



قابل توجه اعضا محترم و پرسنل گرامی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان

پیرو قرارداد منعقدہ تکمیلی درمان با سازمان نظام مهندسی ساختمان استان زنجان مقتضی است جهت پرداخت هزینه درمانی موارد ذیل در زمان ارائه فاکتور ضمیمه گردد :

(۱) جهت پرداخت هزینه عینک طبی (لنز طبی) ، کپی صفحه اول دفترچه درمان بیمار ، ارائه پرینت کامپیوتری نمره چشم به همراه نسخه پزشک دال بر تعیین نمره عینک (یا لنز) و فاکتور یا قبض پرداختی با مهر تایید مراکز عینک فروشی الزامی می باشد.

(۲) مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های پاراکلینیکی و سرپائی همچون آزمایش ، سونوگرافی، MRI ، رادیولوژی ... کپی صفحه اول دفترچه درمان بیمار، اصل فاکتور یا قبض پرداختی ، تصویر جواب خدمات پاراکلینیکی و برگه درخواست پزشک ممهور به مهر نظام پزشکی

(۳) در خصوص داروها : ریز داروها (با پرینت داروخانه مربوطه) به همراه دستور پزشک

(۴) مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های بیمارستانی در صورت مراجعه به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد : کپی صفحه اول دفترچه درمان بیمار، گواهی پزشک جهت بستری، اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر بیمارستان و قبض های پرداختی به بیمارستان ، ریز لوازم مصرفی و داروها و خدمات سرپائی و پاراکلینیکی ، کپی خلاصه پرونده ، در خصوص جراحی ارائه کپی برگ شرح عمل و برگ بیهوشی الزامی می باشد.

(۵) مدارک لازم جهت صدور معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد : کپی صفحه اول دفترچه درمان بیمار، کپی گواهی پزشک جهت بستری (تاریخ اعتبار معرفی نامه ها از تاریخ صدور فقط ۳ روز می باشد)

(۶) مهلت ارائه مدارک جهت پرداخت از تاریخ انجام خدمت حداکثر ۳ ماه می باشد.

(۷) فاکتور دندانپزشکی طبق برگه های پیوست

(۸) جدول تعهدات پشت همین صفحه به پیوست می باشد.

آدرس: خیابان جمهوری، روبروی خیابان ۷ اعتمادیه، ساختمان جزیره. شماره تماس: ۳۳۴۶۲۷۴۷ ، ۳۳۴۶۲۷۳۷

ساعات کاری دفتر: ۸ الی ۱۴ ۱۶ الی ۱۹:۳۰

پنجشنبه عصر تعطیل است

معاینه و تشخیص

توضیحات	۱۳۹۵		شرح معالجات	ردیف
	متخصص	عمومی		
	۲۳۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	ویزیت*	۱
			رادیوگرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲
			رادیوگرافی اکلوزال	۳
در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست			رادیوگرافی پانورکس	۴
در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست			رادیوگرافی لترال سفالومتری	۵

شامل معاینه کامل دهان و دندانها، تکمیل پرونده و ارائه و ثبت طرح اولیه و در صورت لزوم تجویز دارو، گرافی و آزمایش برداشت بکار در هر دوره درمان. در صورت یکی بودن معاینه کننده و درمانگر ویزیت منتهی به درمان قابل برداشت نمیباشد.

		۱۳۹۵			
ردیف	شرح معالجات	عمومی	متخصص	توضیحات	
۱	ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰		
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۵۶۰,۰۰۰	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	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۲۲۰,۰۰۰	۱,۷۱۶,۰۰۰	یک سطح اضافه میشود. در صورت ترمیم بیش از سه دندان ارسال	
۴	بیلداپ تاج با آمالگام	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	گرافی قبل و بعد الزامیست. هزینه بیلداپ در ترمیم دندان اندو شده	
۵	ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۱۵۰,۰۰۰	۱,۴۹۵,۰۰۰	MOD، ترمیم دندان با بیش از دو کاسپ ریداکت شده، ترمیم	
۶	ترمیم اچ نوری دو سطحی یا کلاس سه	۱,۲۲۰,۰۰۰	۱,۷۱۶,۰۰۰	دندان قدامی اندو شده کلاس چهار قابل پرداخت است. ارسال	
۷	ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۸۵,۰۰۰	گرافی بعد	
۸	بیلداپ تاج با کامپوزیت	۱,۶۲۰,۰۰۰	۲,۱۰۶,۰۰۰		
۹	کامپوزیت لامینیت (وینیر)	۱,۱۰۰,۰۰۰	۲,۴۷۰,۰۰۰	خارج از تعهدات بیمه پوشش کامل سطح لیثال بصرفه جهت دندان قدامی - گرافی قبل و بعد و یا تاخیر قبل	
۱۰	پین داخل عاج هر عدد	۲۲۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰	تا دو عدد در هر دندان	
۱۱	پین داخل کانال هر عدد	۲۴۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	برای هر دندان اندو شده متناسب با تعداد کانال و حداکثر تا ۲ پین	
۱۲	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۴۴۰,۰۰۰	۵۷۲,۰۰۰	صرفاً جهت دندان های تروماتیزه ولق-اسپلینت بعد از ارتو قابل پرداخت نمی باشد. گرافی بعد از درمان	

جراحی فک و صورت

ردیف	شرح معاجات	۱۳۹۵		توضیحات
		عمومی	متخصص	
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۴۶۰,۰۰۰	۵۹۸,۰۰۰	
۲	کشیدن هر دندان خلفی	۵۵۰,۰۰۰	۷۱۵,۰۰۰	
۳	کشیدن هر دندان عقل	۶۸۰,۰۰۰	۸۸۴,۰۰۰	
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	نستی از تاج با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. هزینه قلب و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. گرافی قبل و پس از عمل
۵	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۹۲۵,۰۰۰	تمام با بیشتر تاج توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم و برداشت استخوان و بخیه موضع میباشد. هزینه قلب و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. گرافی قبل و پس از عمل
۶	کیست و تومورها کوچک داخل استخوانی	۲,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	گرافی قبل و بعد از عمل
۷	آمپوتاسیون ریشه	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمیشاند. گرافی قبل از عمل
۸	آلوفولوپلاستی (هر نیم فک)	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	همراه با کشیدن قابل پرداخت نمیشاند و صرفاً قبل از انجام دست دندان گرافی قبل و بعد از درمان
۹	عمیق کردن و استیوول (هر نیم فک)	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۱۵۰,۰۰۰	ساخت از نهمات نیمه فک استخوانی بر روی منبج گرافی قبل از عمل
۱۰	فرنگتومی (تخصص فک و صورت و پریو)	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	ناخیه مورد عمل ذکر شود.
۱۱	باز کردن آپسه داخل دهان	۳۵۰,۰۰۰	۴۵۵,۰۰۰	
۱۲	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۱۷۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	
۱۳	اکسیژ کردن دندان	۱,۷۰۰,۰۰۰	۲,۵۵۰,۰۰۰	صرفاً برای تسهیل رویش دندان نهفته
۱۴	بخیه هر ناحیه	۱۸۵,۰۰۰	۱۸۵,۰۰۰	
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۱,۱۵۰,۰۰۰	۱,۷۲۵,۰۰۰	
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۱,۷۰۰,۰۰۰	۲,۵۵۰,۰۰۰	

درمان ریشه دندان

ردیف	شرح معالجات	۱۳۹۵	
		عمومی	متخصص
۱	پالپوتومی اورژانسی (دندان دائمی)	۵۵۰,۰۰۰	۷۱۵,۰۰۰
۲	درمان ریشه یک کاناله	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۶۹۰,۰۰۰
۳	درمان ریشه دو کاناله	۱,۹۵۰,۰۰۰	۲,۵۳۵,۰۰۰
۴	درمان ریشه سه کاناله	۲,۷۵۰,۰۰۰	۳,۵۷۵,۰۰۰
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۳,۱۰۰,۰۰۰	۴,۰۳۰,۰۰۰
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۸۴۶,۰۰۰
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۲,۱۰۰,۰۰۰	۲,۷۳۰,۰۰۰
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۳,۰۵۰,۰۰۰	۳,۹۶۵,۰۰۰
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۳,۴۵۰,۰۰۰	۴,۴۸۵,۰۰۰
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۱,۵۵۰,۰۰۰	۲,۰۱۵,۰۰۰
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۲,۳۰۰,۰۰۰	۲,۹۹۰,۰۰۰
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۲۹۰,۰۰۰
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۳,۷۵۰,۰۰۰	۴,۸۷۵,۰۰۰
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۱,۵۵۰,۰۰۰	۲,۳۲۵,۰۰۰
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۲,۳۰۰,۰۰۰	۳,۴۵۰,۰۰۰
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۳,۷۵۰,۰۰۰	۵,۶۲۵,۰۰۰
۱۸	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱,۶۵۰,۰۰۰	۲,۴۷۵,۰۰۰
۱۹	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۲,۵۰۰,۰۰۰	۳,۷۵۰,۰۰۰
۲۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۳,۵۰۰,۰۰۰	۵,۲۵۰,۰۰۰

توضیحات
همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمیشود.

گرافی (با حین کار با گوتتا یا فایبل) و پس از درمان

گرافی قبل و پس از درمان	۶,۲۲۵,۰۰۰	۴,۱۵۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۲۱
	۲,۶۵۵,۰۰۰	۱,۷۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲
	۴,۱۷۰,۰۰۰	۲,۷۸۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳
	۵,۱۳۰,۰۰۰	۳,۴۲۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۴
	۶,۱۵۰,۰۰۰	۴,۱۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۲۵
گرافی قبل و پس از درمان	۳,۴۵۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۲۶
	۴,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۰۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۲۷
	۴,۷۲۵,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید سه ریشه	۲۸
شامل باز کردن دندان، آماده سازی فضای کانالها، جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال و مراحل لازم برای قراردادن ماده پرکردگی نهایی ریشه همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز	۳,۱۵۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	اپکسیفیکشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲۹
	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	درمان پرفوراسیون با MTA یا Cement-cem	۳۰
	۱,۷۲۵,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	اپکسوزنزیس دندان	۳۱

پریو (جراحی لثه)

ردیف	شرح معالجات	۱۳۹۵	
		عمومی	متخصص
۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۵۵۰,۰۰۰	۵۵۰,۰۰۰
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۹۵۰,۰۰۰	۹۵۰,۰۰۰
۳	بروساژ هر فک	۱۱۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰
۴	فلپ نیم فک (۴/۱)	۲,۲۵۰,۰۰۰	۳,۵۲۵,۰۰۰
۵	فلپ ۱/۴ دهان	۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰
۶	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰
۷	همی سکشن و قطع ریشه	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰
۸	پیوند لثه یک دندان	۲,۴۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰
۹	دبستال ویچ	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۵۷۵,۰۰۰

توضیحات

برای بیماران بالای ۱۲ سال ، یکبار در سال در صورت نیاز به جرمگیری
 بیش از یکبار در سال نیاز به درخواست و تایید جداگانه

به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دربردمان سطح ریشه و
 برداشت بافت گرانولیشن گرافی بانورکس قبل از عمل

صرفاً در دندان کاندید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد

شامل جدا کردن یک دندان چند ریشه‌های به قسمت های جدا از هم داری ریشه و تاج. همچنین میتواند شامل درآوردن یک یا چند تا از آن قسمت ها

همراه با فلپ، افزایش طول تاج، ژئوپکتومی و غیره قابل پرداخت نمیشد.

این درمان در ناحیه بی دندان مجاور دندان که درگیر بیماری پریودونتال است انجام میشود. از برشهای ژئویوال برای برداشتن وج باقی استفاده
 میشود. هدف از این پروسه درمانی دسترسی و اصلاح ضایعه استخوانی زیر آن و ایجاد تطابق دقیق لیه های فلپ است. صرفاً در مورد آخرین دندان
 هر تم فک و همراه افزایش طول تاج قابل پرداخت نمیشد.

پروتزهای دندان

ردیف	شرح معالجات	۱۳۹۵		توضیحات
		عمومی	مخصص	
۱	دست دندان	۱۵,۶۰۰,۰۰۰	۲۳,۴۰۰,۰۰۰	
۲	نیم دست دندان	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	
۴	پارسیل اکریلی تا ۵ دندان	۳,۵۰۰,۰۰۰	۵,۲۵۰,۰۰۰	
۵	به ازاء هر دندان اضافه	۲۵۰,۰۰۰	۵۲۵,۰۰۰	نیاز به رویت بیمار بعد از درمان توسط دندانپزشک معتمد
۶	پروتز اکریلی تا ۲ دندان (فیلپپر)	۲,۱۰۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	
۷	ریلین هر فک	۱,۵۰۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلین داشته باشد شامل هزینه مجد نمیباشد.
۸	ریبیس هر فک	۲,۰۵۰,۰۰۰	۳,۰۷۵,۰۰۰	
۹	تعمیر پروتز شکسته	۱,۲۵۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)	۳,۶۵۰,۰۰۰	۴,۷۴۵,۰۰۰	شامل تمام جلسات (تراش و قالبگیری و ساخت تمپ امتحان فریم، امتحان پرسنل، تحویل موقت و سمان دائم)
۱۱	پروتز ثابت PFM (دندان جایگزین شونده یا pontic) هر واحد	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۹۰۰,۰۰۰	در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتوار لحاظ شده و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد
۱۲	روکش تمام پرسنل و یا زیرکونیوم	۴,۷۰۰,۰۰۰	۶,۱۱۰,۰۰۰	صرفاً در دندان قدامی، در روکش زیرکونیوم ارائه گرافتی قبل و پس از کار
۱۳	پست ریختگی	۱,۷۰۰,۰۰۰	۲,۲۱۰,۰۰۰	گرافتی قبل و بعد از کار
۱۴	فایبر پست + ترمیم	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	هزینه شامل سمان پست و ساخت Core میباشد
۱۵	پرسنل لامینیت	۴,۹۰۰,۰۰۰	۷,۳۵۰,۰۰۰	ذکر علت انتخاب درمان و رویت بیمار
۱۶	خارج کردن روکشهای قدیمی	۲۵۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	
۱۷	چسباندن روکشهای قدیمی	۲۳۰,۰۰۰	۲۳۰,۰۰۰	
۱۸	خارج کردن هر پین یا پست	۴۵۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	
۱۹	خارج کردن بریج قدیمی	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	
۲۰	چسباندن بریج قدیمی	۳۵۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	
۲۱	نایت گارد	۲,۳۰۰,۰۰۰	۲,۳۰۰,۰۰۰	

اطفال

شرح معالجات	۱۳۹۵		توضیحات
	عمومی	متخصص	
۱ کشیدن قدامی (شیری / دائمی)	۳۰۰,۰۰۰	۳۹۰,۰۰۰	
۲ کشیدن خلفی (شیری / دائمی)	۴۰۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	
۳ پالپوتومی شیری	۶۰۰,۰۰۰	۷۸۰,۰۰۰	
۴ پالپکتومی دندان شیری قدامی	۸۱۰,۰۰۰	۱,۰۵۳,۰۰۰	گرافی پس از درمان
۵ پالپکتومی دندان شیری خلفی	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۲۶۵,۰۰۰	گرافی پس از درمان
۶ فلوراید تراپی و بروساژ هر فک	۴۲۰,۰۰۰	۵۴۶,۰۰۰	
۷ فیشور سیلنت هر دندان	۷۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	پوشاندن سطح مینا که به صورت شیبایی یا مکانیکی آماده شده تا از پوسیدگی پیشگیری شود. تا سه سال پس از رویش قابل پرداخت است.
۸ روکش استیل ضد زنگ (S,S,C)	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۶۹۰,۰۰۰	گرافی پس از درمان
۹ ترمیم آمالگام کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۴۳۰,۰۰۰	
۱۰ ترمیم آمالگام دو سطحی	۱,۳۲۰,۰۰۰	۱,۷۱۶,۰۰۰	
۱۱ ترمیم آمالگام سه سطحی	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۸۵,۰۰۰	
۱۲ ترمیم اچ نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۶۳۸,۰۰۰	
۱۳ ترمیم اچ نوری دو سطحی کلاس سه	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۸۵,۰۰۰	
۱۴ ترمیم اچ نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۱,۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۸۰,۰۰۰	
۱۸ ثابت و یک طرفه (بند و لوپ) Maintainer space (SM)	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	گرافی قبل و پس از درمان
۱۹ ثابت دو طرفه (لینگویال آرچ) Maintainer space(SM)	۳,۳۵۰,۰۰۰	۵,۰۲۵,۰۰۰	گرافی قبل و پس از درمان
۲۰ متحرک Maintainer space(SM)	۲,۹۰۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	
۲۱ برآکت ثابت هر فک	۱۸,۵۰۰,۰۰۰	۲۷,۷۵۰,۰۰۰	ارائه طرح درمان، تهیه گرافی های پانورکس و لترال سفالومتری، تهیه کست تشخیصی، تهیه فوتوگرافی بیمار و تایید قبل از درمان، پلاک نگهدارنده پس از دره
۲۲ دستگاه عادت شکن	۴,۵۰۰,۰۰۰	۶,۷۵۰,۰۰۰	
۲۳ پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۷,۷۰۰,۰۰۰	۱۱,۵۵۰,۰۰۰	ارائه طرح درمان، تهیه گراف های پانورکس و لترال سفالومتری، تهیه کست تشخیصی، تهیه فوتوگرافی بیمار و تایید قبل از درمان
۲۴ ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری	۴۴,۵۰۰,۰۰۰	.	توضیحات مانند ارتو ثابت
۲۵ پلاک فانکشنال	۹,۵۰۰,۰۰۰	۱۴,۲۵۰,۰۰۰	توضیحات مانند ارتو متحرک
۲۶ استریپ هر دندان	۳۰۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	

ایمپلنت

ردیف	شرح معاملات	۱۳۹۵		توضیحات
		عمومی	متخصص	
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۴,۴۰۰,۰۰۰	۵,۷۲۰,۰۰۰	شامل حق الزحمه جراح جراحی اول و دوم. درمان ایمپلنت پیش از انعام سایر درمانهای ضروری بیمار مانند ترمیم، درمان ریشه و غیره. قابل قبول نمیباشد. ارسال گرافی پانورکس قبل و بعد و اخذ تابی قبل از کار ضروری است
۲	هزینه خرید یک واحد فیکسچر و هیلینگ طبق فاکتور تا سقف	۵,۵۰۰,۰۰۰	۵,۵۰۰,۰۰۰	شامل خرید یک واحد فیکسچر، جسیاندن label مخصوص ایمپلنت روی پرونده یا سند طبق فاکتور
۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۴,۰۰۰,۰۰۰	۵,۲۰۰,۰۰۰	
۵	پیوند استخوان برای ایمپلنت تاخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۵,۵۰۰,۰۰۰	۷,۱۵۰,۰۰۰	
۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۲,۴۰۰,۰۰۰	۳,۱۲۰,۰۰۰	شامل کلیه هزینه ها از جمله مترال و دستمزد. ارسال CBCT
۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (سه دندان)	۳,۳۰۰,۰۰۰	۴,۲۹۰,۰۰۰	
۸	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (سه دندان)	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۰۴۵,۰۰۰	
۹	سینوس لیفت به روش close همراه با بیومتریال هر طرف	۳,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰	گرافی پانورکس قبل و بعد از درمان
۱۰	سینوس لیفت به روش open همراه با بیومتریال هر طرف	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	
۱۱	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۵,۰۰۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	شامل کلیه هزینه ها از جمله لایرانوار و دستمزد
۱۲	هزینه یک واحد آنالوگ، اباتمنت، ایمپرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور	۴,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	
۱۳	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۳,۵۰۰,۰۰۰	۴,۵۵۰,۰۰۰	
۱۴	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۲۸,۰۰۰,۰۰۰	۴۲,۰۰۰,۰۰۰	
۱۵	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۳۲,۰۰۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰,۰۰۰	
۱۶	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال اتچمنت	۳۶,۰۰۰,۰۰۰	۵۴,۰۰۰,۰۰۰	
۱۷	اوردنچر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۹,۵۰۰,۰۰۰	شامل کلیه هزینه های مربوط به پروتز از جمله لایرانوار، بار، بال، دستمزد و غیره
۱۸	اوردنچر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۳۹,۰۰۰,۰۰۰	۵۸,۵۰۰,۰۰۰	
۱۹	اوردنچر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بار اتچمنت	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۷,۵۰۰,۰۰۰	