

진료항목	종류			본인부담금	비고
임플란트	3차원 CT 정밀 진단		1회당	-	진단 및 모의수술
	전치부	오스템	치아당	120	
		포인트UV		115	
		덴티움		110	
	구치부	오스템		110	
		포인트UV		105	
		덴티움		100	
수술용 가이드		3치 기준	20		
GBR	뼈이식		멤브레인	10	
			BG	20	
			GBR	30	
	상악동 거상술	Crestal	부위당	40	
		Lateral		70	
보철	라바 인레이			30	온레이 비용 동일
	전치부	PFM CR	치아당	45	
	구치부			40	
	전치부	ZIR CR		55	
	구치부			45	
보존	전치부			면당	15
			Pit	8	Palatal 한정
	구치부		치아당	10	인접면 레진도 통일
	구치부 Pit			8	
	치경부레진			7	우식여부 상관없음
	레진 코어			5	크라운 치료 전단계
	치아기둥	기성포스트		10	
소아	레진			7	
	SS.CR			10	
	비급여 실란트			3	
	불소바니쉬		전악	2	
스케일링	비급여 치석제거			5	
미백	전문가 미백	1회	4 _ 4	25	부가세 10% 별도
		2회		30	
		3회	5 _ 5	35	
틀니	임시틀니		악당	30	
	플리퍼		4치 기준	10	
	비보험 수리	인공치수리	치아당	5	
		첨상	악당	20	
개상		30			
타 원	타 원 임플란트 홀 충전(R/F)		치아당	5	
	타 원 임시치아 재부착(임시접착)			1	
	타 원 임플란트 보철물 교체	ZIR CR		크라운 비용 동일	커스텀 제작 시 비용 별도(10만원)
PFM CR					