Ⅰ. 행위

제1장 기본진료료

1-1 상급병실료 차액

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실B,S)	330,000	330,000	330,000			
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실A)	250,000	250,000	250,000			
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(1인실A)	165,000	165,000	165,000			
상급병실료 차액	1인실	ABZ01002	병실차액(1인실B)	160,000	160,000	160,000			
상급병실료 차액	1인실	ABZ01002	병실차액(1인실C)	140,000	140,000	140,000			

제2장 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
출혈, 혈전 검사	혈소판 약물 반응검사 (아스피린) [현장검사]	BZ071	혈소판약물반응검사(아스피린) [현장검사]	70,000	70,000	70,000			
출혈, 혈전 검사	혈소판 약물 반응검사 (P2Y12) [현장검사]	BZ072	혈소판약물반응검사(P2Y12) [현장검사]	127,000	127,000	127,000			
지질, 영양 관련검사	호모시스테인검사	CZ133	HOMOCYSTEINE	46,000	46,000	46,000			
효소검사	엘라스타제검사	BZ155	엘라스타제	69,000	69,000	69,000			국외검사(비급여)급여 65720-1403호
효소검사	엘라스타제검사	BZ155	Elastase-1	69,000	69,000	69,000			국외검사(비급여)급여 65720-1404호
효소검사	트립타제	BZ154	트립타제	375,600	375,600	375,600			
전기영동검사	양수 아세틸콜린에스터라제	BZ173	Acetylcholine esterase	172,500	172,500	172,500			
내분비검사	소마토스타틴	CZ194	소마토스타틴	150,000	150,000	150,000			
내분비검사	심방성나트륨이뇨펩타이드 (사람심방성나트륨배설촉진인자) α-ANP	CZ195	ANP(심방성나트륨이뇨펩타이드)	110,000	110,000	110,000			
내분비검사	DHEA	CZ199	DHEA	151,700	151,700	151,700			
내분비검사	옥시토신	CZ201	Oxytocin	110,300	110,300	110,300			
내분비검사	성호르몬결합글로불린	CZ202	SHBG(Sex Hormone Binding Globulin)	58,600	58,600	58,600			
내분비검사	PAPP-A 검사	CZ212	PAPP-A검사(NT 1차)	40,000	40,000	40,000			
내분비검사	갑상선자극면역글로불린 [생물발광법]	CZ213	Anti-TS(Thyroid Stimulating Immunoglobulin) Ab	94,500	94,500	94,500			
내분비검사	항뮬러관호르몬[불임,폐경]	CZ214	ANTI MULLERIAN HORMONE(항뮬런관호르몬-불임&폐경)	60,000	60,000	60,000			
일반화학검사	아밀로이드 A	CZ242	Amyloid	136,000	136,000	136,000			국외검사(비급여)급여 65720-1404호
약물 및 독물검사	약물동력학적 해석 및 보고	CZ371	약물동력학적 해석 및 보고 (Therapeutic Drug Monitoring Report)	10,000	10,000	10,000			
약물 및 독물검사	약물동력학적 해석 및 보고	CZ371	F/U-약물동력학적 해석 및 보고 (Therapeutic Drug Monitoring Report)	7,000	7,000	7,000			
감염증 기타 검사	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사 [현장검사]	CZ394	Influenza A,B Viral Antigen Test[screening test]	40,000	40,000	40,000			
자가면역질환검사	항신경핵항체 1형	CZ422	Paraneoplastic antibody(항신경핵 항체)	150,000	150,000	150,000			
자가면역질환검사	항CCP항체 [IgG]	CZ432	Anti CCP Ab(Anti cyclic citrullinated peptide Ab)	46,000	46,000	46,000			
자가면역질환검사	항GM1항체 [IgG]	CZ261	Anti GM1 Ab IgG	48,000	48,000	48,000			
세포면역검사	인터루킨 IL-6	CZ476	NTERLEUKIN-6(IL-6)	380,500	380,500	380,500			
분자병리검사	유전자 돌연변이검사 [유전자 염기서열검사]-NF2 유전자	CZ598	NEUROFIBROMATOSIS(NF2 gene) (유전자돌연변이검사)	468,000	468,000	468,000			
분자병리검사	유전자 돌연변이검사[기타 검사]-유전자명별-BRAF유전자,돌연변이[실시간 PCR]	CZ854	BRAF amutation	87,000	87,000	87,000			
분자병리검사	유전자형 검사-ABO 유전자	CZ897	ABO Genotype	74,000	74,000	74,000			
분자병리검사	유전자형검사-HLA-B51유전자[대립유전자특이중합효소연쇄반응법]	CZ909	HLA B51 TYPING	65,000	65,000	65,000			
분자병리검사	기타 검사-파라인플루엔자바이러스 1,2,3 [이중중합효소연쇄반응]	CZ975	Parainfluenza Virus Ag	19,280	19,280	19,280			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
분자병리검사	기타 검사-아데노바이러스 [실시간 중합효소연쇄반응]	CZ994	호흡기바이러스14종 PCR	137,000	137,000	137,000			인정기준외비급여
분자병리검사	기타 검사-인플루엔자바이러스 A&B [실시간 중합효소연쇄반응]	CZ996	Influenza A&B PCR 신종인플루엔자	161,000	161,000	161,000			
분자병리검사	기타 검사-Clostridium difficile 독소 유전자 [실시간 중합효소연쇄반응]	CZ999	Clostridium difficile Toxin Gene(Real time PCR)	98,000	98,000	98,000			
호흡기능검사	후각기능(인지 및 역치)검사	FZ671	후각검사(KVSS TEST)	15,000	15,000	15,000			
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도) -불안민감척도	FY701	불안민감척도	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도) -신경증불안평가	FY705	신경증불안평가	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(우울척도) -신경증우울평가	FY713	신경증우울평가	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타) -이화방어기제검사	FY737	이화방어기제검사	15,000	15,000	15,000			
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타) -한국판아이젱크성격검사	FY738	한국판아이젱크성격검사	15,000	15,000	15,000			
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타) -한국판성격평가척도(KPAI)	FY739	한국판성격평가척도(KPAI)	15,000	15,000	15,000			
신경계기능검사	전류인지역치(통증역치검사)	FY884	정량적감각기능검사(QST)	5,000	5,000	5,000			
신경계기능검사	자율신경계이상검사 (기립성혈압검사)	FY891	기립성혈압검사(Orthostatic Blood Pressure Test)	5,000	5,000	5,000			
신경계기능검사	자율신경계이상검사(발살바법)	FY892	발살바법 (Valsalva Maneuver)	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	자율신경계이상검사 (심박변이도검사)	FY894	심박변이도검사(Heart Rate Variabikity test)	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -각성도 및 주의력검사 -연속수행력검사 [청각]	FZ402	연속수행력검사(청각)-각성도및주의력검사유형2(02)	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -각성도 및 주의력검사 -경계력검사[청각]	FZ402	언어지속검사(AUDITORY)-각성도및주의력검사유형2(05)	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -각성도 및 주의력검사 -무시증후군검사	FZ404	무시증후군검사:총집(NEGLECT TEST) -각성도및주의력검사유형4(01)	15,000	15,000	15,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -각성도 및 주의력검사 -기호잇기검사	FZ452	TRAIL MARKING TEST(TMT)선로잇기검사	40,000	40,000	40,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -기억력검사 -단기기억력검사[시각]	FZ413	단기기억력검사(시각)	40,000	40,000	40,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -기억력검사 -단기기억력검사[청각]	FZ413	소아용 단기 기억력검사	65,000	65,000	65,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -기억력검사 -단기기억력검사[청각]	FZ413	단기기억력검사(청각)	65,000	65,000	65,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -기억력검사 -단기기억력검사[청각]	FZ402	숫자따라말하기검사(DIGIT SPAN) -각성도및주의력검사유형2(07)	20,000	20,000	20,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -언어능력검사 -단어 유창성검사	FZ424	어휘력검사-언어능력검사 유형4	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -언어능력검사 -보스톤 사물이름대기검사	FZ424	PEABODY 어휘선별검사(보스톤사물이름대기검사)	40,000	40,000	40,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -언어능력검사 -웨스턴 실어증검사		실어증검사-신경언어장애선별검사(STAND)	50,000	50,000	50,000			언어능력검사 -웨스턴실어증검사기준외비급여
신경계기능검사	신경인지기능검사 -언어능력검사 -웨스턴 실어증검사		실어증검사: SNSB동시검사-신경언어장애선별검사(STAND)	30,000	30,000	30,000			언어능력검사 -웨스턴실어증검사기준외비급여
신경계기능검사	신경인지기능검사 -지각 및 시공간능력검사 -레이 복합도형검사		레이복합도형검사	10,000	10,000	10,000			신경인지검사인정기준외비급여
신경계기능검사	신경인지기능검사 -지각 및 시공간능력검사 -좌-우 구분검사		좌-우 구분검사	10,000	10,000	10,000			신경인지검사인정기준외비급여
신경계기능검사	신경인지기능검사 -지각 및 시공간능력검사 -구성능력검사	FZ432	CDT(구성능력검사)	23,350	23,350	23,350			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -지각 및 시공간능력검사 -인식력검사[시각]	FZ431	시지각능력평가	25,000	25,000	25,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -감각운동협응검사 -시청각-운동 협응검사	FZ441	시각운동협응검사(VMI)	15,000	15,000	15,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -감각운동협응검사 -시청각-운동 협응검사	FZ441	시청각운동협응검사	10,000	10,000	10,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -전두엽 및 고위인지기능검사 -스트룹검사	FZ452	단어색채검사(WORD COLOR TEST) -전두엽,집행기능검사 유형2(3)	50,000	50,000	50,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -전두엽 및 고위인지기능검사 -논리적 사고력검사	FZ452	논리적 사고력 검사	70,000	70,000	70,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -전두엽 및 고위인지기능검사 -보속성검사	FZ451	보속성검사	5,000	5,000	5,000			
신경계기능검사	신경인지기능검사 -전두엽 및 고위인지기능검사 -실행증검사		실행증검사	10,000	10,000	10,000			신경인지검사인정기준외비급여
신경계기능검사	교육진단검사	FZ692	기초학습검사(읽기,쓰기,수학)	80,000	80,000	80,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
신경계기능검사	덴버발달검사	FZ694	덴버발달검사(DENVER DEVELOPMENTAL TEST)	26,300	26,300	26,300			
신경계기능검사	미각검사[인지 및 역치검사]	FZ710	미각검사(KVSS TEST)	5,000	5,000	5,000			미각검사[역치검사]
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도)-불안	FY701	불안민감척도	10,000	10,000	10,000			
평형 및 청각기능검사	비디오전기안진검사	FZ733	비디오전기안진검사 VIDEO-NYSTAGMOGRAPHY	143,000	143,000	143,000			시표추적검사
신장및 비뇨기과검사	BLADDER SCAN을 이용한 방광잔뇨량 측정검사	EZ754	BLADDER SCAN을 이용한 방광잔뇨량 측정검사(1일당)	27,500	27,500	27,500			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	하부체열촬영	30,000	30,000	30,000			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	상부체열촬영	30,000	30,000	30,000			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	유방체열촬영	20,000	20,000	20,000			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	전신체열촬영 EZ776	60,000	60,000	60,000			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DITI 추적검사(전신)	60,000	60,000	60,000			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DITI 추적검사(척추)	30,000	30,000	30,000			
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DITI 추적검사(기타)	20,000	20,000	20,000			
시기능검사	눈의 계측검사 (레이저간섭계 이용)	EZ797	눈의 계측검사(레이저간섭계이용)	50,000	50,000	50,000			
내분비기능검사FZ811	연속혈당측정검사	FZ811	연속혈당측정검사	106,500	106,500	106,500			
알레르기검사	운동유발시험 [답마진유발, 천식유발]	EZ846	EXERCISE TEST FOR ASTHMA PROVOCATION	40,000	40,000	40,000			
알레르기검사	주사제 약물 유발시험	EZ847	피부 약물유발 시험	50,000	50,000	50,000			
알레르기검사	주사제 약물 유발시험	EZ847	경구약물유발검사	50,000	50,000	50,000			
순환기 기능검사	동맥경화도검사 (맥파전달속도측정)	EZ868	스트레스 동맥경화협착검사(STRESS ATHEROSCLEROSIS)	30,000	30,000	30,000			
순환기 기능검사	동맥경화도검사 (맥파전달속도측정)	EZ868	동맥경화협착검사(ATHEROSCLEROSIS)	53,000	53,000	53,000			
생식, 임신 및 분만	자궁경부확대촬영검사	EZ886	CERVICOGRAPHY 1회당	30,000	30,000	30,000			
내시경			수면내시경(위)	66,000	66,000	66,000			동시 시행시 주된 수면관리료 100%, 2번째50%
내시경			수면기관지내시경	138,000	138,000	138,000			
내시경			대장내시경(수면)	105,000	105,000	105,000			동시 시행시 주된 수면관리료 100%, 2번째50%
내시경			수면경식도초음파	69,000	69,000	69,000			
기타			양수천자검사(의뢰)	500,000	500,000	500,000			
기타			양수천자검사(의뢰)-직원용	400,000	400,000	400,000			
기타			검진목적결핵반응검사 (튜베르쿨린 피피디 알티 23 에스에스아이 0.4mcg/mL, 1.5mL)	30,000	30,000	30,000			검진목적
기타			하지교정검사(간단)	10,000	10,000	10,000			미용목적
기타			하지교정검사(복잡)	20,000	20,000	20,000			미용목적
기타			INBODY(비만관리)	10,000	10,000	10,000			미용목적
기타			수면중음경팽창검사	150,000	150,000	150,000			
기타			ANTHROPOMETRY	20,000	20,000	20,000			
기타			음경팽창검사(VISUAL SEXUAL STIMULATION)	50,000	50,000	50,000			
기타			SEOUL NEUROPSYCHIATRIC BATTETY(부분)	190,000	190,000	190,000			
기타			URINE HCG(PREGNANCY TEST)	15,000	15,000	15,000			
기타			해부병리슬라이드	10,000	10,000	10,000			타병원으로 가져가는 경우
기타			자궁질도말세포병리검사-검진목적	17,240	17,240	17,240			검진목적
기타			Vitamin K	240,000	240,000	240,000			국외검사(비급여)급여 65720-1403호
기타			HBV-DNA Polymerase(정량):핵의학적방법	85,000	85,000	85,000			국외검사(비급여)급여 65720-1403호
기타			친자확인검사	550,000	550,000	550,000			국외검사(비급여)급여 65720-1403호
기타			VMA-정량,고성능 액체크로마토그라피법(PLASMA)	40,400	40,400	40,400			국외검사(비급여)급여 65720-1403호
기타			성전파성질환(Candida species)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(Gardnerella vaginalis)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(Haemophilus ducreyi)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(HSV type 1)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(Condyloma(HPV)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(HPV screening)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(HSV type 2)	34,000	34,000	34,000			
기타			성전파성질환(Treponema pallidum)	34,000	34,000	34,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
			성전파성질환(Trichomonas vaginalis)	34,000	34,000	34,000			
기타			C1 Inactivator Activity	100,000	100,000	100,000			국외검사(비급여)급여 65720-1403호
기타			alpha2-Macroglobulin	49,450	49,450	49,450			국외검사(비급여)급여 65720-1404호
기타			Neonatal TSH	10,790	10,790	10,790			
기타			마약류검사(TBPE)	5,460	5,460	5,460			
기타			약물검사-정성:정밀(Cocaine)	10,000	10,000	10,000			
기타			약물검사-정성:정밀(Opiate)	10,000	10,000	10,000			
기타			약물검사-정성:정밀(Canabinoid)	10,000	10,000	10,000			
기타			Chromosome Amniotic Fluid	469,000	469,000	469,000			국외검사(비급여)급여 65720-1408호
기타			Anti-TSB(Thyroid Stimulating Blocking) Ab	261,000	261,000	261,000			국외검사(비급여)급여 65720-1409호
기타			Trypsin	80,500	80,500	80,500			국외검사(비급여)급여 65720-1410호
기타			Nicotine	25,500	25,500	25,500			국외검사(비급여)급여 65720-1411호
기타			Nitrazepam(Mogadon)	65,000	65,000	65,000			국외검사(비급여)급여 65720-1412호
기타			Anti GQ1b IgG	48,000	48,000	48,000			국외검사(비급여)급여 65720-1413호
기타			Anti GQ1b IgM	48,000	48,000	48,000			국외검사(비급여)급여 65720-1414호
기타			RDOMS TEST(활성산소)-노화방지클리닉	66,800	66,800	66,800			노화방지클리닉
기타			BAP TEST(항산화검사)-노화방지클리닉	32,450	32,450	32,450			노화방지클리닉
기타			Vitamin B12 binding capacity	240,000	240,000	240,000			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			Triple Marker(산모)	60,000	60,000	60,000			
기타			Anti Insulin Receptor Ab	384,700	384,700	384,700			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			SLX(Sialy 1 Lex-1 Ag)	63,250	63,250	63,250			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			안지오텐신 II	160,300	160,300	160,300			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			Paraneoplastic Antibody(CZ422,CZ423,CZ424)	260,000	260,000	260,000			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			모발미네랄검사	100,000	100,000	100,000			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			HVA(Homovanilic Acid)-Blood,CSF	40,250	40,250	40,250			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			Nicotine(URINE)	7,000	7,000	7,000			금연판정비용
기타			Coxsackie virus Group B Type5(MT)	60,000	60,000	60,000			국외검사(비급여)급여 65720-1417호
기타			(유학용)결핵반응검사	30,000	30,000	30,000			검진목적
기타			환자동의후 검진목적-골밀도검사(2부위이상)	37,460	37,460	37,460			검진목적(종별가산미포함)

제2-1장. 초음파 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
초음파 검사료			족배동맥도플러	32,000	32,000	32,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			초음파(소변잔량측정) 1회	23,000	23,000	23,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			초음파(소변잔량측정) 2회이상	28,000	28,000	28,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			EXTREMITY VEIN(BILATERAL)	190,000	190,000	190,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			EXTREMITY VEIN(UNILATERAL)	127,000	127,000	127,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			EXTREMITY ARTERY(UNILATERAL)	127,000	127,000	127,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			EXTREMITY ARTERY(BILATERAL)	190,000	190,000	190,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			NECK	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			CAROTID DOPPLER	184,000	184,000	184,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			NEUROSONOGRAPHY	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			PENILE DOPPLER	138,000	138,000	138,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			FETAL MONITORING	127,000	127,000	127,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			태아정밀초음파	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			PORTABLE	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			PELVIS	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			MISCELLANEOUS SONO	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			K.U.B	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			심장초음파(재시행)	161,000	161,000	161,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			산부인과초음파(COLOR)	69,000	69,000	69,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			THYROID GLAND	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			UPPER ABDOMEN(LIVER,G.B,PANCREAS,KIDNEY,SPLEEN)	127,000	127,000	127,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			Ultrasonogram abdomen	46,000	46,000	46,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			말초혈관 도플러(편측)	86,000	86,000	86,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			기타부위	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			Ultrasonogram(OBGY)	57,000	57,000	57,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE)	69,000	69,000	69,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			안초음파(양측)	55,000	55,000	55,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			PROSTATE	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			SCROTUM	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			APPENDIX	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			BREAST SONOGRAM	115,000	115,000	115,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			양측 뇌혈관 도플러	213,000	213,000	213,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			부분 뇌혈관 도플러	144,000	144,000	144,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			경부 혈관 도플러(편측)	109,000	109,000	109,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			추적 검사Transcranial Doppler	144,000	144,000	144,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			안와 혈관 도플러	57,000	57,000	57,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			Ultrasonogram OBGY(S)	92,000	92,000	92,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			3-D Ultrasonogram	80,000	80,000	80,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO URO(KUB,SCROTUM)	69,000	69,000	69,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO URO(KUB,SCROTUM) F/U	57,000	57,000	57,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (UNILATERAL)	190,000	190,000	190,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (BILATERAL)	277,000	277,000	277,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE) F/U	57,000	57,000	57,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE외추가KIDNEY)	31,000	31,000	31,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			복부초음파(응급실용)	69,000	69,000	69,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			UTERUS SOUNDARY	12,000	12,000	12,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
초음파 검사료			안초음파(편측)	31,000	31,000	31,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			AGITATED SALINE CONTRAST ECHO	36,000	36,000	36,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO (시술중)	46,000	46,000	46,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			OTHERS SONOGRAM	69,000	69,000	69,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			중뇌경두계초음파	127,000	127,000	127,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO URO	170,000	170,000	170,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			BREAST SONOGRAM	115,000	115,000	115,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			THYROID GLAND SONOGRAM	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (UNILATERAL) SONOGRAM	103,000	103,000	103,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (BILATERAL)	190,000	190,000	190,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY	254,000	254,000	254,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			BREAST & THYROID SONOGRAM	161,000	161,000	161,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			F/U THYROID GLAND SONOGRAM	72,000	72,000	72,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			혈류 및 협착 측정 동정맥루초음파	92,000	92,000	92,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			심장초음파	231,000	231,000	231,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			양측 뇌혈관 도플러(TCD MORNITORING)	242,000	242,000	242,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO RM(단순)	34,000	34,000	34,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO RM(복합)	55,000	55,000	55,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO RM(특수)	92,000	92,000	92,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO RM(F/U)	23,000	23,000	23,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO os(단순)	46,000	46,000	46,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO os(복합)	69,000	69,000	69,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO os(특수)	92,000	92,000	92,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO os(F/U)	34,000	34,000	34,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO(단순-RH)	23,000	23,000	23,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			안구초음파	23,000	23,000	23,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			안와초음파	34,000	34,000	34,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			계측 안 초음파	57,000	57,000	57,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			PICC 카테터 삽입부위 위치확인	34,000	34,000	34,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			OTHERS A SONOGRAM(GS)	23,000	23,000	23,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			OTHERS B SONOGRAM(GS)	34,000	34,000	34,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			OTHERS C SONOGRAM(GS)	46,000	46,000	46,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			OTHERS D SONOGRAM(GS)	57,000	57,000	57,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			PTGBD SONO	115,000	115,000	115,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			ULTRASONO (시술중)	46,000	46,000	46,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료			하지혈관 도플러(PORTABLE)	24,000	24,000	24,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

제3장 영상진단 및 방사선 치료료

제3-1장. 초음파영상료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적 -두경부	HZ161	Ultrasono guided Thyroid Aspiration(내과)	167,000	167,000	167,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타	HZ161	NEEDLE ASPIRATION SONO	167,000	167,000	167,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타	HZ161	FINE NEEDLE BIOPSY SONO	167,000	167,000	167,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타	HZ161	INTRA VASCULAR ULTRA SOUND	254,000	254,000	254,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-하지	HZ161	PROSTATE NEEDLE BIOPSY SONO	213,000	213,000	213,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적 -두경부	HZ161	수술중 도플러(DOPPLER)	173,000	173,000	173,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	HZ161	ENCOR MAMMOTOME (1CM 이하)	577,000	577,000	577,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	HZ161	ENCOR MAMMOTOME (1CM 이상)	693,000	693,000	693,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	HZ161	ENCOR MAMMOTOME (추가1개당)	346,000	346,000	346,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	HZ161	수술중초음파(3CM이하)	248,000	248,000	248,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	HZ161	수술중초음파(3CM이상~5CM미만)	369,000	369,000	369,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	HZ161	수술중초음파(5CM이상)	490,000	490,000	490,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타	HZ161	중재적시술중 초음파	46,000	46,000	46,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타	HZ161	ULTRASONO GUIDED INJECT THERAPY(OS)	150,000	150,000	150,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타	HZ161	ULTRASONO URO(VAPORIZATION)	127,000	127,000	127,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타	HZ161	GS용 HD CATHTER수술유도 VESSEL ULTRASOUND	92,000	92,000	92,000	포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI ROUTINE	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA	790,000	790,000	790,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			SELLA MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			HIPPOCAMPUS MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			Brain MRI+Diffusion+Perfusion-조영제주입	832,000	832,000	832,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			Brain MRA+ICA+Diffusion+Perfusion-조영제주입	1,248,000	1,248,000	1,248,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN PERFUSION MRI(CE)	498,000	498,000	498,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,129,000	1,129,000	1,129,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+DIFFUSION	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION	1,063,000	1,063,000	1,063,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION	1,063,000	1,063,000	1,063,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA(CE)-조영제사용	903,000	903,000	903,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION+FLAIR	790,000	790,000	790,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA	790,000	790,000	790,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+PERFUSION(CE)-조영제사용	939,000	939,000	939,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,040,000	1,040,000	1,040,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION+FLAIR	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,076,000	1,076,000	1,076,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI ROUTINE(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA(CE)-조영제사용	874,000	874,000	874,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			SELLA MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
뇌[뇌, 해마]			HIPPOCAMPUS MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION	790,000	790,000	790,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA-조영제사용	880,000	880,000	880,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION-조영제사용	891,000	891,000	891,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION+FLAIR-조영제사용	891,000	891,000	891,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA(CE)-조영제사용	874,000	874,000	874,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+DIFFUSION(CE)-조영제사용	748,000	748,000	748,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION(CE):조영제 사용	784,000	784,000	784,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,221,000	1,221,000	1,221,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			TEMPORAL BONE MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			ORBIT MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			TM JOINT MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			MRI PNS	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			NECK	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			기타MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			CISS MRI	272,000	272,000	272,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			FACE MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			FACE MRI	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			NECK(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			TEMPORAL BONE MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			ORBIT MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			MRI PNS(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부			TM JOINT MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			POST OP MRI(수술후1주일이내)	189,000	189,000	189,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI CERVICAL+THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(3부위)	1,268,000	1,268,000	1,268,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI CERVICAL+THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(3부위):조영	1,379,000	1,379,000	1,379,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI C-SPINE	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI CERVICAL+THORACIC SPINE(2부위)	999,000	999,000	999,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI T-SPINE	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(2부위)	999,000	999,000	999,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI LUMBAR SPINE	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI SACRUM	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI CERVICAL+LUMBOSACRAL(2부위) (CE)	1,034,000	1,034,000	1,034,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI CERVICAL+LUMBOSACRAL(2부위)	999,000	999,000	999,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI C-SPINE(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI CERVICAL+THORACIC SPINE(2부위) (CE)-조영제사용	1,034,000	1,034,000	1,034,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI T-SPINE(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(2부위) (CE)-조영제사용	1,034,000	1,034,000	1,034,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI LUMBAR SPINE(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			MRI SACRUM(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추			동시촬영WHOLE SPINE ONLY SAGITTAL MRI	88,000	88,000	88,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI LT LOWER EXTREMITY(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI RT LOWER EXTREMITY(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ANKLE LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ANKLE RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOOT LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골격계			MRI FOOT RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			HIP JOINT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI THIGH LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI KNEE LEFT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI KNEE RIGHT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI LT LOWER EXTREMITY	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI RT LOWER EXTREMITY	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ANKLE LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ANKLE RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOOT LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOOT RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR SHOULDER LEFT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR SHOULDER RIGHT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR KNEE RIGHT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MR ARTHROGRAM +MR KNEE LEFT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI THIGH RIGHT	572,000	572,000	572,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			Wrist MRI+ARTHROGRAM	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI SHOULDER LEFT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI SHOULDER RIGHT	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HUMERUS LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HUMERUS RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ELBOW LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ELBOW RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOREARM LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOREARM RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI WRIST LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI WRIST RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HAND LEFT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HAND RIGHT	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI SACROILIAC(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI SACROILIAC	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI UPPER EXTREMITY(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI UPPER EXTREMITY	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			HIP JOINT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI THIGH LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI THIGH RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI KNEE LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI KNEE RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI SHOULDER LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI SHOULDER RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HUMERUS LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HUMERUS RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ELBOW LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI ELBOW RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOREARM LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI FOREARM RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI WRIST LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI WRIST RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골격계			MRI HAND LEFT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계			MRI HAND RIGHT(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			BRACHIAL PLEXUS Lt	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			BRACHIAL PLEXUS Rt	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			MRI BREST	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			MRI CHEST	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			BREST(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			MRI HEART(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			BRACHIAL PLEXUS Rt(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			BRACHIAL PLEXUS Lt(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			MRI CHEST(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			MRI HEART	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			MRI HEART ISCHEMIA(CE)	778,000	778,000	778,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부			CORONARY MRA(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI KIDENY OR ADRENAL(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI KIDENY & ADRENAL	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI ABDOMEN	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PELVIS	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PROSTATE	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRCP(기본영상외주위조직영상추가)	636,000	636,000	636,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PANCREAS(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PANCREAS	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PENILE & SCROTUM(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PENILE & SCROTUM	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI LIVER(CE)	736,000	736,000	736,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI LIVER	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI LIVER +CHOLANGIOGRAM(CE)	891,000	891,000	891,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI LIVER +CHOLANGIOGRAM	636,000	636,000	636,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI ABDOMEN(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PELVIS(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부			MRI PROSTATE(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			BRAIN MRA(CE)-조영제사용(ARTERY&VEIN)	623,000	623,000	623,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			CAROTID MRA+DIFFUSION	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			THORACIC MRA	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			BRAIN MRA(ARTERY)	540,000	540,000	540,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			CORONARY MRA	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			CAROTID MRA	540,000	540,000	540,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			CAROTID MRA(CE)-조영제사용	665,000	665,000	665,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			THORACIC MRA(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			ABDOMINAL MRA(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			ABDOMINAL MRA	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			EXTREMITY MRA(CE)	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관			EXTREMITY MRA	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
전신			MRI WHOLE BODY(CE)	1,135,000	1,135,000	1,135,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
전신			MRI WHOLE BODY	766,000	766,000	766,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
특수검사			BRAIN DIFFUSION	379,000	379,000	379,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
특수검사			MR SPECTROSCOPY	600,000	600,000	600,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
특수검사			MR FUNCTIONAL	719,000	719,000	719,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
특수검사			MR MYELOGRAPHY	475,000	475,000	475,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
특수검사	Dynamic		MR DYNAMIC	475,000	475,000	475,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
특수검사			MR CINE	617,000	617,000	617,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	기타		기타MRI(CE)-조영제사용	689,000	689,000	689,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1011	타병원필름판독-BRAIN MRI	98,810	98,810	98,810			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1021	타병원필름판독-Hippocampus MRI	98,810	98,810	98,810			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1031	타병원필름판독-Face MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1041	타병원필름판독-PNS MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1051	타병원필름판독-Orbit MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1061	타병원필름판독-Temporal bone MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1071	타병원필름판독-TM joint MRI	38,700	38,700	38,700			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1081	타병원필름판독-Neck MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1091	타병원필름판독-Cervical MRI	36,620	36,620	36,620			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1101	타병원필름판독-Thoracic MRI	36,620	36,620	36,620			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1110	타원필름판독료-Lumbosacral spine MRI	36,620	36,620	36,620			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1121	타병원필름판독-Myelogram MRI	36,620	36,620	36,620			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1131	타병원필름판독-흉추와요천추를 동시촬영시 요천추50%수가	18,310	18,310	18,310			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1141	타병원필름판독-경추,흉추,요천추와 동시촬영시 척추강50%수가	18,310	18,310	18,310			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1150	타원필름판독료-shoulder MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1161	타병원필름판독-Elbow MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1171	타병원필름판독-Wrist MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1181	타병원필름판독-Hip MRI	38,670	38,670	38,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1191	타병원필름판독-Sacroiliac MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1200	타원필름판독료-KNEE MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1210	타원필름판독료-ANKLE MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1221	타병원필름판독-Upper Extremity MRI	38,750	38,750	38,750			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1230	타원필름판독료-Lower Extremity MRI	38,750	38,750	38,750			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1241	타병원필름판독-Heart MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1251	타병원필름판독-Chest MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1261	타병원필름판독-Breast MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1271	타병원필름판독-Abdomen MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1281	타병원필름판독-Pelvic MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1291	타병원필름판독-Pancreas MRI	38,750	38,750	38,750			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1301	타병원필름판독-Kindey and Adrenal MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1311	타병원필름판독-Penile and Scrotum MRI	38,680	38,680	38,680			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1321	타병원필름판독-Liver MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1331	타병원필름판독-Cholangiogram MRI	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1341	타병원필름판독-Prostate MRI	39,050	39,050	39,050			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1351	타병원필름판독-Brain MRA	108,040	108,040	108,040			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1361	타병원필름판독-Neck MRA	108,040	108,040	108,040			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1371	타병원필름판독-Thoracic MRA	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1381	타병원필름판독-Abdominal MRA	38,690	38,690	38,690			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1391	타병원필름판독-Extremity MRA	38,770	38,770	38,770			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1401	타병원필름판독-Cardiovascular MRA	38,660	38,660	38,660			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HE1411	타병원필름판독-Whole body MRI	67,680	67,680	67,680			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1011	타병원필름판독-확산 DIFFUSION(BRAIN)	25,550	25,550	25,550			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1021	타병원필름판독-관류(3차원자기공명영상포함) PERFUSION	38,930	38,930	38,930			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1031	타병원필름판독-분광영상 MR Spectroscopy	25,650	25,650	25,650			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1041	타병원필름판독-영화(3차원자기공명영상포함) CINE	58,070	58,070	58,070			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1051	타병원필름판독-DYNAMIC	45,120	45,120	45,120			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1061	타병원필름판독-이중조영 DUAL CONTRAST	50,140	50,140	50,140			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF1071	타병원필름판독-기능적(3차원자기공명영상포함) FUNCTIONAL	66,850	66,850	66,850			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF2011	타병원필름판독-DIFFUSION-BRAIN(기본검사와 동시)	13,820	13,820	13,820			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF2021	타병원필름판독-PERFUSION(기본검사와 동시)	21,280	21,280	21,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타	자기공명영상-외부필름판독	HF2031	타병원필름판독-MR Spectroscopy(기본검사와 동시)	14,550	14,550	14,550			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타			(비급여)도타렘주 10ML	34,808	34,808	34,808			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
기타			(비급여)가도비스트주사프리필드시린지 7.5ML	70,000	70,000	70,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

제5장 주사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
주사료	알레르겐 면역요법	KZ001	주사료(알레르겐 면역요법)	1,150	1,150	1,150			종별가산미포함
주사료			영양제수액수기료	23,000	23,000	23,000			
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation):Round needle	50,000	50,000	50,000	포함	포함	*신의료기술신청
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation): 두부위이상	27,500	27,500	27,500	포함	포함	*신의료기술신청
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation): 한부위	16,500	16,500	16,500	포함	포함	*신의료기술신청

제7장 이학요법료(물리치료료)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
물리치료료	기립경사훈련	MZ002	기립경사훈련 Tilt Training Treatment	6,000	6,000	6,000			
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-실어증 선별검사	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인/아동 장애 진단용 평가	115,500	115,500	115,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	발달(소아)신경언어장애평가	57,700	57,700	57,700			
물리치료료	언어치료	MZ006	언어장애평가	57,700	57,700	57,700			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인청력선별평가	29,700	29,700	29,700			
물리치료료	언어치료	MZ006	소아청력선별평가	29,700	29,700	29,700			
물리치료료	언어치료	MZ006	음향학적 치료	14,000	14,000	14,000			
물리치료료	언어치료	MZ006	그룹치료	27,000	27,000	27,000			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(읽기,말하기검사)	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(듣고 이해하기,쓰기검사)	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(유창성 검사:K-BNT)	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-구어실행증 검사(APRAXIA OF SPEECH)	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-공명음성검사	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-조음및음운검사	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-구강기능검사	18,500	18,500	18,500			
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애 치료	42,800	42,800	42,800			
물리치료료	언어치료	MZ006	발달(소아)신경언어장애 치료	38,000	38,000	38,000			
물리치료료	신장분사치료	MZ007	신장분사치료(극저온치료기)	20,000	20,000	20,000			
물리치료료	비침습적 무통증 신호요법	MZ012	비침습적 무통증 신호요법	88,000	88,000	88,000			
물리치료료	체외자기장 요실금치료 [1일당]	MX033	체외자기장 요실금치료 1회	10,000	10,000	10,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122S	단순도수치료	35,000	35,000	35,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122SP	단순도수치료(P-BAR WALKING)	35,000	35,000	35,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122SA	단순도수치료 + CPM	45,000	45,000	45,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122SB	단순도수치료 + 신장분사	45,000	45,000	45,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122SC	단순도수치료 + 신장분사 +CPM	55,000	55,000	55,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122F	안면도수치료	40,000	40,000	40,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	도수치료(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	60,000	60,000	60,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122NA	전문도수치료A(신경계)	60,000	60,000	60,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122NB	전문도수치료B(신경계)	100,000	100,000	100,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122PJ	전문도수치료 + 비침습적무통증 신호요법	100,000	100,000	100,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122A	스포츠재활도수치료A(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	100,000	100,000	100,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122B	스포츠재활도수치료B(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	150,000	150,000	150,000			1일 2회제공 선수용
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122ET	스포츠재활도수치료(Exercise TEACHING)	60,000	60,000	60,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122C	스포츠재활도수치료(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY) +체외충격파치료(ESWT)	130,000	130,000	130,000			2000타+ESWT10분내외 적용)
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122D	골프재활스포츠재활도수치료 (ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	150,000	150,000	150,000			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122E	골프스포츠재활도수치료 (ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY) +체외충격파치료(ESWT)	180,000	180,000	180,000			
물리치료료	증식치료(사지관절부위)	MY142	증식치료(간단)PROLOTHERAPY-사지관절부위	33,000	33,000	33,000			
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143	증식치료(간단) PROLOTHERAPY-척추부위	33,000	33,000	33,000			
물리치료료	증식치료(사지관절부위)	MY142	증식치료(복잡)PROLOTHERAPY-사지관절부위	66,000	66,000	66,000			
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143	증식치료(복잡) PROLOTHERAPY-척추부위	66,000	66,000	66,000			
물리치료료			기공요법1회(건강증진목적)	8,000	8,000	8,000			건강증진목적
물리치료료			파킨슨기공요법3(건강증진목적)	120,000	120,000	120,000			건강증진목적
물리치료료			파킨슨기공요법1(건강증진목적)	40,000	40,000	40,000			건강증진목적

제8장 정신요법료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
정신요법료	인지치료	MZ009	인지치료	34,600	34,600	34,600			
정신요법료	인지치료	MZ009	인지치료평가	34,600	34,600	34,600			

제9장 처치 및 수술료 등

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골	추간판내 고주파 열치료술	SZ083	고주파 수핵 감압술(추간판내 고주파열치료술)	1,700,000	1,700,000	1,700,000	미포함		
근골	체외충격파치료[근골격계질환]	SZ084	EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY(체외충격파치료-근	99,000	99,000	99,000			
근골	체외충격파치료[근골격계질환]	SZ084	EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY(20분이내) (체외충	66,000	66,000	66,000			
근골	연골결손 환자에서의 자가 골수 줄기세포 치료술 (동 행위를 위해 실시한 골수천자, 미세천공술 및 관절경 치료재료대 포함)	SZ085	자가골수 줄기세포 치료(연골결손)	1,200,000	1,200,000	1,200,000			
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	ENDO VENOUS LASER TREATMENT(직원용)	200,000	200,000	200,000			
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ305	(양측)ENDO VENOUS LASER TREATMENT	1,600,000	1,600,000	1,600,000			
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ306	(편측)ENDO VENOUS LASER TREATMENT	800,000	800,000	800,000			
직장 및 항문	초음파 유도하 치핵동맥결찰술	QZ492	LASER TREATMENT HEMORRHOIDECTOMY(LASER단독으로 수	328,563	328,563	328,563		미포함	
비뇨기	초음파 유도하 치핵동맥결찰술	QZ493	LASER TREATMENT HEMORRHOIDECTOMY(LASER병용으로 수	178,563	178,563	178,563		미포함	
여성생식기, 임신과 분만	고주파 자궁근종용해술	RZ564	Radiofrequency Myolysis Ablation	431,880	431,880	431,880	미포함		
내분비기	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파 열치료술	PZ612	갑상선양성결절의 고주파치료술(증상이 있는)	353,000	353,000	353,000	미포함		
신경	경피적 경막외강 신경성형술	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술	1,000,000	1,000,000	1,000,000	미포함		
신경	경피적풍선확장 경막외강 신경성형	SZ641	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(BALLOON PEN:SPINUT-H)	1,500,000	1,500,000	1,500,000	미포함		
기타			PESSARY RING삽입(재료대포함)	250,000	250,000	250,000			
기타			보톡스주사시술료--Chronic hemifacial spasm(G51.3)	60,000	60,000	60,000			
기타			보톡스주사시술료--Blepharospasm(G24.5)	80,000	80,000	80,000			
기타			보톡스주사시술료--만성편두통	200,000	200,000	200,000			
기타			신경인성 배뇨근 보톡스주사시술료	300,000	300,000	300,000			
기타			보톡스주사비급여시술료A(RM)	50,000	50,000	50,000			
기타			보톡스주사비급여시술료B(RM)	70,000	70,000	70,000			
기타			대장세척	70,000	70,000	70,000			
기타			카보젝트 처치료	10,000	10,000	10,000			
기타			난관결찰술 (비급여)	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
기타			자궁내장치삽입(IUD)-비급여	50,000	50,000	50,000			
기타			음경성형술(PENOPLASTY)	700,000	700,000	700,000			
기타			음경보형물제거술(RING)	300,000	300,000	300,000			
기타			음경보형물제거술(RING)	500,000	500,000	500,000			
기타			유방성형술(breat plasty)	500,000	500,000	500,000			
기타			DORSAL SLIT	80,000	80,000	80,000			
기타			DORSAL SLIT(대)	80,000	80,000	80,000			
기타			코성형술(palatopharyngoplasty)	1,500,000	1,500,000	1,500,000			
기타			액취증성형술A	300,000	300,000	300,000			
기타			액취증성형술B	500,000	500,000	500,000			
기타			액취증성형술C	400,000	400,000	400,000			
기타			질성형술(URO)	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
기타			질성형술(OBGY)	500,000	500,000	500,000			
기타			수면중무호흡증후군수술A(구개인두성형)	900,000	900,000	900,000			
기타			수면중무호흡증후군수술B(구개인두성형)	700,000	700,000	700,000			
기타			수면중무호흡증후군수술C(구개인두성형)	500,000	500,000	500,000			
기타			CIRCUMCISION(20만원)	200,000	200,000	200,000			
기타			수면중무호흡증후군수술D(구개인두성형)	800,000	800,000	800,000			
기타			PERINEOPLASTY(OBGY)	800,000	800,000	800,000			
기타			피부성형목적 레이저시술A(점제거)	50,000	50,000	50,000			
기타			피부성형목적 레이저시술B(점제거)	100,000	100,000	100,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
기타			정관절제술 또는 결찰술(비급여)	300,000	300,000	300,000			
기타			정관절제술 또는 결찰술(비급여)	400,000	400,000	400,000			
기타			LABIOPLASTY(OBGY) (양측)	800,000	800,000	800,000			
기타			음핵교정술(OBGY)	700,000	700,000	700,000			
기타			CIRCUMCISION(대)	300,000	300,000	300,000			
기타			안검수술단안(성형목적)	400,000	400,000	400,000			
기타			안검수술양안(성형목적)	600,000	600,000	600,000			
기타			CIRCUMCISION(소)	250,000	250,000	250,000			
기타			인공고환이식술	400,000	400,000	400,000			
기타			안과 지방종제거술 (성형&미용목적)	200,000	200,000	200,000			
기타			피부성형술A	100,000	100,000	100,000			
기타			피부성형술B	300,000	300,000	300,000			
기타			코메돈(여드름치료) 1개당	3,000	3,000	3,000			
기타			음경보형물제거술	800,000	800,000	800,000			
기타			성형목적-외성기종양적출술(양성인것)	200,000	200,000	200,000			
기타			성형목적-외성기종양적출술(재수술)	150,000	150,000	150,000			
기타			LABIOPLASTY(OBGY) (편측)	500,000	500,000	500,000			
기타			DOSAL NEUROTOMY	500,000	500,000	500,000			

제10장 치과 처치 · 수술료

제18장 치과의 보철료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철			FASTENING SCREW 교환 --GOLD	34,500	34,500	34,500			
보철			FASTENING SCREW 교환 --TITANIUM	34,500	34,500	34,500			
보철			ABUTMENT 교환 --GOLD	34,500	34,500	34,500			
보철			ABUTMENT 교환 --TITANIUM	34,500	34,500	34,500			
보철			특수기술료(B) (1회당)	80,000	80,000	80,000			
보철			특수기술료(C) (1회당)	90,000	90,000	90,000			
보철			특수기술료(D) (1회당)	110,000	110,000	110,000			
보철			RELINE REBASE(A)	75,000	75,000	75,000			
보철			RELINE REBASE(B)	150,000	150,000	150,000			
보철			RELINE REBASE(C)	220,000	220,000	220,000			
보철			RELINE REBASE(D)	300,000	300,000	300,000			
보철			TISSUE CONDITIONING(교환)	15,000	15,000	15,000			
보철			TISSUE CONDITIONING(국소의치)	30,000	30,000	30,000			
보철			TISSUE CONDITIONING(총의치-간단)	45,000	45,000	45,000			
보철			TISSUE CONDITIONING(총의치-복잡)	60,000	60,000	60,000			
보철			RESIN FILLING(A)-SIMPLE	60,000	60,000	60,000			
보철			RESIN FILLING(B)-MODERATE	80,000	80,000	80,000			
보철			RESIN FILLING(C)-COMPLEX	100,000	100,000	100,000			
보철			RESIN FILLING(D)-SPECIAL	120,000	120,000	120,000			
보철			RESIN INLAY(A)-SIMPLE	160,000	160,000	160,000			
보철			RESIN INLAY(B)-MODERATE	180,000	180,000	180,000			
보철			RESIN INLAY(C)-COMPLEX	220,000	220,000	220,000			
보철			RESIN INLAY(D)-SPECIAL	250,000	250,000	250,000			
보철			GOLD INLAY(A)-SIMPLE	220,000	220,000	220,000			
보철			GOLD INLAY(B)-MODERATE	250,000	250,000	250,000			
보철			GOLD INLAY(C)-COMPLEX	300,000	300,000	300,000			
보철			GOLD INLAY(D)-SPECIAL	350,000	350,000	350,000			
보철			GOLD ONLAY(A)-SIMPLE	270,000	270,000	270,000			
보철			GOLD ONLAY(B)-MODERATE	300,000	300,000	300,000			
보철			GOLD ONLAY(C)-COMPLEX	350,000	350,000	350,000			
보철			GOLD ONLAY(D)-SPECIAL	400,000	400,000	400,000			
보철			IMPLANT수술 FIXED A(1치당) SIMPLE	800,000	800,000	800,000			
보철			IMPLANT수술 FIXED B(1치당) MODERATE	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
보철			IMPLANT수술 FIXED C(1치당) COMPLEX	1,200,000	1,200,000	1,200,000			
보철			IMPLANT수술 FIXED D(1치당) SPECIAL	1,300,000	1,300,000	1,300,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+MEMBRANE) SIMPLE	250,000	250,000	250,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+MEMBRANE) MODERATE	350,000	350,000	350,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+MEMBRANE) COMPLEX	500,000	500,000	500,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+MEMBRANE) SPECIAL	700,000	700,000	700,000			
보철			IMPLANT수술(SINUS GRAFT) SIMPLE	250,000	250,000	250,000			
보철			IMPLANT수술(SINUS GRAFT) MODERATE	300,000	300,000	300,000			
보철			IMPLANT수술(SINUS GRAFT) COMPLEX	400,000	400,000	400,000			
보철			IMPLANT수술(SINUS GRAFT) SPECIAL	1,000,000	1,000,000	1,000,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철			IMPLANT수술(GBR+TI)SIMPLE	250,000	250,000	250,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+TI)MODERATE	300,000	300,000	300,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+TI)COMPLEX	400,000	400,000	400,000			
보철			IMPLANT수술(GBR+TI)SPECIAL	500,000	500,000	500,000			
보철			SCALING(비보험)	60,000	60,000	60,000			
보철			보철 CONE BEAM CT(비보험)	100,000	100,000	100,000			
보철			KONUS CROWN	600,000	600,000	600,000			
보철			FULL DENTURE	1,300,000	1,300,000	1,300,000			
보철			ATTACHMENT 시술료 (A-1개당-ATTACHMENT료 포함)	250,000	250,000	250,000			
보철			PFM(A) CROWN-PRECIOUS	450,000	450,000	450,000			
보철			PFM(B) CROWN-SEMI-PRECIOUS	400,000	400,000	400,000			
보철			PFM(C) CROWN-NON-PRECIOUS	380,000	380,000	380,000			
보철			GOLD CAST CROWN(A)고함량	600,000	600,000	600,000			
보철			GOLD CAST CROWN(B)중함량	500,000	500,000	500,000			
보철			GOLD CAST CROWN(C)저함량	400,000	400,000	400,000			
보철			PD. CAST CROWN	330,000	330,000	330,000			
보철			ADHESION RETAINER-GOLD	300,000	300,000	300,000			
보철			ADHESION RETAINER-OTHER	270,000	270,000	270,000			
보철			RESIN FACING CROWN-GOLD(A) 고함량	340,000	340,000	340,000			
보철			RESIN FACING CROWN-GOLD(B) 중함량	330,000	330,000	330,000			
보철			RESIN FACING CROWN-GOLD(C) 저함량	320,000	320,000	320,000			
보철			RESIN FACING CROWN-PD.	300,000	300,000	300,000			
보철			ALL CERAMIC CROWN-OTHER	450,000	450,000	450,000			
보철			ALL CERAMIC CROWN-IN CERAM	500,000	500,000	500,000			
보철			PORCELAIN LAMINATED CROWN	450,000	450,000	450,000			
보철			ALL CERAMIC CROWN-EMPRESS	500,000	500,000	500,000			
보철			프레타우 A	450,000	450,000	450,000			
보철			프레타우 B	500,000	500,000	500,000			
보철			ATTACHMENT 시술료 (B-1개당-ATTACHMENT료 포함)	330,000	330,000	330,000			
보철			ATTACHMENT 시술료 (C-1개당-ATTACHMENT료 포함)	410,000	410,000	410,000			
보철			ATTACHMENT 시술료 (D-1개당-ATTACHMENT료 포함)	500,000	500,000	500,000			
보철			MILLING BAR 시술료 (GOLD- CM 당-재료대 포함)	130,000	130,000	130,000			
보철			MILLING BAR 시술료 (PD- CM 당-재료대 포함)	50,000	50,000	50,000			
보철			특수기술료 (A) (1회당)	50,000	50,000	50,000			
보철			IMPLANT-FIXED C 1치당(CROWN료 포함)	330,000	330,000	330,000			
보철			IMPLANT-FIXED A 1치당(CROWN료 포함)-SIMPLE	500,000	500,000	500,000			
보철			IMPLANT-FIXED B 1치당(CROWN료 포함)-MODERATE	700,000	700,000	700,000			
보철			IMPLANT-FIXED C 1치당(CROWN료 포함)-COMPLEX	900,000	900,000	900,000			
보철			IMPLANT-FIXED D 1치당(CROWN료 포함)-SPECIAL	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
보철			IMPLANT-REMOVABLE A 1치당 -SIMPLE	500,000	500,000	500,000			
보철			IMPLANT-REMOVABLE B 1치당 -MODERATE	700,000	700,000	700,000			
보철			IMPLANT-REMOVABLE C 1치당 -COMPLEX	900,000	900,000	900,000			
보철			IMPLANT-REMOVABLE D 1치당 -SPECIAL	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
보철			IMPLANT-TEMPORARY A 1치당 -SIMPLE	115,000	115,000	115,000			
보철			IMPLANT-TEMPORARY B 1치당 -MODERATE	170,000	170,000	170,000			
보철			IMPLANT-TEMPORARY C 1치당 -COMPLEX	230,000	230,000	230,000			
보철			IMPLANT-TEMPORARY D 1치당 -SPECIAL	280,000	280,000	280,000			
보철			ALL CERAMIC CROWN-ZIRCONIA	600,000	600,000	600,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철			PIN POST & CORE(A)-SINGLE ROOT	51,000	51,000	51,000			
보철			PIN POST & CORE(B)-MULTI ROOT	76,000	76,000	76,000			
보철			RESIN CORE (A)	50,000	50,000	50,000			
보철			RESIN CORE (B)	80,000	80,000	80,000			
보철			RESIN CORE (C)	100,000	100,000	100,000			
보철			RESIN CORE (D)	120,000	120,000	120,000			
보철			FIBER POST (A)	70,000	70,000	70,000			
보철			FIBER POST (B)	100,000	100,000	100,000			
보철			FIBER POST (C)	120,000	120,000	120,000			
보철			CAST CORE (GOLD-SINGLE ROOT)	150,000	150,000	150,000			
보철			CAST CORE (GOLD-MULTI. ROOT)	200,000	200,000	200,000			
보철			CAST CORE (PD.-SINGLE ROOT)	100,000	100,000	100,000			
보철			CAST CORE (PD.-MULTI. ROOT)	150,000	150,000	150,000			
보철			CAST CORE (NON PRECIOUS)	76,000	76,000	76,000			
보철			2 PIECES CAST POST 기술료	25,000	25,000	25,000			
보철			ROOT COPING(PD)	130,000	130,000	130,000			
보철			ROOT COPING(GOLD)	170,000	170,000	170,000			
보철			불소도포A(겔)	20,000	20,000	20,000			
보철			불소도포B(캐비티)	30,000	30,000	30,000			
보철			전문가 치아미백치료	700,000	700,000	700,000			
보철			자가 치아미백치료	500,000	500,000	500,000			
보철			자가 치아미백치료(악당별)	300,000	300,000	300,000			
보철			미용목적보철제거료	30,000	30,000	30,000			
보철			DENTURE BASE REPAIR(A)	37,000	37,000	37,000			
보철			DENTURE BASE REPAIR(B)	74,000	74,000	74,000			
보철			DENTURE BASE REPAIR(B)	110,000	110,000	110,000			
보철			DENTURE BASE REPAIR(D)	150,000	150,000	150,000			
보철			WIRE CLASP 추가료-1개당	22,000	22,000	22,000			
보철			WROUGHT WIRE CLASP 추가료-1개당	40,000	40,000	40,000			
보철			METAL CAST CLASP 추가료-1개당	60,000	60,000	60,000			
보철			GOLD CAST CLASP 추가료-1개당	100,000	100,000	100,000			
보철			인공치 추가료(RESIN)-1치당	8,000	8,000	8,000			
보철			인공치 추가료(HARD RESIN)-1치당	15,000	15,000	15,000			
보철			인공치 추가료(PORCELAIN)-1치당	30,000	30,000	30,000			
보철			인공치 추가료(SPECIAL)-1치당	70,000	70,000	70,000			
보철			RE-CONSTRUCTION OF OCCLUSAL PLANE	45,000	45,000	45,000			
보철			PFM REPAIR -1치당(A)	45,000	45,000	45,000			
보철			PFM REPAIR -2치당(B)	75,000	75,000	75,000			
보철			PFM REPAIR -3치당(C)	180,000	180,000	180,000			
보철			SPLINT조정및검사료(간단)	6,300	6,300	6,300			
보철			SPLINT조정및검사료(복잡)	12,650	12,650	12,650			
보철			CHANGING SPLINT TYPE	37,950	37,950	37,950			
보철			OCCLUSAL ANALYSIS ON DIAGNOSTIC MOUNTING CAST	63,250	63,250	63,250			
보철			FOLLOW-UP CHECK FOR C.M.D	6,300	6,300	6,300			
보철			악관절증 상담료(A)	12,650	12,650	12,650			
보철			악관절증 상담료(B)	25,300	25,300	25,300			
보철			하악골정복술	44,000	44,000	44,000			
보철			악관절증(SIMPLE-A)	490,000	490,000	490,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철			악관절증(SIMPLE-B)	630,000	630,000	630,000			
보철			OBTURATOR -PROVISIONAL A	253,000	253,000	253,000			
보철			OBTURATOR -PROVISIONAL B	379,500	379,500	379,500			
보철			GINGIVAL MASK	50,600	50,600	50,600			
보철			DENTURE ADJUSTMENT -SIMPLE	6,300	6,300	6,300			
보철			DENTURE ADJUSTMENT -COMPLEX	12,650	12,650	12,650			
보철			GOTHIC ARCH TRACING	31,600	31,600	31,600			
보철			보철구강검사,처치및상담료(간단)	2,530	2,530	2,530			
보철			보철구강검사,처치및상담료(복잡)	6,300	6,300	6,300			
보철			구강전체보철치료계획서	63,250	63,250	63,250			
보철			R.P.D (GOLD)	2,200,000	2,200,000	2,200,000			
보철			R.P.D (METAL A)-SIMPLE	900,000	900,000	900,000			
보철			R.P.D (METAL B)-MODERATE	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
보철			R.P.D (SPECIAL METAL C-)-COMPLEX	1,200,000	1,200,000	1,200,000			
보철			R.P.D (SPECIAL METAL D)-SPECIAL	1,400,000	1,400,000	1,400,000			
보철			R.P.D (RESIN+WROUGHT WIRE)	500,000	500,000	500,000			
보철			IMMEDIATE PARTIAL DENTURE A-SIMPLE	170,000	170,000	170,000			
보철			IMMEDIATE PARTIAL DENTURE B-MODERATE	240,000	240,000	240,000			
보철			IMMEDIATE PARTIAL DENTURE C-COMPLEX	320,000	320,000	320,000			
보철			교정목적단순발치	50,000	50,000	50,000			
보철			교정목적복잡발치	70,000	70,000	70,000			
보철			TEMPORARY PARTIAL DENTURE A-SIMPLE	98,000	98,000	98,000			
보철			TEMPORARY PARTIAL DENTURE B-MODERATE	130,000	130,000	130,000			
보철			TEMPORARY PARTIAL DENTURE C-COMPLEX	160,000	160,000	160,000			
보철			COMPLETE DENTURE (GOLD)	2,300,000	2,300,000	2,300,000			
보철			COMPLETE DENTURE (METAL DIFFICULTY A SIMPLE)	1,100,000	1,100,000	1,100,000			
보철			COMPLETE DENTURE (METAL DIFFICULTY B MODERATE)	1,200,000	1,200,000	1,200,000			
보철			COMPLETE DENTURE (METAL DIFFICULTY C COMPLEX)	1,350,000	1,350,000	1,350,000			
보철			COMPLETE DENTURE (RESIN DIFFICULTY A SIMPLE)	1,000,000	1,000,000	1,000,000			
보철			COMPLETE DENTURE (RESIN DIFFICULTY B MODERATE)	1,200,000	1,200,000	1,200,000			
보철			COMPLETE DENTURE (RESIN DIFFICULTY C COMPLEX)	1,400,000	1,400,000	1,400,000			
보철			COMPLETE DENTURE (RESIN DIFFICULTY D SPECIAL)	1,600,000	1,600,000	1,600,000			
보철			IMMEDIATE COMPLETE DENTURE A SIMPLE	300,000	300,000	300,000			
보철			IMMEDIATE COMPLETE DENTURE B MODERATE	490,000	490,000	490,000			
보철			IMMEDIATE COMPLETE DENTURE C COMPLEX	650,000	650,000	650,000			
보철			TEMPORARY COMPLETE DENTURE A SIMPLE	110,000	110,000	110,000			
보철			TEMPORARY COMPLETE DENTURE B MODERATE	220,000	220,000	220,000			
보철			TEMPORARY COMPLETE DENTURE C COMPLEX	336,000	336,000	336,000			
보철			OVERLAY DENTURE(시술료별도산정-1악당)	82,000	82,000	82,000			
보철			TELESCOPIC DENTURE(시술료별도산정-1악당)	130,000	130,000	130,000			
보철			ATTACHMENT DENTURE (시술료 별도 산정 -1악당)	82,000	82,000	82,000			
보철			M.K.G	38,000	38,000	38,000			
보철			E.M.G	38,000	38,000	38,000			
보철			OCCLUSAL SOUND SCOPE	38,000	38,000	38,000			
보철			PANTOGRAPH	63,000	63,000	63,000			
보철			RESIN FACING REPAIR -1치당(A)	38,000	38,000	38,000			
보철			RESIN FACING REPAIR -2치당(B)	58,000	58,000	58,000			
보철			RESIN FACING REPAIR -3치당(C)	75,000	75,000	75,000			
보철			SOLDER INDEX FOR METAL FRAMEWORK(1치 또는 부위당)	32,000	32,000	32,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철			SPLINT(A)-SPLINT자체만	379,000	379,000	379,000			
보철			SPLINT(B)-SPLINT자체만	500,000	500,000	500,000			
보철			STUDY MODEL	50,000	50,000	50,000			
보철			TENS	30,000	30,000	30,000			
보철			T-SCAN	25,000	25,000	25,000			
보철			구강전체교합조정(1구강)	190,000	190,000	190,000			
보철			사각턱(교근비대증)보톡스시술	300,000	300,000	300,000			
보철			이갈이장치치료 병행-보톡스시술	200,000	200,000	200,000			
보철			자연치교합조정(1치당)	2,500	2,500	2,500			
보철			Opalescence(15%)-tooth whitening	60,000	60,000	60,000			
보철			CERAMIC INLAY	300,000	300,000	300,000			
보철			FULL DENTURE (금속상)	1,400,000	1,400,000	1,400,000			
보철			흡착 DENTURE (레진상)	1,500,000	1,500,000	1,500,000			
			흡착 DENTURE (금속상)	1,600,000	1,600,000	1,600,000			

기타

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
기타			건진부인암센타등록	20,000	20,000	20,000			
기타			체육특기생선발(축구)	45,000	45,000	45,000			
기타			가족등록 FILE	5,000	5,000	5,000			
기타			가족등록비	30,000	30,000	30,000			
기타			종합건진료(엘지그룹)남	857,000	857,000	857,000			
기타			종합건진료(엘지그룹)여	390,000	390,000	390,000			
기타			일반건진료	20,000	20,000	20,000			
기타			체육특기생선발(야구,볼링,배드민턴)	54,000	54,000	54,000			
기타			숙박종합건진200	2,000,000	2,000,000	2,000,000			
기타			숙박종합건진180	1,800,000	1,800,000	1,800,000			
기타			종합건진료 차감액(부부,직원소개)	20,000	20,000	20,000			
기타			전화료	50	50	50			
기타			FILM 저장(진료기록영상)	5,000	5,000	5,000			
기타			DVD 저장(진료기록영상)	20,000	20,000	20,000			
기타			COLOR PRINT PAPER (1매당)비급여	692	692	692			
기타			의무기록복사료1~5장까지(1매당)	1,000	1,000	1,000			
기타			의무기록복사료1장당 (6장부터) (1매당)	100	100	100			
기타			COLOR PRINT 1매당(전규격)	3,000	3,000	3,000			
기타			PACS CD저장	10,000	10,000	10,000			
기타			사후처치	18,000	18,000	18,000			
기타			앰블란스사용료(10KM까지)	20,000	20,000	20,000			
기타			앰블란스10KM추가 1KM당	1,000	1,000	1,000			
기타			공무원 채용 검진료	50,000	50,000	50,000			
기타			의약품감별및의약정보제공료	5,000	5,000	5,000			
기타			약물및독물선별검사(마약류)-신검용	10,650	10,650	10,650			
기타			계약처 유학용건강진단검사료(동의학생)	45,000	45,000	45,000			
기타			계약처 건강진단검사료(흉부X-선및뇨검사포함)	20,000	20,000	20,000			
기타			계약처 건강진단검사료(일반뇨검사포함)	30,000	30,000	30,000			
기타			계약처 건강진단검사료(효민생활관입사용)	10,000	10,000	10,000			
기타			계역처 감염여부검사료 및 확인서(동의과학대간호학과실습생)	130,000	130,000	130,000			
기타			계약처 감염여부검사료 및 확인서(부산여대간호학과실습생)	90,000	90,000	90,000			
기타			채용신검직원용(IGRA검사)	42,790	42,790	42,790			
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대응급구조학과실습생)	75,000	75,000	75,000			
기타			계약처 건강진단검사료	15,000	15,000	15,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료 재료대 포함여부	약제비 포함여부	
기타			계약처 특수건강진단검사료(일반건강진단+CBC,UA,RPR검사추가)	40,000	40,000	40,000			
기타			외국인채용신검검사료(검사비포함)	80,000	80,000	80,000			
기타			계역처 감염여부검사료 및 추가실습용건강진단서(동의과학대간호학과4	80,000	80,000	80,000			
기타			계약처 채용신검이마트용검사료(EKG추가)	35,000	35,000	35,000			
기타			계약처 건강진단검사료(방사선작업종사자):Hemoglobin,WBC,Platel	10,000	10,000	10,000			
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대실습)	20,000	20,000	20,000			
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대간호학실습)	15,000	15,000	15,000			
기타			해외취업용건강진단검사료(진단서포함)	30,000	30,000	30,000			
기타			빈소사용료　일반실(1일당)	80,000	80,000	80,000			
기타			비급여식대(보호자식대)	6,300	6,300	6,300			
기타			일반식(밥)추가	1,500	1,500	1,500			
기타			잡곡식(밥)추가	1,700	1,700	1,700			
기타			특식(비급여식대)	10,000	10,000	10,000			
기타			호박죽(영양죽비급여식대)	7,000	7,000	7,000			
기타			전복죽(영양죽비급여식대)	10,000	10,000	10,000			
기타			새알팥죽(영양죽비급여식대)	7,000	7,000	7,000			
기타			새우살죽(영양죽비급여식대)	8,000	8,000	8,000			
기타			약선비빔밥(고급식비급여식대)	15,000	15,000	15,000			
기타			고급식(비급여식대)	15,000	15,000	15,000			
기타			꼬리곰탕(고급식비급여식대)	15,000	15,000	15,000			