

메디엘산부인과 비급여 추가표

명칭	금액(원)
제증명	
진단서(소견서)	10,000
영문진단서	20,000
진료확인서(통원확인서)	3,000
입·퇴원 확인서	5,000
결과지 복사 *5장부터 100원씩 추가	1,000/1매당
처치 및 시술비	
일반 진료비	15,000
응급피임약 처방비	20,000
생리유도 주사 *급여 인정 제외 **여행·수능·단순조절	20,000
소독 후 질정제	3,000
알보칠 소작술 *급여 인정 제외	20,000
루프 제거술	30,000
1회용 스펙쿨럼	2,000
경부 소작술 후 지혈 거즈	40,000
수면마취료	100,000
미레나 *급여 인정 제외	330,000
카일리나	380,000
임플라논 시술	380,000
임플라논 제거	50,000
골반 근육(질벽) 성형수술	1,800,000
소음순 수술	1,200,000
유착방지제(메디커튼)	70,000
경부 고주파 시술	300,000
주사제	
아르믹스주	70,000
멜스몬주	30,000
트리암시놀론주	50,000
제일하이비5주	30,000
바이온주	30,000
메리트씨주	30,000
하이알파주	80,000
메로겔	30,000
고영양 수액제	
프리미엄 영양주사	100,000
마이어스 카테일	80,000
마늘주사	50,000
백옥주사	50,000
감초주사	50,000
신데렐라 주사	50,000
면역강화 주사	50,000
입덧 주사	50,000
백신	
A형간염	80,000
B형간염	30,000
MMR	45,000
싱그릭스	275,000
부스트릭스·아다셀	50,000
가다실	230,000

명칭	금액(원)
검사	
pap smear	20,000
Thin prep	40,000
cervicography	40,000
HPV *급여 인정 제외	70,000
STD 12종 *급여 인정 제외	100,000
VDRL	10,000
HIV	20,000
HBsAgAb *급여 인정 제외	30,000
HAV IgG, IgM	40,000
HSV IgG, IgM	50,000
Rubella(IgG,M)	50,000
VZV IgG, IgM	50,000
toxoplasma IgG, IgM	50,000
U-HCG *급여 인정 제외	10,000
U-LH *급여 인정 제외	10,000
B-HCG *급여 인정 제외	10,000
AMH *급여 인정 제외	80,000
CA125 *급여 인정 제외	20,000
CA19-9	20,000
CEA	20,000
NIPT	650,000
Vit D	30,000
FSH *급여 인정 제외	20,000
E2 *급여 인정 제외	20,000
LH *급여 인정 제외	20,000
PRL *급여 인정 제외	20,000
TSH *급여 인정 제외	20,000
T3 *급여 인정 제외	20,000
T4 *급여 인정 제외	20,000
CBC *급여 인정 제외	10,000
UDS *급여 인정 제외	250,000
초음파	
산모 초음파(일반/쌍태아)	35,000/55,000
초기 정밀 초음파	160,000
22주 정밀 초음파	250,000
입체 초음파(일반/쌍태아)	80,000/120,000
SONO(IUD)	45,000
SONO(IUD F/U)	28,000
부인과 복부 초음파	60,000
배란 초음파 *급여 인정 제외	20,000
GY초음파 IUD F/U *급여 인정 제외	25,000
시술 중 유도 초음파	180,000

