

# 비급여 진료비용 (자선의료재단 제천시서울병원)

## I. 행위

적용일시2025.05.07

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		

### 제1장 기본진료료

#### 제1-1장 상급병실료 차액

상급병실료	상급병실료-1인실	ABZ010001	일반 1인실		180,000	200,000	×	×	시설, 면적따라 구분 (온돌+침대)	2022.01.01
-------	-----------	-----------	--------	--	---------	---------	---	---	---------------------	------------

#### 제2-1장 검체검사료

면역 검사	갑상선자극면역글로불린 [생물발광법]	CZ213		80,300			×	×		
감염 검사	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사 [현장검사]	CZ3940000		35,000			×	×		
일반 화학 검사	아밀로이드 A (SAA)	CZ242	Serum Amyloid A	60,000			×	×		2023.03.28
면역 검사	항CCP항체[IgG]	CZ432	Anti-CCP Ab	58,000			×	×		
종양 검사	CA-125[정밀면역검사]	D4311		29,780			×	×	검진목적 비급여	2025.01.01
내분비 진단 검사	항물러관호르몬[정밀면역검사]	D37300000		80,000			×	×	급여기준외 비급여	
감염 검사	코로나신속항원검사	D66200000		20,000			×	×	급여기준외 비급여	
	인플루엔자 A·B 바이러스 항원과 SARS-CoV-2 항원 동시검사 [일반면역검사] -간이검사	D66300000		40,000			×	×		
	(의뢰)호흡기바이러스검사	D6801066		130,000			×	×	급여기준외 비급여	
일반 화학 검사	(위탁)TBPE	LZ0162		8,500			×	×		
기타	니코틴 정성	LZ0324		10,000			×	×		2025.01.16
	니코틴 대사산물	LZ0325		42,000			×	×		2025.01.16
	Nicotine Metabolite	LCX372691		30,000			×	×		2025.01.16

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
<b>제2-2장. 병리검사료</b>										
유전자 검사	친자확인검사	LZ0322		770,000			×	×		2025.01.15

**제2-3장. 기능검사료**

순환기 기능 검사	동맥경화도검사	EZ8680000	맥파전달속도측정	50,000			×	×		
-----------	---------	-----------	----------	--------	--	--	---	---	--	--

**제2-4장. 내시경, 천자 및 생검료**

진정내시경	내시경수면비용- 위	EA0020000		80,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	
	내시경수면비용- 대장	EA0030000		100,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	
	내시경수면비용- 위+대장 동시	EA0030000		150,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	
	내시경수면비용- 기관지내 시경	EA0040000		100,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	

**제2-5장. 초음파 검사료**

기본초음파	단순초음파 I	EB4010000	One Point	30,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	단순초음파 II	EB4020000	Simple / Injection용	30,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
진단초음파	두경부-경부 초음파-갑상선 ·부갑상선	EB4140000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	두경부-경부 초음파-갑상선 ·부갑상선 제외한 경부	EB4150000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	흉부-유방·액와부 초음파- 일반	EB4210000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	흉부-흉벽, 흉막, 늑골 등 초 음파	EB4220000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	심장-경흉부 심초음파-단순	EB4310000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	심장-경흉부 심초음파-일반	EB4320000		150,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	초음파검사-심장-경흉부심 초음파	EB4330000		200,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	초음파검사-복부,골반-복부- 간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB4410000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
초음파검사-복부,골반-복부- 간·담낭·담도·비장·췌장-정밀	EB4420000		130,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	복부-복부 초음파-총수	EB4430001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
진단초음파	복부-복부 초음파-소장·대장	EB4440001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-복부 초음파-서혜부	EB4450001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-복부 초음파-항문	EB4470001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB4480001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신	EB4490001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-비뇨기계 초음파-방광	EB4500001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	초음파검사-복부,골반-복부·골반장기	EB4410000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭	EB4510001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭(경북부로 실시)	EB4520001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-음경	EB4530001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-음낭	EB4540001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-여성생식기 초음파-일반	EB4550001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-여성생식기 초음파-정밀	EB4570001		120,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-손가락(편측)	EB4610000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-발가락(편측)	EB4620000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-주관절(편측)	EB4630000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-숄관절(편측)	EB4640000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-고관절(편측)	EB4650000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-견관절(편측)	EB4660000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파-손목관절(편측)	EB4670000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격, 연부-관절 초음파-발목관절(편측)	EB4680000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여		
근골격, 연부-연부조직 초음파-일반	EB4700000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	근골격, 연부-연부조직 초음파-정밀	EB4710000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
진단초음파	혈관-뇌혈류 초음파	EB4810000		120,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-두개의 혈관 도플러 초음파-경동맥	EB4820000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음파-상지-동맥	EB4840000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음파-상지-정맥	EB4850000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음파-동정맥류의 혈류 및 협착 측정	EB4860000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음파-하지-동맥	EB4870000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음파-하지-정맥	EB4880000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	혈관-대동맥 도플러 초음파	EB4900000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	신경-말초신경 초음파(편측)	EB5030000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	임산부 초음파-제1삼분기-일반	EB5110000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	임산부 초음파-제2,3삼분기-일반	EB5150000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
유도 초음파	유도초음파 I	EB5610000	천자, 수술전 등	80,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	유도초음파 II	EB5620000	생검 수술중 유도 등	80,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	수술중초음파(SONO OR)(유도초음파)	EZ9850000		50,000			×	×		
특수 초음파	심장-경식도 심초음파	EB6110000		657,920			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
기타 진단 초음파	USG 응급(단일)-1부위	EB521		30,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	USG 응급(단일)-2부위	EB522		50,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

### 제3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)

뇌[뇌, 해마]	MRI기본검사(뇌-일반)	HE1010001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	MRI기본검사(안면-일반)	HE1030001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(부비동-일반)	HE1040001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
두경부	MRI기본검사(안와-일반)	HE1050001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두골-일반)	HE1060001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두하악관절-일반)	HE1070001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부-일반)	HE1080001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	MRI기본검사(경추-일반)	HE1090000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(흉추-일반)	HE1100000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(요천추-일반)	HE1110000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(척추강-일반)	HE1120000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(전척추-일반)	HE1130000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	MRI기본검사(견관절-일반)	HE1150000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(주관절-일반)	HE1160000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(수관절-일반)	HE1170000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(고관절-일반)	HE1180000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(천장골관절-일반)	HE1190000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(슬관절-일반)	HE1200000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(발목관절-일반)	HE1210000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 상지-일반)	HE1220000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 하지-일반)	HE1230000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	MRI기본검사(흉부-일반)	HE1250001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(유방-일반)	HE1260001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	MRI기본검사(복부-일반)	HE1270001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(골반-일반)	HE1280001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(췌장-일반)	HE1290001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
복부	MRI기본검사(신장 및 부신-일반)	HE1300001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(음낭 및 음경-일반)	HE1310001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(간-일반)	HE1320001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(담채관-일반)	HE1330001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(전립선-일반)	HE1340001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	MRI기본검사(뇌혈관-일반)	HE1350001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부혈관-일반)	HE1360001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(흉부혈관-일반)	HE1370001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(복부혈관-일반)	HE1380001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(사지혈관-일반)	HE1390000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(심혈관-일반)	HE1400001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	MRI기본검사(뇌-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE201		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	MRI기본검사(안면-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE203		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(부비동-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE204		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(안와-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE205		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두골-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE206		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두하악관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE207		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE208		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	척추	MRI기본검사(경추-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE209		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
MRI기본검사(흉추-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독		HE210		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
MRI기본검사(요천추-일반)-조영제 주입 전 후 촬영		HE211		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
MRI기본검사(척추강-일반)-조영제 주입 전 후 촬영		HE212		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계		MRI기본검사(견관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2150000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계	MRI기본검사(주관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2160000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(수관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2170000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(고관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2180000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(천장골관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2190000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(슬관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2200000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(발목관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2210000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 상지-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2220000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 하지-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2230000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	MRI기본검사(흉부-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE225		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(유방-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE226		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	MRI기본검사(복부-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE227		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(골반-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE228		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(체장-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE229		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(신장 및 부신-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE230		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(음낭 및 음경-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE231		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(간-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE232		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(담낭관-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE233		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(전립선-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE234		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	MRI기본검사(뇌혈관-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE235		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부혈관-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE236		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(사지혈관-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2390000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
특수검사	MRI특수검사-확산	HF1010000		250,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI특수검사-관류[3차원 자기공명영상 포함]	HF1020000		480,000			×	조영제별도	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	MRI특수검사-Dynamic[기본검사포함]	HF105		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
기타	자기공명영상-외부필름판독		촬영부위별 산정		71,280	142,560	×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	Spine MRI(NS Diagnostic)		촬영부위별 산정	200,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	외부 MRI 판독료			50,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	2025.02.25

### 제7장 이학요법료(물리치료료)

도수치료	도수치료 [1일당]	MX1220000			30,000	100,000	×	×	시간, 부위, 난이도 별 구분	2024.04.17
증식치료	Prolotherapy 증식치료(사지관절-관절부위당)	MY1420000	Prolotherapy	30,000			×	×	관절부위당	
	Prolotherapy 증식치료(척추-척추레벨당)	MY1430000	Prolotherapy	40,000			×	×	척추레벨당	

### 제9장 처치 및 수술료 등

기본 처치	가온가습고유량비강캐놀라요법(마취시)	M0046		150,000			○	×	신의료기술	2023.05.15
근골	추간판내 고주파 열치료술(IDET)	SZ0830000	고주파디스크성형	3,500,000			재료대포함	×		
	고주파열치료+PEN+풍선 확장(level A)	SZ083		4,700,000			재료대포함	×	동시수술	
	체외충격파치료[근골격계 질환]-1부위 (각부위별)	SZ0840000		40,000			마그네틱치료포함	×	각부위별	2022.02.01
	체외충격파치료-2부위이상 (각부위별)	SZ0840000		60,000			마그네틱치료포함	×	각부위별	2022.02.01
남성 생식기	포경수술	R3822	소아	150,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	포경수술	R3822	성인	200,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
신경	내시경적 경막외강 신경근성형술(EEN)	SZ6310000		4,500,000			재료대포함	×		
	경피적 척추공 성형술	SZ634		3,500,000			재료대포함	×		
	경피적 척추공 성형술+경피적 경막외강 신경성형술	SZ634		3,800,000			재료대포함	×	동시수술	
	경피적 경막외강 신경성형술(PEN)	SZ6340000			1,400,000	2,200,000	재료대포함	×	재료대별(Level 당)	
	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형	SZ6410000			2,000,000	3,000,000	재료대포함	×	재료대별(Level 당)	
응급 처치	고압산소요법	M0586	시간에 따라 구분		100,000	200,000	○	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	2025.05.07



분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		

**제10장 치과 처치·수술료**

치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	포스트코아 (기성품)		100,000	150,000	재료대포함	x		
	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (금)	150,000			재료대포함	x		
	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (금을 제외한 금속)	150,000			재료대포함	x		
	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (세라믹)	150,000			재료대포함	x		
	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ0040011	인레이 간접충전 1)골드 - 1면, 2면, 3면		300,000	400,000	재료대포함	x		
	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ0040012	인레이 간접충전 3)레진		300,000		재료대포함	x		
	광중합형 복합레진충전	U02390000	광중합형 복합레진충전 (1면)		100,000		재료대포함	x	보험급여기준외 비급여	
	광중합형 복합레진충전	U02400000	광중합형 복합레진충전 (2면)		150,000		재료대포함	x	보험급여기준외 비급여	
	광중합형 복합레진충전	U02410000	광중합형 복합레진충전 (3면이상)		200,000		재료대포함	x	보험급여기준외 비급여	
수술후처치, 치주조직처치	교합장치	UZ042		800,000			재료대포함	x		
	sealant(치아홈메우기)			30,000			재료대포함	x		
	Scaling(전악)-치석제거	UW3021047			50,000	60,000	x	x		
	Dental CT	HA413		150,000			x	x	임플란트등비급여진료시 정밀진단목적	

**제18장 치과의 보철료**

보철	Cr.Gold(A)	UW607F320	금함량 46%	600,000			○	x		2021.02.16
	Cr.PFM(구치부)	UW608F310			400,000	450,000	○	x	치아부위별	
	Cr.PFZirconia(전치부)	UW609F350		600,000			○	x	치아부위별	
	Cr.Zirconia(구치부)	UW609F350		500,000			○	x	치아부위별	
	SS Crown			130,000			○	x		
보철	Provision	UZ004		150,000			○	x		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	Resin Inlay	UZ0040012		300,000			○	x		
	Resin(치경부)			60,000			○	x		
	Resin(전치부 인접1면당)			150,000			○	x		
	Resin(전치부,Palatal)			60,000			○	x		
	Resin(구치부)			130,000			○	x		
	Resin(구치 2급)			150,000			○	x		
	Resin(소아)			100,000			○	x		
	Resin(치간이개)			300,000			○	x		
	Resin(Core)			100,000			○	x		
	보철물 장착을 위한 전단계 로 실시하는 Post Core			100,000			○	x		
임플란트	임플란트(Implant)-구치부 (zir+ccm)			1,800,000			○	x		
	임플란트(Implant)-전치부 (PMzir+ccm)			2,000,000			○	x		
	임플란트(Implant)-외래			1,200,000			○	x	21.2.16일자 적용	2021.02.16
	임플란트 식립 (overdenture)			1,200,000			○	x		
	GBR(상악동)		Small Implant	500,000			○	x		
교정	Lingual arch			300,000			○	x		
	스포츠용 스플린트(sports splint) 3개			500,000			○	x		
	턱관절 스플린트(TMD splint)			800,000			○	x		
	불소바니쉬			30,000			x	x		

**기타**

기타	보호자식			6,520			x	x		2024.01.04
기타	공기밥		식사외 별도	1,000			x	x		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	(의뢰)Biopsy 슬라이드제작 비			11,000			x	x		
	(미용)토닝			60,000			x	x	VAT별도	
	(미용)프락셀			80,000			x	x	VAT별도	
	(미용)점제거술		레이저(개당)	5,000			x	x	VAT별도	
	(미용)보톡스		부위별	50,000			x	x	VAT별도	
	(미용)필러		부위별	200,000			x	x	VAT별도	
	(미용)검버섯제거		면적당	100,000			x	x	VAT별도	
	골연령검사			50,000			x	x	건강검진목적	2024.03.27
	영유아발달검사(한국판덴 버발달검사)	FZ6930000			15,000	50,000	x	x	초검, 재검 구분	2025.01.13