



تعرفه خدمات دندانپزشکی در مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد شرکت تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی بنیان سلامت پاسارگاد



کلیه ارقام به ریال میباشد		(تعرفه نظام پزشکی سال ۱۳۹۵)								شرح درمان	
		تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران									
توضیحات	متخصص مشمول حق تخصص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش معاینه و تشخیص	ردیف
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد		
		بخش معاینه و تشخیص									
	کلیه متخصصین	۱۷۵,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۱۳۰,۰۰۰	۸۷,۰۰۰	۷۵,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	ویزیت	۱۰۱
		۸۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	رادیوگرافی پری اپیکال	۱۰۲
		۸۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	رادیوگرافی بایت وینک	۱۰۳
		تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران									
توضیحات	متخصص مشمول حق تخصص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش جراحی فک و صورت	ردیف
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد		
		بخش جراحی فک و صورت									
	جراحی فک و صورت	۶۰۰,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	کشیدن دندان قدامی	۲۰۱
	جراحی فک و صورت	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	کشیدن دندان خلفی	۲۰۲
	جراحی فک و صورت	۹۰۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	کشیدن دندان عقل	۲۰۳
	جراحی فک و صورت	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	جراحی دندان کانین و عقل نهفته در نسج نرم	۲۰۴
	جراحی فک و صورت	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	جراحی دندان کانین و عقل نهفته در نسج سخت	۲۰۵
	جراحی فک و صورت	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	تومور های کوچک داخل استخوانی	۲۰۶
	ناحیه مورد عمل نکر شود.	۱,۶۲۰,۰۰۰	۱,۱۳۰,۰۰۰	۹۷۰,۰۰۰	۳,۲۵۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	فرنگتومی	۲۰۷
	با سفر خدمات مانند پالپوتومی یا اندو روی دندان قابل پرداخت نیست	۴۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	بازکردن آیبسه داخل دهان	۲۰۸
		۴۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	درمان درای ساکت	۲۰۹
		۹۰۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت نرم	۲۱۰
		۱,۱۰۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	بیوپسی از بافت سخت	۲۱۱
	-	۱۲۵,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	بخیه	۲۱۲



**تعرفه خدمات دندانپزشکی در مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد
شرکت تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی بنیان سلامت پاسارگاد**



(تعرفه سال ۱۳۹۵)

کلیه ارقام به ریال میباشد		تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران								شرح درمان	
توضیحات	متخصص مشمول حق تخصص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش دندانپزشکی ترمیمی	ردیف
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد		
در صورت تکرار ترمیم کمتر از یکسال دلائل شکست ذکر شود	ترمیمی	۱,۲۰۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام یک سطحی	۳۰۱
جهت ترمیم بیش از 5 دندان ارسال رادیوگرافی OPG قبل و بعد الزامی است.	ترمیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۳۰۲
	ترمیمی	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۰۸۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳۰۳
-	ترمیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۳۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	۷۸۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰	بیلدآپ آمالگام	۳۰۴
	ترمیمی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی	۳۰۵
	ترمیمی	۱,۶۵۰,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	۹۹۰,۰۰۰	۳,۳۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی	۳۰۶
	ترمیمی	۱,۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۳۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰	۳,۸۰۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	۷۸۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی	۳۰۷
-	-	۱,۸۵۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰	بیلدآپ کامپوزیت	۳۰۸
پوشش کامل سطح لبیان - صرفاً جهت دندان قدامی		۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	کامپوزیت لامینت (ونیر)	۳۰۹
حداکثر 2 عدد در هر دندان		۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	پین داخل عاج و کانال هر عدد	۳۱۰
هزینه شامل سمان پست و ساخت CORE می باشد.	پروتز-ترمیمی	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	فایبر پست	۳۱۱
صرفاً جهت دندان های تروماژده و لوق- اسپلینت بعد از ارتودنسی قبل پرداخت نمی باشد ارسال گرافی بعد از درمان الزامی است		۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	اسپلینت کامپوزیت هردندان	۳۱۲
-	-	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	کف بندی	۳۱۳

**تعرفه خدمات دندانپزشکی در مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد
شرکت تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی بنیان سلامت پاسارگاد**

طرح اشتراک
گروهی و انفرادی

(تعرفه سال ۱۳۹۵)

کلید ارقام به ریال میباشد		تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران								شرح درمان	
توضیحات	متخصص مشمول حق تخصص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش اندو (درمان ریشه)	ردیف
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد		
همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قبل پرداخت می باشد	متخصص اندو	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۱	پالپوتومی اورژانسی (دندان دائمی)
ارائه گر لثی حین کار با گونا با فلپل و پس از درمان	متخصص اندو	۱,۱۰۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۴۰۲	درمان ریشه یک کانال
	متخصص اندو	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱,۲۶۰,۰۰۰	۱,۰۸۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	۱,۲۵۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۴۰۳	درمان ریشه دو کانال
	متخصص اندو	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۴	درمان ریشه سه کانال
	متخصص اندو	۳,۳۰۰,۰۰۰	۲,۳۱۰,۰۰۰	۱,۹۸۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۴۰۵	درمان ریشه چهار کانال
	متخصص اندو	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۶	درمان مجدد یک کانال
	متخصص اندو	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۷	درمان مجدد دو کانال
	متخصص اندو	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۸	درمان مجدد سه کانال
	متخصص اندو	۳,۲۵۰,۰۰۰	۲,۲۷۰,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۹	درمان مجدد چهار کانال
	متخصص اندو	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۱۰	اپکسیفیکیشن هر ریشه دندان دائمی
	متخصص اندو	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۴۱۱	اپکسوزنرزیس هر دندان
-	-	۲۵۰,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۴۱۲	کلیسم هیدروکساید

کلید ارقام به ریال میباشد		تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران								شرح درمان	
توضیحات	متخصص مشمول حق تخصص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش پرو (بیماری های لثه)	ردیف
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد		
شامل حذف همه پلاک میکروبی، جرم های فوق و زیر لثه و صاف کردن سطح ریشه های باشد برای بیماران بالای ۱۲ سال در تمام است و تکرار جرمگیری کمتر از ۶ ماه قبل پرداخت نیست		۱,۱۰۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۱	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)
		۳۷۰,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰	۲۳۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۵۰۲	بروساز دو فک
صرفاً در دندان کلانید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد	پرو	۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۳	افزایش طول تاج همراه با فلپ
	پرو - فک و صورت - اندو	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۴	همی سکشن و قطع ریشه
همراه با فلپ، افزایش طول تاج، ژئوپلاستی و غیره قبل پرداخت نمی باشد	پرو	۹۰۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۵۰۵	ببوند لثه یک دندان
نیم فک و همراه افزایش طول تاج قبل پرداخت نمی باشد.	پرو	۱,۱۰۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۶	دیستال وج



بنیان سلامت
پاسارگاد

**تعرفه خدمات دندانپزشکی در مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد
شرکت تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی بنیان سلامت پاسارگاد**



(تعرفه سال ۱۳۹۵)

توضیحات	مشمول حق تخصص	تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران								شرح درمان		ردیف
		سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				هزینه لابراتوار بعده بیمار میباشد	بخش پروتز	
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد			
	پروتز	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱,۰۰۰,۰۰۰	۷,۷۰۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	۲۲,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	دست دندان	۶۰۱
	پروتز	۷,۵۰۰,۰۰۰	۵,۲۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	نیم دست دندان	۶۰۲
	پروتز	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پلاک کروم کبالت هر فک	۶۰۳
	پروتز	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۶۰۴
	پروتز	۴,۵۰۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۹,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	به ازاء هر دندان اضافه	۶۰۵
در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلاین داشته باشد هزینه بر عهده دندانپزشک معالج می باشد	پروتز	۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	ریلاین هر فک	۶۰۶
ضوابط مانند PFM می باشد.	پروتز	۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۵۷۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	۱,۱۲۰,۰۰۰	۹۶۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	ریبیس هر فک	۶۰۷
نیاز به گرافی قبل از درمان دارد.	پروتز	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	تعمیر پروتز شکسته	۶۰۸
شامل تمام جلسات تراش و قالبگیری و ساخت تمپ، امتحان فریم، امتحان پرسنل، تحویل موقت و سمان دائم) نیاز به گرافی پس از تراش و قبل یا پس از سمان دارد. در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتوار لحاظ شده و جداگانه از بیمار دریافت نخواهد شد.	پروتز - ترمیمی	۳,۷۵۰,۰۰۰	۲,۶۲۵,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	پروتز ثابت PFM هر احد دندان پایه	۶۰۹
گرافی قبل و بعد از کار	پروتز - ترمیمی	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	پست ریختگی	۶۱۰
صرفاً در دندان های فلزی در روکش زیورکروم از راه گرافی قبل و پس از کار	پروتز - ترمیمی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۳,۲۵۰,۰۰۰	۲,۲۷۵,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	روکش تمام پرسنل و یا زیرکونیوم	۶۱۱
	پروتز	۳,۵۰۰,۰۰۰	۲,۴۵۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	مریلند بریج	۶۱۲
پس از تکمیل دندانپزشک معتمد	پروتز - ترمیمی	۴,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۳,۲۵۰,۰۰۰	۲,۲۷۵,۰۰۰	۱,۹۵۰,۰۰۰	۶,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	پرسنل لامینیت	۶۱۳
		۴۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	-	چسباندن روکش های قدیمی	۶۱۴
	پروتز - اندو	۴۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	-	خارج کردن روکشهای قدیمی	۶۱۵

توجه: پرداخت هزینه لابراتوار در زمانهای پروتز ثابت و متحرک به عهده بیمار میباشد.



طرح اشتراک
گروهی و انفرادی

**تعرفه خدمات دندانپزشکی در مطب ها و درمانگاه های طرف قرارداد
شرکت تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی بنیان سلامت پاسارگاد**



بنیان سلامت
پاسارگاد

(تعرفه سال ۱۳۹۵)

کلیه ارقام به ریال میباشد		تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران								شرح درمان	کد ۷۰۰
توضیحات	مشمول حق تخصیص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش اطفال	
		%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد		
	اطفال	۴۵۰,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	کشیدن قدامی (شیری/دائمی)	۷۰۱
	اطفال	۶۰۰,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	کشیدن خلفی (شیری/دائمی)	۷۰۲
	اطفال	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پالپوتومی شیری	۷۰۳
	اطفال	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	فلوراید تراپی و پروسازهر فک	۷۰۴
تاسه سال پس از رویش قابل پرداخت است.	اطفال	۷۵۰,۰۰۰	۵۲۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	فیشر سیلنت هر دندان	۷۰۵
نیاز به گرافی قبل و پس از درمان دارد.	اطفال	۱,۷۵۰,۰۰۰	۱,۲۲۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	روکش استیل ضد زنگ (s.s.c)	۷۰۶
	اطفال	۱,۲۵۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام یک سطحی	۷۰۷
	اطفال	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام دو سطحی	۷۰۸
	اطفال	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰	۷۷۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲,۲۰۰,۰۰۰	ترمیم آمالگام سه سطحی	۷۰۹
	اطفال	۱,۷۵۰,۰۰۰	۱,۲۲۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۳,۵۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۲,۴۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی	۷۱۰
	اطفال	۱,۹۵۰,۰۰۰	۱,۳۶۰,۰۰۰	۱,۱۷۰,۰۰۰	۳,۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	۷۸۰,۰۰۰	۲,۶۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت دو سطحی	۷۱۱
	اطفال	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰	ترمیم کامپوزیت سه سطحی	۷۱۲



طرح اشتراک
گروهی و انفرادی

تعرفه خدمات دندانپزشکی در مملب ها و درمانگاه های طرف قرارداد شرکت تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی بنیان سلامت پاسارگاد



بنیان سلامت
پاسارگاد

(تعرفه سال ۱۳۹۵)

کلیه ارقام به ریال میباشد	تعرفه خدمات دندانپزشکی و سهم پرداختی بیماران								شرح درمان	کد ۸۰۰		
	توضیحات	مشمول حق تخصص	سهم پرداختی بیمار (تخصصی)				سهم پرداختی بیمار (عمومی)				بخش ارتودنسی	
			%۵۰	%۳۵	%۳۰	تعرفه آزاد	%۵۰	%۳۵	%۳۰			تعرفه آزاد
تولید قبل از درمان	ارتودنسی-اطفال	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۴,۹۰۰,۰۰۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی متحرک هر فک	۸۰۱	
تولید قبل از درمان	ارتودنسی	۲۲,۵۰۰,۰۰۰	۱۵,۷۵۰,۰۰۰	۱۳,۵۰۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۲,۲۵۰,۰۰۰	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت یک فک	۸۰۲	
تولید قبل از درمان	ارتودنسی	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۵۰۰,۰۰۰	۲۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۹,۲۵۰,۰۰۰	۱۶,۵۰۰,۰۰۰	۵۵,۰۰۰,۰۰۰	ارتودنسی ثابت دو فک	۸۰۳	

ردیف	رعایت نکات ذیل الزامی می باشد:
۱	رادیوگرافی در حین کار و بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر این صورت معادل پالپوتومی 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 وجهی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان و غیره ممنوع و فرانشیز (سهم بیمار) براساس تعرفه های مذکور مبنای پرداختی بیمار خواهد بود.
۷	هزینه درمان ارتودنسی پس از ارائه رادیوگرافی O.P.G در حین درمان یا ویزیت بیمار در حین درمان، قابل پرداخت می باشد.
۸	هزینه ارتودنسی به همکاران دندانپزشک عمومی فقط در شهرستان هایی که متخصص ارتودنسی وجود ندارد، پرداخت می گردد.

ایمپلنت جزء پوشش خدمات دندانپزشکی قابل ارائه توسط شرکت تعاونی به اعضاء خود نبوده ولی جهت ارائه امتیاز ویژه به اعضاء در لیست تعرفه ها با یک قیمت واحد برای هر واحد ایمپلنت کره ای به مبلغ ۱۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال و ایمپلنت سوئیسی به مبلغ ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال توافق شده است.