



ประกาศโรงพยาบาลศรีนครินทร์
เรื่อง อัตราค่าบริการกรณีทันตกรรม สิทธิประกันสังคม

กรณีอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด				
ลำดับ	รหัสมาตรฐาน	รายการ	หน่วย	อัตรา(บาท)
๑	๖๗๑๐๑	อุดฟันชั่วคราว	ซี่	๓๕๐
๒	๖๗๒๐๑	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam ๑ ด้าน	ซี่	๕๕๐
	๖๗๒๑๐	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน ๑ ด้าน	ซี่	๖๕๐
๓	๖๗๒๐๒	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam ๒ ด้าน	ซี่	๗๐๐
	๖๗๒๑๑	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน ๒ ด้าน	ซี่	๘๐๐
๔	๖๗๒๐๓	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam ๓ ด้าน	ซี่	๘๕๐
	๖๗๒๑๒	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน ๓ ด้าน	ซี่	๙๕๐
๕	๖๔๑๐๑	ขูดหินปูนทั้งปาก	ทั้งปาก	๗๐๐
๖	๖๒๑๐๑	ถอนฟันปกติ	ซี่	๓๕๐
	๖๒๑๐๒	ถอนฟันที่ยาก	ซี่	๗๐๐
๗	๖๒๑๐๓	ผ่าตัดเอารากฟันตกค้างออก	ซี่	๗๕๐
	๖๒๑๐๔	ผ่าตัดฟันคุดโดยไม่ต้องกรอกระดูกและฟัน Soft tissue impact	ซี่	๖๕๐
	๖๒๑๐๕	ผ่าตัดฟันคุดหรือฟันฝังบางส่วนโดยกรอกระดูกและฟัน Partial Bony Impaction or Embedded tooth	ซี่	๑,๐๐๐
	๖๒๑๐๖	ผ่าตัดฟันคุดหรือฝังโดยกรอกระดูกและฟัน Complete Bony Impaction or Embedded tooth	ซี่	๑,๓๐๐
๘	๖๔๑๐๒	เกลารากฟัน Root Planing/Curettage	sextent	๘๕๐
๙	๖๒๒๐๖	ขลิบและแต่งกระดูกเพื่อใส่ฟัน (Alveolectomy/ Alveoloplasty)	ตำแหน่ง	๑,๒๕๐
๑๐	๖๒๒๑๐	Torectomy, Ostectomy บน	arch	๑,๖๐๐
	๖๒๒๑๑	Torectomy, Ostectomy ล่าง	arch	๑,๒๐๐
๑๑	๖๒๕๐๗	Surgical stent, upper/lower (รวมการพิมพ์ปากและทำโมเดล)	ชิ้น	๑,๖๐๐

หมายเหตุ

การตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อวางแผนการรักษาไม่ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมจากผู้ประกันตน **เว้นแต่** ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ในคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (Special Medical Clinic) หรือคลินิกพิเศษในเวลาราชการ (Premium Clinic) ให้มีสิทธิเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ได้จากผู้ประกันตน

กรณีใส่ฟันเทียม				
๑. กรณีใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ขากรรไกรละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท ภายในระยะเวลา ๕ ปี นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียม				
ลำดับ	รหัสมาตรฐาน	รายการ	หน่วย	อัตรา(บาท)
๑.๑	๙๒๐๔	ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ๑-๕ ซี่	-	๑,๕๐๐
๑.๒	๙๒๐๕	ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้มากกว่า ๕ ซี่	-	๒,๐๐๐
๒. กรณีใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาท ภายในระยะเวลา ๕ ปี นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียม				
๒.๑	๙๒๐๒	ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ ๑ ชั้นบนหรือล่าง	-	๓,๐๐๐
๒.๒	๙๒๐๓	ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ ๒ ชั้นบนและล่าง	-	๖,๐๐๐
หมายเหตุ กรณีมีการซ่อมฟันเทียม จ่ายในอัตราครั้งละ ไม่เกิน ๙๐๐ บาท				

ประกาศฉบับนี้ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๙



(นายชุติมันต์ พงศ์ไตรภูมิ)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบรรพต