

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
03.8	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE	€ 51,65	H
03.91	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA	€ 103,29	H
03.92	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE	€ 103,29	H
04.07.1	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	€ 61,32	
04.11.1	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	€ 71,54	
04.81.1	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA.BLOCCO DEL GANGLIO DI GASSER E DEI SUOI RAMI.ESCLUSO: LE ANESTESIE PER INTERVENTO	€ 51,65	H
04.81.2	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA.BLOCCO DEGLI INTERCOSTALI.ESCLUSO: LE ANESTESIE PER INTERVENTO.ESCLUSO: DENERVAZIONE UTERINA PARACERVICALE	€ 15,49	H
05.31	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	€ 77,47	H
05.32	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	€ 129,11	H
06.01	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 73,80	
06.11.1	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE.BIOPSIA DI MATERIALE AGOASPIRATO DELLA TIROIDE	€ 60,76	
06.11.2	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	€ 86,10	
06.13	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	€ 93,94	H
08.01	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE	€ 16,32	
08.02	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	€ 16,32	
08.09	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA	€ 16,32	
08.11	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	€ 19,04	
08.21	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	€ 32,76	
08.22	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	€ 32,76	
08.23	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	€ 32,76	
08.24	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	€ 54,60	
08.25	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	€ 40,92	
08.41	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	€ 49,08	
08.42	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	€ 49,08	
08.43	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	€ 81,84	
08.44	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA	€ 185,88	H
08.52	08.52	BLEFARORRAFIA	€ 49,08	
08.6	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	€ 371,88	H
08.81	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	€ 40,92	
08.82	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	€ 40,92	
08.83	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	€ 40,92	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
08.84	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	€ 81,84	
08.91	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 27,24	
08.92	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 27,24	
08.99.1	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	€ 16,32	
09.0	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 40,92	
09.11	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 79,52	
09.12	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	€ 57,26	
09.19	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	€ 40,90	
09.21	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 68,16	
09.41	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 16,32	
09.42	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 19,08	
09.43	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE	€ 68,16	
09.51	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 40,92	
09.52	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 40,92	
09.53	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	€ 40,92	
09.59	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI	€ 40,92	
09.6	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI	€ 309,84	H
09.71	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 68,16	
09.73	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	€ 247,92	H
10.21	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	€ 22,26	
10.31	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA	€ 32,76	
10.32	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 32,76	
10.33	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 32,76	
10.4	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	€ 109,08	
10.6	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 54,60	
10.91	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	€ 11,36	
11.31	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 68,16	
11.32	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	€ 109,08	
11.39	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 68,16	
11.42	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	€ 27,24	
11.43	11.43	CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA	€ 34,08	
11.75.1	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	€ 347,04	
11.91	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	€ 40,92	
11.99.1	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO	€ 19,08	
11.99.2	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE CON LASER AD ECCIMERI (PRK) CON TECNICA DI ABLAZIONE STANDARD O SUPERFICIALE	€ 64,00	
11.99.3	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI CON LASER AD ECCIMERI (PKT)	€ 64,00	
12.14	12.14	IRIDECTOMIA	€ 109,08	
12.40	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	€ 136,32	
12.41	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE	€ 109,08	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
12.72	12.72	CICLOCRIOTERAPIA (PER CICLO DI 10 SEDUTE)	€ 109,08	
12.73	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	€ 109,08	
12.91	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	€ 32,76	
13.64	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	€ 95,40	
14.22	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 68,16	
14.31	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	€ 68,16	
14.32	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 68,16	
14.33	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)	€ 68,16	
14.34	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	€ 68,16	
14.59.1	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	€ 32,76	
16.22	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	€ 63,70	
16.91	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	€ 36,15	H
18.02	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE	€ 13,68	
18.12	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 17,92	
18.29	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 17,04	
20.0	20.0	MIRINGOTOMIA	€ 23,88	
20.31	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	€ 54,23	
20.32.1	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	€ 30,38	
20.39.1	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE, SOAE, TEOAE, DPOAE	€ 9,04	
20.8	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	€ 15,24	
21.01	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	€ 15,24	
21.02	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	€ 27,84	H
21.03	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO)	€ 19,56	
21.22	21.22	BIOPSIA DEL NASO	€ 30,38	
21.31	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	€ 26,04	
21.71	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO	€ 26,04	
21.91	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO	€ 26,04	
22.01	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO	€ 26,04	
22.71	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE	€ 34,68	
23.01	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	€ 11,62	
23.09	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	€ 16,27	
23.11	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	€ 16,27	
23.19	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	€ 30,21	
23.2.1	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE.FINO A DUE SUPERFICI.INCLUSO: OTTURAZIONE CARIE, OTTURAZIONE CARIE CON	€ 18,59	
23.2.2	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE.A TRE O PIÙ SUPERFICI E/O APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE.INCLUSO: OTTURAZIONE CARIE, OTTURAZIONE	€ 34,86	
23.3	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	€ 34,86	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
23.41	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA	€ 31,40	
23.41.1	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	€ 31,40	
23.41.2	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	€ 38,73	
23.41.3	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	€ 44,16	
23.41.4	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	€ 44,16	
23.42	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	€ 69,72	
23.43.1	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 129,11	
23.43.2	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 81,34	
23.43.3	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	€ 16,27	
23.49.1	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA	€ 16,27	
23.5	23.5	IMPIANTO DI DENTE	€ 11,62	
23.6	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA	€ 81,34	
23.71.1	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	€ 34,86	
23.71.2	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	€ 53,45	
23.73	23.73	APICECTOMIA	€ 44,16	
24.0.1	24.00.1	GENGIVECTOMIA	€ 27,89	
24.11	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	€ 19,46	
24.12	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	€ 19,46	
24.2.1	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]	€ 58,10	
24.31	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	€ 27,89	
24.39.1	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	€ 23,24	
24.39.2	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	€ 20,92	
24.4	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	€ 53,04	
24.7.1	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI	€ 116,20	
24.7.2	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI	€ 116,20	
24.7.3	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI	€ 116,20	
24.8.1	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	€ 26,75	
25.01	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	€ 27,30	
25.91	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE	€ 17,64	
25.92	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE	€ 17,64	
26.0	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI	€ 23,40	
26.11	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	€ 20,58	
26.91	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	€ 17,64	
27.21	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	€ 19,46	
27.23	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	€ 19,46	
27.24	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	€ 19,46	
27.41	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE	€ 17,64	
27.49.1	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA	€ 23,40	
27.51	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	€ 23,40	
27.52	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	€ 23,40	
27.71	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	€ 11,76	
27.91	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE	€ 17,64	
28.0.1	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	€ 23,40	
29.12	29.12	BIOPSIA FARINGEA	€ 27,30	
31.42	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	€ 27,11	
31.42.1	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	€ 6,97	
31.42.2	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	€ 20,92	
31.43	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE	€ 34,16	
31.48.1	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	€ 12,91	
31.48.2	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO	€ 22,67	
33.22	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	€ 82,63	H

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
33.24	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	€ 180,74	H
34.24	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA	€ 180,74	H
34.91	34.91	TORACENTESI	€ 111,60	H
34.91.1	34.91.1	TORACENTESI.TC-GUIDATA	€ 198,36	H
34.92	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA	€ 61,97	
38.22	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	€ 59,29	
38.22.1	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 59,29	
38.59.1	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	€ 251,04	H
38.95	38.95	CATERETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE	€ 258,23	H
38.98	38.98	PUNTURA DI ARTERIA	€ 30,99	H
38.99.1	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	€ 32,25	
38.99.2	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	€ 51,63	
39.92	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI	€ 8,73	
39.95.1	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	€ 154,94	H
39.95.2	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	€ 129,11	
39.95.3	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	€ 103,29	
39.95.4	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	€ 165,27	H
39.95.5	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	€ 232,41	H
39.95.6	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	€ 172,85	
39.95.7	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	€ 232,41	H
39.95.8	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	€ 232,41	H
39.95.9	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE	€ 172,85	H
39.99.1	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,46	
40.11	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE	€ 58,52	
40.19.1	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	€ 83,02	
40.19.2	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	€ 146,44	
41.31	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	€ 48,86	
42.24	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'ESOFAGO	€ 64,40	
42.29.1	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	€ 13,94	
42.29.2	42.29.2	PH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 81,60	
42.33.1	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO	€ 60,48	
42.33.2	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	€ 115,92	H
43.41.1	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.POLIPECTOMIA GASTRICA DI UNO O PIÙ POLIPI CON APPROCCIO ENDOSCOPICO.POLIPECTOMIA GASTRICA DI UNO O PIÙ POLIPI A	€ 58,56	
43.41.2	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.MEDIANTE LASER.ESCLUSO: BIOPSIA DELLO STOMACO (44.14), CONTROLLO DI EMORRAGIA	€ 93,00	
44.14	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO	€ 71,54	
44.19.1	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	€ 87,80	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
44.19.2	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	€ 13,94	
45.13	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	€ 56,81	
45.14	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE	€ 84,56	
45.16	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	€ 99,40	
45.23	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	€ 86,80	
45.23.1	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	€ 144,62	
45.24	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	€ 52,08	
45.25	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	€ 122,22	
45.29.1	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	€ 74,89	
45.29.2	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	€ 41,83	
45.29.3	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	€ 27,89	
45.29.4	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	€ 167,33	
45.42	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	€ 116,16	
45.43.1	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA	€ 123,96	
48.23	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	€ 35,14	
48.24	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO	€ 58,52	
48.29.1	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 58,36	
48.35	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO	€ 41,88	H
49.01	49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE	€ 41,88	
49.02	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 41,88	
49.11	49.11	FISTULOTOMIA ANALE	€ 41,88	
49.21	49.21	ANOSCOPIA	€ 22,72	
49.23	49.23	BIOPSIA DELL' ANO	€ 33,32	
49.31	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 50,16	
49.39	49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 50,16	
49.42	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	€ 16,53	
49.45	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	€ 50,16	
49.46	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI	€ 50,16	
49.47	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	€ 50,16	
49.59	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE	€ 50,16	
50.11	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO.ASPIRAZIONE DIAGNOSTICA DEL FEGATO	€ 108,50	H
50.19.1	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO.ASPIRAZIONE DIAGNOSTICA TC-GUIDATA	€ 216,86	H
50.91	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO	€ 216,86	H
51.12	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	€ 122,92	H
54.22	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	€ 29,26	
54.24	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE	€ 86,80	H
54.24.1	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE	€ 122,92	H
54.91	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE	€ 34,86	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
54.91.1	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE	€ 154,92	H
54.93	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE	€ 104,58	
54.97	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE	€ 61,97	H
54.98.1	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	€ 54,74	
54.98.2	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	€ 46,48	
55.92	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE	€ 74,40	H
56.31	56.31	URETEROSCOPIA	€ 101,78	H
57.17	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA	€ 32,76	
57.32	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]	€ 63,70	
57.33	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	€ 79,52	
57.39.1	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	€ 79,52	
57.39.2	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	€ 56,81	
57.49.1	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	€ 68,16	
57.94	57.94	CATETERISMO VESCICALE	€ 9,09	
58.22	58.22	URETROSOCPIA	€ 38,22	
58.23	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	€ 54,04	
58.31	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	€ 46,32	
58.47	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	€ 105,36	H
58.5	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA	€ 46,32	H
58.6.1	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE	€ 34,09	
58.6.2	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE	€ 10,23	
58.6.3	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	€ 46,32	
59.8	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE	€ 27,24	
60.0	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO	€ 32,76	
60.11	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA.APPROCCIO TRANSPERINEALE O TRANSRETTALE	€ 38,22	
60.11.1	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA.AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA PROSTATA	€ 67,62	
60.13	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI	€ 86,80	H
60.91	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA	€ 38,22	
61.0	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE	€ 20,88	
61.91	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE	€ 20,88	
62.11	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	€ 38,22	
63.52	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO	€ 17,88	
63.71	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	€ 105,36	H
64.11	64.11	BIOPSIA DEL PENE	€ 27,72	
64.19.1	64.19.1	BALANOSCOPIA	€ 6,20	
64.19.2	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	€ 7,75	
64.2	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE	€ 35,76	
64.92.1	64.92.1	FRENULOTOMIA	€ 22,32	
64.93	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	€ 23,76	
65.11	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI	€ 105,36	H
65.91	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO	€ 50,52	
66.8	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE	€ 26,04	
67.12	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]	€ 34,72	
67.19.1	67.19.1	BIOPSIA DELLA PORTIO	€ 38,22	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
67.32	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	€ 44,64	
67.33	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO	€ 44,64	
68.12.1	68.12.1	ISTEROSCOPIA	€ 30,38	
68.16.1	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	€ 41,72	
68.29.1	68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO	€ 55,80	
69.7	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	€ 12,91	
69.92	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	€ 93,00	H
69.92.1	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	€ 15,48	H
70.11.1	70.11.1	IMENOTOMIA	€ 29,76	
70.21	70.21	COLPOSCOPIA	€ 10,74	
70.24	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI	€ 27,72	
70.29.1	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	€ 34,72	
70.33.1	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	€ 35,76	
71.11	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	€ 27,72	
71.22	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	€ 29,76	
71.3.1	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	€ 23,76	
71.9.1	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE	€ 35,76	
75.1.1	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	€ 122,92	H
75.1.2	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE	€ 108,50	H
75.1.3	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA	€ 86,80	H
75.33.1	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	€ 122,92	H
75.34.1	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA	€ 16,42	
75.8	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA	€ 37,20	H
76.01	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	€ 26,04	
76.2	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	€ 117,72	H
76.77	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE	€ 23,40	
76.93	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 27,89	
76.96	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 27,89	
78.7	78.7	OSTEOCLASIA	€ 23,40	
79.00	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA	€ 62,04	H
79.01	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 62,04	H
79.02	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 62,04	H
79.03	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 62,04	H
79.04	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 49,56	H
79.07	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 62,04	H
79.08	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 62,04	H
79.70	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	€ 43,44	H

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
79.71	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	€ 43,44	H
79.72	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	€ 43,44	H
79.73	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	€ 43,44	H
79.74	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	€ 43,44	H
80.30	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA	€ 58,52	
81.91	81.91	ARTROCENTESI	€ 33,48	
81.92	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	€ 27,89	
83.02	83.02	MIOTOMIA	€ 23,40	
83.03	83.03	BORSOTOMIA	€ 33,48	
83.09	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	€ 40,20	
83.21	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	€ 46,90	
83.21.1	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	€ 66,36	
83.31	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	€ 40,20	
83.98	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO	€ 6,97	
85.0	85.0	MASTOTOMIA	€ 35,76	
85.11	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	€ 34,72	
85.11.1	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA	€ 52,08	
85.20	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS	€ 35,76	
85.21	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA	€ 35,76	
85.21.1	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA	€ 44,64	
86.01	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 9,36	
86.02.1	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	€ 18,60	
86.02.2	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	€ 9,04	
86.03	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE	€ 31,56	
86.04	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 44,64	
86.05.1	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 44,64	
86.11	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 19,46	
86.19.1	86.19.1	ELASTOMETRIA	€ 4,29	
86.19.2	86.19.2	SEBOMETRIA	€ 4,29	
86.19.3	86.19.3	CORNEOMETRIA	€ 5,73	
86.19.4	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	€ 7,18	
86.22	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 20,40	
86.23	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 30,72	
86.24	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE	€ 8,64	
86.25	86.25	DERMOABRASIONE	€ 20,40	
86.27	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 20,40	
86.28	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 10,08	
86.3.1	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON	€ 15,36	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
86.3.2	86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO.(PER SED.)	€ 15,36	
86.3.3	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE.(PER SEDUTA)	€ 15,36	
86.4	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 34,08	
86.59.1	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	€ 34,08	
86.59.2	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	€ 10,08	
86.59.3	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	€ 13,68	
86.60	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS	€ 247,92	H
86.61	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO	€ 309,84	H
86.62	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO	€ 247,92	H
86.71	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI	€ 371,88	H
86.72	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 371,88	H
86.73	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO	€ 371,88	H
86.74	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI	€ 495,84	H
86.75	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 309,84	H
86.81	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	€ 27,24	
86.84	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 309,84	H
87.03	87.03	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	€ 74,88	
87.03.1	87.03.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 120,42	
87.03.2	87.03.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	€ 80,46	
87.03.3	87.03.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 127,80	
87.03.4	87.03.4	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]	€ 92,97	
87.03.5	87.03.5	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO	€ 74,88	
87.03.6	87.03.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 120,42	
87.03.7	87.03.7	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	€ 74,88	
87.03.8	87.03.8	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 120,42	
87.03.9	87.03.9	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI	€ 74,88	
87.04.1	87.04.1	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	€ 27,90	
87.05	87.05	DACRIOcISTOGRAFIA	€ 85,22	H
87.06	87.06	FARINGOGRAFIA	€ 30,47	
87.06.1	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI	€ 54,74	
87.07	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO	€ 46,48	
87.09.1	87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO	€ 15,24	
87.09.2	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE	€ 66,62	
87.11.1	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATI DENTARIA	€ 10,33	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
87.11.2	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATI DENTARIA	€ 9,30	
87.11.3	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATI DENTARIE	€ 20,66	
87.11.4	87.11.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATI DENTARIE	€ 24,27	
87.12.1	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	€ 10,33	
87.12.2	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA	€ 6,20	
87.13.1	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO.MONOLATERALE.(4 PROIEZIONI).INCLUSO: ESAME DIRETTO	€ 67,14	
87.13.2	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO.BILATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO	€ 84,70	
87.16.1	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA	€ 14,98	
87.16.2	87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.BASALE E DINAMICA BIATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO	€ 53,20	
87.16.3	87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.MONOLATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO.ESCLUSO: STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BASALE E DINAMICA (87.16.2)	€ 26,86	
87.16.4	87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.BILATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO.ESCLUSO: STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BASALE E DINAMICA (87.16.2)	€ 44,42	
87.17.1	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI	€ 22,21	
87.17.2	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA	€ 15,24	
87.17.3	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 17,30	
87.22	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	€ 18,08	
87.23	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	€ 17,30	
87.24	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	€ 17,30	
87.29	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	€ 34,60	
87.35	87.35	GALATTOGRAFIA	€ 68,17	
87.37.1	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,86	
87.37.2	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 22,98	
87.37.3	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	€ 32,02	
87.38	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA	€ 54,23	
87.41	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	€ 77,67	
87.41.1	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 124,11	
87.42.1	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	€ 49,06	
87.42.2	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE	€ 34,60	
87.42.3	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	€ 40,03	
87.43.1	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	€ 24,27	
87.43.2	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	€ 16,01	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
87.44.1	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	€ 15,49	
87.44.2	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	€ 31,50	
87.49.1	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA	€ 14,98	
87.52	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA	€ 68,69	
87.54.1	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR	€ 44,42	H
87.59.1	87.59.1	COLECISTOGRAFIA	€ 50,10	
87.61	87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE	€ 70,50	
87.62	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	€ 50,10	
87.62.1	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	€ 37,44	
87.62.2	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	€ 47,26	
87.62.3	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	€ 59,39	
87.63	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	€ 45,45	
87.64	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE	€ 29,95	
87.65.1	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	€ 51,65	
87.65.2	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	€ 91,67	
87.65.3	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	€ 140,99	
87.66	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO	€ 59,65	H
87.69.1	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE	€ 63,27	
87.71	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI	€ 85,50	
87.71.1	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO	€ 134,37	
87.72	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE	€ 27,90	
87.73	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA	€ 89,35	
87.74.1	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	€ 68,69	H
87.74.2	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	€ 91,93	H
87.75.1	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	€ 43,38	
87.76	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA	€ 66,11	H
87.76.1	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,71	
87.77	87.77	CISTOGRAFIA	€ 48,29	
87.77.1	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	€ 68,69	
87.79	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO	€ 19,37	
87.79.1	87.79.1	URETROGRAFIA	€ 43,90	
87.83	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA	€ 108,46	
87.89.1	87.89.1	COLPOGRAFIA	€ 55,78	
87.99.1	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	€ 72,30	
87.99.2	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	€ 73,85	
88.01.1	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 79,47	
88.01.2	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 126,90	
88.01.3	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE	€ 79,47	
88.01.4	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 126,90	
88.01.5	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	€ 103,68	
88.01.6	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04	
88.03.1	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL'ADDOME	€ 54,23	
88.04	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	€ 126,02	
88.19	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME	€ 19,37	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
88.21	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL'ARTO SUPERIORE	€ 17,82	
88.22	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO	€ 14,98	
88.23	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	€ 14,20	
88.25	88.25	PELVIMETRIA	€ 17,56	
88.26	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	€ 17,56	
88.27	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	€ 21,17	
88.28	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	€ 17,82	
88.29.1	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	€ 30,21	
88.29.2	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	€ 26,34	
88.31	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	€ 90,38	
88.31.1	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	€ 22,47	
88.32	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO	€ 82,12	
88.33.1	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA	€ 12,14	
88.33.2	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	€ 31,50	
88.35.1	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE	€ 54,23	
88.37.1	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE	€ 54,23	
88.38.1	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	€ 77,67	
88.38.2	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 124,11	
88.38.3	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE	€ 81,81	
88.38.4	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 129,69	
88.38.5	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	€ 77,85	
88.38.6	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE	€ 77,85	
88.38.7	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 124,11	
88.38.8	88.38.8	ARTRO TC	€ 135,72	
88.39.1	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	€ 15,49	
88.42.1	88.42.1	AORTOGRAFIA	€ 283,28	H
88.42.2	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE	€ 283,28	H
88.48	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE	€ 283,28	H
88.60.1	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE	€ 263,91	H
88.61.1	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	€ 98,13	H
88.61.2	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	€ 256,68	H
88.63.1	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	€ 256,68	H
88.63.2	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE	€ 246,35	H
88.65.1	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	€ 246,35	H
88.65.2	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	€ 246,35	H
88.65.3	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA	€ 256,68	H
88.66.1	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI.MONOLATERALE	€ 246,35	H
88.66.2	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI.BILATERALE	€ 285,08	H
88.71.1	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA	€ 31,25	
88.71.2	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO	€ 45,96	
88.71.3	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	€ 49,06	
88.71.4	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	€ 28,41	
88.72.1	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 51,65	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
88.72.2	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 60,43	
88.72.3	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 61,97	
88.72.4	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA	€ 77,47	
88.72.5	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	€ 41,32	
88.73.1	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE	€ 35,89	
88.73.2	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE	€ 21,17	
88.73.3	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	€ 35,89	
88.73.4	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	€ 30,73	
88.73.5	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 43,90	
88.74.1	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90	
88.74.2	88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	€ 43,38	
88.74.3	88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS	€ 43,38	
88.74.4	88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA	€ 43,38	
88.74.5	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	€ 34,09	
88.75.1	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	€ 32,02	
88.75.2	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	€ 50,10	
88.76.1	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43	
88.76.2	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI	€ 32,02	
88.77.1	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	€ 24,79	
88.77.2	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE ARTERIOSA O VENOSA	€ 43,90	
88.77.3	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 23,24	
88.78	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 30,99	
88.78.1	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA	€ 22,98	
88.78.2	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 30,99	
88.79.1	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 28,41	
88.79.2	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	€ 32,54	
88.79.3	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	€ 28,41	
88.79.4	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA DEL TORACE	€ 50,61	
88.79.5	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	€ 30,99	
88.79.6	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	€ 30,99	
88.79.7	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	€ 43,38	
88.79.8	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	€ 43,38	
88.83.1	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	€ 25,31	
88.85	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA	€ 25,31	
88.89	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	€ 25,31	
88.90.1	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI:	€ 14,98	
88.90.2	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC	€ 18,09	
88.90.3	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	€ 26,46	
88.91.1	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	€ 166,58	
88.91.2	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 247,50	
88.91.3	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	€ 120,08	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
88.91.4	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 187,13	
88.91.5	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 184,80	
88.91.6	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	€ 120,08	
88.91.7	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 187,13	
88.91.8	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	€ 184,80	
88.92	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	€ 115,80	
88.92.1	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 181,28	
88.92.3	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	€ 120,08	
88.92.4	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 187,13	
88.92.5	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	€ 232,80	
88.92.6	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA.MONOLATERALE	€ 111,15	
88.92.7	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO.MONOLATERALE	€ 175,50	
88.92.8	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA.BILATERALE	€ 120,08	
88.92.9	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO.BILATERALE	€ 187,13	
88.93	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	€ 115,80	
88.93.1	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	€ 181,28	
88.94.1	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA	€ 133,28	
88.94.2	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	€ 204,15	
88.94.3	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 184,80	
88.95.1	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 120,08	
88.95.2	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 187,13	
88.95.3	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 184,80	
88.95.4	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	€ 120,08	
88.95.5	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 187,13	
88.95.6	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 184,80	
88.99.1	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO	€ 21,17	
88.99.2	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X.LOMBARE, FEMORALE, ULTRADISTALE	€ 31,50	
88.99.3	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X.TOTAL BODY	€ 43,38	
88.99.4	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC	€ 69,30	
88.99.5	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	€ 17,56	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
89.01	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91	
89.03	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	€ 20,66	
89.07	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
89.11	89.11	TONOMETRIA	€ 13,94	
89.12	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE	€ 13,94	
89.13	89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66	
89.14	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	€ 23,24	
89.14.1	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	€ 34,86	
89.14.2	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 34,86	
89.14.3	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 ORE	€ 46,48	
89.14.4	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 ORE	€ 34,86	
89.14.5	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE	€ 34,86	
89.15.1	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 23,24	
89.15.2	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI	€ 48,81	
89.15.3	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI	€ 34,86	
89.15.4	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	€ 34,86	
89.15.5	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO	€ 55,78	
89.15.6	89.15.6	POLIGRAFIA	€ 46,48	
89.15.7	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE	€ 46,48	
89.15.8	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI.PER RICERCA DI SOGLIA	€ 41,83	
89.15.9	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI.DA STIMOLO ELETTRICO	€ 92,96	
89.17	89.17	POLISONNOGRAMMA	€ 139,44	
89.18.1	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	€ 139,44	
89.18.2	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	€ 139,44	
89.19.1	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 27,89	
89.19.2	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 51,13	
89.22	89.22	CISTOMETROGRAFIA	€ 55,78	
89.23	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	€ 23,24	
89.24	89.24	UROFLUSSOMETRIA	€ 11,62	
89.25	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	€ 11,62	
89.26	89.26	VISITA GINECOLOGICA	€ 20,66	
89.32	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 67,14	
89.32.1	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 ORE	€ 92,96	
89.37.1	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 23,24	
89.37.2	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18	
89.37.3	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	€ 46,48	
89.37.4	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 37,18	
89.37.5	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	€ 55,78	
89.37.6	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO	€ 46,48	
89.38.1	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE	€ 23,24	
89.38.2	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	€ 23,24	
89.38.3	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 23,24	
89.38.4	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	€ 46,48	
89.38.5	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	€ 23,24	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
89.38.6	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	€ 69,72	
89.38.7	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	€ 46,48	
89.38.8	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	€ 23,24	
89.38.9	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	€ 23,24	
89.39.1	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	€ 6,97	
89.39.2	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	€ 6,97	
89.39.3	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 18,59	
89.39.4	89.39.4	GUSTOMETRIA	€ 9,30	
89.39.5	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	€ 7,44	
89.41	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	€ 55,78	
89.42	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	€ 18,59	
89.43	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	€ 55,78	
89.44	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	€ 55,78	
89.44.1	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	€ 83,67	
89.44.2	89.44.2	TEST DEL CAMMINO	€ 55,78	
89.48.1	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	€ 23,24	
89.50	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	€ 61,97	
89.52	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62	
89.54	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	€ 46,48	
89.58.1	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 18,59	
89.58.3	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	€ 18,59	
89.58.4	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 18,59	
89.58.5	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	€ 27,89	
89.58.6	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA	€ 20,66	
89.58.7	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	€ 18,59	
89.58.8	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	€ 18,59	
89.59.1	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	€ 41,32	
89.61.1	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32	
89.62	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	€ 46,48	
89.65.1	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	€ 12,32	
89.65.2	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE	€ 12,32	
89.65.3	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE	€ 12,32	
89.65.4	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	€ 18,59	
89.65.5	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	€ 9,30	
89.65.6	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	€ 12,32	
89.66	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 12,32	
89.7	89.7	VISITA GENERALE	€ 20,66	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
89.92.2	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	€ 184,80	
90.01.1	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	€ 14,73	A1
90.01.2	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 10,53	A1
90.01.3	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [DU]	€ 10,58	A1
90.01.4	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [DU]	€ 11,25	A1
90.01.5	90.01.5	ACIDI BILIARI	€ 9,05	B A1
90.02.1	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [DU]	€ 15,80	A1
90.02.2	90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 4,09	A1
90.02.3	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	€ 9,51	A1
90.02.4	90.02.4	ACIDO IPPURICO	€ 5,78	A1
90.02.5	90.02.5	ACIDO LATTICO	€ 4,84	A1
90.03.1	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	€ 7,02	A1
90.03.2	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	€ 2,79	A1
90.03.3	90.03.3	ACIDO SIALICO	€ 12,55	A1
90.03.4	90.03.4	ACIDO VALPROICO	€ 10,88	A1
90.03.5	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [DU]	€ 18,55	A1
90.04.1	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	€ 9,14	Vedi nota (*) A1/RIA
90.04.2	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	€ 22,65	A1
90.04.3	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	€ 20,59	A1
90.04.4	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	€ 4,70	A1 A3
90.04.5	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00	B A1
90.05.1	90.05.1	ALBUMINA [S/U/DU]	€ 1,42	B A1
90.05.2	90.05.2	ALDOLASI [S]	€ 1,95	B A1
90.05.3	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	€ 17,11	A1
90.05.4	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	€ 5,30	B A1
90.05.5	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/LA/ALB]	€ 7,40	A1
90.06.1	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	€ 5,31	B A1
90.06.2	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	€ 5,30	B A1
90.06.3	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	€ 5,30	B A1
90.06.4	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 1,84	B A1
90.06.5	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA)	€ 3,65	A1
90.07.1	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	€ 8,18	A1/TOSSICOLOGIA
90.07.2	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/SG/P]	€ 3,11	A1
90.07.3	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/SG/P]	€ 11,57	A1
90.07.4	90.07.4	AMITRIPTILINA	€ 7,85	A1
90.07.5	90.07.5	AMMONIO [P]	€ 6,36	B A1
90.08.1	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]	€ 14,63	A1
90.08.2	90.08.2	ANGIOTENSINA II	€ 12,55	A1
90.08.3	90.08.3	ANTIBIOTICI	€ 8,91	A1
90.08.4	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	€ 5,30	B A1
90.08.5	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	€ 5,30	B A1
90.09.1	90.09.1	APTOGLOBINA	€ 5,30	B A1 A3
90.09.2	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04	B A1
90.09.3	90.09.3	BARBITURICI	€ 7,36	A1
90.09.4	90.09.4	BENZODIAZEPINE	€ 10,33	A1
90.09.5	90.09.5	BENZOLO	€ 8,27	A1
90.10.1	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	€ 5,30	A1
90.10.2	90.10.2	BICARBONATI (IDROGENOCARBONATO)	€ 0,50	A1
90.10.3	90.10.3	BILIRUBINA (CURVA SPETTROFOTOMETRICA NEL LIQUIDO AMNIOTICO)	€ 0,94	B A1
90.10.4	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	€ 1,13	B A1
90.10.5	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41	B A1
90.11.1	90.11.1	C PEPTIDE	€ 12,15	A1
90.11.2	90.11.2	C PEPTIDE: DOSAGGI SERIATI DOPO TEST DI STIMOLO (5)	€ 50,65	A1
90.11.3	90.11.3	CADMIO	€ 8,18	A1/TOSSICOLOGIA
90.11.4	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]	€ 1,13	B A1
90.11.5	90.11.5	CALCITONINA	€ 14,41	A1
90.12.1	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (RICERCA SEMIQUANTITATIVA)	€ 8,54	B A1
90.12.2	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (RICERCA QUALITATIVA)	€ 4,62	B A1
90.12.3	90.12.3	CARBAMAZEPINA	€ 12,04	A1
90.12.4	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	€ 11,34	A1
90.12.5	90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 5,30	B A1
90.13.1	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [FECI]	€ 4,93	B A1

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.13.2	90.13.2	CICLOSPORINA	€ 14,64	A1
90.13.3	90.13.3	CLORURO [S/U/DU]	€ 1,13	B A1
90.13.4	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [SD] (STIMOLAZIONE CON PILOCARPINA)	€ 9,02	B A1
90.13.5	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 7,32	A1
90.14.1	90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43	B A1
90.14.2	90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67	B A1
90.14.3	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04	B A1
90.14.4	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,36	B A1
90.14.5	90.14.5	COPROPORFIRINE	€ 5,76	A1
90.15.1	90.15.1	CORPI CHETONICI	€ 0,54	B A1
90.15.2	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	€ 18,50	A1
90.15.3	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	€ 7,79	A1
90.15.4	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,44	B A1
90.15.5	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	€ 4,17	B A1
90.16.1	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	€ 2,61	A1
90.16.2	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	€ 11,30	A1
90.16.3	90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 1,13	B A1
90.16.4	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,60	B A1
90.16.5	90.16.5	CROMO	€ 8,18	A1/TOSSICOLOGIA
90.17.1	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	€ 9,27	A1
90.17.2	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 15,55	A1
90.17.3	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 12,97	A1
90.17.4	90.17.4	DESIPRAMINA	€ 7,85	A1
90.17.5	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	€ 20,59	A1
90.18.1	90.18.1	DOPAMINA [S/U]	€ 15,58	A1
90.18.2	90.18.2	DOXEPINA	€ 6,60	A1
90.18.3	90.18.3	DROGHE D'ABUSO	€ 5,39	A1
90.18.4	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	€ 16,60	A1
90.18.5	90.18.5	ERITROPOIETINA	€ 20,66	A1
90.19.1	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	€ 4,88	A1
90.19.2	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	€ 9,11	A1
90.19.3	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]	€ 6,93	A1
90.19.4	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO	€ 8,27	A1
90.19.5	90.19.5	ESTRONE (E1)	€ 14,98	A1
90.20.1	90.20.1	ETANOLO	€ 6,80	A1
90.20.2	90.20.2	ETOSUCCIMIDE	€ 10,64	A1
90.20.3	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI	€ 10,64	A1
90.20.4	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI	€ 8,80	A1
90.20.5	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI	€ 11,39	A1
90.21.1	90.21.1	FARMACI DIGITALICI	€ 9,99	A1
90.21.2	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	€ 9,14	Vedi nota (*) A1
90.21.3	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (GRASSI, PROD. DI DIGESTIONE, PARASSITI)	€ 6,14	B A1
90.21.4	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,52	B A1
90.21.5	90.21.5	FENILALANINA	€ 3,11	A1
90.22.1	90.22.1	FENITOINA	€ 10,74	A1
90.22.2	90.22.2	FENOLO [U]	€ 3,20	A1
90.22.3	90.22.3	FERRITINA [P/(SG)ER]	€ 6,36	A1
90.22.4	90.22.4	FERRO [DU]	€ 4,79	B A1
90.22.5	90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14	B A1
90.23.1	90.23.1	FLUORO	€ 5,63	A1/TOSSICOLOGIA
90.23.2	90.23.2	FOLATO [S/(SG)ER]	€ 6,36	A1
90.23.3	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	€ 6,21	A1
90.23.4	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	€ 1,66	B A1
90.23.5	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04	B A1
90.24.1	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	€ 12,33	A1
90.24.2	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	€ 10,18	B A1
90.24.3	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/DU]	€ 1,46	B A1
90.24.4	90.24.4	FOSFOESOSISOISOMERASI (PHI)	€ 0,97	A1
90.24.5	90.24.5	FOSFORO	€ 1,46	B A1
90.25.1	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	€ 2,21	A1
90.25.2	90.25.2	FRUTTOSIO [LS]	€ 7,43	A1
90.25.3	90.25.3	GALATTOSIO (PROVA DA CARICO)	€ 12,46	B A1
90.25.4	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	€ 3,82	B A1
90.25.5	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13	B A1
90.26.1	90.26.1	GASTRINA [S]	€ 14,08	A1

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.26.2	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	€ 6,70	A1
90.26.3	90.26.3	GLUCAGONE [S]	€ 8,23	A1
90.26.4	90.26.4	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 3 DETERMINAZIONI)	€ 2,38	B A1
90.26.5	90.26.5	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 6 DETERMINAZIONI)	€ 3,33	B A1
90.27.1	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17	B A1
90.27.2	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(SG)ER]	€ 7,16	A1 A3
90.27.3	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (PROVA IMMUNOLOGICA DI GRAVIDANZA [U])	€ 6,02	B A1 A2
90.27.4	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (SUBUNITÀ BETA FRAZIONE LIBERA) [S/U]	€ 11,47	B A1
90.27.5	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (SUBUNITÀ BETA, MOLECOLA INTERA)	€ 9,98	A1
90.28.1	90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41	B A1 A2
90.28.2	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	€ 16,04	A1
90.28.3	90.28.3	IMIPRAMINA	€ 14,11	A1
90.28.4	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	€ 10,60	B A1 A3
90.28.5	90.28.5	INSULINA (CURVA DA CARICO O DOPO TEST FARMACOLOGICI, MAX. 5)	€ 27,82	A1
90.29.1	90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75	A1
90.29.2	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 1,13	B A1
90.29.3	90.29.3	LATTE MULIEBRE	€ 3,58	B A1
90.29.4	90.29.4	LATTOSIO [U/LS]	€ 3,42	A1
90.29.5	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	€ 2,51	B A1
90.30.1	90.30.1	LEVODOPA	€ 7,85	A1
90.30.2	90.30.2	LIPASI [S]	€ 2,58	B A1
90.30.3	90.30.3	LIPOPROTEINA (A)	€ 12,27	B A1
90.30.4	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 5,89	B A1
90.30.5	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	€ 1,10	B A1
90.31.1	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (CROMATOLOGRAFIA)	€ 10,22	B A1
90.31.2	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	€ 15,89	B A1
90.31.3	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	€ 0,93	B A1
90.31.4	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	€ 5,12	B A5
90.31.5	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	€ 8,13	B A5
90.32.1	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 3,48	B A1
90.32.2	90.32.2	LITIO [P]	€ 3,47	B A1
90.32.3	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	€ 7,20	A1
90.32.4	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): DOSAGGI SERIATI DOPO GNRH O ALTRO STIMOLO (5)	€ 39,12	A1
90.32.5	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,55	B A1
90.33.1	90.33.1	MANGANESE [S]	€ 5,63	A1/TOSSICOLOGIA
90.33.2	90.33.2	MEPROBAMATO	€ 8,58	A1
90.33.3	90.33.3	MERCURIO	€ 8,18	A1/TOSSICOLOGIA
90.33.4	90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11	B A1
90.33.5	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	€ 6,92	B A1
90.34.1	90.34.1	NEOPTERINA	€ 11,05	A1
90.34.2	90.34.2	NICHEL	€ 9,11	A1/TOSSICOLOGIA
90.34.3	90.34.3	NORTRIPTILINA	€ 5,49	A1
90.34.4	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 6,23	A1/TOSSICOLOGIA
90.34.5	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	€ 10,89	A1
90.35.1	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	€ 10,48	A1
90.35.2	90.35.2	ORMONI: DOSAGGI SERIATI DOPO STIMOLO (5)	€ 41,06	A1
90.35.3	90.35.3	OSSALATI [U]	€ 6,25	B A1
90.35.4	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	€ 27,21	A1
90.35.5	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 18,92	A1
90.36.1	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	€ 5,63	A1
90.36.2	90.36.2	PH EMATICO	€ 5,21	B A3

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.36.3	90.36.3	PIOMBO [S/U]	€ 18,23	A1
90.36.4	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(SG)ER]	€ 8,48	A1 A3
90.36.5	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	€ 7,31	A1
90.37.1	90.37.1	PORFIRINE (RICERCA QUALITATIVA E QUANTITATIVA)	€ 13,19	A1
90.37.2	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]	€ 5,88	A1
90.37.3	90.37.3	POST COITAL TEST	€ 2,79	Vedi nota (*) A2 A4
90.37.4	90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02	B A1
90.37.5	90.37.5	PRIMIDONE	€ 10,64	A1
90.38.1	90.38.1	PROGESTERONE [S]	€ 9,13	A1
90.38.2	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	€ 7,13	A1
90.38.3	90.38.3	PROLATTINA (PRL): DOSAGGI SERIATI DOPO TRH (5)	€ 19,71	A1
90.38.4	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23	B A1
90.38.5	90.38.5	PROTEINE (S/U/dU/La)	€ 1,13	B A1
90.39.1	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	€ 4,23	B A1
90.39.2	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	€ 7,62	A1 A3
90.39.3	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	€ 10,43	A1
90.39.4	90.39.4	RAME [S/U]	€ 4,69	A1
90.39.5	90.39.5	RECEPTORI DEGLI ESTROGENI	€ 19,05	A1 A5
90.40.1	90.40.1	RECEPTORI DEL PROGESTERONE	€ 15,80	A1 A5
90.40.2	90.40.2	RENINA [P]	€ 23,24	A1
90.40.3	90.40.3	SELENIO	€ 6,23	A1/TOSSICOLOGIA
90.40.4	90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02	B A1
90.40.5	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	€ 4,19	A1
90.41.1	90.41.1	SUDORE (ESAME CON DETERMINAZIONE DI NA+ E K+)	€ 0,88	Vedi nota (*) A1
90.41.2	90.41.2	TEOFILLINA	€ 12,36	A1
90.41.3	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	€ 9,78	A1
90.41.4	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	€ 14,22	A1
90.41.5	90.41.5	TIREOGLOBULINA (TG)	€ 13,34	A1
90.42.1	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46	A1
90.42.2	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): DOSAGGI SERIATI DOPO TRH (4)	€ 16,27	A1
90.42.3	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36	A1
90.42.4	90.42.4	TRANSFERRINA (CAPACITÀ FERROLEGANTE)	€ 3,62	B A1 A3
90.42.5	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78	B A1 A3
90.43.1	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO	€ 23,33	A1
90.43.2	90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17	B A1
90.43.3	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40	A1
90.43.4	90.43.4	TRIPSINA [S/U]	€ 9,54	B A1
90.43.5	90.43.5	URATO [S/U/DU]	€ 1,13	B A1
90.44.1	90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,13	B A1
90.44.2	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	€ 3,52	B A1
90.44.3	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17	B A1
90.44.4	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (ACETONE E GLUCOSIO QUANTITATIVO)	€ 0,50	B A1
90.44.5	90.44.5	VITAMINA D	€ 15,86	A1
90.45.1	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 11,17	A1
90.45.2	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 11,17	A1
90.45.3	90.45.3	XILOSI (TEST DI ASSORBIMENTO)	€ 5,94	Vedi nota (*) B A1
90.45.4	90.45.4	ZINCO [S/U]	€ 5,63	A1
90.45.5	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(SG)ER]	€ 8,43	A1
90.46.3	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	€ 7,44	A3
90.46.4	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	€ 9,66	A1 A3
90.46.5	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 6,70	A3
90.47.1	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	€ 6,05	A3
90.47.2	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 4,18	A3
90.47.3	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,19	A2
90.47.4	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	€ 11,30	A1/A3
90.47.5	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IGG, IGA, IGM)	€ 12,42	A2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.48.1	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	€ 8,29	A2
90.48.2	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27	A2
90.48.3	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 10,69	A2
90.48.4	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (CARATTERIZZAZIONE DEL RANGE TERMICO)	€ 1,76	A3
90.48.5	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (CON MEZZO POTENZIANTE)	€ 8,37	A3
90.49.1	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (TITOLAZIONE)	€ 18,90	A3
90.49.2	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	€ 24,27	A3
90.49.3	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS INDIRETTO]	€ 8,37	B A3
90.49.4	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	€ 11,41	A3
90.49.5	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IGG, IGA)	€ 10,27	A1 A2
90.50.1	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (CROSS-MATCH, SINGOLO INDIVIDUO, URGENTE)	€ 35,84	H
90.50.2	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (TITOLO PER SINGOLA SPECIFICITÀ)	€ 35,84	H
90.50.3	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (ALMENO 10 SOGGETTI, URGENTE)	€ 20,97	H
90.50.4	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (ALMENO 10 SOGGETTI)	€ 18,80	H
90.50.5	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	€ 7,76	A2
90.51.1	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	€ 12,07	A1 A2
90.51.2	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	€ 41,88	A2 A3
90.51.3	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	€ 10,27	A1/A3
90.51.4	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	€ 11,30	A1 A2
90.51.5	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,18	A2
90.52.1	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36	A2
90.52.2	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,37	A2
90.52.3	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (CUORE)	€ 6,70	A2
90.52.4	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56	A2
90.52.5	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	€ 13,71	A5
90.53.1	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	€ 7,37	A5
90.53.2	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	€ 42,81	A2 A3
90.53.3	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	€ 88,21	A2 A3
90.53.4	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	€ 25,06	A2
90.53.5	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	€ 25,06	A1 A2
90.54.1	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	€ 7,76	A2
90.54.2	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	€ 8,53	A2
90.54.3	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	€ 6,70	A2
90.54.4	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG)	€ 12,57	A1 A2
90.54.5	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	€ 6,97	A3
90.55.1	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 12,98	A1
90.55.2	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	€ 12,66	A1
90.55.3	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 11,49	A1
90.55.4	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	€ 13,94	A1
90.55.5	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	€ 14,47	A1
90.56.1	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	€ 21,57	A1
90.56.2	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	€ 10,88	A1

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.56.3	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 7,41	A1
90.56.4	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	€ 16,60	A1
90.56.5	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 7,41	A1
90.57.1	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	€ 19,85	A1
90.57.2	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	€ 17,09	H
90.57.3	90.57.3	ANTIGENI HLA (CIASCUNO)	€ 17,40	A3 A5 A6
90.57.4	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	€ 42,14	A3
90.57.5	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 5,02	B A3
90.58.1	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (TPA)	€ 18,44	A3
90.58.2	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS DIRETTO]	€ 6,87	A3
90.58.3	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	€ 8,23	A3
90.58.4	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(SG)HB/(SG)ER]	€ 3,99	A1 A3
90.58.5	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 24,43	A3 A5
90.59.1	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	€ 22,36	A3 A5
90.59.2	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	€ 22,36	A3 A5
90.59.3	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	€ 19,42	A3 A5
90.59.4	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE	€ 93,89	A3 A5 A6
90.60.1	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 INIBITORE)	€ 7,42	B A2
90.60.2	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)	€ 5,30	B A2
90.60.3	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	€ 361,52	H
90.60.4	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	€ 2,19	H
90.60.5	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	€ 32,90	H
90.61.1	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,74	B A3
90.61.2	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	€ 12,60	B A3
90.61.3	90.61.3	CYFRA 21-1	€ 19,05	A1
90.61.4	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 10,30	A1
90.61.5	90.61.5	D-DIMERO (TEST AL LATICE)	€ 4,99	B A1
90.62.1	90.62.1	EMAZIE (CONTEGGIO, EMOGLOBINA)	€ 0,88	B A3
90.62.2	90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17	B A3
90.62.3	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	€ 12,09	A3
90.62.4	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	€ 15,34	A3
90.62.5	90.62.5	EOSINOFILI (CONTEGGIO)[ALB]	€ 2,23	B A3
90.63.1	90.63.1	EPARINA (MEDIANTE DOSAGGIO INIBITORE FATTORE X ATTIVATO)	€ 10,94	A1 A3
90.63.2	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (PER CIASCUNO ANTIGENE)	€ 6,71	B A3
90.63.3	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO	€ 21,03	A3
90.63.4	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	€ 3,42	A3
90.63.5	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	€ 18,80	A3 A5
90.64.1	90.64.1	FATTORE VWF ANALISI MULTIMERICA	€ 29,10	A3
90.64.2	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 4,73	B A2
90.64.3	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (CIASCUNO)	€ 14,31	A3
90.64.4	90.64.4	FENOTIPO RH	€ 10,59	H
90.64.5	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 12,18	A3
90.65.1	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67	B A3
90.65.2	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	€ 9,14	A3
90.65.3	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO E RH (D)	€ 7,75	H B A3
90.65.4	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH II CONTROLLO	€ 5,16	H B A3
90.66.1	90.66.1	HB - BIOSINTESI IN VITRO	€ 108,46	H
90.66.2	90.66.2	HB - EMOGLOBINA [SG/LA]	€ 2,09	B A3
90.66.3	90.66.3	HB - EMOGLOBINA A2	€ 9,61	B A3

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.66.4	90.66.4	HB - EMOGLOBINA FETALE (DOSAGGIO)	€ 4,77	B A3
90.66.5	90.66.5	HB - EMOGLOBINE ANOMALE (HBS, HBD, HBH, ECC.)	€ 14,36	B A3
90.67.1	90.67.1	HB - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	€ 16,65	H
90.67.2	90.67.2	HB - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (CROMATOGRAFIA)	€ 12,86	A3
90.67.3	90.67.3	HB - TEST DI STABILITA' [(SG)ER]	€ 1,76	B A3
90.67.4	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO	€ 86,92	H
90.67.5	90.67.5	IGA SECRETORIE [SA/ALB]	€ 6,60	B A3
90.68.1	90.68.1	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO Per ogni allergene fino ad un massimo di 7	€ 10,17	A1
90.68.2	90.68.2	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	€ 9,92	A1
90.68.3	90.68.3	IGE TOTALI	€ 7,77	B A1
90.68.4	90.68.4	IGG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (CIASCUNA)	€ 11,30	A1
90.68.5	90.68.5	IGG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	€ 14,73	A1
90.69.1	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	€ 5,50	A1/A3
90.69.2	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 20,88	A2 A3
90.69.3	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	€ 16,37	A3
90.69.4	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 4,99	B A2
90.69.5	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	€ 9,61	A2 A3
90.70.1	90.70.1	INTERFERONE	€ 20,59	A1/A3
90.70.2	90.70.2	INTERLEUCHINA 2	€ 17,67	A1/A3
90.70.3	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (PER TEST)	€ 6,77	B A2
90.70.4	90.70.4	LEUCOCITI (CONTEGGIO E FORMULA LEUCOCITARIA MICROSCOPICA) [(SG)]	€ 3,91	B A3
90.70.5	90.70.5	LEUCOCITI (CONTEGGIO) [(SG)]	€ 0,67	Vedi nota (*) B A3
90.71.1	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(SG)ER]	€ 2,76	A3
90.71.2	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS TEST)	€ 7,08	A3
90.71.3	90.71.3	PIASTRINE (CONTEGGIO) [(SG)]	€ 1,80	B A3
90.71.4	90.71.4	PINK TEST	€ 2,79	A3
90.71.5	90.71.5	PLASMINOGENO	€ 13,98	A3
90.72.1	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 9,09	A2 A3
90.72.2	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09	A2 A3
90.72.3	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 3,87	B A2
90.72.4	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 11,88	A3
90.72.5	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81	A3
90.73.1	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	€ 4,65	A3
90.73.2	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	€ 8,47	H
90.73.3	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	€ 6,04	H
90.73.4	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (REAZIONE POLIMERASICA A CATENA-FINGERPRINT)	€ 117,91	H
90.73.5	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	€ 53,61	H
90.74.1	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (CON 3 SIERI RICEVENTE)	€ 51,18	H
90.74.2	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14	B A2
90.74.3	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (TEST DI SIMMEL)	€ 7,82	B A3
90.74.4	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (CURVA)	€ 7,67	B A3
90.74.5	90.74.5	RETICOLOCITI (CONTEGGIO) [(SG)]	€ 3,50	B A3
90.75.1	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	€ 3,07	H
90.75.2	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	€ 1,44	B A3

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.75.3	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	€ 1,58	B A3
90.75.4	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85	B A3
90.75.5	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 3,26	B A3
90.76.1	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85	B A3
90.76.2	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA SECONDO BORN CADAUNA	€ 4,84	B A3
90.76.3	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	€ 2,79	A3
90.76.4	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	€ 2,79	A3
90.76.5	90.76.5	TEST DI HAM	€ 4,80	B A3
90.77.1	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (RICERCA EMAZIE FETALI)	€ 3,25	A3
90.77.2	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 9,04	A3
90.77.3	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (PER MITOGENO)	€ 44,20	A5
90.77.4	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 36,41	A5
90.77.5	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLP, CTLP)	€ 477,21	H
90.78.1	90.78.1	TINE TEST (REAZIONE CUTANEA ALLA TURBECOLINA)	€ 4,18	B A2
90.78.2	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	€ 101,48	H
90.78.3	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 54,12	H
90.78.4	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	€ 101,48	H
90.78.5	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 54,12	H
90.79.1	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	€ 101,48	H
90.79.2	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 54,12	H
90.79.3	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 54,12	H
90.79.4	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 155,30	H
90.79.5	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 188,71	H
90.80.1	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 54,12	H
90.80.2	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 178,38	H
90.80.3	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	€ 109,13	H
90.80.4	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 178,38	H
90.80.5	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 54,12	H
90.81.1	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 E DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	€ 213,35	H
90.81.2	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 E DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	€ 311,58	H
90.81.3	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (FENOT. COMPL. LOCI A, B, C, O LOCI A, B)	€ 149,26	H
90.81.4	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (FENOT. COMPL. LOCI DR, DQ O LOCUS DP)	€ 158,66	H
90.81.5	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (PER CIASCUN ANTICORPO)	€ 17,09	H
90.82.1	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	€ 2,79	A3
90.82.2	90.82.2	TROMBOSSANO B2	€ 5,07	A3
90.82.3	90.82.3	TROPONINA I	€ 11,46	A1
90.82.4	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	€ 0,69	B A2
90.82.5	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,95	B A2
90.83.1	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	€ 23,71	A3
90.83.2	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	€ 5,58	A3
90.83.3	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	€ 8,57	A2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.83.4	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS	€ 59,91	A2
90.83.5	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 34,09	A2 A6
90.84.1	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.ALMENO 10 ANTIBIOTICI)	€ 15,84	A2
90.84.2	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 9,90	A2
90.84.3	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	€ 13,86	A2
90.84.4	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (ATTIVITÀ ASSOCIAZIONI ANTIBIOTICHE)	€ 6,35	A2
90.84.5	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (ATTIVITÀ BATTERICIDA C.M.B.)	€ 6,35	A2
90.85.1	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (KIRBY BAUER, ALMENO 10 ANTIBIOTICI)	€ 7,71	B A2
90.85.2	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., ALMENO 10 ANTIBIOTICI)	€ 12,19	A2
90.85.3	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA.IN MATERIALI BIOLOGICI (E.I.A.)	€ 7,10	A2
90.85.4	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA.IN MATERIALI BIOLOGICI (AGGLUTINAZIONE)	€ 1,60	A2
90.85.5	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA.IN MATERIALI BIOLOGICI (ELETTROSINERESI)	€ 2,27	A2
90.86.1	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA NAS	€ 12,19	A2
90.86.2	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA NAS	€ 7,55	A2
90.86.3	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI	€ 4,62	A2
90.86.4	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA.COLORAZIONI DI ROUTINE (GRAM, BLU DI METILENE)	€ 2,31	B A2
90.86.5	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA.COLORAZIONI SPECIALI	€ 2,43	B A2
90.87.1	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	€ 4,65	A2
90.87.2	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO	€ 6,35	A2
90.87.3	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE	€ 2,27	A1
90.87.4	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,06	A2
90.87.5	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,08	A2
90.88.1	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)	€ 12,60	A2
90.88.2	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE) [WRIGHT]	€ 3,31	B A2
90.88.3	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA	€ 9,24	A2
90.88.4	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 6,81	A2
90.88.5	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	€ 5,89	A2
90.89.1	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,57	A2
90.89.2	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 6,27	A2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.89.3	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (COL. IODIO, GIEMSA)	€ 3,41	A2
90.89.4	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)	€ 3,62	A2
90.89.5	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	€ 25,20	A2
90.90.1	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 9,41	A2
90.90.2	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 14,00	A2
90.90.3	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (MEDIANTE IBRIDAZIONE)	€ 15,09	A6
90.90.4	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 11,36	A2
90.90.5	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	€ 11,90	A2
90.91.1	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 6,45	A2
90.91.2	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 3,41	A2
90.91.3	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 6,22	A2
90.91.4	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	€ 2,53	A2
90.91.5	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	A2
90.92.1	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	A2
90.92.2	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75	A2
90.92.3	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.H.A.)	€ 9,79	B A2
90.92.4	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 15,96	A2 A3
90.92.5	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE EMOAGGLUTINAZIONE PASSIVA)	€ 7,48	A2 A3
90.93.1	90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (COLTURA XENICA)	€ 7,64	A2
90.93.2	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA	€ 3,69	B A2
90.93.3	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	€ 7,46	A2
90.93.4	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	€ 7,48	A2
90.93.5	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	€ 7,48	B A2
90.94.1	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]	€ 26,44	A2
90.94.2	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31	B A2
90.94.3	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	€ 12,01	B A2
90.94.4	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,14	A2
90.94.5	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	€ 5,45	A2
90.95.1	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (SAGGIO MEDIANTE PROVA BIOCHIMICA)	€ 5,58	A2
90.95.2	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,92	A2
90.95.3	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 18,44	A2
90.95.4	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	€ 9,14	A2
90.95.5	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 13,94	A2
90.96.1	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 12,70	A2
90.96.2	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (GIEMSA)	€ 3,98	A2
90.96.3	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 13,94	A2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
90.96.4	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,85	A2
90.96.5	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE MICROAGGLUTINAZIONE E LISI)	€ 11,61	A2
90.97.1	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE)	€ 4,46	B A2
90.97.2	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	€ 14,54	A2
90.97.3	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., FINO A 5 ANTIMICOTICI)	€ 10,54	A2
90.97.4	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 11,36	A2
90.97.5	90.97.5	MICETI ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE)	€ 6,66	A2
90.98.1	90.98.1	MICETI ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,32	A2
90.98.2	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (OSSERVAZIONE MORFOLOGICA)	€ 3,30	B A2
90.98.3	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	A2
90.98.4	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	€ 4,02	A2
90.98.5	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	€ 3,30	B A2
91.01.1	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (MET. RADIOMETRICO, ALMENO 3 ANTIBIOTICI)	€ 56,81	A2
91.01.2	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (MET. TRADIZIONALE, ALMENO 3 ANTIBIOTICI)	€ 10,79	A2
91.01.3	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)	€ 10,79	A2
91.01.4	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (SAGGIO INIBIZIONE NAP MET. RADIOMETRICO)	€ 18,59	A2
91.01.5	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	Vedi nota (*) A2
91.02.1	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 37,49	A2
91.02.2	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (MET. RADIOMETRICO)	€ 16,01	A2 A6
91.02.3	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (MET. TRADIZIONALE)	€ 10,40	A2
91.02.4	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (ZIEHL-NEELSEN, KINYIUN)	€ 4,29	B A2
91.02.5	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 12,31	A2
91.03.1	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 7,08	A2
91.03.2	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	A2
91.03.3	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	A2
91.03.4	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	€ 9,41	A2
91.03.5	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE	€ 3,85	B A2
91.04.1	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE	€ 3,85	B A2
91.04.2	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 11,36	A2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.04.3	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	A2
91.04.4	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (GIEMSA)	€ 4,29	B A2
91.04.5	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	€ 4,29	B A2
91.05.1	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	€ 2,74	Vedi nota (*) B A2
91.05.2	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (COL. TRICROMICA)	€ 5,72	B A2
91.05.3	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (COLTURA XENICA)	€ 9,24	A2
91.05.4	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (PREVIA CONCENTRAZ. O ARRICCHIM.)	€ 5,72	B A2
91.05.5	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (GIEMSA)	€ 4,29	A2 A3
91.06.1	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 9,52	A2
91.06.2	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO	€ 3,98	A2
91.06.3	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 8,80	A2
91.06.4	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	€ 7,64	B A2
91.06.5	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 4,96	A2
91.07.1	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTIN.) [WEIL-FELIX]	€ 9,96	A2
91.07.2	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 6,61	A2
91.07.3	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE) [WIDAL]	€ 4,02	B A2
91.07.4	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO	€ 8,91	A2
91.07.5	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 11,06	A2
91.08.1	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTIN.) [WIDAL-WRIGHT]	€ 8,03	B A2
91.08.2	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE EMOAGGLUTINAZIONE PASSIVA)	€ 7,48	A2
91.08.3	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	€ 9,90	B A2
91.08.4	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	€ 4,46	B A2
91.08.5	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 4,85	B A2
91.09.1	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNASI B	€ 6,35	A2
91.09.2	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	€ 6,35	B A2
91.09.3	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 19,51	A2
91.09.4	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,79	A1 A2
91.09.5	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE) [TEST DI FULTON]	€ 3,36	A1 A2
91.10.1	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.) IGM	€ 11,78	A1 A2
91.10.2	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,03	A1 A2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.10.3	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	€ 9,90	A1 A2
91.10.4	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RICERCA QUALITAT. MEDIANTE EMOAGGLUTIN. PASSIVA) [TPHA]	€ 4,08	B A2
91.10.5	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RICERCA QUANTIT. MEDIANTE EMOAGGLUTIN. PASSIVA) [TPHA]	€ 5,78	B A2
91.11.1	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) [VDRL] [RPR]	€ 3,36	B A2
91.11.2	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	€ 4,13	B A2
91.11.3	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE	€ 2,53	A2
91.11.4	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	€ 8,16	A2
91.11.5	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 63,52	A2/A4
91.12.1	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RETROTRASCRIZIONE-REAZIONE POLIMER)	€ 69,88	A2/A4
91.12.2	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 40,91	A2/A4
91.12.3	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 12,65	A2 A4
91.12.4	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,92	A2 A4
91.12.5	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (METODO RAPIDO)	€ 27,99	A2 A4
91.13.1	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,22	A2 A4
91.13.2	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 36,20	A4
91.13.3	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (AGGLUTINAZIONE PASSIVA)	€ 7,65	A2 A4
91.13.4	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 7,65	A1 A2 A4
91.13.5	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 12,10	A4
91.14.1	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,07	A2 A4
91.14.2	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 6,38	A2 A4
91.14.3	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IGM (E.I.A.)	€ 8,78	A2 A4
91.14.4	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	€ 36,15	A2 A4 A6
91.14.5	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (METODO RAPIDO)	€ 33,19	A2/A4
91.15.1	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 50,41	A4
91.15.2	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	€ 36,15	A2/A4
91.15.3	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 50,41	A4
91.15.4	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 50,41	A4

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.15.5	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	€ 36,15	A2/A4
91.16.1	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,92	A2 A4
91.16.2	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 15,07	A2 A4
91.16.3	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE I.F.)	€ 5,16	A4
91.16.4	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE M. E.)	€ 27,99	A2/A4
91.16.5	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE NEUTRALIZZAZIONE)	€ 7,59	A4
91.17.1	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	€ 10,05	A1 A2 A4
91.17.2	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IGM	€ 12,01	A1 A2 A4
91.17.3	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 63,42	A2/A4
91.17.4	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 40,01	A2/A4
91.17.5	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG	€ 10,01	A1 A2 A4
91.18.1	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG IGM	€ 10,01	A1 A2 A4
91.18.2	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG	€ 10,01	A1 A2 A4
91.18.3	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBSAG	€ 10,01	A1 A2 A4
91.18.4	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG	€ 10,01	A1 A2 A4
91.18.5	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG	€ 7,90	A1 A2 A4
91.19.1	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 13,84	A1 A2 A4
91.19.2	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	€ 23,34	A2/A4
91.19.3	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	€ 63,01	A1 A2 A4
91.19.4	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	€ 77,47	A2/A4
91.19.5	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01	A1 A2 A4
91.20.1	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 69,77	A1 A2 A4
91.20.2	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 77,47	A2/A4
91.20.3	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03	A1 A2 A4
91.20.4	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IGM	€ 21,74	A1 A2 A4
91.20.5	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAG	€ 17,97	A1 A2 A4
91.21.1	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA O EBNA O VCA) (E.I.A.)	€ 13,48	A2 A4
91.21.2	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA O EBNA O VCA) (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 12,45	A2 A4
91.21.3	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (TEST RAPIDO)	€ 7,64	B A2 A4
91.21.4	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	€ 10,51	B A2 A4
91.21.5	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) IGG	€ 7,92	A1 A2 A4
91.22.1	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 O 2) ANTICORPI IGM	€ 7,92	A1 A2 A4
91.22.2	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 25,20	H2

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.22.3	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 54,23	H2
91.22.4	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 10,90	A1 A2 A4
91.22.5	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 34,89	A2 A4
91.23.1	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 25,69	A2 A4
91.23.2	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	€ 6,52	A2 A4
91.23.3	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	€ 7,72	A2 A4
91.23.4	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	€ 20,99	A2 A4
91.23.5	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 19,03	A2 A4
91.24.1	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (METODO RAPIDO)	€ 11,20	A2 A4
91.24.2	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 20,16	A2 A4
91.24.3	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,41	A2 A4
91.24.4	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)	€ 9,41	A2 A4
91.24.5	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,92	A2 A4
91.25.1	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 10,11	A2 A4
91.25.2	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)	€ 6,51	A2 A4
91.25.3	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 9,50	A2 A4
91.25.4	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,41	A4
91.25.5	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,11	A2 A4
91.26.1	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)	€ 7,23	A2 A4
91.26.2	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,78	A2 A4
91.26.3	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	€ 63,01	A2/A4
91.26.4	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	€ 7,88	A2 A4
91.26.5	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IGM)	€ 3,98	A2 A4
91.27.1	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,41	A2 A4
91.27.2	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)	€ 8,80	A2 A4
91.27.3	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 8,80	A2 A4
91.27.4	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 6,51	A2
91.27.5	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	€ 2,53	A2
91.28.1	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	€ 130,10	A6
91.28.2	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	€ 123,95	A6
91.28.3	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	€ 120,33	A6
91.28.4	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	€ 112,59	A6
91.28.5	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	€ 123,95	A6
91.29.1	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (SOUTHERN BLOT)	€ 153,56	A6
91.29.2	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO	€ 64,56	A6

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.29.3	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E ELETTROFORESI	€ 56,81	A6
91.29.4	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE NON RADIOMARcate	€ 120,08	A6
91.29.5	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE RADIOMARcate	€ 120,08	A6
91.30.1	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	€ 158,55	A6
91.30.2	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR)	€ 154,77	A6
91.30.3	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	€ 155,97	A6
91.30.4	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE	€ 115,17	A6
91.30.5	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (MAT. ABORTIVO, ECC.)	€ 92,96	A6
91.31.1	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO	€ 135,96	A6
91.31.2	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	€ 112,81	A6
91.31.3	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO	€ 134,09	A6
91.31.4	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI	€ 135,96	A6
91.31.5	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: ACTINOMICINA D	€ 28,41	A6
91.32.1	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO C	€ 28,41	A6
91.32.2	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO G	€ 24,79	A6
91.32.3	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO G AD ALTA RISOLUZIONE	€ 27,89	A6
91.32.4	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO NOR	€ 28,41	A6
91.32.5	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO Q	€ 26,08	A6
91.33.1	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO R	€ 24,79	A6
91.33.2	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO T	€ 25,56	A6
91.33.3	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: DISTAMICINA A	€ 28,41	A6
91.33.4	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	€ 108,19	A6
91.33.5	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	€ 87,80	A6
91.34.1	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	€ 144,21	A6
91.34.2	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	€ 143,58	A6
91.34.3	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	€ 122,92	A6
91.34.4	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	€ 95,54	A6
91.34.5	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	€ 97,13	A6
91.35.1	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	€ 118,79	A6
91.35.2	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE, BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (CIASCUNA)	€ 92,96	A6
91.35.3	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A BREVE TERMINE)	€ 82,63	A6
91.35.4	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	€ 145,42	A6
91.35.5	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA	€ 58,62	A6
91.36.1	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	€ 40,54	A2/A4/A6
91.36.2	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	€ 32,90	A6

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.36.3	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	€ 39,93	A6
91.36.4	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	€ 51,43	A2/A4/A6
91.36.5	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)	€ 59,05	A2/A4/A6
91.37.1	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	€ 81,60	A2/A4/A6
91.37.2	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SEQUENZE GENOMICHE IN YAC	€ 342,87	A6
91.37.3	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI A SINGOLA COPIA IN COSMIDE	€ 226,27	A6
91.37.4	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI ALFOIDI ED ALTRE SEQUENZE RIPETUTE	€ 150,29	A6
91.37.5	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI PAINTING	€ 186,44	A6
91.38.1	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE)	€ 120,59	A6
91.38.2	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	€ 120,59	A6
91.38.3	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (CIASCUNO)	€ 120,59	A6
91.38.4	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	€ 47,00	A6
91.38.5	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP TEST]	€ 11,16	A5
91.39.1	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS	€ 33,78	A5
91.39.2	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 27,17	A5
91.39.3	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 27,17	A5
91.39.4	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	€ 14,10	A5
91.39.5	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: TESSUTO FIBROTENDINEO	€ 27,17	A5
91.40.1	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: BIOPSIA SINOVIALE, BIOPSIA TENDINEA	€ 27,17	A5
91.40.2	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: BIOPSIA SEMPLICE	€ 14,10	A5
91.40.3	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: BIOPSIA SEMPLICE	€ 14,10	A5
91.40.4	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (SHAVE O PUNCH)	€ 14,10	A5
91.40.5	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA ESCISSORIALE	€ 27,17	A5
91.41.1	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA INCISIONALE	€ 14,10	A5
91.41.2	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA	€ 39,41	A5
91.41.3	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)	€ 14,10	A5
91.41.4	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.41.5	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA GHIANDOLA SALIVARE	€ 14,10	A5

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.42.1	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.42.2	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SINGOLA)	€ 14,10	A5
91.42.3	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH	€ 43,64	A5
91.42.4	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: AGOBIOPSIA PLEURICA	€ 43,64	A5
91.42.5	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA CAVITÀ NASALI	€ 14,10	A5
91.43.1	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDOBRONCHIALE (SEDE UNICA)	€ 14,10	A5
91.43.2	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDOBRONCHIALE (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.43.3	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA LARINGEA	€ 14,10	A5
91.43.4	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA VIE AEREE (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.43.5	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: AGOBIOPSIA OVARICA	€ 46,48	A5
91.44.1	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: AGOBIOPSIA PROSTATICA	€ 46,48	A5
91.44.2	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ANNESSI TESTICOLARI	€ 14,10	A5
91.44.3	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICALE E ENDOMETRIALE	€ 46,48	A5
91.44.4	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICE UTERINA	€ 14,10	A5
91.44.5	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOMETRIALE (VABRA)	€ 14,10	A5
91.45.1	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOSCOPICA VESCICALE (SEDE UNICA)	€ 14,10	A5
91.45.2	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOSCOPICA VESCICALE (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.45.3	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA PENE	€ 14,10	A5
91.45.4	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA TESTICOLARE	€ 14,10	A5
91.45.5	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VAGINALE	€ 14,10	A5
91.46.1	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VULVARE (SEDE UNICA)	€ 14,10	A5
91.46.2	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VULVARE (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.46.3	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIE CERVICALI (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48	A5
91.46.4	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: POLIPECTOMIA ENDOCERVICALE	€ 14,10	A5
91.46.5	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: BIOPSIA STEREOTASSICA	€ 46,48	A5
91.47.1	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: NODULECTOMIA	€ 27,17	A5

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
91.47.2	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE	€ 46,48	A5
91.47.3	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE (SEDI MULTIPLE)	€ 79,64	A5
91.47.4	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: ASPORTAZIONE DI LINFONODO SUPERFICIALE	€ 79,64	A5
91.47.5	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE	€ 79,64	A5
91.48.1	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: AGOBIOPSIA TIROIDEA	€ 46,48	A5
91.48.2	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: BIOPSIA DI NERVO PERIFERICO	€ 27,17	A5
91.48.3	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.) PRELIEVI	€ 85,06	H
91.48.4	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	€ 4,12	A5 A6
91.48.5	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,72	B A1 A2 A3 A4 A5 A6
91.49.1	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	€ 2,58	Vedi nota (*) B A1 A2 A3 A4 A5 A6
91.49.2	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58	B A1 A2 A3 A4 A5 A6
91.49.3	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	€ 2,58	B A2 A4
91.90.1	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	€ 6,04	
91.90.2	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	€ 5,58	
91.90.3	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	€ 4,65	
91.90.4	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (FINO A 7 ALLERGENI)	€ 11,62	
91.90.5	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (FINO A 20 ALLERGENI)	€ 32,54	
91.90.6	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (FINO A 12 ALLERGENI)	€ 23,24	
92.01.1	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	€ 44,98	
92.01.2	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	€ 46,12	
92.01.3	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 33,36	
92.01.4	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	€ 179,73	
92.02.1	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA	€ 64,56	
92.02.2	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE	€ 115,01	
92.02.3	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI,	€ 103,55	
92.02.4	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	€ 154,94	
92.02.5	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA	€ 25,93	
92.03.1	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE	€ 56,81	
92.03.2	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	€ 22,98	
92.03.3	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	€ 112,33	
92.03.4	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE	€ 74,42	
92.03.5	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE	€ 41,26	
92.04.1	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	€ 63,89	
92.04.2	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	€ 51,65	
92.04.3	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	€ 92,96	
92.04.4	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	€ 103,29	
92.04.5	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	€ 61,46	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
92.05.1	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE,	€ 187,01	
92.05.2	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	€ 51,65	
92.05.3	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	€ 98,13	
92.05.4	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	€ 129,11	
92.05.5	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	€ 90,12	
92.05.6	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	€ 108,46	
92.09.1	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	€ 1.071,65	
92.09.2	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	€ 134,80	
92.09.3	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	€ 41,26	
92.09.4	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	€ 46,22	
92.09.5	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE	€ 179,31	
92.09.6	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	€ 143,58	
92.09.7	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI,	€ 221,25	
92.11.1	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	€ 98,13	
92.11.2	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	€ 126,27	
92.11.3	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 129,11	
92.11.4	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	€ 206,58	
92.11.5	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	€ 238,81	
92.11.6	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) STUDIO QUALITATIVO	€ 939,95	
92.11.7	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) STUDIO QUANTITATIVO	€ 1.071,65	
92.13	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	€ 191,09	
92.14.1	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	€ 57,84	
92.14.2	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	€ 78,35	
92.15.1	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	€ 68,48	
92.15.2	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	€ 198,63	
92.15.4	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	€ 169,45	
92.15.5	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE	€ 34,71	
92.16.1	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGIANDOLARE SEGMENTARIA	€ 110,52	
92.18.1	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	€ 213,55	
92.18.2	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	€ 113,10	
92.18.3	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	€ 136,60	
92.18.4	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	€ 251,57	
92.18.5	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	€ 251,57	
92.18.6	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	€ 1.071,65	
92.19.1	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	€ 259,00	
92.19.2	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	€ 293,45	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
92.19.3	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	€ 51,65	
92.19.5	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	€ 86,25	
92.19.6	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY	€ 24,79	
92.21.1	92.21.1	ROENTGENERAPIA	€ 9,00	
92.23.1	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI	€ 27,13	
92.23.2	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO	€ 32,63	
92.23.3	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH	€ 64,63	
92.24.1	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	€ 44,75	
92.24.2	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO	€ 64,63	
92.24.3	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH	€ 96,88	
92.24.4	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	€ 987,75	
92.25.1	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	€ 48,00	
92.25.2	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	€ 1.317,00	
92.27.1	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	€ 348,63	
92.27.2	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE	€ 546,00	
92.27.3	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	€ 179,50	
92.27.4	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	€ 461,00	
92.27.5	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	€ 64,63	
92.28.1	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI.FINO A 370 MBQ	€ 84,50	
92.28.2	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI.PER OGNI 370 MBQ SUCCESSIVI	€ 17,75	
92.28.3	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	€ 225,00	
92.28.4	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI.FINO A 185 MBQ	€ 658,50	
92.28.5	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI.PER OGNI 185 MBQ SUCCESSIVI	€ 274,38	
92.28.6	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	€ 1.032,88	
92.29.1	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE.CON SIMULATORE RADIOLOGICO.(INTERO TRATTAMENTO)	€ 67,75	
92.29.2	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE.CON TC SIMULATORE O TC.IN CASO DI INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO CODIFICARE ANCHE (38.99.1) (INTERO TRATTAM.)	€ 122,63	
92.29.3	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON RM	€ 161,38	
92.29.4	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	€ 29,88	
92.29.5	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	€ 113,00	
92.29.6	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	€ 14,00	
92.29.7	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	€ 59,38	
92.29.8	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	€ 126,75	
92.29.9	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI	€ 108,63	
93.01.4	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI	€ 7,75	B C
93.02	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	€ 7,75	B C
93.03	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	€ 7,75	B C
93.05.3	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	€ 13,43	A C
93.08.2	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA	€ 10,33	B C

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
93.08.3	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA	€ 10,33	B C
93.08.5	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	€ 10,33	A C
93.08.6	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	€ 10,33	A C
93.08.7	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	€ 10,33	A C
93.08.8	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	€ 10,33	A C
93.09.1	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	€ 10,33	A C
93.09.2	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	€ 10,33	A C
93.11.2	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA ATTIVA E/O PASSIVA	€ 9,09	B C
93.36	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	€ 19,11	A C
93.37	93.37	TRAINING PRENATALE	€ 122,56	B C
93.39.4	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA.DIADINAMICA.PER SEDUTA DI 10 MINUTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 2,12	A C
93.39.5	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA.ELETTROANALGESIA TRANSCUTANEA (TENS, ALTO VOLTAGGIO).PER SEDUTA DI 10 MINUTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 3,05	A C
93.39.9	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA	€ 1,34	A C
93.46	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI	€ 11,36	
93.51	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO	€ 30,99	
93.52	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO	€ 30,99	
93.53	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO	€ 30,99	
93.54.1	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	€ 7,75	
93.54.2	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	€ 13,58	
93.54.3	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	€ 25,20	
93.54.4	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	€ 18,90	
93.54.5	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	€ 12,60	
93.54.6	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	€ 22,72	
93.54.7	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	€ 11,62	
93.54.8	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE	€ 5,84	
93.56.1	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	€ 3,87	
93.56.2	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	€ 25,20	
93.56.3	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	€ 21,33	
93.56.4	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	€ 7,75	
93.56.5	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	€ 13,58	
93.56.6	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	€ 21,33	
93.56.7	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO	€ 17,46	
93.57.1	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI	€ 9,71	
93.71.1	93.71.1	TRAINING PER DISLESSIA.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 30 MIN.(CICLO DI DIECI SEDUTE).PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	B C
93.71.2	93.71.2	TRAINING PER DISLESSIA	€ 2,07	B C
93.71.3	93.71.3	TRAINING PER DISCALCULIA.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 30 MIN.(CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	B C
93.71.4	93.71.4	TRAINING PER DISCALCULIA.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 2,07	B C
93.72.1	93.72.1	TRAINING PER DISFASIA	€ 8,42	B C

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
93.78.1	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO.TERAPIA DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA.PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE).TERAPIA DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI	€ 8,42	B C
93.78.2	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO	€ 2,07	B C
93.82.1	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO.PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 4,39	B C
93.82.2	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 1,08	B C
93.83	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE.TERAPIA DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA.ESCLUSO: TRAINING IN ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA PER CIECHI (93.78).PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 4,39	B C
93.83.1	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 1,08	B C
93.89.1	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE	€ 8,73	B C
93.89.2	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI.RIABILITAZIONE FUNZIONI MNESICHE, GNOSICHE E PRASSICHE.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 30 MIN. (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	B C
93.89.3	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI.RIABILITAZIONE FUNZIONI MNESICHE, GNOSICHE E PRASSICHE.PER SEDUTA COLLETTIVA DI 30 MIN. MAX 3 PAZIENTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 2,07	B C
93.91	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	€ 5,84	B C
93.94	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE	€ 1,55	A C
93.95	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA	€ 82,63	B C
93.99	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE	€ 8,21	B C
93.99.1	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI	€ 7,75	B C
94.01.1	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	€ 9,71	
94.01.2	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	€ 15,49	
94.02.1	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	€ 5,84	
94.02.2	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	€ 5,84	
94.08.1	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,84	
94.08.2	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 5,84	
94.08.3	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	€ 7,75	
94.08.4	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA	€ 27,11	
94.08.5	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	€ 5,84	
94.08.6	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	€ 5,84	
94.09	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37	
94.12.1	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 12,91	
94.19.1	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 19,37	
94.3	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 19,37	
94.32	94.32	IPNOTERAPIA	€ 15,49	
94.42	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE	€ 23,24	
94.44	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	€ 9,71	
95.01	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO	€ 13,27	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
95.02	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 20,66	
95.03.1	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	€ 58,10	
95.05	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO	€ 16,78	
95.06	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE	€ 7,75	
95.07	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	€ 7,75	
95.07.1	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	€ 7,75	
95.09.1	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75	
95.09.2	95.09.2	ESOFALMOMETRIA	€ 7,75	
95.09.3	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	€ 7,75	
95.11	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	€ 3,87	
95.11.1	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	€ 3,87	
95.12	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	€ 46,48	
95.13	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	€ 19,37	
95.13.1	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	€ 38,73	
95.13.2	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	€ 30,99	
95.14	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	€ 15,49	
95.15	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	€ 15,49	
95.15.3	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE	€ 22,98	
95.2	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO	€ 7,75	
95.21	95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	€ 33,57	
95.22	95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	€ 33,57	
95.23	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	€ 23,24	
95.23.1	95.23.1	INTERFEROMETRIA	€ 7,75	
95.24.1	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	€ 18,23	
95.24.2	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	€ 25,98	
95.25	95.25	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)	€ 30,99	
95.26	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	€ 7,75	
95.35	95.35	TRAINING ORTOTTICO	€ 5,42	
95.41.1	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76	
95.41.2	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,76	
95.41.3	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	€ 20,66	
95.41.4	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	€ 11,93	
95.42	95.42	IMPEDEZOMETRIA	€ 8,68	
95.43	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA	€ 25,31	
95.44.1	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 16,27	
95.44.2	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 16,27	
95.45	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	€ 32,54	
95.46	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 16,27	
95.47	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS	€ 12,91	
95.48.1	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO	€ 11,93	
95.48.2	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	€ 9,76	
95.48.3	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	€ 12,29	
95.48.4	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	€ 23,71	
95.49	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	€ 19,52	
96.17	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	€ 9,71	
96.18	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	€ 9,71	
96.22	96.22	DILATAZIONE DEL RETTO	€ 9,71	
96.23	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE	€ 9,71	
96.26	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	€ 11,62	
96.27	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	€ 11,62	
96.49	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA	€ 9,71	
96.51	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO	€ 3,87	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
96.52	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO	€ 7,75	
96.54.1	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	€ 9,71	
96.54.2	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	€ 3,87	
96.54.3	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	€ 5,84	
96.57	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	€ 15,49	
96.59	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	€ 3,87	
97.1	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TEGUMENTARIO	€ 9,71	
97.29.1	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE	€ 15,49	
97.35	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	€ 6,46	
97.71	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	€ 9,71	
97.82	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	€ 9,71	
97.88	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	€ 9,71	
98.01	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE	€ 8,42	
98.02	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE	€ 31,25	
98.03	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO	€ 61,97	
98.05	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE	€ 29,44	
98.11	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE	€ 8,42	
98.12	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE	€ 8,42	
98.13	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE	€ 15,13	
98.14	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE	€ 15,13	
98.15	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE	€ 18,49	
98.16	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE	€ 23,50	
98.17	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE	€ 10,07	
98.18	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	€ 10,07	
98.19	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE	€ 35,79	
98.20	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	€ 7,75	
98.21	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.22	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.23	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.24	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
98.25	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.26	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.27	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.28	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.29	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
99.06.1	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 11,62	
99.07.1	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	€ 25,82	H
99.12	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	€ 11,62	
99.13	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	€ 11,62	
99.14.1	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	€ 11,62	
99.23	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI	€ 9,71	
99.24.1	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	€ 11,62	
99.25	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	€ 9,71	
99.29.1	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	€ 10,07	
99.29.2	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	€ 10,07	
99.29.3	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	€ 6,46	
99.29.4	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	€ 6,46	
99.29.5	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	€ 7,75	
99.29.6	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	€ 7,75	
99.29.8	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	€ 7,75	
99.29.9	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 9,71	
99.71	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	€ 438,99	H
99.72	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	€ 402,84	H
99.73	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	€ 373,40	H
99.73.1	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	€ 43,90	H
99.74	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	€ 408,00	H
99.82	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	€ 8,78	
99.85	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE	€ 82,25	
99.91	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA	€ 9,71	
99.92	99.92	ALTRA AGOPUNTURA	€ 8,52	
99.94	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	€ 5,84	
99.95	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	€ 5,84	
99.97.1	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	€ 13,43	
99.97.2	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 13,43	
99.99.1	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA	€ 3,10	
PR1	PR1	PARESI DEL NERVO FACIALE	€ 202,30	
PR2	PR2	MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE E INFERIORE DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE	€ 202,30	
PR3	PR3	MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE	€ 195,10	
PR4A	PR4A	FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR4B	PR4B	FRATTURA DELLA SCAPOLA (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR4C	PR4C	FRATTURA Omero COMPRESO PALETTA OMERALE (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR4D	PR4D	FRATTURA radio, ulna (esiti funzionali)	€ 231,60	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
PR4E	PR4E	FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR4F	PR4F	FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR5A	PR5A	LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR5B	PR5B	LUSSAZIONE DEL GOMITO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR5C	PR5C	LUSSAZIONE DEL POLSO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR5D	PR5D	LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR6A	PR6A	DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali)	€ 231,60	
PR6B	PR6B	DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR6C	PR6C	DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR7	PR7	LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI)	€ 214,50	
PR8	PR8	TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO)- esiti funzionali	€ 152,90	
PR9	PR9	TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) esiti funzionali	€ 214,50	
PR10	PR10	FRATTURA COLLO FEMORE E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO (IN SOGGETTO < 65 ANNI) - esiti funzionali	€ 228,20	
PR11A	PR11A	FRATTURA DELLA ROTULA	€ 228,20	
PR11B	PR11B	FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE	€ 228,20	
PR11C	PR11C	FRATTURA DELLA CAVIGLIA	€ 228,20	
PR11D	PR11D	FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO	€ 228,20	
PR11E	PR11E	FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE	€ 228,20	
PR12A	PR12A	LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali)	€ 228,20	
PR12B	PR12B	LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali)	€ 228,20	
PR12C	PR12C	LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali)	€ 228,20	
PR13A	PR13A	DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali)	€ 230,40	
PR13B	PR13B	DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali)	€ 230,40	
PR13C	PR13C	DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali)	€ 230,40	
PR14	PR14	DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (TRATTAMENTO POST CHIRURGICO)	€ 215,80	
PR15	PR15	TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)	€ 152,90	
PR16	PR16	TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBA (esiti funzionali)	€ 215,80	
PR17	PR17	FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE	€ 221,30	
PR18	PR18	FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali)	€ 221,30	
PR19	PR19	LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali)	€ 231,60	
PR20	PR20	DISTORSIONE DEL RACHIDE, DELLA REGIONE SACROLIACA E DI ALTRE PARTI NON SPECIFICATE DEL DORSO (esiti funzionali)	€ 221,30	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
PR21	PR21	DISTURBI DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A STENOSI DEL CANALE VERTREBALE CERVICALE O LOMBARE) Solo in presenza di limitazione algofunzionale	€ 255,40	
PR22	PR22	COMPRESSIONE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATALGICA) (solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente)	€ 152,90	
PR23	PR23	LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE DA MAL DI SCHIENA ACUTO/POSTACUTO PERSISTENTE (2-3 SETTIMANE) E O RECIDIVANTE	€ 255,40	
PR24	PR24	ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)	€ 214,50	
PR25A	PR25A	CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)	€ 152,90	
PR25B	PR25B	MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE	€ 152,90	
PR26A	PR26A	ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO	€ 255,40	
PR26B	PR26B	ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA	€ 255,40	
PR26C	PR26C	ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA	€ 255,40	
PR27	PR27	TRAUMA DA PARTO DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO SENZA LESIONE COMPLESSA DEL TRONCO NERVOSO (PARALISI OSTERTICA)	€ 231,60	
PR28	PR28	DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA)	€ 231,60	
PR29	PR29	DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO)	€ 231,60	
PR30	PR30	TORCICOLLO MIOGENO CONGENITO DEL NEONATO	€ 152,90	
PR31	PR31	DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	€ 51,00	
PR32	PR32	DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI)	€ 152,90	
PR33G	PR33G	DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	€ 51,00	
PR33I	PR33I	DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) terapia individuale	€ 152,90	
PR34G	PR34G	DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	€ 51,00	
PR34I	PR34I	DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA terapia individuale	€ 152,90	
PR35A	PR35A	LINFEDEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE) (costo per n. 5 accessi di 60 min.)	€ 152,90	
PR35B	PR35B	INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE	€ 162,30	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
PR36A	PR36A	DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	€ 195,10	
PR36B	PR36B	BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	€ 195,10	
PR36C	PR36C	ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	€ 195,10	
PR37	PR37	ATTIVITA' MOTORIA per esiti stabilizzati da patologie croniche (tariffa per 1 pacchetto di 20 accessi)	€ 60,00	
P443	P443	Liberazione del tunnel carpale (valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 712,50	
P444	P444	Liberazione del tunnel tarsale (valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 738,10	
P13191	P13191	Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13)	€ 898,00	
P13701	P13701	Inserzione di cristallino a scopo refrattivo (in occhio facho) (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria.)	€ 1.009,32	
P13711	P13711	Intervento di cataratta in contemporanea con impianto di lente intraoculare (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), facoemulsione (13.41), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13)	€ 898,00	
P1372	P1372	Impianto secondario di cristallino artificiale (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria.)	€ 723,00	
P138	P138	Rimozione di cristallino artificiale impiantato (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria.)	€ 1.032,90	
P872	P872	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età >17)	€ 1.166,60	
P874	P874	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età >17)	€ 1.166,60	
P8721	P8721	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età <18)	€ 1.166,60	
P8741	P8741	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età <18)	€ 1.166,60	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
P5301	P5301	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	€ 1.140,00	
P5302	P5302	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	€ 1.140,00	
P5321	P5321	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(> 17 aa).	€ 1.140,00	
P53211	P53211	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(< 18 aa).	€ 1.140,00	
P5329	P5329	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	€ 1.140,00	
P53291	P53291	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (< 18 aa).	€ 1.140,00	
P53011	P53011	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(< 18 aa).	€ 1.140,00	
P53021	P53021	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(< 18 aa).	€ 1.140,00	
P7756	P7756	Riparazione di dito a martello/artiglio (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 774,73	
P802	P802	Artroscopia sede non specificata (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 516,50	
P8172	P8172	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 1.750,00	
P8175	P8175	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento)	€ 1.750,00	
P8401	P8401	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 750,00	

**TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DELLA REGIONE CAMPANIA valido
dal 12 Febbraio 2013**

Codice da utilizzare fino al 31 dicembre 2013	Codice da utilizzare dal 1 gennaio 2014	Descrizione Prestazione	Tariffa valida dal 12 febbraio 2013	Note
P8402	P8402	Amputazione e disarticolazione del pollice (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 38,00	
P8411	P8411	Amputazione di dita del piede (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 38,00	
P98511	P98511	Litrotripsia extra corporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. I seduta (inclusa visita anestesiologicala , anestesia esami ematochimici coistosocopia , ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo, non associabile a 98.51.2)	€ 600,00	
P98512	P98512	Litrotripsia extra corporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Seduta successiva alla prima (inclusa :ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo, non associabile a 98.51.1)	€ 450,00	
P98513	P98513	Litrotripsia extra corporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Per seduta (inclusa :ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo)	€ 150,00	
89.99	89.99	Anamnesi e valutazione – prima visita – programma diagnostico – coordinamento clinico e organizzativo	€ 50,00	
P4912	P4912	PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva		
P4939	P4939	PACC diagnostico asma		
P4011	P4011	PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria		
P4012	P4012	PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari		
P5714	P5714	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia		
P5715	P5715	PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia		
P2501	P2501	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo		
P2502	P2502	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo		
P241	P241	PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide		
P627	P627	PACC diagnostico menopausa		
(*) La prestazione è temporaneamente tariffata con la tariffa regionale previgente, ai sensi di un DCA in attesa di adozione, nelle more delle precisazioni richieste al Ministero della Salute in merito ad un possibile errore materiale contenuto nel tariffario nazionale.				