	D۱۲۰۸	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	هر ۶ ماه یکبار قابل پرداخت می باشد	
۵	D۱۳۵۱	فیشور سیلنت هر دندان		
۶	D۱۳۵۲	ترمیم PRR (دندان دائمی)		
۷	D۲۹۳۰	روکش استینلس استیل s.s crown پیش ساخته	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست . تعرفه مذکور شامل ترمیم زیر S.S.C بوده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد .	
۸	D۲۱۴۰/۱	ترمیم آمالگام یک سطحی یا کلاس پنج اطفال		
۹	D۲۱۵۰/۱	ترمیم آمالگام دو سطحی اطفال		
۱۰	D۲۱۶۰/۱	ترمیم آمالگام-سه سطحی اطفال		
۱۱	D۲۳۹۱/۱	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنج اطفال		
۱۲	D۲۳۹۲/۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی یا کلاس سه اطفال		
۱۳	D۲۳۹۳/۱	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار اطفال		
۱۴	D۱۵۱۰	فضا نگهدار ثابت یک طرفه(SM)	معاینه بیمار یا ارائه فوتوگرافی بعد از درمان الزامیست	
۱۵	D۱۵۱۶	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک بالا (SM)		
۱۶	D۱۵۱۷	فضا نگهدار ثابت دو طرفه فک پائین (SM)		
۱۷	D۱۵۲۰	فضا نگهدار متحرک-یک طرفه		
۱۸	D۱۵۲۶	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک بالا		
۱۹	D۱۵۲۷	فضا نگهدار متحرک دو طرفه فک پائین		
۲۰	D۳۲۳۰	پالپکتومی دندان شیری قدامی		
۲۱	D۳۲۴۰	پالپکتومی دندان شیری خلفی		

ردیف	کد	ارتودنسی	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۸۰۸۰	ارتودنسی ثابت یک فک (گروه سنی بالاتر از ۱۲ سال)	ارائه رادیوگرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، فتوگرافی و معاینه بیمار قبل از انجام خدمت ، و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از چسباندن براکت ها و تحویل پلاک الزامی است.	
۲	D۸۰۹۰	ارتودنسی ثابت پیچیده یک فک		شامل موارد ارتوسرجری ، شکاف کام و لب، کانین های نهفته و ...
۳	D۸۰۸۰/۱			
۴	D۸۰۹۰/۱			
۵	D۸۰۲۰	ارتودنسی ثابت سکشنال یک فک(محدود)		شامل درمان ارتودنسی ثابت قسمتی از قوس فک
۶	D۸۰۳۰			
۷	D۸۰۴۰			
۸	D۸۰۷۰	پلاک متحرک ارتودنسی متحرک یک فک		شلمل هرکونه دستگاه متحرک ،RPE متحرک ، عادت شکن ها ، Face Mask ، چین کپ ، face bow و ...
۹	D۸۰۷۰/۱	پلاک فانکشنال		شامل کلیه پلاک های متحرک فانکشنال د رحین دوره درمان متحرک می باشد
۱۰	D۸۰۷۰/۲	توسعه عرضی فک بالا(ثابت) RPE	فتوگرافی با پلاک	به روش ثابت
۱۱	D۸۶۸۰	ریتینر ثابت یا متحرک (هرفک)		صرفا یکبار قابل بررسی و پرداخت می باشد.

ردیف	کد	ایمپلنت	شیوه نامه و ضوابط	تعاریف
۱	D۶۰۱۰	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۱- ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست. ۲- شامل جراحی مرحله اول و دوم می باشد. تبصره : تاریخ انجام گرافی پانورکس و CBCT می بایست در دوره قرارداد صورت پذیرد	
۲	D۶۰۱۰/۱	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ تا سقف		
۱۳	D۶۰۶۰	روکش متکی بر ایمپلنت (زیرکونیوم)	۱- ارائه پانورکس قبل و رادیوگرافی بعد از درمان الزامیست .	
۱۵	D۶۰۶۰/۱	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره تا سقف		

رعایت نکات زیر الزامی می باشد:

۱- تعرفه های تخصصی صرفا "به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون " متخصص مشمول حق تخصص " پرداخت می‌گردد . به عنوان مثال : در صورت کشیدن دندان توسط " جراح فک و صورت "، تعرفه تخصصی لحاظ خواهد شد و چنانچه کشیدن دندان توسط " متخصص پروتز" انجام شود ، تعرفه معادل عمومی محاسبه خواهد شد.

۲- در کلیه جراحی ها هزینه برش بافت (فلپ) و بخیه لحاظ گردیده است و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

۳- هزینه لابراتوار در خدمات محاسبه گردیده است و جداگانه قابل بررسی و پرداخت نمی باشد.

۴- منظور از اطفال ، افراد زیر ۱۰ سال تمام می باشد.

۵- فوتوگرافی :منظور از فوتوگرافی ، رویت تصویر کامل صورت بیمار بهمراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می‌باشد .

۶-رادیوگرافی در حین کار و یا بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپوتومی محاسبه می‌گردد.

۷- در بیماران باردار ارائه سونوگرافی الزامی می باشد .

۸- هزینه خدماتی که نیاز به تائید کارشناس دارند، در صورت عدم تائید غیر قابل پرداخت می‌باشد.

۹- در صورتی که فرد مراجعه کننده، کودک تا ۱۰ سال تمام باشد، ۵۰٪مبلغ جزء حرفه ای، به سرجمع مبلغ جزء حرفه ای خدمت مربوطه اضافه میگردد. بدیهی است در صورت نیاز بیمار به خدمات بیهوشی و آرام بخشی، این افزایش قابل محاسبه نمیباشد. همچنین این تبصره برای خدماتی که به طور ویژه مربوط به گروه سنی زیر ۱۰ سال است، قابل گزارش و اخذ نمیباشد. <u>این افزایش در قسمت خدمات دندانپزشکی اطفال در تعرفه اعلامی لحاظ گردیده است.</u>

۱۰- در صورت نیاز بیمار به بیهوشی و یا آرامبخشی متوسط و شدید، تعرفه بیهوشی با پایه (۳) با تکمیل چارت بیهوشی توسط متخصص مربوطه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. سایر تعدیل کننده‌ها مطابق آخرین ویرایش ابلاغی کتاب ارزش نسبی مصوب سال ۱۳۹۹ قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۱- هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی نمی‌باشد و از محل تعهدات بستری قابل پرداخت است..

۱۲- خدمات بیهوشی برای گروه‌های زیر قابل بررسی می‌باشد:* کلیه معلولین ذهنی و جسمی * در موارد phobia (ترس ذهنی) و بیماران کمتر از ۷ سال که با دندانپزشک همکاری نمی‌نمایند.

۱۳- منظور از خدمات بیهوشی در حین دندانپزشکی صرفا 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.

۱۴- حداکثر دو عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد .

۱۵- در صورت انجام خدمات دندانپزشکی، هزینه ویزیت قابل پرداخت نمی‌باشد .