



دفترچه راهنمای اسناد پزشکی قرارداد بیمه تکمیلی

۱۴۰۱/۰۲/۳۰ لغایت ۱۴۰۰/۰۲/۳۱



بیمه ایران

شرکت خدمات بیمه ای فرجام پوشش  
کد: ۳۰۹۸ شماره ثبت: ۳۳۹۹۹۲۰

به نام خدا

بیمه شده گرامی

با سلام؛

به استحضار می‌رساند مندرجات این راهنما، ناظر بر مسائل کلی قرارداد بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث گروهی کارکنان محترم «دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید بهشتی» می‌باشد، لذا لازم است بیمه‌شدگان محترم کلیه مندرجات این راهنما را مطالعه نموده و جهت رفع ابهامات احتمالی با کارشناسان این شرکت تماس حاصل فرمایند. بیمه‌شدگان محترم می‌توانند با مراجعه و ثبت نام در قسمت سامانه بیمه‌شدگان (سامانه سدا) به نشانی: <https://darman.iraninsurance.ir/dms-cas/login> از روند پرونده خود و میزان هزینه انجام شده و مبلغ قابل پرداخت مطلع گردند.

آدرس کارشناس مستقر در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی:

ولنجک-بلوار دانشجو-خیابان اعرابی-ستاد دانشگاه - ساختمان شماره ۱ - طبقه همکف

تلفن کارشناس: داخلی (۲۴۵۳) 23872453 \* ۲۲۴۳۹۸۲۶ - ۰۹۹۲۷۴۰۶۶۰۲

نشانی دفتر مرکزی شرکت خدمات بیمه‌ای فرجام پوشش:

سیدخندان-نیش سهروردی شمالی-پلاک ۸۲۹-طبقه دوم-واحد های ۱۰ و ۸، ۵، ۷

تلفن کارشناسان: ۸۸۵۱۳۱۳۸ و ۲-۸۸۵۴۶۴۶۱

(پوشش ها و تعهدات بیمه درمان تکمیلی)

ردیف	عنوان پوشش	حداکثر تعهدات طرح همگانی (ریال)	حداکثر تعهدات طرح نقره ای (ریال)	حداکثر تعهدات طرح طلایی (ریال)			
۱	هزینه های بستری طبی و جراحی، رادیوتراپی، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day-Care تبصره: اعمال جراحی Day Care به جراحی هایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک روز باشد. (هزینه همراه افراد کمتر از ۱۰ سال و بالاتر از ۷۰ سال در بیمارستان ها)	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰			
۲	افزایش سقف تعهدات برای هزینه اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان (با احتساب بند ۱)	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۴/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰			
۳	صرفاً جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روانپزشکی (هزینه نگهداری بیماران روانپزشک تحت پوشش نمی باشد)	*	۴۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰			
۴	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین	*	۷۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰			
۵	هزینه های درمان نازایی و ناباروری شامل: اعمال جراحی مرتبط و اقدامات درمانی شامل میکرواینجکشن ، IUI, ZIFT, GIFT و IVF	*	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۷۰/۰۰۰/۰۰۰			
۶	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۱ شامل: انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی سربایی عروق محیطی و چشم، انواع سونوگرافی، انواع اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان ایزوتوپ)، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰			
۷	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۲ شامل انواع آندوسکوپی، ERCP، خدمات تشخیصی قلب و عروقی شامل نوار قلب، انواع اکو کاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی مانند (اسپیرومتری - PFT و ...)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (NCV - EMG)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم (مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری، باکی متری، پنتاکم و ...)، خدمات تشخیصی گوش (مانند تمپانومتری، انواع دیومتری و ...)						
۸	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۳ (آزمایش ها) خدمات آزمایشگاهی (به استثنای مارکرهای جنینی) پاتولوژی، تستهای آلرژیک، ژنتیک پزشکی (به استثنای آزمایشات ژنتیک جنین و غربالگری ژنتیک والدین)						
۹	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۴ خدمات غربالگری جنینی و تشخیص و درمان ناهنجاری های جنینی شامل: اکوی قلب جنین، مارکر های جنینی و آزمایش های ژنتیک جنین						
۱۰	هزینه های پاراکلینیکی گروه ۵ (توان بخشی): فیزیوتراپی (PT)، گفتار درمانی (ST)، کاردرمانی (OT)						
۱۱	هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند: شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی				۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰
۱۲	جبران هزینه های رفع عیوب انکساری دو چشم مانند لیزیک، لازک، PRK، RK، PHAKIC یا کارگذاری رینگ قرنیه یا لنز داخل چشمی و هزینه لنز آرتیزان (طبق فاکتور رسمی و معتبر) - هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک				*	۳۵/۰۰۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰/۰۰۰

			بینی ، دور بینی ، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ( درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه آستیگمات ) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد . برای هر چشم نصف سقف مندرج
۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	*	جبران هزینه ویزیت، دارو ( براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیر بستری
۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	*	هزینه‌های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی ، جراحی لثه ، ایمپلنت ، ارتودنسی و دست دندان مصنوعی ( به استثنای اعمال زیبایی ) ، هزینه دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط هیات محترم دولت ابلاغ نشده باشد بر اساس تعرفه‌ای محاسبه و پرداخت می‌شود که به صورت سالیانه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران با هماهنگی شرکت‌های بیمه ، تنظیم و به شرکت‌های بیمه گر ابلاغ می‌نماید.
۷/۰۰۰/۰۰۰	۵/۰۰۰/۰۰۰	*	جبران هزینه عینک طبی ، لنز تماسی (صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای )
۲۵/۰۰۰/۰۰۰	۲۰/۰۰۰/۰۰۰	*	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک (یک یا دو گوش حداکثر تا سقف مندرج و صرفاً یک نوبت در هر سال بیمه ای)
۲۰/۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۰۰۰/۰۰۰	*	هزینه ی خرید اوروتز ( طبق تعرفه وزارت محترم بهداشت ) که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد. ( فهرست و تعرفه های انواع اوروتز سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران با هماهنگی شرکت بیمه تنظیم و ابلاغ می گردد )
۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	*	داروهای خوراکی بیماران خاص و صعب‌العلاج در موارد غیر بستری ، طبق تعریف وزارت محترم بهداشت از محل تعهد اعمال جراحی تخصصی
۶/۰۰۰/۰۰۰	۳/۰۰۰/۰۰۰	۱/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آمبولانس داخل شهر - هزینه آمبولانس داخل شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج
۶/۰۰۰/۰۰۰	۶/۰۰۰/۰۰۰	۲/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آمبولانس خارج شهر - هزینه آمبولانس خارج شهر و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج
۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰	*	جبران هزینه های تهیه اعضای طبیعی بدن

\*اعمال جراحی Day Care به جراحی‌هایی اطلاق می‌شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت‌های بعد از عمل در مراکز درمانی، کمتر از یک شبانه روز باشد.

1- فرانشیز برای کلیه بیمه‌شدگان اعم از تحت تکفل و غیر تحت تکفل برای طرح طلایی و نقره ای ۱۰٪ و برای طرح همگانی ۳۰٪ می باشد.

تاریخ اعتبار قرارداد ۱۴۰۰/۰۲/۳۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۲/۳۰ می‌باشد.

پوشش‌ها و تعهدات بیمه عمر زمانی و حوادث گروهی کارکنان دولت (شاغلین و بازنشستگان)

**بیمه شدگان:** عبارتند از کلیه کارکنان شاغل و بازنشسته بیمه‌گذار شامل رسمی، ثابت، پیمانی، قراردادی، موقت و عناوین مشابه آنها و افرادی که با قرارداد خرید خدمت با لحاظ نمودن بند ۷ تصویب نامه به کار اشتغال دارند.

#### تعهدات:

(۱) سرمایه بیمه برای هر نفر بیمه‌شده بابت فوت به هر علت عبارت است از مبلغ ۹۸/۸۹۱/۴۰۰ ریال

(۲) سرمایه بیمه برای هر نفر بیمه‌شده بابت نقص عضو یا از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) در اثر حادثه حداکثر مبلغ ۹۸/۸۹۱/۴۰۰ ریال

تاریخ اعتبار قرارداد ۱۴۰۰/۰۱/۰۱ لغایت ۱۴۰۰/۱۲/۲۹ می‌باشد.

#### پوشش‌ها و تعهدات بیمه عمر زمانی مازاد کارکنان دولت

**بیمه شدگان:** عبارتند از کارکنان شاغل بیمه‌گذار که توسط وی به بیمه‌گر معرفی می‌شوند.

#### تعهدات:

(۱) پرداخت غرامت عمر زمانی (فوت به هر علت) مشمول بیمه جهت هریک از بیمه‌شدگان در طول سال قرارداد ۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال است.

#### پوشش‌ها و تعهدات بیمه حوادث گروهی مازاد کارکنان دولت

**بیمه شدگان:** عبارتند از کارکنان شاغل بیمه‌گذار که توسط وی به بیمه‌گر معرفی می‌شوند.

#### تعهدات:

(۱) سقف پرداخت غرامت فوت ناشی از حوادث مشمول بیمه برای هر یک از بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد مبلغ ۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (چهارصد میلیون ریال) تعیین می‌گردد.

(۲) سقف پرداخت غرامت نقص عضو یا از کارافتادگی دائم کلی یا جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه برای هر یک از بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد حداکثر مبلغ ۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (چهارصد میلیون ریال) تعیین می‌گردد.

#### تعاریف و اصلاحات

۱- **بیمه‌گر:** شرکت سهامی بیمه ایران — مجتمع خدمات بیمه‌ای ۱۵ آبان به عنوان بیمه‌گر اصلی و شرکت خدمات بیمه‌ای فرجام پوشش به عنوان مجری قرارداد می‌باشد.

۲- **بیمه‌گذار:** شخصیت حقوقی است که بیمه‌شدگان، از طریق وی به بیمه‌گر معرفی می‌گردند و متضمن پرداخت حق بیمه در موعد مقرر در قرارداد می‌باشد.

۳- **فرانشیز:** سهمی از هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر است که تأمین آن به عهده بیمه‌شده یا بیمه‌گر پایه می‌باشد. در قراردادهای درمان تکمیلی در صورتی که بیمه‌شده در ابتدا از بیمه‌گر اول از جمله تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی استفاده نماید، غالباً درصد فرانشیز کسر نخواهد شد.

۴- **بیمه‌شده اصلی:** شخص شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می‌باشد.



- ۵- افراد تحت تکفل: افرادی که به تبع بیمه شده اصلی تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و یا خدمات درمانی قرار گرفته‌اند.  
۶- بیمه‌گر پایه: بیمه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی و یا بیمه نیروهای مسلح می‌باشد.

### کلیات

۱- تعهدات بیمه‌گر در بیمه‌های درمان تکمیلی، مزاد بر سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، و سایر سازمانهای مشابه) می‌باشد. بدین معنی که بیمه شده می‌بایست ابتدا هزینه‌های خود را از سازمانهای مربوطه دریافت و مزاد آن را مطابق تعرفه جاری کشور تا سقف مقرر در قرارداد، از بیمه‌گر تکمیلی (بیمه ایران) دریافت نمایند که در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه و یا عدم پرداخت هزینه‌ها توسط ایشان به هر دلیل، درصد فرانشیز مقرر در قرارداد از هزینه‌های مورد تعهد کسر خواهد شد و به همین دلیل نیز این بیمه به بیمه درمان تکمیلی و یا مزاد درمان مشهور می‌باشد. در صورتی که مبلغ پرداختی توسط بیمه‌گر پایه از درصد فرانشیز مقرر در قرارداد کمتر باشد، بیمه‌گر فرانشیز مقرر در قرارداد را از بیمه شده کسر خواهد نمود.

۲- افرادی که می‌توانند تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گیرند عبارتند از کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی بیمه‌گذار و اعضای خانواده ایشان که با معرفی و تأیید بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده به بیمه‌گر معرفی شده و تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار می‌گیرند منظور از اعضای خانواده: شامل همسر، فرزندان، پدر و مادر بیمه شده اصلی است.

### اعضاء خانواده شامل:

- ۱-۲ همسر دائم بیمه شده اصلی  
۲-۲ فرزندان بیمه شده اصلی مشروط بر اینکه تحت تکفل وی باشند با رعایت شرایط زیر:  
۱-۲-۲ فرزندان ذکور مجرد تا سن ۲۰ سال تمام، در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام تحت پوشش این بیمه بوده و در صورتی که در ابتدای قرارداد مشمول این بیمه‌نامه باشند پوشش بیمه‌ای ایشان تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت.  
۲-۲-۲ فرزندان اناث تا هنگام ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه‌نامه می‌باشند.  
۳-۲-۲ پدر و مادر بیمه شده اصلی که دارای بیمه‌گر پایه باشند.  
۴-۲-۲ همسر و فرزندان کارکنان اناث در صورت اعلام اسامی آنان به طور یکجا و در یک نوبت تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۳- افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به عداد بیمه‌شدگان اضافه شوند شامل:  
۱-۳ افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی از سایر سازمانها (منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر یک ماه پس از تاریخ استخدام و انتقال)

۲-۳ همسر اعضاء که ازدواج کرده‌اند و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار می‌گیرند منوط به اعلام بیمه‌گذار حداکثر ظرف یک ماه پس از تاریخ عقد یا کفالت

۳-۳ نوزادان از بدو تولد بیمه می‌باشند منوط به آنکه بیمه‌گذار لیست آنان را حداکثر تا دو ماه پس از تولد به بیمه‌گر اعلام نماید.

### نحوه پرداخت هزینه‌های درمانی

بیمه‌شدگان در انتخاب بیمارستانها و مراکز درمانی مختار می‌باشند ولی همانطور که در پیش گفته شد، در صورتی که بیمه شده به مراکز مراجعه نماید که طرف قرارداد بیمه‌گر پایه بوده و بیمه‌گر پایه سهم خود را از هزینه پرداخت نماید، الباقی هزینه در صورتی که موارد خارج از شمول تعهدات بیمه‌گر پایه و تکمیلی نباشد، براساس محاسبات تعرفه‌ای تا سقف مندرج در قرارداد پرداخت خواهد شد.

## ۱- هزینه‌های بیمارستانی

### ۱-۱ استفاده از بیمارستانهای طرف قرارداد

بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور مختار است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه‌گر تسلیم کند. لیکن در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر، نیازی به اخذ معرفی نامه یا مراجعه حضوری به بیمه‌گر نبوده و بیمه‌شدگان می‌توانند با ارائه اصل کارت ملی و دستور پزشک در مراکز درمانی طرف قرارداد از خدمات و تعهدات این بیمه‌نامه استفاده نمایند لذا اولویت، استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشد. (فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه‌گر به نشانی [www.Iraninsurance.ir](http://www.Iraninsurance.ir)) (قسمت مراجع درمانی طرف قرارداد) مراجعه نمایید.

### مزایای استفاده از بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد

- ۱- بیمار صرفاً فرانشیز مقرر در قرارداد را پرداخت می‌نماید.
- ۲- با توجه به اینکه تعرفه‌های توافق شده شرکت بیمه با بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد، کمتر از هزینه آزاد می‌باشد، میزان فرانشیز و نهایتاً هزینه پرداختی توسط بیمه‌شده، کمتر خواهد بود.

\*لازم به ذکر است در راستای امر خدمت رسانی به بیمه‌شدگان عزیز سامانه درمان الکترونیک (سدا) در مراجع درمانی بستری و سرپایی طرف قرارداد در سراسر کشور با تعداد بالغ بر ۱۲۰۰۰ مرکز با اهداف زیر راه اندازی شده است:

- ۱- عدم نیاز مراجعه بیمه‌شده به شعب بیمه ایران
- ۲- پذیرش بیمه‌شده صرفاً با کد ملی و ارائه دفترچه بیمه‌گر پایه، یا در صورت نداشتن دستور پزشک در دفترچه اصل دستور پزشک در نسخ سربرگ با ارائه کارت ملی در طول شبانه روز
- ۳- ارسال پیامک به بیمه‌شده در زمان دریافت خدمت از مراجع درمانی

### نحوه پیگیری هزینه‌های درمانی:

#### ۱- از طریق سامانه بیمه درمان شرکت خدمات بیمه‌ای فرجام پوشش:

بیمه‌شدگان می‌توانند از طریق «سامانه پیگیری هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان» با مراجعه به سایت این شرکت به نشانی: [darman.farjampoushesh.com](http://darman.farjampoushesh.com) علاوه بر مشاهده سوابق هزینه‌های درمانی خود از میزان کسورات هزینه و نقص احتمالی در پرونده آگاهی یابند.

#### ۲- از طرق سامانه سدا شرکت سهامی بیمه ایران:

بیمه‌شدگان می‌توانند با ثبت نام در قسمت سامانه بیمه‌شدگان (سامانه سدا) به نشانی: <https://darman.iraninsurance.ir/dms-cas/login> از وضعیت پرونده خود آگاهی یابند.

\*هزینه‌هایی که قبل از مراجعه به مرجع درمانی نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر (قبل از عمل) بوده و نیاز به صدور معرفی نامه را دارند به شرح زیر می‌باشند:

در مواردی که بیمه‌شدگان محترم کاندید انجام جراحی‌های بینی، سپتوپلاستی، فتق یا هرنی شکمی، بلفاروپلاستی (جراحی پلک) و پتوز، جراحی مرتبط با چاقی مفرط (بای پس معده، اسلیو، گاسترودنودوپلاستی و آبدومینو پلاستی و لیپوساکشن و

عوارض آن و...، ماموپلاستی (جراحی کاهشده توده سینه‌ها) و عوارض آن، استراییسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی ترمیمی اسکارهای قدیمی در هر جای بدن، جراحی فک و کورتاژ تخلیه‌ای، هزینه همراه افراد بین 10 تا 70 سال در بیمارستان‌ها و اتاق خصوصی می‌باشند، لازم است قبل از انجام اعمال مذکور (با معرفی‌نامه و یا به صورت آزاد) بیمار جهت تأییدیه همراه با مستندات مربوطه به پزشک معتمد بیمه‌گر مراجعه نماید. بدیهی است در صورتی که اعمال جراحی مذکور بدون نظر پزشک معتمد بیمه‌گر انجام پذیرد، هزینه مربوطه مورد تأیید بیمه‌گر نخواهد بود.

بیمه‌شدگان در صورت عدم استفاده از مراکز طرف قرارداد می‌بایست با در دست داشتن مدارک زیر به نماینده این شرکت مستقر در «دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی» مراجعه نمایند.

### مدارک لازم:

- ۱- فتوکپی دفترچه بیمه‌گر پایه (مانند سازمان بیمه سلامت - سازمان بیمه تأمین اجتماعی و ...)
- ۲- تصویر کارت ملی برای بیمه‌شده اصلی و در مواردی که بیمار بیمه‌شده اصلی نباشد لازم است فتوکپی صفحه اول شناسنامه بیمار و صفحه اول و دوم شناسنامه بیمه‌شده اصلی اخذ گردد.
- ۳- گواهی پزشک معالج مبنی بر اعلام نام بیمار، تاریخ بستری، تاریخ عمل جراحی، نوع عمل و یا علت بستری بیمار در بیمارستان و یا درخواست اعمال تشخیصی یا تشخیصی درمانی که به مهر و امضاء پزشک معالج ممهور گردیده است.

### نکات بسیار مهم:

\* چنانچه بیمه‌شده از معرفی‌نامه یا از طریق سامانه (سدا) شرکت سهامی بیمه ایران استفاده نماید به هیچ عنوان نباید هیچگونه حق‌الزحمه جداگانه‌ای به پزشک معالج و بیمارستان پرداخت نماید و فقط فرانشیز مقرر در قرارداد می‌بایست پرداخت گردد و در صورت پرداخت مبالغ اضافی تحت هر عنوانی، این‌گونه موارد مورد قبول بیمه‌گر نخواهد بود.

### ۲-۱ استفاده از بیمارستانهای غیرطرف قرارداد

چنانچه بیمارستان، طرف قرارداد بیمه ایران نباشد و یا به هر دلیلی بیمه‌شده از معرفی‌نامه استفاده ننماید، یا بیمارستان و پزشک از پذیرش معرفی‌نامه خودداری نماید (حتی اگر بیمارستان طرف قرارداد بیمه ایران باشد) و به عبارتی بیمارستان تمامی هزینه‌ها را از بیمار اخذ نمایند، بیمه‌شده می‌بایست کلیه مدارک بیمارستانی و ضمیمه مربوطه را از بیمارستان اخذ و به ترتیب زیر عمل نماید:

۱- بیمه‌شده می‌تواند در صورت ارایه و تایید انصراف از اخذ سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی) اصل اسناد پزشکی را به نماینده این شرکت ارایه نماید و لیکن در صورتی که خواهان اخذ سهم بیمه‌گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی) باشد می‌بایست به سازمانهای مربوطه مراجعه نماید. در این صورت، اصل مدارک به سازمانهای مزبور ارائه شده و کپی برابر اصل شده کلیه مدارک بیمارستانی توسط بیمه‌گر پایه، به همراه حواله دریافتی و یا اصل گواهی از بیمه‌گر پایه حاوی مبلغ پرداختی (به تفکیک مبلغ پرونده بیمارستانی و مبلغ لوازم مصرفی) که از طریق پورتال سازمان‌های بیمه‌گر تهیه می‌گردد، به این شرکت ارائه نماید.

۲- قابل توجه می‌باشد در صورتیکه بیمه‌شده از اخذ سهم بیمه‌گر پایه انصراف داده باشد به هیچ وجه، اصل مدارک اسناد پزشکی به ایشان قابل عودت نخواهد بود.

### مدارک شناسائی لازم جهت دریافت هزینه‌های بیمارستانی غیر طرف قرارداد:

- تصویر شناسنامه صفحه اول و دوم بیمه‌شده اصلی و بیمار

- تصویر کارت ملی بیمه شده اصلی و بیمار
- تصویر صفحه اول دفترچه معتبر درمان بیمه گر پایه مربوط به بیمه شده اصلی و بیمار

### نکته بسیار مهم:

برابر مصوبات شورای عالی بیمه، در کلیه قراردادهای بیمه درمان تکمیلی، در صورت مراجعه بیمار به بیمارستانهای غیر طرف قرارداد، پرداخت هزینه‌ها از سوی بیمه گر تکمیلی (بیمه ایران)، براساس اصل همترازی انجام می‌پذیرد. بدین معنی که تسویه صورت حساب در این موارد براساس تعرفه‌های فی مابین شرکت بیمه گر با بیمارستان‌های طرف قراردادی که از نظر ارزشیابی و درجه بندی، مشابه بیمارستان محل درمان بیمار می‌باشد، انجام خواهد گرفت و یا به عبارت دیگر بیمه گر تکمیلی براساس همان تعرفه‌ای عمل خواهد نمود که بیمه شده از معرفی نامه بیمه گر استفاده می‌نمود.

### ۲- هزینه‌های پاراکلینیکی

در خصوص هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپائی تحت پوشش این قرارداد، محاسبه هزینه‌های پاراکلینیکی و اعمال جراحی سرپایی، بر اساس تعرفه اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور برای بخش دولتی و خصوصی در پرداخت خسارت‌های مستقیم و حداکثر معادل تعرفه‌های اعلام شده از طرف بیمه ایران در پرداخت خسارت‌های غیرمستقیم می‌باشد همچنین بیمه شدگان محترم می‌توانند با مراجعه به مراکز طرف قرارداد از جمله مراکز تصویربرداری و سونوگرافی، آزمایشگاهها، مراکز دندان پزشکی و ... با ارائه اصل کارت ملی بیمار و دستور پزشک معالج از طریق سامانه «سدا» از خدمات ویژه این مراکز استفاده نمایند و یا راساً نسبت به پرداخت هزینه‌ها اقدام نموده و مدارک زیر را به این شرکت ارائه نمایند:

- ۱- تصویر صفحه اول دفترچه معتبر درمان بیمه گر پایه مربوط به بیمه شده اصلی و بیمار
- ۲- اصل قبض پرداختی بابت هزینه‌های پاراکلینیکی ممهور به مهر و امضاء مرکز ارائه دهنده خدمات. (کپی برابر اصل و المثنی مورد قبول نمی‌باشد)
- ۳- تصویر جواب خدمات پاراکلینیکی.
- ۴- دستور پزشک معالج مبنی بر انجام خدمات پاراکلینیکی ممهور به مهر پزشک در دفترچه بیمه گر پایه.

### نکات:

- 1- در خصوص هزینه عینک، ارائه برگه تعیین نمره کامپیوتری چشم و اصل دستور پزشک متخصص ممهور به مهر پزشک و عینک ساز در دفترچه بیمه یا نسخ سربرگ پزشک و یا اپتومتریست ممهور به مهر اپتومتریست به همراه اصل فاکتور خرید ممهور به مهر عینک سازی الزامی است.
- 2- در مورد نسخ الکترونیک، اخذ و ضمیمه نمودن رسید پوز بانکی، صرف نظر از مبلغ هزینه اجباری است
- 3- در مورد ویزیت و خدمات ارائه شده توسط پزشکان، حتما باید چاپ نسخه از سامانه ی نسخه ی الکترونیک ارائه شود در غیر این صورت، ارائه ی کپی نسخه در سربرگ پزشک با درج کد رهگیری روی آن، ضروری است. در صورت درج مبلغ روی سربرگ پزشک، ۲ بار ممهور به مهر پزشک معالج گردد. در خصوص ویزیت پزشکان که در درمانگاه انجام می‌پذیرد حتماً می‌بایست فیش درمانگاه علاوه بر مهر درمانگاه، ممهور به مهر پزشک معالج نیز باشد.
- 4- در مورد نسخ الکترونیک دارو و پاراکلینیک، به شرط ارائه ی چاپ نسخه از سامانه ی نسخه ی الکترونیک در خصوص خدمات انجام شده و یا فاکتور از سامانه ی مرجع با درج کد رهگیری روی آن، ضمیمه بودن نسخه ی پزشک (دستور انجام خدمت یا تحویل دارو) اجباری نیست.



- ۵- در هر صورت، موقتاً نسخ الکترونیک (کل نسخ تأمین اجتماعی و در صورت اشکال در پنل بیمه ی سلامت، هر دو مورد) بدون استعلام از سامانه ی بیمه گران پایه پرداخت می شود.
- ۶- بدیهی است؛ در مورد نسخی که روی برگه های باقیمانده از دفترچه ی قبلی بیماران و یا روی سربرگ پزشک نوشته شده است (نسخ الکترونیک)؛ طبق رویه ی معمول عمل می شود.
- ۷- در خصوص هزینه های مربوط به دندانپزشکی که عبارتند از عصب کشی، روکش، جراحی دندان و ترمیم ارائه عکس OPG قبل و بعد از کار انجام شده (بابت عصب کشی، روکش، جراحی: به ازای هر واحد دندان (ارائه عکس الزامیست)؛ بابت ترمیم: به ازای ۴ واحد دندان و بیشتر، ارائه عکس الزامیست) و در مورد هزینه های ارتودنسی، ایمپلنت و دست دندان، ضمن اخذ تاییدیه از پزشک معتمد بیمه ایران به لیست جدول شماره (۱) مراجعه گردد، و بایگانی عکس های مذکور در پرونده بیمار نزد شرکت بیمه الزامی می باشد، لذا بیمه شده می بایست پس از اتمام مراحل درمان، و با در نظر گرفتن مهلت تحویل مدارک جهت دریافت هزینه مراجعه نماید.
- ۸- در خصوص جبران هزینه سمعک ارائه دستور پزشک جهت انجام ادیومتری و تصویر جواب مربوطه الزامیست.  
\* بیمار می بایست ابتدا جهت تأیید هزینه خرید سمعک اصل سمعک به همراه جعبه، شماره سریال سمعک، کارت گارانتی، فاکتور خرید را به پزشک معتمد بیمه گر ارائه نماید. سپس جهت اخذ سهم بیمه گر پایه (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی) به سازمانهای مربوطه مراجعه و پس از دریافت اصل گواهی مبلغ قابل پرداخت از بیمه گر پایه به این شرکت مراجعه نماید.
- ۹- در خصوص هزینه های فیزیوتراپی حتماً می بایست توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص (مغز و اعصاب - ارتوپد) تجویز و توسط فیزیوتراپیست انجام پذیرد.  
\* ارائه فاکتور مربوطه حاوی تعداد و تاریخ جلسات، مضمون به مهر و امضاء فیزیوتراپیست الزامیست.
- ۱۰- در خصوص هزینه اورژانس، ارائه برگ ترخیص اورژانس (خلاصه پرونده اورژانس) الزامی است.
- ۱۱- در خصوص هزینه آمبولانس، ارائه صورتحساب بیمارستان و خلاصه پرونده بستری الزامی است.
- ۱۲- در خصوص هزینه های پاراکلینیکی ۹۰٪ هزینه ای که وزارت بهداشت به عنوان تعرفه دولتی، غیردولتی یا خصوصی تعیین نموده به بیمه شده پرداخت می گردد نه هزینه ای که پزشک یا مرکز درمانی از بیمار اخذ نموده لذا بیمه شده می بایست در انتخاب مرکز ارائه دهنده خدمات دقت نموده و ترجیحاً از مراکز طرف قرارداد بیمه گر پایه با بیمه گر تکمیلی جهت هزینه های پاراکلینیکی استفاده نماید.
- ۱۳- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۲ ماه بعد از ترخیص بیمه شده از بیمارستان و حداکثر یک ماه پس از دریافت چک بیمه گر پایه و در مورد هزینه های پاراکلینیکی حداکثر یک ماه بعد از انجام آن خواهد بود.
- ۱۴- در مورد اعمال جراحی سرپائی، اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل جراحی ممهور به مهر و امضاء پزشک. جهت پرداخت هزینه های سرپایی از جمله گچ گیری و شکستگی ها، ارائه رادیولوژی و در مورد برداشتن هر ضایعه پوستی که جنبه درمانی دارد و اکسیژون لیپوم ارائه گزارش پاتولوژی الزامی می باشد.
- ۱۵- در خصوص هزینه های گفتار درمانی و کار درمانی ارائه دستور پزشک ممهور به مهر متخصص مغز و اعصاب یا متخصص کودکان و نوزادان در دفترچه بیمه، فاکتور هزینه انجام شده ممهور به مهر مرکز مربوطه به تکفیک تعداد جلسات انجام شده با ذکر مدت زمان انجام کار به همراه جواب نوار مغز بیمار الزامی می باشد.
- ۱۶- به کلیه بیمه شدگان یا بیمه گذار در ازای ارائه مدارک رسید ارائه گردیده که جهت پیگیری هزینه درمانی، ارائه رسید مدارک الزامی می باشد.

#### استثنائات


- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد
- ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
- ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذی صلاح.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مراجع ذی صلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ سال تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند. مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی و از کارافتادگی کلی.
- ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
- ۱۷- کلیه هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است.

تعارف خدمات دندانپزشکی شرکت سهامی بیمه ایران در تهران

قابل اجرا از تاریخ ۱۳۹۹/۰۵/۰۱ لغایت ۱۴۰۰/۰۵/۰۱

ردیف	نوع خدمات (معاینه و تشخیص)	تعارف عمومی (به ریال)	تعارف تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعارف تخصصی	توضیحات
۱	ویزیت و طرح درمان	۳۲۴۰۰۰۰	۴۹۲۰۰۰۰	کلیه تخصصی 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	رادیوگرافی پری اپیکال و بایت وینگ	۲۵۱۰۰۰۰	۲۵۱۰۰۰۰	---	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.
۳	رادیوگرافی آکلوزال	۴۱۳۰۰۰۰	۴۱۳۰۰۰۰	---	
۴	رادیوگرافی پانورکس (صرفا دیجیتال)	۶۲۵۰۰۰۰	۶۲۵۰۰۰۰	---	در کلیه گرافی های پانورکس و سفالومتری درج مشخصات بیمار و تاریخ الزامیست.
۵	رادیوگرافی لترال سفالومتری	۶۲۵۰۰۰۰	۶۲۵۰۰۰۰	---	

ردیف	نوع خدمات (جراحی)	تعارف عمومی (به ریال)	تعارف تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعارف تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن هر دندان قدامی	۱۰۷۰۰۰۰۰	۱۳۶۰۰۰۰۰	---	
۲	کشیدن هر دندان خلفی	۱۳۵۰۰۰۰۰	۱۷۲۰۰۰۰۰		

1

۳	کشیدن هر دندان عقل	۱۵۸۰۰۰۰۰	۱۹۶۰۰۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	قسمتی از تاج یا استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپروستال و بخیه موضع دارد. هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. گرافی قبل از درمان
۴	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج نرم	۲۷۲۰۰۰۰۰	۳۹۷۰۰۰۰۰		
۵	جراحی دندان یا ریشه نهفته در نسج سخت	۴۳۸۰۰۰۰۰	۶۳۹۰۰۰۰۰		
۶	آلوتولوبلاستی نیم فک	۲۲۴۰۰۰۰۰	۳۲۳۰۰۰۰۰		
۷	کیست و تومورهای کوچک داخل استخوانی	۳۶۸۰۰۰۰۰	۵۷۲۰۰۰۰۰		
۸	عمیق کردن وستیبول نیم فک	۳۷۲۰۰۰۰۰	۵۷۴۰۰۰۰۰		
۹	فرنکتومی	۱۹۰۰۰۰۰۰	۲۷۸۰۰۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	ناحیه مورد عمل ذکر شود.
۱۰	بازکردن آبه داخل دهان	۸۱۰۰۰۰۰۰	۹۸۰۰۰۰۰۰	جراح فک و صورت- پریو	با سایر خدمات مانند پالپتومی با اندو روی دندان قابل پرداخت نیست.
۱۱	درمان درای ساکت (هر جلسه)	۵۱۰۰۰۰۰۰	۵۱۰۰۰۰۰۰	---	



2

۱۲	اکسپوز کردن دندان	۲,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پروتو- اطفال	جهت تسریع رویش دندان نیاز به گرافی قبل از عمل دارد و همراه چسباندن براکت پرداخت نمی شود.
۱۳	بخیه هر ناحیه	۴۸۰,۰۰۰	۴۸۰,۰۰۰	---	بعنوان 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	آمپوتاسیون ریشه	۲,۸۷۰,۰۰۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- پروتو	خدمت مستقل بوده و همراه کشیدن دندان قابل پرداخت نمی باشد.
۱۵	بیوپسی از بافت نرم	۲,۱۴۰,۰۰۰	۳,۱۴۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پروتو	ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
۱۶	بیوپسی از بافت سخت	۲,۲۳۰,۰۰۰	۴,۶۸۰,۰۰۰	جراح فک و صورت- بیماری های دهان- پروتو	

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	۲,۰۶۰,۰۰۰	۲,۶۱۰,۰۰۰	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 آندو شده MOD ترمیم دندان های با بیش از دو کاسپ ریداکت شده، ترمیم دندان قدامی آندو شده کلاس چهار قابل پرداخت است. <b>معاینه رندوم بیمار توسط دندانپزشک معتمد</b>
۲	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۴۸۰,۰۰۰	۳,۱۳۰,۰۰۰	ترمیمی	
۳	ترمیم آمالگام سه سطحی	۲,۷۰۰,۰۰۰	۳,۴۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۴	بیلداپ تاج یا آمالگام	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۹۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۵	ترمیم کامپوزیت نوری کلاس پنج یا یک سطحی	۲,۲۳۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۶	ترمیم کامپوزیت نوری دو سطحی یا کلاس سه	۲,۶۷۰,۰۰۰	۳,۴۰۰,۰۰۰	ترمیمی	
۷	ترمیم کامپوزیت نوری سه سطحی یا کلاس چهار	۲,۹۳۰,۰۰۰	۳,۷۶۰,۰۰۰	ترمیمی	
۸	بیلداپ تاج یا کامپوزیت	۳,۳۲۰,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰	ترمیمی	
۹	پین داخل عاج هر عدد	۴۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	ترمیمی	
۱۰	پین داخل کانال هر عدد	۵۶۰,۰۰۰	۵۶۰,۰۰۰	ترمیمی	



3

۱۱	اسپلینت کامپوزیت هر دندان	۸۳۰,۰۰۰	۱,۰۷۰,۰۰۰	ترمیمی اطفال- فک و صورت	صرفاً جهت دندان های تروماتیکه ولق- اسپلینت بعد از ارتودنسی قابل پرداخت نمی باشد.
----	---------------------------	---------	-----------	-------------------------	--

ردیف	نوع خدمات (آندو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پالپوتومی اورژانسی (دندان دائمی)	۱,۱۰۰,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	متخصص آندو	همراه با درمان ریشه توسط همان دندانپزشک قابل پرداخت نمی باشد.
۲	درمان ریشه یک کاناله	۲,۸۲۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	متخصص آندو	گرافی در حین کار با گوتا یا فایل و پس از درمان
۳	درمان ریشه دو کاناله	۴,۲۲۰,۰۰۰	۵,۲۶۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۴	درمان ریشه سه کاناله	۵,۹۲۰,۰۰۰	۷,۲۶۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۵	درمان ریشه چهار کاناله	۶,۷۱۰,۰۰۰	۸,۳۲۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۶	درمان ریشه یک کاناله دندان ۷	۲,۹۵۰,۰۰۰	۳,۶۸۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۷	درمان ریشه دو کاناله دندان ۷	۴,۳۲۰,۰۰۰	۵,۲۶۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۸	درمان ریشه سه کاناله دندان ۷	۶,۲۰۰,۰۰۰	۷,۷۰۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۹	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۷	۷,۰۶۰,۰۰۰	۸,۷۷۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۰	درمان ریشه یک کاناله دندان ۸	۳,۲۴۰,۰۰۰	۴,۰۲۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۱	درمان ریشه دو کاناله دندان ۸	۴,۷۵۰,۰۰۰	۵,۸۷۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۲	درمان ریشه سه کاناله دندان ۸	۶,۲۲۰,۰۰۰	۸,۱۳۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۳	درمان ریشه چهار کاناله دندان ۸	۷,۶۶۰,۰۰۰	۹,۵۲۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۴	درمان مجدد یک کاناله	۳,۲۶۰,۰۰۰	۴,۶۹۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۵	درمان مجدد دو کاناله	۴,۹۲۰,۰۰۰	۶,۹۷۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۶	درمان مجدد سه کاناله	۷,۰۴۰,۰۰۰	۹,۸۶۰,۰۰۰	متخصص آندو	
۱۷	درمان مجدد چهار کاناله	۸,۰۸۰,۰۰۰	۱۱,۳۲۰,۰۰۰	متخصص آندو	



4

متخصص آندو	۴,۹۸۰,۰۰۰	۳,۵۵۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۷	۱۸	
متخصص آندو	۷,۴۶۰,۰۰۰	۵,۳۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۷	۱۹	
متخصص آندو	۱۰,۴۰۰,۰۰۰	۷,۴۵۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۷	۲۰	
متخصص آندو	۱۲,۰۷۰,۰۰۰	۸,۵۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۷	۲۱	
متخصص آندو	۵,۴۴۰,۰۰۰	۳,۸۹۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه یک کاناله دندان ۸	۲۲	
متخصص آندو	۸,۳۶۰,۰۰۰	۵,۹۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه دو کاناله دندان ۸	۲۳	
متخصص آندو	۱۱,۱۷۰,۰۰۰	۸,۰۷۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه سه کاناله دندان ۸	۲۴	
متخصص آندو	۱۲,۷۵۰,۰۰۰	۹,۲۰۰,۰۰۰	درمان مجدد ریشه چهار کاناله دندان ۸	۲۵	
متخصص آندو- فک و صورت- پرو	۷,۰۹۳,۰۰۰	۵,۰۹۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید یک ریشه	۲۶	
متخصص آندو- فک و صورت- پرو	۹,۱۶۰,۰۰۰	۶,۶۲۰,۰۰۰	رزکسیون و رتروگرید دو ریشه	۲۷	
متخصص آندو- فک و صورت- پرو	۱۰,۲۷۰,۰۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰	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 آندو- اطفال	۶,۳۶۰,۰۰۰	۴,۵۳۰,۰۰۰	ایکسفیگیشن دندان دائمی (کل جلسات)	۲۹
	متخصص آندو	۳,۵۶۰,۰۰۰	۲,۵۶۰,۰۰۰	درمان پر فوراسیون یا MTA یا cem-cement	۳۰
	متخصص آندو- اطفال	۳,۲۵۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	ایکسوزترزیس دندان	۳۱



5

ردیف	نوع خدمات (پرو)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصص مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	جرمگیری کامل هر فک (بزرگسال)	۹۵۳,۰۰۰	۹۵۳,۰۰۰	-----	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 دندان پزشکی دارای مدرک معتبر دانشگاهی ۵۰٪ دندانپزشک عمومی قابل پرداخت می باشد.
۲	جرمگیری کامل دو فک (بزرگسال)	۱,۷۲۰,۰۰۰	۱,۷۲۰,۰۰۰	-----	
	جرمگیری و بروساز کامل دو فک (بزرگسال)	۲,۰۵۰,۰۰۰	۲,۰۵۰,۰۰۰	-----	
۳	بروساز هر فک	۲۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	-----	
۴	فلپ نیم فک	۴,۶۵۰,۰۰۰	۶,۷۲۰,۰۰۰	پرو	همراه با افزایش طول تاج و غیره قابل پرداخت نمی باشد.
۵	فلپ ۱/۶ دهان	۳,۸۸۰,۰۰۰	۵,۶۵۰,۰۰۰	پرو	
۶	پیوند لثه یک دندان	۴,۵۶۰,۰۰۰	۶,۶۰۰,۰۰۰	پرو	صرفا در دندان کاندید روکش و به دندان های مجاور تعلق نمی گیرد.
۷	افزایش طول تاج همراه با فلپ	۲,۹۲۰,۰۰۰	۳,۷۲۰,۰۰۰	پرو	
۸	همی سکشن و قطع ریشه	۳,۰۲۰,۰۰۰	۴,۴۲۰,۰۰۰	پرو- فک و صورت- آندو	گرافی قبل از درمان
۹	دیستال وج	۲,۰۰۰,۰۰۰	۲,۹۱۰,۰۰۰	پرو	صرفا 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 تخصصی مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پروتز کامل دو فک	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۳,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۲	پروتز کامل یک فک	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۳	پلاک کرم کبالت هر فک	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۴	پارسیل آکریلی تا ۵ دندان	۶۶۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	پروتز	
۵	به ازای هر دندان اضافه	۶۷۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۶	پروتز آکریلی تا دو دندان (فیلیپر)	۴,۰۳۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	پروتز	
۷	ریلین هر فک	۲,۸۰۰,۰۰۰	۴,۱۲۰,۰۰۰	پروتز	در صورتیکه دست دندان قبل از یکسال نیاز به ریلین و رییس داشته باشد شامل هزینه مجدد نمی شود.
۸	رییس هر فک	۳,۸۱۰,۰۰۰	۵,۷۰۰,۰۰۰	پروتز	
۹	تعمیر پروتز شکسته	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۲۵۰,۰۰۰	---	
۱۰	پروتز ثابت هر واحد (PFM)	۷,۱۲۰,۰۰۰	۹,۱۵۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	۲ واحد و بیشتر تولید و یا گرافی (OPG) یا PA قبل و بعد از درمان
۱۱	پروتز ثابت (PFM) (دندان جایگزین شونده یا Pontic) هر واحد	۵,۸۰۰,۰۰۰	۷,۴۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۱۲	روکش تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۹,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	صرفاً در دندان های قدیمی. ارائه گرافی قبل و فتوگرافی بعد از درمان
۱۳	روکش ثابت (pontic) تمام پرسن و یا زیر کونیوم	۷,۵۰۰,۰۰۰	۹,۵۰۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	
۱۴	پست ریختگی	۳,۸۰۰,۰۰۰	۴,۷۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	گرافی قبل و بعد از درمان
۱۵	فایبر پست - ترمیم	۴,۳۶۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	پروتز - ترمیمی	هزینه شامل سمان پست و ساخت CORE می باشد.
۱۶	خارج کردن روکش های قدیمی	۵۱۰,۰۰۰	۵۱۰,۰۰۰	---	
۱۷	چسباندن روکش های قدیمی	۴۷۶,۰۰۰	۴۷۶,۰۰۰	---	
۱۸	خارج کردن هر پین یا پست	۸۸۰,۰۰۰	۸۸۰,۰۰۰	پروتز - آندو	
۱۹	خارج کردن بریج قدیمی	۸۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	---	
۲۰	چسباندن بریج قدیمی	۶۹۰,۰۰۰	۶۹۰,۰۰۰	---	



7

۲۱	نایت گارد	۵,۳۸۰,۰۰۰	۵,۳۸۰,۰۰۰	پروتز	با احتساب هزینه لابراتوار
----	-----------	-----------	-----------	-------	---------------------------

ردیف	نوع خدمات (اطفال)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصصی مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	کشیدن دندان قدامی (شیری)	۸۱۵,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	
۲	کشیدن دندان خلفی (شیری)	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱,۳۰۰,۰۰۰	اطفال	
۳	پالپوتومی دندان شیری	۱,۱۶۰,۰۰۰	۱,۵۱۰,۰۰۰	اطفال	
۴	بروساژ و فلوراید تراپی هر فک	۹۳۰,۰۰۰	۱,۱۵۰,۰۰۰	اطفال	
۵	فیشر سیلنت هر دندان	۱,۴۵۰,۰۰۰	۱,۸۵۰,۰۰۰	اطفال	پوشاندن سطح مینا که به صورت شیمیایی یا مکانیکی آماده شده تا از بوسیدگی پیشگیری شود تا سه سال پس از رویش قابل پرداخت است.
۶	روکش استیل ضد زنگ (SSC)	۲,۹۶۰,۰۰۰	۳,۷۱۰,۰۰۰	اطفال	ارائه فتوگرافی پس از درمان
۷	ترمیم آمالگام کلاس پنچ یا یک سطحی	۲,۳۵۰,۰۰۰	۲,۹۳۰,۰۰۰	اطفال	
۸	ترمیم آمالگام دو سطحی	۲,۸۱۰,۰۰۰	۳,۵۱۰,۰۰۰	اطفال	
۹	ترمیم آمالگام سه سطحی	۳,۰۶۰,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰	اطفال	
۱۰	ترمیم کامپوزیت یک سطحی یا کلاس پنچ	۲,۵۵۰,۰۰۰	۳,۲۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۱	ترمیم کامپوزیت دو سطحی کلاس سه	۲,۹۰۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰	اطفال	
۱۲	ترمیم کامپوزیت سه سطحی یا کلاس چهار	۳,۱۹۰,۰۰۰	۴,۰۵۰,۰۰۰	اطفال	
۱۳	(SM) ثابت یک طرفه (بند و لوپ)	۶,۰۹۰,۰۰۰	۸,۶۲۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۱۴	(SM) ثابت دو طرفه (لینگوآل آرچ)	۶,۳۴۰,۰۰۰	۹,۱۷۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۵	متحرک Space maintainer	۵,۸۳۰,۰۰۰	۸,۲۳۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۶	استریپ هر دندان	۵۴۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	اطفال - ارتو	
۱۷	پالپکتومی دندان شیری قدامی	۱,۶۳۰,۰۰۰	۲,۰۸۰,۰۰۰	اطفال	
۱۸	پالپکتومی دندان شیری خلفی	۲,۲۵۰,۰۰۰	۲,۸۴۰,۰۰۰	اطفال	



8

ردیف	نوع خدمات (ارتودنسی)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصصی مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	پلاک متحرک ارتودنسی هر فک	۱۲.۷۰۰.۰۰۰	۱۹.۰۰۰.۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۲	براکت ثابت هر فک	۲۹.۰۰۰.۰۰۰	۴۳.۰۰۰.۰۰۰	ارتودنسی	پس از تأیید دندانپزشک معتمد- ارائه گرافی OPG و یا سفالومتری قبل از درمان و فتوگرافی در حین درمان
۳	دستگاه عادت شکن	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۱.۲۰۰.۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	پس از تأیید دندانپزشک معتمد
۴	ارتودنسی کامل فکین در بیماران ارتوسرجری	۷۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۱۰.۰۰۰.۰۰۰	ارتودنسی	
۵	ریتینر ثابت یا متحرک (هر فک)	۴.۱۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	ارتودنسی- ترمیم	
۶	پلاک فانتکشنال	۱۵.۷۰۰.۰۰۰	۲۳.۴۰۰.۰۰۰	ارتودنسی- اطفال	

ردیف	نوع خدمات (ایمپلنت)	تعرفه عمومی (به ریال)	تعرفه تخصصی (به ریال)	نوع تخصصی مشمول تعرفه تخصصی	توضیحات
۱	جراحی یک واحد ایمپلنت (حق الزحمه جراح)	۶.۴۸۰.۰۰۰	۸.۴۷۰.۰۰۰	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	۹.۸۸۰.۰۰۰	۹.۸۸۰.۰۰۰		شامل خرید یک واحد فیکسچر و ارائه فاکتور

9

شامل کلیه هزینه ها از جمله متریل و دستمزد. ارسال CBCT قبل از درمان	۳	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری بدون ممبران تا ۳ دندان مجاور	۶.۳۶۰.۰۰۰	۸.۲۸۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۴	پیوند استخوان برای ایمپلنت تأخیری با ممبران تا ۳ دندان مجاور	۸.۷۶۰.۰۰۰	۱۱.۴۰۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۵	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (یک دندان)	۳.۶۵۰.۰۰۰	۴.۷۶۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۶	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی بدون ممبران (تا ۳ دندان)	۵.۰۴۰.۰۰۰	۶.۵۵۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (یک دندان)	۶.۳۲۰.۰۰۰	۸.۱۶۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
	۷	پیوند استخوان به همراه ایمپلنت جهت پوشش نواقص استخوانی با ممبران (تا ۳ دندان)	۷.۰۹۰.۰۰۰	۹.۲۰۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
	گرافی پانورکس قبل و بعد از درمان	۸	سیئوس لیفت به روش Close همراه بیومتریال هر طرف	۵.۱۵۰.۰۰۰	۷.۷۵۰.۰۰۰
۹		سیئوس لیفت به روش Open همراه بیومتریال هر طرف	۱۵.۶۶۰.۰۰۰	۲۰.۷۹۰.۰۰۰	پریو- فک و صورت
شامل کلیه هزینه ها از جمله لابراتوار و دستمزد ارسال گرافی OPG یا PA قبل و پس از درمان	۱۰	پروتز تک واحدی روی هر ایمپلنت	۸.۵۸۰.۰۰۰	۱۲.۹۰۰.۰۰۰	پروتز
ارسال فاکتور به نام بیمار	۱۱	هزینه یک واحد آنالوک، اپانمنت، ایمبرشن کوپینگ و غیره طبق فاکتور تا سقف	۷.۸۰۰.۰۰۰	۷.۸۰۰.۰۰۰	---
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	۱۲	پروتز جایگزین شونده (پونتیک) هر واحد	۶.۵۰۰.۰۰۰	۸.۴۰۰.۰۰۰	پروتز
	۱۳	اوردنجر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با بال انچمنت	۴۴.۴۰۰.۰۰۰	۶۶.۸۴۰.۰۰۰	پروتز
	۱۴	اوردنجر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با بال انچمنت	۵۰.۸۸۰.۰۰۰	۷۶.۴۴۰.۰۰۰	پروتز

10

۱۵	اوردنجر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با بال انچمنت	۵۷.۲۴۰۰۰۰	۸۵.۹۲۰۰۰۰	بروتز
۱۶	اوردنجر روی دو واحد ایمپلنت هر فک با پار انچمنت	۵۲.۵۰۰۰۰۰	۷۸.۷۲۰۰۰۰	بروتز
۱۷	اوردنجر روی سه واحد ایمپلنت هر فک با پار انچمنت	۶۲.۰۴۰۰۰۰	۹۳.۰۰۰۰۰۰	بروتز
۱۸	اوردنجر روی چهار واحد ایمپلنت هر فک با پار انچمنت	۷۱.۶۴۰۰۰۰	۱۰۷.۴۰۰۰۰۰	بروتز

ردیف	رعایت نکات ذیل الزامی می باشد:
۱	تعرفه خدمات دندانپزشکی در بخش های غیر خصوصی (دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه) معادل ۸۰٪ تعرفه مصوبه سندیکا تعیین می گردد.
۲	رادیوگرافی در حین کار و یا بعد از درمان RCT بایستی ضمیمه گردد. در غیر اینصورت معادل پالپتومی محاسبه می گردد.
۳	هزینه خدماتی که نیاز به تأیید کارشناس دارند، در صورت عدم تأیید غیر قابل پرداخت می باشد.
۴	حداکثر ۲ عدد رادیوگرافی جهت RCT یک دندان پرداخت خواهد شد.
۵	ارسال رادیوگرافی P.A در روکش های نایلونی صورت گیرد.
۶	تعرفه های تخصصی صرفا به دندانپزشکان با تخصص مندرج در ستون ((متخصص مشمول حق تخصص)) پرداخت می گردد. 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.
۷	اخذ هرگونه اضافه وجهی تحت عناوین مختلف از جمله کیفیت مواد، لابراتوار، دست دندان خارجی و غیره ممنوع و دندانپزشک یا مرکز درمانی فقط ملزم به دریافت فرانشیز (سهم بیمار) براساس تعرفه های توافق خواهد بود.

11

۸	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.
۹	اولویت عقد قرارداد و پرداخت هزینه ایمپلنت به متخصصین پرویو و فک و صورت و در پروتز ایمپلنت به متخصصین پروتز می باشد.
۱۰	هزینه درمان ارتودنسی پس از ارائه رادیوگرافی O.P.G، یا فتوگرافی یا ویزیت بیمار در حین درمان، قابل پرداخت می باشد.
۱۱	فوتوگرافی منظور، رویت تصویر کامل صورت بیمار به همراه تصویری واضح از خدمت یا خدمات انجام شده ضروری می باشد.
۱۱	هزینه ارتودنسی به همکاران دندانپزشک عمومی فقط در شهرستان هایی که متخصص ارتودنسی وجود ندارد، پرداخت می گردد.
۱۲	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.
۱۳	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 ۱۰,۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۱۲,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۴	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 ۴۵,۰۰۰ ریال و برای مدت زمان بیشتر از دو ساعت معادل ۸۰,۰۰۰ ریال تعیین می گردد.
۱۵	هزینه بیهوشی حین خدمات دندانپزشکی در سقف تعهد دندانپزشکی قابل بررسی و پرداخت می باشد.
۱۶	خدمات بیهوشی صرفا برای گروه های زیر قابل بررسی می باشد: * کلیه معلولین ذهنی و جسمی * در موارد phobia ( ترس ذهنی) و بیماران غیرهمکار صرفا برای سنین کمتر از ۷ سال ( منظور از بیماران غیرهمکار بیمارانی می باشند که با دندانپزشک همکاری نمی نمایند).
۱۷	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 اکتان استاندارد بیهوشی باشد.

مدیریت بیمه های اشخاص  
رجبوری

12



لیست پزشکان معتمد

جدول شماره ۱

ردیف	نام و نام خانوادگی	عنوان	تلفن	آدرس
۱	نسرین السادات اصغری	عمومی - معتمد	۷۷۸۴۰۱۲۱	خیابان دماوند - ایستگاه سبلان - جنب تالار قصر سپید - ساختمان پزشکان شهریار - طبقه ۲ - واحد ۲۰
۲	سروه مردوخ	عمومی - معتمد	۵۵۰۳۸۵۲۵	انتهای خانی آباد نو - انتهای میثاق جنوبی خیابان ۶۱ - پلاک ۱۸
۳	کمال بنی هاشمی	عمومی - معتمد	۲۲۸۶۸۷۶۹	پاسداران - ابتدای نگارستان ششم - پلاک ۵۵ - طبقه دوم - واحد ۴
۴	رقیه بارسم ممقانی	عمومی - معتمد	۴۴۰۱۰۰۵۸	حکیم غرب - بعد از پل اشرفی اصفهانی - روبروی بلوار ابوذر - جنب داروخانه ثامن - ساختمان پزشکان سپید - طبقه دوم
۵	زهرا طاهری	عمومی - معتمد	۷۶۷۰۱۹۵۱	بالا تر از فلکه اول تهرانپارس - خ ۱۵۴ شرقی - پلاک ۷۸ - ساختمان پزشکان سرتا - طبقه دوم - واحد ۶
۶	ملیحه حدیدی	عمومی - معتمد	۳۳۳۵۴۹۱۴	خ پیروزی - میدان چهارصد دستگاه - بالای داروخانه شبانه روزی شرق تهران - پلاک ۶
۷	عیسی خانمی زنوزیان	عمومی - معتمد	۸۸۲۰۸۰۳۸	میدان ونک - خ ونک - برج آسمان - ط ۹ - واحد ۹۰۵
۸	آذر رئوفی	عمومی - معتمد	۶۶۹۱۰۶۹۳	میدان انقلاب - خ آزادی - خ اوستا - خ کلهر - پلاک ۱۳۱
۹	شکوفه شیراندشت	عمومی - معتمد	۶۶۹۰۵۲۴۰	خ آزادی - خ جمالزاده جنوبی - کوچه مهدیزاده - پلاک ۳۴ - واحد ۱
۱۰	آریانا عزیزی	عمومی - معتمد	۴۴۶۶۶۱۵۷	شهرک اکباتان - بلوار اصلی فاز یک - نبش کوچه تیرداد - ساختمان نگین
۱۱	مهری عباسپور	عمومی - معتمد	۵۵۹۲۳۸۰۰	شهر ری - سه راه ورامین - به سمت میدان ط ۱ - واحد ۲
۱۲	بهرام غیثی	عمومی - معتمد	۴۴۰۰۱۳۱۴	آیت الله کاشانی - اول بهنام - پلاک ۴ - واحد ۶
۱۳	سلیمان کهن صدق	عمومی - معتمد	۶۶۹۲۳۱۸۶	بلوار کشاورز غربی - بین کارگر و جمالزاده - پلاک ۳۲۲ - ط ۱
۱۴	سیما کوشا	عمومی - معتمد	۲۲۷۰۹۲۷۷	تجریش - روبروی اداره برق - پلاک ۸۶
۱۵	رامبد کی نژاد	عمومی - معتمد	۴۶۸۸۰۰۴۰	شهر قدس - میدان قدس - کوی پرستو - ساختمان پزشکان رامان - طبقه سوم