

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
<b>ALLERGOLOGIA/IMMUNOLOGIA</b>		
P100	CAPILLAROSCOPIA	€ 143,25
P105	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	€ 20,00
P527	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	€ 1.148,50
P853	INOCULAZIONE VACCINO - 1 SEDUTA	€ 14,75
P854	INOCULAZIONE VACCINO - 16 SEDUTE	€ 180,00
P855	INOCULAZIONE VACCINO - 20 SEDUTE	€ 211,50
P101	INTRADERMOREAZIONE (MULTI-TEST)	€ 68,25
P858+P666	PATCH TEST + SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 127,75
P1941	PATCH TEST SERIE METALLI	€ 91,00
P858	PATCH TEST TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (fino a 20 allergeni)	€ 91,00
P103	PRICK ALIMENTI /TEST PERC./INTRACUTANEI	€ 114,50
P102+P666	PRICK INALANTI + SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 123,25
P102	PRICK SCR. ALL. PER INALANTI (< 7 ALLERGENI)	€ 85,50
P852	VISITA ALLERGOLOGICA	€ 110,50
P256	VISITA ALLERGOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P257	VISITA ALLERGOLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P868	VISITA ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1521	VISITA ALLERGOLOGICA MINORI	€ 110,50
P1522	VISITA ALLERGOLOGICA MINORI DI CONTROLLO	€ 64,00
P1488	VISITA ALLERGOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1489	VISITA ALLERGOLOGICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
P529	VISITA IMMUNOLOGICA	€ 110,50
P530	VISITA IMMUNOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P541	VISITA IMMUNOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P542	VISITA IMMUNOLOGICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
<b>ANGIOLOGIA</b>		
P734	TRATTAMENTO SCLEROSANTI	€ 109,00
P730	VISITA ANGIOLOGICA	€ 110,50
P731	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P2885	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO PRIMARIALE	€ 125,00
P2884	VISITA ANGIOLOGICA PRIMARIALE	€ 197,00
<b>CARDIOLOGIA</b>		
P28	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE MAKER	€ 135,00
P679	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO PEDIATRICO	€ 174,25
P640	ECOCOLORDOPPLERGRADIA CARDIACA TRANSESOFAGEA	€ 245,50
P438	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 174,25
P2658	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO E DOPO PROVA DA SFORZO	€ 232,00
P10	ECOSTRESS FARMACOLOGICO	€ 232,00
P601	ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)	€ 33,50
P633	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	€ 132,00
P648	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER) 48 ORE	€ 198,00
P1850	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO 3 giorni	€ 259,00
P1835	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO 7 giorni	€ 512,00
P602	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO PEDIATRICO	€ 132,00
P2155	ELETTROCARDIOGRAMMA PEDIATRICO	€ 33,50
P626	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 140,00
P941	TEST DA SFORZO CICLOERGOMETRO	€ 142,50
P606	TEST DA SFORZO PEDANA MOBILE	€ 142,50
P23	TILTING TEST	€ 300,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P1861	VALUTAZIONE EMODINAMICA NON INVASIVA	€ 157,50
Q2657	VIS.CARDIOLOGICA DI CONTROLLO + ECG (DISPNEA) - Priv/Conv/TA	€ 97,50
Q2656	VIS.CARDIOLOGICA+ECG (DISPNEA) - Priv/Conv/TA	€ 144,00
P700	VISITA CARDIOCHIRURGICA	€ 110,50
P719	VISITA CARDIOCHIRURGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P611	VISITA CARDIOLOGICA	€ 110,50
P613	VISITA CARDIOLOGICA + ECG	€ 144,00
P1533	VISITA CARDIOLOGICA + ECG (AMB. ISCHEMICI)	€ 144,00
P1534	VISITA CARDIOLOGICA + ECG (AMB. ISCHEMICI) CONTROLLO	€ 97,50
P708	VISITA CARDIOLOGICA + ECG (AMBULATORIO ARITMIA)	€ 144,00
P687	VISITA CARDIOLOGICA + ECG (IPERTENSIONE)	€ 144,00
P876	VISITA CARDIOLOGICA + ECG (IPERTENSIONE) CONTROLLO	€ 97,50
P698	VISITA CARDIOLOGICA + ECG (SCOMPENSO)	€ 144,00
Q1928	VISITA CARDIOLOGICA + ECG AIUTO PRIMARIO (ARITMIA)	€ 177,50
Q1930	VISITA CARDIOLOGICA + ECG AIUTO PRIMARIO (SCOMPENSO)	€ 177,50
Q1929	VISITA CARDIOLOGICA + ECG AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO (ARITMIA)	€ 133,50
Q1931	VISITA CARDIOLOGICA + ECG AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO (SCOMPENSO)	€ 133,50
P716	VISITA CARDIOLOGICA + ECG DI CONTROLLO	€ 97,50
P612	VISITA CARDIOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P616	VISITA CARDIOLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P630	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
Q1770	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO + ECG (ARITMIA)	€ 97,50
Q1769	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO + ECG (SCOMPENSO)	€ 97,50
P600	VISITA CARDIOLOGICA PEDIATRICA + ECG	€ 144,00
P1344	VISITA CARDIOLOGICA PEDIATRICA PRIMARIO	€ 197,00
P1345	VISITA CARDIOLOGICA PEDIATRICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P684	VISITA CARDIOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
Q1926	VISITA CARDIOLOGICA PRIMARIO + ECG (ARITMIA)	€ 230,50
P1927	VISITA CARDIOLOGICA PRIMARIO + ECG DI CONTROLLO (ARITMIA)	€ 158,50
P703	VISITA CARDIOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P1306	VISITA CARDIOLOGICA VALUTAZIONE TC CUORE	€ 68,50
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>		
P887	AGOASPIRATO MAMMARIO	€ 76,50
P5049	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI	€ 400,00
P5005	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	€ 64,00
P5025	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	€ 74,25
P5040	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	€ 240,00
P5184	ASPORTAZIONE CONDILOMI PERIANALI	€ 185,50
P5186	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	€ 160,00
P5177	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA	€ 200,00
P5180	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA NAS	€ 120,00
P5036	ASPORTAZIONE RADICALE NEOFORMAZIONI CUTANEE MULTIPLE DEL CORPO O SINGOLE DEL VOLTO	€ 463,50
P5035	ASPORTAZIONE RADICALE PICCOLA NEOFORMAZIONE DEL CORPO O DEL VOLTO	€ 278,25
P5042	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 400,00
P5032	BIOPSIA COME UNICO ATTO CHIRURGICO	€ 160,00
P997	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	€ 76,75
P1875	BIOPSIA DEL POLMONE (TC GUIDATA)	€ 360,00
P878	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	€ 171,00
P5202	COURETAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 135,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P5009	INCISIONE CON DRENAGGIO DI ASCESSO	€ 139,25
P5008	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 139,25
P5010	INCISIONE CON DRENAGGIO DI EMATOMA	€ 139,25
P5012	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 185,50
P5033	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	€ 185,50
P5197	LEGATURA DELLE EMORROIDI	€ 530,00
P915	MEDICAZIONE	€ 32,25
P1461	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE	€ 26,00
P919	ORTESI SILICONE : COMPLESSA	€ 157,50
P917	ORTESI SILICONE : INTERDIGITALE	€ 58,75
P918	ORTESI SILICONE : MULTIPLA INTERDIGITALE	€ 88,50
P1648	REPERE INTRAMAMMARIO	€ 350,00
P5046	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 450,00
P2678	RICOSTRUZIONE DI LOBO BIFIDO BILATERALE	€ 720,00
P2677	RICOSTRUZIONE DI LOBO BIFIDO MONOLATERALE	€ 360,00
P5013	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 160,00
P5028	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	€ 92,75
P5026	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	€ 92,75
P5029	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA	€ 92,75
P5027	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	€ 92,75
P5014	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 231,75
P5016	RIMOZIONE NON ASPORATATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 160,00
P5017	SUTURA ESTETICA DI FERITA SUPERFICIALE DEL VOLTO	€ 180,00
P5030	TORACENTESI	€ 231,75
P742	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	€ 110,50
P743	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE DI CONTROLLO	€ 64,00
P2887	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE DI CONTROLLO PRIMARIALE	€ 125,00
P2886	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE PRIMARIALE	€ 197,00
P880	VISITA CHIRURGICA	€ 110,50
P1976	VISITA CHIRURGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1977	VISITA CHIRURGICA AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 100,00
P1443	VISITA CHIRURGICA BARIATRICA	€ 110,50
P1444	VISITA CHIRURGICA BARIATRICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P442	VISITA CHIRURGICA DELLA MANO	€ 110,50
P1516	VISITA CHIRURGICA DELLA MANO DI CONTROLLO	€ 64,00
P2754	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO - CHIRURGIA DELLA SPALLA	€ 64,00
P879	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P2883	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO PRIMARIALE PATOLOGIE ENDOCRINE	€ 125,00
P1441	VISITA CHIRURGICA PEDIATRICA	€ 110,50
P1442	VISITA CHIRURGICA PEDIATRICA CONTROLLO	€ 64,00
P1518	VISITA CHIRURGICA PRIMARIO	€ 197,00
P2882	VISITA CHIRURGIA PRIMARIALE PATOLOGIE ENDOCRINE	
P1519	VISITA CHIRURGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P5023	VISITA CHIRURGICA TIROIDEA	€ 110,50
P5020	VISITA CHIRURGICA TIROIDEA DI CONTROLLO	€ 64,00
P5022	VISITA CHIRURGICA TORACICA	€ 110,50
P5019	VISITA CHIRURGICA TORACICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1855	VISITA CHIRURGICA TORACICA PRIMARIALE	€ 197,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P1856	VISITA CHIRURGICA TORACICA PRIMARIALE DI CONTROLLO	€ 125,00
P881	VISITA PROCTOLOGICA	€ 110,50
P1978	VISITA PROCTOLOGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1979	VISITA PROCTOLOGICA AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 100,00
P893	VISITA PROCTOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P884	VISITA SENOLOGICA	€ 110,50
P892	VISITA SENOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
<b>CHIRURGIA PLASTICA / MEDICINA ESTETICA</b>		
P1986	BIOREVITALIZZAZIONE CORPO	€ 207,00
P1985	BIOREVITALIZZAZIONE VISO	€ 153,00
P5181	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 800,00
P1995	FILLER AUMENTO VOLUMETRICO DEL VOLTO (combinato)	€ 688,50
P1994	FILLER AUMENTO VOLUMETRICO DEL VOLTO (semplice)	€ 405,00
P1991	FILLER LABBRA - PRIMA TRATTAMENTO	€ 405,00
P1993	FILLER LABBRA - TRATTAMENTI MULTIPLI	€ 688,50
P1992	FILLER LABBRA - TRATTAMENTO SUCCESSIVO	€ 283,50
P1987	FILLER RUGHE - PRIMO TRATTAMENTO	€ 315,00
P1990	FILLER RUGHE - TRATTAMENTI MULTIPLI	€ 535,50
P1988	FILLER RUGHE - TRATTAMENTO SUCCESSIVO	€ 220,50
P1996	FILLER ZONA PERIOCULARE - PRIMO TRATTAMENTO	€ 405,00
P1998	FILLER ZONA PERIOCULARE - TRATTAMENTI MULTIPLI	€ 688,50
P1997	FILLER ZONA PERIOCULARE - TRATTAMENTO SUCCESSIVO	€ 283,50
P1999	MESOTERAPIA (1 AREA)	€ 90,00
P2000	MESOTERAPIA (AREE MULTIPLE)	€ 135,00
P2600	PEELING BIOSTIMOLANTE	€ 117,00
P2601	PEELING BIOSTIMOLANTE - TRATTAMENTI MULTIPLI	€ 153,00
P2603	PEELING ESITI CICATRICIALI (ACNE) - 1 AREA	€ 162,00
P2602	PEELING SUPERFICIALE - 1 AREA	€ 135,00
P5044	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI	€ 800,00
P5043	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO	€ 800,00
P443	VISITA CHIRURGIA PLASTICA	€ 110,50
P1500	VISITA CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	€ 63,90
P1980	VISITA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA	€ 130,50
P1981	VISITA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA DI CONTROLLO	€ 76,50
P1982	VISITA MEDICINA ESTETICA	€ 130,50
P1983	VISITA MEDICINA ESTETICA DI CONTROLLO	€ 76,50
<b>DERMATOLOGIA</b>		
P1246	ASPORTAZIONE BASALIOMA TRONCO/ARTI	€ 427,50
P1247	ASPORTAZIONE BASALIOMA VISO	€ 488,50
P1250	ASPORTAZIONE CISTI TRONCO/ARTI	€ 386,75
P1251	ASPORTAZIONE CISTI VISO	€ 488,50
P1244	ASPORTAZIONE DERMATOFIBROMI	€ 386,75
P1245	ASPORTAZIONE LESIONI CUTANEE	€ 162,50
P608	ASPORTAZIONE LESIONI DERMO - EPIDERMICHE	€ 100,50
P1439	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE SUPERFICIALE SOTTOCUTANEA	€ 270,00
P1253	ASPORTAZIONE NEVI	€ 549,75
P1254	ASPORTAZIONE NEVO TRONCO/ARTI	€ 326,00
P1255	ASPORTAZIONE NEVO VISO	€ 386,75

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P5037	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE (PER SEDUTA)	€ 185,50
P5057	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO MEDIANTE CRIOTERAPIA (PER SEDUTA)	€ 65,00
P2676	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	€ 450,00
P5011	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE (Dermosifilopatia)	€ 240,00
P643	ASPORTAZIONE VERRUCA	€ 105,25
P1248	BIOPSIA CUTANEA	€ 213,50
P598	CONTROLLO NEVI IN EPILUMINESCENZA	€ 84,00
P1249	TRATTAMENTO CHERATOSI LASER O DTC	€ 213,50
P1252	TRATTAMENTO CONDILOMI	€ 275,00
P1793	VIDEODERMATOSCOPIA - 1 NEVO	€ 117,00
P1794	VIDEODERMATOSCOPIA - 2 O PIU' NEVI	€ 225,00
P641	VISITA DERMATOLOGICA	€ 110,50
P642	VISITA DERMATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
<b>DIABETOLOGIA/PODOLOGIA</b>		
P912	ESAME PODOLOGICO	€ 41,50
P916	ESAME PODOLOGICO DI CONTROLLO	€ 31,00
P1446	STESURA PROGRAMMA NUTRIZIONALE	€ 28,00
P767	TERAPIA DI SUP.PAZ.DIABET.(3SED)	€ 30,00
P913	TRATTAMENTO PODOLOGICO	€ 64,00
P914	TRATTAMENTO UNGHIA INCARNITA	€ 96,00
P1944	TRATTAMENTO VERRUCHE DTC	€ 213,50
P615	VISITA DIABETOLOGICA	€ 110,50
P1481	VISITA DIABETOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P1482	VISITA DIABETOLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P764	VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P675	VISITA DIABETOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P749	VISITA DIABETOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
<b>DIETOLOGIA</b>		
P869	CALORIMETRIA	€ 123,50
CMD	COMP.CORP.-CONS.ENERG.-VAL.DIET.	€ 160,75
CMP	COMP.CORP.-CONS.ENERG.-VAL.PSICOL.	€ 254,50
CM	COMP.CORPOREA-CONSUMO ENERGETICO	€ 160,75
P695	VALUTAZIONE COMPOSIZIONE CORPOREA (IMPEDENZOMETRIA)	€ 37,25
P792	VALUTAZIONE DIETISTICA	€ 50,00
P793	VALUTAZIONE DIETISTICA DI CONTROLLO	€ 45,00
P1960	VALUTAZIONE DIETISTICA DI CONTROLLO (FUOBAUXO)	€ 45,00
P2899	VALUTAZIONE DIETISTICA PAZIENTI	€ 50,00
P983	VALUTAZIONE DIETISTICA MINORI	€ 50,00
P984	VALUTAZIONE DIETISTICA MINORI DI CONTROLLO	€ 45,00
P796+P792	VISITA C.O.PRIMARIALE+VAL.DIETISTICA	€ 246,75
P658	VISITA DIETOLOGICA	€ 110,50
P2898	VISITA DIETOLOGICA CHETOGENICA	€ 110,50
P699	VISITA DIETOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
<b>EMATOLOGIA</b>		

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P250	VISITA EMATOLOGICA	€ 110,50
P251	VISITA EMATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1219	VISITA EMATOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1220	VISITA EMATOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>		
P695+P792	COMPOSIZIONE CORPOREA E VALUTAZIONE DIETISTICA	€ 87,25
P1958	FOLLOW-UP PAZIENTI DIMESSI (FUOBAUXO) - LB	€ 109,00
P943	INIEZIONE O INFUSIONE DI FARMACI SPECIFICI	€ 185,50
P31	TERAPIA INFUSIONALE E/O SOSTIT.	€ 217,50
P899	TERAPIA MULTIDISCIPLINARE CURA OBESITÀ	€ 864,00
P1883	TERMOABLAZIONE DEI NODULI TIROIDEI (ESEGUITA IN DH) (IVAESCLUSA)	€ 4.000,00
P1628	TRAINING PSICOLOGICO 1 SEDUTA	€ 28,00
P1457	TRAINING PSICOLOGICO 5 SEDUTE	€ 117,50
P1621	TRAINING PSICO-NUTRIZIONALE 5 SEDUTE	€ 117,50
P1226	VALUTAZIONE DIETISTICA DCA	€ 26,00
DCA	VISITA AMBULATORIO DCA	€ 115,75
DCA2	VALUTAZIONE EQUIPE AMBULATORIO DCA	€ 103,00
P2166	VALUTAZIONE NUTRIZIONALE CONTROLLO	€ 58,50
P2165	VALUTAZIONE NUTRIZIONALE I ACCESSO	€ 99,00
P797+P793	VIS. CENTRO OBESITA' PRIMARIO DI CONTROLLO+VAL. DIETISTICA	€ 170,00
P1228	VISITA AMBULATORIALE DCA	€ 115,75
P1229	VISITA AMBULATORIALE DCA DI CONTROLLO	€ 112,00
P650	VISITA AUXOLOGICA	€ 110,50
P926	VISITA AUXOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P927	VISITA AUXOLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P701	VISITA AUXOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P655	VISITA AUXOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P981983	VISITA CENTRO OBESITA' + VAL DIET MINORI PRIMA	€ 160,50
P790792	VISITA CENTRO OBESITA' + VAL DIETISTICA	€ 160,50
P791793	VISITA CENTRO OBESITA' + VAL. DIET CONTROLLO	€ 109,00
P982984	VISITA CENTRO OBESITA' + VAL. DIET MINORI CONTROLLO	€ 109,00
P657	VISITA ENDOCRINOLOGICA	€ 110,50
P653	VISITA ENDOCRINOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P674	VISITA ENDOCRINOLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P5194	VISITA ENDOCRINOLOGICA BARIATRICA CONTROLLO	€ 64,00
P5193	VISITA ENDOCRINOLOGICA BARIATRICA PRIMA	€ 110,50
P1225	VISITA ENDOCRINOLOGICA DCA	€ 45,50
P1230	VISITA ENDOCRINOLOGICA DCA CONTROLLO	€ 41,75
P617	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P2759	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO COUNSELLING PRE CONCEZIONALE	€ 64,00
P2761	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO IPERTIROIDISMO AUTOIMMUNE	€ 64,00
P1739	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO NEOPLASIE	€ 64,00
P2756	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO NEOPLASIE TIROIDEE	
P1735	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO PER GRAVIDANZA	€ 64,00
P1741	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO PER IPOGONADISMO	€ 64,00
P1743	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO PER MENOPAUSA	€ 64,00
P1737	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO POST ICTUS	€ 64,00
P1723	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO PRADER WILLY	€ 64,00
P2763	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO TIROIDE E CUORE	€ 64,00
P1738	VISITA ENDOCRINOLOGICA NEOPLASIE	€ 110,50
P1920	VISITA ENDOCRINOLOGICA NEOPLASIE DI CONTROLLO PRIMARIALE	€ 125,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P1919	VISITA ENDOCRINOLOGICA NEOPLASIE PRIMARIALE	€ 197,00
P2755	VISITA ENDOCRINOLOGICA NEOPLASIE TIROIDEE	€ 110,50
P1734	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER GRAVIDANZA	€ 110,50
P1740	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER IPOGONADISMO	€ 110,50
P1917	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER IPOGONADISMO AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1918	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER IPOGONADISMO DI CONTROLLO AIUTO	€ 100,00
P1742	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER MENOPAUSA	€ 110,50
P1921	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER MENOPAUSA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1922	VISITA ENDOCRINOLOGICA PER MENOPAUSA DI CONTROLLO AIUTO PRIMARIO	€ 100,00
P1736	VISITA ENDOCRINOLOGICA POST ICTUS	€ 110,50
P1722	VISITA ENDOCRINOLOGICA PRADER WILLY	€ 110,50
P2758	VISITA ENDOCRINOLOGICA - COUNSELLING PRE CONCEZIONALE	€ 110,50
P2760	VISITA ENDOCRINOLOGICA - IPERTIROIDISMO	€ 110,50
P2762	VISITA ENDOCRINOLOGICA - TIROIDE E CUORE	€ 110,50
P656	VISITA ENDOCRINOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P704	VISITA ENDOCRINOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P2757	VISITA ENDOCRINOLOGICA PRIMARIALE NEOPLASIE TIROIDEE	€ 197,00
P1959	VISITA SPECIALISTICA (FUOBAUXO) DI CONTROLLO	€ 64,00
P551	VISITA SPECIALISTICA ACCRESCIMENTO/DEFICIT GH	€ 110,50
P552	VISITA SPECIALISTICA ACCRESCIMENTO/DEFICIT GH CONTROLLO	€ 64,00
P1914	VISITA SPECIALISTICA ACROMEGALIA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P1913	VISITA SPECIALISTICA ACROMEGALIA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P790	VISITA SPECIALISTICA CENTRO OBESITA'	€ 110,50
P791	VISITA SPECIALISTICA CENTRO OBESITA' DI CONTROLLO	€ 64,00
P745	VISITA SPECIALISTICA ENDOCRINOLOGICA PER TALASSEMIA	€ 110,50
P746	VISITA SPECIALISTICA ENDOCRINOLOGICA TALASSEMIA CONTR.	€ 64,00
P981	VISITA SPECIALISTICA MINORI CENTRO OBESITA'	€ 110,50
P982	VISITA SPECIALISTICA MINORI CENTRO OBESITA' DI CONTROLLO	€ 64,00
P796	VISITA SPECIALISTICA OBESITA' PRIMARIO	€ 197,00
P797	VISITA SPECIALISTICA OBESITA' PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P1284	VISITA SPECIALISTICA PATOLOGIE IPOFISARIE	€ 110,50
P1916	VISITA SPECIALISTICA PATOLOGIE IPOFISARIE AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P1915	VISITA SPECIALISTICA PATOLOGIE IPOFISARIE AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1285	VISITA SPECIALISTICA PATOLOGIE IPOFISARIE CONTROLLO	€ 64,00
P555	VISITA SPECIALISTICA PER ACROMEGALIA	€ 110,50
P556	VISITA SPECIALISTICA PER ACROMEGALIA CONTROLLO	€ 64,00
P553	VISITA SPECIALISTICA PER CUSHING	€ 110,50
P554	VISITA SPECIALISTICA PER CUSHING CONTROLLO	€ 64,00
<b>ENDOSCOPIA / GASTROENTEROLOGIA</b>		
P1939	BREATH TEST AL GLUCOSIO	€ 153,00
P1399	BREATH TEST AL LATTOSIO	€ 153,00
P1940	BREATH TEST AL LATTULOSIO	€ 153,00
P5070	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	€ 556,25
P305	COLONSCOPIA + BIOPSIA	€ 486,00
P300	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	€ 461,75
P303	COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA	€ 818,25
P5201	DILATAZIONE DELL'INTESTINO	€ 461,75
P2744	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	€ 351,00
P302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	€ 351,00
P306	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	€ 373,50
P307	RETTOSIGMOIDOSCOPIA + BIOPSIA	€ 265,50

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P301	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (RETTOSIGMOIDOSCOPIA)	€ 243,00
P1319	TERAPIA INFUSIONALE (FLEBOCLISI)	€ 101,70
P721	VISITA EPATOLOGICA	€ 110,50
P1316	VISITA EPATOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P1317	VISITA EPATOLOGICA AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 100,00
P722	VISITA EPATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1630	VISITA EPATOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1631	VISITA EPATOLOGICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
P720	VISITA GASTROENTEROLOGICA	€ 110,50
P1908	VISITA GASTROENTEROLOGICA - COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	€ 110,50
P1909	VISITA GASTROENTEROLOGICA - COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN DI CONT	€ 64,00
P1924	VISITA GASTROENTEROLOGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1925	VISITA GASTROENTEROLOGICA AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 100,00
P723	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P575	VISITA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P576	VISITA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
<b>GINECOLOGIA</b>		
P980	AMNIOCENTESI	€ 912,00
P2890	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE	€ 110,50
P2889	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI	€ 110,50
P2643	COLLOQUIO POST TEST AURORA/AURORA PLUS	€ -
P952	COLPOSCOPIA	€ 112,50
P2872	COLPOSCOPIA+BIOPSIA CERVICE-PORTIO	€ 135,00
P954	COLPOSCOPIA + BIOPSIA MIRATA	€ 135,00
P2873	COLPOSCOPIA+BIOPSIA PARETI VAGINALI	€ 135,00
P953	COLPOSCOPIA + PAP TEST	€ 141,75
P955	COURETAGE ENDOMETRIALE	€ 149,00
P959	DIATERMOCOAGULAZIONE	€ 133,75
P9159	ISTEROSCOPIA	€ 306,00
P2895	ISTEROSCOPIA + ASPORTAZIONE POLIPI	€ 306,00
P2894	ISTEROSCOPIA + BIOPSIA ENDOMETRIO	€ 306,00
P1468	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	€ 306,00
P1469	LEEP DIATERMOCOAGULAZIONE	€ 344,00
P958	POLIPECTOMIA GINECOLOGICA	€ 110,50
P1288	RIMOZIONE CONTRAC.INTRAUTERINO	€ 35,50
P1295	SCREENING COMBINATO DEL 1° TRIMESTRE	€ 191,50
P2641	TEST AURORA	€ 680,00
P2642	TEST AURORA PLUS	€ 840,00
P1296	VILLOCENTESI	€ 912,00
P2746	VIS.GINECOLOGICA ed ECOGRAFIA TRANS-VAGINALE PER CONSULENZA DI	€ 135,00
P2734	VIS.GINECOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P2736	VIS.GINECOLOGICA PRIMARIO + PAP TEST	€ 226,25
P2735	VIS.GINECOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P2737	VIS.GINECOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO + PAP TEST	€ 154,25
P963	VISITA GINECOLOGICA	€ 110,50
P2664	VISITA GINECOLOGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P2665	VISITA GINECOLOGICA AIUTO PRIMARIO CONTROLLO	€ 100,00
P2666	VISITA GINECOLOGICA AIUTO PRIMARIO+PAP TEST	€ 181,80
P2667	VISITA GINECOLOGICA AIUTO PRIMARIO+PAP TEST CONTROLLO	€ 142,00



<b>Codice Istituto</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Listino 2018</b>
P968	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P2662	VISITA GINECOLOGICA PER CONSULENZA DI COPPIA	€ 135,00
P951	VISITA GINECOLOGICA+PAP TEST	€ 139,75
P967	VISITA GINECOLOGICA+POLIPECTOMIA	€ 233,50
AP18009	VISITA OSTETRICA	€ 110,50
AP18010	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	€ 64,00
<b>MEDICINA INTERNA</b>		
P2795	CONSULENZA MULTIDISCIPLINARE	€ 90,00
P1409	PROFILO PSICOEDUCATIVO (PEP-3)	€ 116,00
P2797	TEST BRCA1 TEST MIRATO + CONSULENZA	€ 720,00
P2796	TEST BRCA1/2 REFLEX + CONSULENZA	€ 1.350,00
P2798	TEST BRCA2 TEST MIRATO + CONSULENZA	€ 720,00
P897	VALUTAZIONE ADI (AUTISMO)	€ 55,75
P898	VALUTAZIONE ADOS (AUTISMO)	€ 55,75
P1310	VISITA GENETICA	€ 110,50
P1894	VISITA GENETICA - PATOLOGIE RETINICHE EREDITARIE	€ 64,00
P1311	VISITA GENETICA CONTROLLO	€ 64,00
P2794	VISITA GENETICA PER COUNSELLING GENETICO	€ 110,50
P258	VISITA GERIATRICA	€ 110,50
P1485	VISITA GERIATRICA AIUTO	€ 144,00
P1486	VISITA GERIATRICA AIUTO CONTROLLO	€ 100,00
P259	VISITA GERIATRICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1346	VISITA GERIATRICA PRIMARIO	€ 197,00
P1347	VISITA GERIATRICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P3114	VISITA INFETTIVOLOGICA	€ 110,50
P3113	VISITA MEDICINA DEL TURISMO	€ 110,50
P620	VISITA MEDICINA INTERNA	€ 110,50
P707	VISITA MEDICINA INTERNA DI CONTROLLO	€ 64,00
P713	VISITA MEDICINA INTERNA PRIMARIO	€ 197,00
P714	VISITA MEDICINA INTERNA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P1329	VISITA TERAPIA DEL DOLORE	€ 144,00
P1330	VISITA TERAPIA DEL DOLORE CONTROLLO	€ 100,00
<b>MEDICINA RIABILITATIVA</b>		
P9009	CORRENTI ANALGESICHE	€ 18,00
P9024	CORRENTI ANALGESICHE PIU CAMPI	€ 23,40
P2635	COUNSELING LOGOPEDICO	€ 110,50
P1889	DIATERMIA - TECARTERAPIA	€ 34,00
P1923	ELETTRO-NEUROMODULAZIONE SANS	€ 34,00
P1209	ELETTROSTIMOLAZIONE MOTORIA	€ 34,00
P933	ELETTROTERAPIA ANTALGICA (TENS)	€ 34,00
P1473	ELETTROTERAPIA FREMS	€ 34,00
P9152	ELETTROTERAPIA STIMOLANTE	€ 18,00
P9025	ELETTROTERAPIA STIMOLANTE PIU CAMPI	€ 23,50
P1202	ESERC.LINGUAGGIO/COMUN.INDIVID.	€ 69,00
P1384	EQUITEST (ESAME DELL'EQUILIBRIO)	€ 162,00
P1717	GIORNATA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO	€ 180,00
P1716	GIORNATA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO Integrato 1° livello	€ 135,00
P1718	GIORNATA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO Integrato 3° livello	€ 225,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P9010	IONOFORESI	€ 18,00
P9011	IONOFORESI PIU' CAMPI	€ 23,40
P1170	KINESITERAPIA	€ 63,00
P931	LASERTERAPIA ANTALGICA	€ 9,00
P1190	MASSOTERAPIA	€ 27,00
P9013	MASSOTERAPIA CERVICALE E LOMBO-SACRALE	€ 40,50
P9083	MASSOTERAPIA ARTI INFERIORI E COLONNA	€ 49,50
P9014	MASSOTERAPIA CERVICALE	€ 27,00
P1814	PRA - Programma Riabilitativo Ambulatoriale	€ 90,00
P1871	PRA-NM Programma Riabilitativo Ambulatoriale Neuro-Motorio	€ 90,00
P1890	PRA-NVS Rieducazione neuro-vescicosfinterica	€ 63,00
P1872	PRA-TF Programma Riabilitativo Ambulatoriale di Terapia Fisica	€ 36,00
P1862	PRA-VS Programma Riabilitativo Ambulatoriale vescico-sfinterico	€ 90,00
P1372	RADARTERAPIA	€ 20,70
P1815	REDAY - Programma Integrato Giornaliero	€ 342,00
P9030	RIEDUCAZ. ORT. TERAPIA MANUALE PER CERVICO-BRACHIALGIE	€ 40,50
P9032	RIEDUCAZ. ORT. TERAPIA MANUALE PER LOMBO-SCIATALGIE	€ 40,50
P9015	RIEDUCAZ. ORT. TERAPIA MANUALE PER RACHIDE CERVICALE	€ 40,50
P9031	RIEDUCAZ. ORT. TERAPIA MANUALE PER RACHIDE LOMBARE	€ 40,50
P9072	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER ATASSIA	€ 47,70
P9028	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER EMIPARESI	€ 47,70
P9029	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER M. DI PARKINSON	€ 47,70
P9027	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER MONOPARESI	€ 31,50
P9085	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER POLIRADICOLO NEVRITI	€ 47,70
P9086	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER SINDROMI CEREBELLARI	€ 47,70
P9084	RIEDUCAZIONE NEUROLOGICA PER TETRAPLEGIA	€ 47,70
P1325	RIEDUCAZIONE NEUROMOTORIA (A SEDUTA)	€ 90,00
P9019	RIEDUCAZIONE ORTOPEDICA PROTESI ANCA	€ 47,70
P9021	RIEDUCAZIONE ORTOPEDICA PROTESI GINOCCHIO	€ 47,70
P9022	RIEDUCAZIONE RESPIRATORIA	€ 31,50
P1685	SEDUTA DI RIABILITAZIONE FISIOTERAPICA SEMPLICE	€ 34,00
P729	SEDUTE INALATORIE	€ 8,00
P9087	TERAPIA MANUALE PER DORSALGIE	€ 40,50
P9088	TERAPIA MANUALE PER SACRALGIE	€ 40,50
P1153	TRAINING PER DISFASIA [LOGOPEDIA] INDIVIDUALE (a seduta)	€ 393,30
P1411	TRATTAMENTO LOGOPEDICO (a seduta)	€ 63,00
P1169	TRAZIONE LOMBARE ATTIVA	€ 72,00
P773	ULTRASUONOTERAPIA (ULTRASUONI)	€ 34,00
P9023	USO KINETEC	€ 27,00
P1180	VALUTAZIONE FONAZIONE O DEGLUTIZIONE	€ 164,00
P1410	VALUTAZIONE LOGOPEDICA 1° ACCESSO	€ 110,50
P1707	VALUTAZIONE LOGOPEDICA ACCESSO SUCCESSIVO	€ 64,00
P2622	VALUTAZIONE LOGOPEDICA DSA	€ 110,50
P2634	VALUTAZIONE LOGOPEDICA DSA - ACCESSO SUCCESSIVO	€ 64,00
P11	VISITA FISIATRICA	€ 110,50
P946	VISITA FISIATRICA AIUTO	€ 144,00
P989	VISITA FISIATRICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P782	VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P928	VISITA FISIATRICA PRIMARIO	€ 230,00
P929	VISITA FISIATRICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 168,00
	<b>NEFROLOGIA</b>	

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P735	VISITA NEFROLOGICA AIUTO	€ 144,00
P737	VISITA NEFROLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P1476	VISITA NEFROLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1477	VISITA NEFROLOGICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
<b>NEUROFTALMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA OCULARE</b>		
(Presidio Capitanio)		
P1660	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	€ 135,75
P1665	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG) - stessa seduta	€ 91,00
P1658	ELETTROOCULOGRAMMA DA PATTERN (PERG)	€ 135,75
P1663	ELETTROOCULOGRAMMA DA PATTERN (PERG) - stessa seduta	€ 91,00
P1657	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG)	€ 135,75
P1662	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG) - stessa seduta	€ 91,00
P1659	ELETTRORETINOGRAMMA MULTIFOCAL (mfERG)	€ 135,75
P1664	ELETTRORETINOGRAMMA MULTIFOCAL (mfERG) - stessa seduta	€ 91,00
P1676	TOSSINA BOTULINICA BLEFAROSPASMO (bilaterale)	€ 405,00
P1688	TOSSINA BOTULINICA PER STRABISMO	€ 360,00
P1675	TOSSINA BOTULINICA SPASMO EMIFACCIALE (a occhio)	€ 315,00
P1655	VALUTAZIONE NEUROFTALMOLOGICA	€ 199,00
P1882	VALUTAZIONE NEUROFTALMOLOGICA - PATOLOGIE RETINICHE EREDITARIE	€ 145,00
P101655	VALUTAZIONE NEUROFTALMOLOGICA TED	€ 199,00
P1656	VALUTAZIONE NEUROFTALMOLOGICA DI CONTROLLO	€ 145,00
P101656	VALUTAZIONE NEUROFTALMOLOGICA DI CONTROLLO TED	€ 145,00
P1666	VALUTAZIONE NEUROFTALMOLOGICA PRIORITARIA	€ 270,00
P1689	VISITA OCULISTICA AIUTO PRIMARIO PATOLOGIA OFTALMOPLASTICA	€ 144,00
<b>NEUROLOGIA</b>		
P999	BIOPSIA PERCUTANEA (AGOBIOPSIA) DEI NERVI PERIFERICI	€ 120,50
P1593	COLLOQUIO PSICOLOGICO (Centro Ipertensione)	€ 37,00
P752	ELETTROENCEFALOGRAMMA	€ 108,00
P216	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DI SONNO	€ 133,00
P753	ELETTROMIOGRAFIA (EMG)	€ 145,00
P1370	EMG SINGOLA FIBRA	€ 196,75
P325	ESAME DELL' AFASIA	€ 270,00
P327	ESAME NEUROPSICOLOGICO CLINICO	€ 49,25
P483	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 391,50
P1965	LIQUOR PACCHETTO GENERICO	€ 220,34
P1966	LIQUOR PROTEINA 14,3,3	€ 247,20
P1967	LIQUOR PROTEINA TAU FOSFORILATA	€ 192,00
P1968	LIQUOR PROTEINA TAU TOTALE	€ 192,00
P1322	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA (ACTIGRAFIA)	€ 296,55
P2869	MWT	€ 360,00
P10225	POLISONNO.PORT.COMPL.COMPRESO EEG (MINORI)	€ 234,00
P1371	POLISONNOGRAFIA AUTO C-PAP DOMIC.	€ 234,00
P10220	POLISONNOGRAFIA MINORI EMBLETTA	€ 234,00
P225	POLISONNOGRAFIA PORT. COMPL. COMPRESO EEG	€ 234,00
P220	POLISONNOGRAMMA	€ 234,00
P210	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 136,00
P212	POTENZIALI EVOCATI MOTORI (SING.ARTO)	€ 144,50
P2631	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI (Arti Inferiori)	€ 289,00
P2630	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI (Arti Superiori)	€ 289,00
P213	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI(S.A)	€ 144,50

<b>Codice Istituto</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Listino 2018</b>
P211	POTENZIALI EVOCATI VISIVI	€ 133,00
P1661	POTENZIALI EVOCATI VISIVI - STESSA SEDUTA	€ 91,00
P758	PSICOTERAPIA DI GRUPPO 1 SEDUTA	€ 63,00
P1963	RACHICENTESI DIAGNOSTICA	€ 405,00
P324	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 180,00
P323	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 234,00
P326	TEST NEUROPSICOLOGICI	€ 222,00
P979	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	€ 405,00
P1286	VISITA MEDICINA DEL SONNO	€ 110,50
P1299	VISITA MEDICINA DEL SONNO DI CONTROLLO	€ 64,00
P2672	VISITA NEUROLOGIA EPILESSIA	€ 110,50
P2673	VISITA NEUROLOGIA EPILESSIA DI CONTROLLO	€ 64,00
P750	VISITA NEUROLOGICA	€ 110,50
P1277	VISITA NEUROLOGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1278	VISITA NEUROLOGICA AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 100,00
P1651	VISITA NEUROLOGICA CEFALEA	€ 110,50
P1652	VISITA NEUROLOGICA CEFALEA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1933	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO DISTURBI COGNITIVI	€ 64,00
P759	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1451	VISITA NEUROLOGICA DISTURBI MOVIMENTO	€ 110,50
P1452	VISITA NEUROLOGICA DISTURBI MOVIMENTO CONTROLLO	€ 64,00
P1223	VISITA NEUROLOGICA DOTT. CORBO	€ 152,50
P1221	VISITA NEUROLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1222	VISITA NEUROLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 162,25
P264	VISITA NEUROLOGICA STROKE	€ 110,50
P265	VISITA NEUROLOGICA STROKE DI CONTROLLO	€ 64,00
P1932	VISITA NEUROLOGICA DISTURBI COGNITIVI	€ 110,50
P754	VISITA PSICHIATRICA	€ 110,50
P1227	VISITA PSICHIATRICA DCA	€ 44,25
P755	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 64,00
	<b>NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>	
P2617	RESTITUZIONE DIAGNOSI DSA - NEUROPSICHIATRA	€ 100,00
P1969	VISITA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	€ 110,50
P1970	VISITA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ACCESSO SUCCESSIVO	€ 64,00
P2645	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DSA - ACCESSO SUCCESSIVO	€ 100,00
P2644	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DSA - 1° ACCESSO	€ 144,00
	<b>OCULISTICA</b>	
P465	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA	€ 162,50
P1615	ANGIOGRAFIA RETINICA CON INDOCIANINA	€ 180,00
P2875	ANGIO-OCT	€ 180,00
P1617	BIOMETRIA/ECOGRAFIA OCULARE	€ 90,00
P1550	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	€ 81,00
P159	BREAKUP TIME	€ 83,00
P411	CAPSULOTOMIA LASER	€ 250,50
CK CORNEA	CHECK UP CORNEA E SUPERFICIE OCULARE	€ 400,00
CK	CHECK UP VITRORETINA	€ 400,00
Q1572	CHECK-UP GLAUCOMA	€ 300,00
P460	CURVA TONOMETRICA	€ 90,00
P1563	CURVA TONOMETRICA PER CHECK UP GLAUCOMA	€ 90,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P1549	ECOGRAFIA OCULARE	€ 90,00
P450	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 39,00
P1613	FDT (FREQUENCY DOUBLING TECHNOLOGY)	€ 90,00
P406	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA	€ 156,00
P488	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS (per occhio)	€ 47,25
P1556	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	€ 47,25
P466	FOTOGRAFIA FONDO OCCHIO B/N (cad.)	€ 47,25
P1732	FOTOGRAFIA SEGMENTO POSTERIORE	€ 47,25
P1565	GDX	€ 90,00
P1564	HRT	€ 90,00
P1756	IMAGING SEGMENTO POSTERIORE	€ 200,00
P1757	IMAGING SEGMENTO POSTERIORE (stessa seduta)	€ 72,00
P2637	IPOVISIONE - PRIMA VALUTAZIONE	€ 90,00
P2638	IPOVISIONE SEDUTA RIABILITATIVA	€ 36,00
P2639	IPOVISIONE VALUTAZIONE FINALE	€ -
P416	IRIDOPLASTICA	€ 278,25
P410	IRIDOTOMIA LASER	€ 278,25
P401	LASERTERAP.LESIONI REGMATOGEN RET	€ 278,25
AP1595	MICROSCOPIA CONFOCALE	€ 81,00
P1494	OCT - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA	€ 143,00
P101494	OCT - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA (NEUROFTALMOLOGIA)	€ 143,00
P1592	OCT + FAG	€ 305,00
P1654	OCT + FAG INDOCIANINA	€ 323,00
P1589	OCT + FOTOGRAFIA FUNDUS	€ 190,25
P1591	OCT GLAUCOMA	€ 143,00
P1590	OCT RETINA	€ 143,00
P101589	OCT+FOTOGRAFIA FUNDUS (NEUROFTALMOLOGIA)	€ 190,25
ORTO	PACCHETTO ORTOTTICA	€ 100,00
P1287	PACHIMETRIA CORNEALE	€ 64,50
Q1287	PACHIMETRIA CORNEALE CK GLAUCOMA	€ 64,50
Q2893	SCREENING DEL DALTONISMO	€ 253,50
P1758	SCREENING HCQ	€ 225,00
P1879	SCREENING HCQ DI CONTROLLO	€ 180,00
P403	SINECHIOTOMIE POSTERIORI	€ 250,50
P479	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 39,75
P1616	STUDIO DEL CAMPO VISIVO CON MICROPERIMETRIA (MAIA)	€ 90,00
P10457	STUDIO DEL CAMPO VISIVO FDT	€ 111,50
P457	STUDIO DEL CAMPOVISIVO	€ 111,50
P1638	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	€ 72,00
P5079	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE	€ 63,00
P1318	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	€ 83,50
P101318	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE PENTACAM	€ 83,50
P157	TEST AL ROSA BENGALA	€ 83,00
P445	TEST DI HESS LANCASTER	€ 64,00
P158	TEST SCHIRMER	€ 83,00
P458	TRAINING ORTOTTICO PER SEDUTA	€ 27,50
P454	VALUTAZIONE ORTOTTICA	€ 50,00
P1541+P159	VIS.OCULISTICA PATOLOGIA RETINA + OCT RETINA	€ 253,50
P451	VISITA OCULISTICA	€ 110,50
P1641	VISITA OCULISTICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1642	VISITA OCULISTICA AIUTO PRIMARIO CONTROLLO	€ 100,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P452	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1297	VISITA OCULISTICA MINORI	€ 110,50
P1298	VISITA OCULISTICA MINORI DI CONTROLLO	€ 64,00
P1543	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA CORNEA	€ 110,50
P1544	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA CORNEA CONTROLLO	€ 64,00
P1547	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA GLAUCOMA	€ 110,50
P1548	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA GLAUCOMA CONTROLLO	€ 64,00
P1545	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA OFTALMOPLASTICA	€ 110,50
P1546	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA OFTALMOPLASTICA CONTROLLO	€ 64,00
P1541	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA RETINA	€ 110,50
P1542	VISITA OCULISTICA PATOLOGIA RETINA CONTROLLO	€ 64,00
P399	VISITA OCULISTICA PRIMARIO	€ 197,00
P945	VISITA OCULISTICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
<b>ORTOPEDIA</b>		
P5205	APPARECCHIO GESSATO DI ARTO INFERIORE GAMBA E PIEDE	€ 270,00
P5204	APPARECCHIO GESSATO DI BRACCIO, AVAMBRACCIO E MANO	€ 270,00
P5203	APPARECCHIO GESSATO DI MANO E AVAMBRACCIO	€ 170,00
P413	BENDAGGIO RIGIDO	€ 51,25
P414	INFILTRAZIONE ARTICOLARE	€ 45,00
P1404	ONDE D'URTO	€ 124,25
P1406	ONDE D'URTO (SEDUTE SUCCESSIVE)	€ 124,25
P487	RIMOZIONE DISPOS. ESTERNO IMMOBIL.	€ 22,00
P412	VISITA ORTOPEDICA	€ 110,50
P2753	VISITA ORTOPEDICA - CHIRURGIA DELLA SPALLA	€ 110,50
P1755	VISITA ORTOPEDICA AIUTO CONTROLLO	€ 100,00
P1754	VISITA ORTOPEDICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P2697	VISITA ORTOPEDICA CHIRURGIA DEL PIEDE	€ 110,50
P2698	VISITA ORTOPEDICA CHIRURGIA DEL PIEDE DI CONTROLLO	€ 64,00
P480	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1300	VISITA ORTOPEDICA MINORI	€ 110,50
P1301	VISITA ORTOPEDICA MINORI DI CONTROLLO	€ 64,00
P1231	VISITA ORTOPEDICA PRIMARIO	€ 197,00
P1232	VISITA ORTOPEDICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
<b>OTORINOLARINGOIATRIA</b>		
P1348	DIATERMOCOAGULAZIONE FOSSE NASALI	€ 197,25
P817	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 47,00
P819	IMPEDENZOMETRIA	€ 37,00
P844	INSUFFLAZIONI ENDOTUBARICHE	€ 20,50
P837	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	€ 65,75
P10837	LARINGOSCOPIA MINORI	€ 65,75
P10844	POLITZER (INSUFFLAZIONI)	€ 20,25
P810	STUDIO DELLA FUNZIONALITA' NASALE (RINOMANOMETRIA)	€ 60,00
P840	VISITA O.R.L.	€ 110,50
P821	VISITA O.R.L. + BIOPSIA (ENDOSCOPICA) FARINGE	€ 142,00
P816	VISITA O.R.L. + BIOPSIA FARINGEA	€ 142,00
P818	VISITA O.R.L. + BIOPSIA NASO	€ 142,00
P820	VISITA O.R.L. + BIOPSIA ORECCHIO ESTERNO	€ 142,00
P822	VISITA O.R.L. + INCISIONE CANALE UDIT. EST. E DEL PAD. UDIT.	€ 142,00
P832	VISITA O.R.L. + RINOMANOMETRIA	€ 142,00

<b>Codice Istituto</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Listino 2018</b>
P800	VISITA O.R.L. DI CONTROLLO	€ 64,00
<b>PEDIATRIA</b>		
P2870	VISITA PEDIATRICA	€ 110,50
P2871	VISITA PEDIATRICA DI CONTROLLO	€ 64,00
<b>PNEUMOLOGIA</b>		
P847	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	€ 405,00
P861	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE CON BIOPSIA	€ 540,00
P221	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 54,00
P1853	DLCO	€ 130,50
P669	PROVA BRONCOD.C/BRONCOCOS.ASPEC.	€ 114,50
P709	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	€ 266,00
P217	SATURIMETRIA NOTTURNA	€ 112,50
P930	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 76,50
P666	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 37,75
P222	TEST ALLA METACOLINA	€ 114,50
P667	TEST BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 89,25
P219	TEST DEL CAMMINO	€ 87,25
P663	VISITA PNEUMOLOGICA	€ 110,50
P1859	VISITA PNEUMOLOGICA (FOLLOW-UP VENTILOTERAPIA)	€ 110,50
P652	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1860	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO (FOLLOW-UP VENTILOTERAPIA)	€ 64,00
P654	VISITA PNEUMOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P685	VISITA PNEUMOLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
	<b>PRELIEVI A DOMICILIO</b>	
P362	PRELIEVO A DOMICILIO	€ 32,00
P365	PRELIEVO A DOMICILIO (SUPPL.)2	€ 19,50
	<b>PSICOLOGIA</b>	
P877	CICLO MENSILE PSICOTERAPIA DI GRUPPO	€ 231,50
P942	COLLOQUI PSICOLOGICI DI SOSTEGNO	€ 69,75
P1763	COLLOQUIO PSICOLOGIA CLINICA (A SEDUTA)	€ 69,75
P1460	COLLOQUIO PSICOLOGICO PRE-TRAINING	€ 50,00
P864	COLLOQUIO VALUTATIVO PSICO./PSIC.	€ 94,00
P866	CONTROLLO FARMACOLOGICO	€ 37,50
P2633	COUNSELING PSICOLOGICO E PEDAGOGICO	€ 81,00
P2621	POTENZIAMENTO COGNITIVO ETA' EVOLUTIVA	€ 60,00
P223	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - DCA	€ 55,25
P224	PSICOTERAPIA DI GRUPPO GENITORIALE DCA	€ 55,25
P2620	RESTITUZIONE DIAGNOSI DSA - PSICOLOGO	€ 71,00
P1639	RIABILITAZIONE DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO (4 SEDUTE)	€ 144,00
P865	SEDUTA PSICOTERAPIA	€ 75,50
P1640	TEST PSICODIAGNOSTICI/PSICOMETRICI	€ 72,00
P1458	TRAINING NUTRIZIONALE 5 SEDUTE	€ 123,00
P897	VALUTAZIONE ADI (AUTISMO)	€ 55,75
P2618	VALUTAZIONE COGNITIVA DSA	€ 81,00
P2619	VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DSA	€ 81,00
P812	VISITA PSICOLOGICA	€ 110,50
P813	VISITA PSICOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
	<b>REUMATOLOGIA</b>	
P760	VISITA REUMATOLOGICA	€ 110,50
P801	VISITA REUMATOLOGICA AIUTO	€ 144,00
P803	VISITA REUMATOLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P761	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P254	VISITA REUMATOLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P255	VISITA REUMATOLOGICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
	<b>UROLOGIA</b>	
P631+P1310	AMBULATORIO UROGENETICA - 1° visita	€ 221,00
P635+P1311	AMBULATORIO UROGENETICA - visita di controllo	€ 128,00
P5182	BIOPSIA DEL PENE	€ 64,00
P672	BIOPSIA ECOGUIDATA PROSTATICA	€ 315,00
P2766	BIOPSIA PROSTATICA IN FUSIONE	€ 540,00
P5794	CATETERISMO VESCICALE	€ 135,00
P632	CISTOSCOPIA (TRANSURETALE)	€ 243,00
P5113	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	€ 139,25
P937	ESAME URODINAMICO (COMPLETO)	€ 233,25
P5145	FRENULOTOMIA	€ 278,25
P5140	INSTILLAZIONE ENDOVESCICALE	€ 222,50
P938	SEDUTA RIABILITAZIONE PELVICA	€ 45,00
P1938	TRAINING ANDROLOGICO	€ 110,50
P2799	TRATTAMENTO MALATTIA PEYRONIE	€ 3.600,00
UROFISH	UROFISH (PACCHETTO)	€ 898,00
P647	UROFLUSSIMETRIA	€ 97,25
P738	UROFLUSSIMETRIA STUDIO ECOGRAFICO RESIDUO	€ 102,00



Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P5138	VISITA ANDROLOGICA	€ 110,50
P1749	VISITA ANDROLOGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P1750	VISITA ANDROLOGICA AIUTO PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 100,00
P5137	VISITA ANDROLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1884	VISITA ANDROLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1885	VISITA ANDROLOGICA PRIMARIO DI CONTROLLO	€ 125,00
P631	VISITA UROLOGICA	€ 110,50
P1748	VISITA UROLOGICA AIUTO DI CONTROLLO	€ 100,00
P1747	VISITA UROLOGICA AIUTO PRIMARIO	€ 144,00
P635	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO	€ 64,00
P1751	VISITA UROLOGICA PRIMARIO	€ 197,00
P1752	VISITA UROLOGICA PRIMARIO CONTROLLO	€ 125,00
P2616	VISITA UROLOGICA RIEDUCAZIONE PIANO PELVICO	€ 110,50
<b>ALTRE PRESTAZIONI</b>		
P2681	CERTIFICATO SPORTIVO NON AGONISTICO	€ 50,00
P1649	CONSULTO - SENZA PAZIENTE	€ 110,50
P1904	CONSULTO MEDICO AIUTO PRIMARIO SENZA PAZIENTE	€ 144,00
P1905	CONSULTO MEDICO PRIMARIO SENZA PAZIENTE	€ 197,00
<b>ESAMI ECOGRAFICI</b>		
P489	COLORDOPPLER TRANSCRANICO	€ 173,25
P682	DOPPLER SCROTALE E/O VASI SPERMATICI	€ 169,25
P1331	ECO ANO-RETTALE 3D	€ 139,50
P440	ECO MUSCOLOTENDINEA COMPARATA	€ 234,00
P11448	ECO MUSCOLOTENDINEA DINAMICA	€ 117,00
10408	ECO OSTETRICA (COLL.AMNIQ/VILLO)	€ 108,00
P1520	ECO TRANSLUCENZA NUCALE	€ 118,75
P678	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	€ 116,25
P603	ECOCOLORDOPPLER AORTA ADDOMINALE	€ 174,25
P604	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI	€ 174,25
P659	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO	€ 174,25
P2625	ECOCOLORDOPPLER DEL CIRCOLO PORTALE	€ 127,00
P446	ECOCOLORDOPPLER FEGATO E VIE BILIARI	€ 174,25
P3248	ECOCOLORDOPPLER GINECOLOGICA	€ 174,25
P3343	ECOCOLORDOPPLER MAMMELLA DX	€ 174,25
P3344	ECOCOLORDOPPLER MAMMELLA SX	€ 174,25
P2626	ECOCOLORDOPPLER MUSCOLO TENDINEO	€ 170,00
P447	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICO GINECOLOGICO	€ 174,25
P478	ECOCOLORDOPPLER RENI E SURRENI	€ 174,25
P677	ECOCOLORDOPPLER TIROIDEO	€ 139,50
P494	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO C/C	€ 139,50
P661	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	€ 161,50
P662	ECOCOLORDOPPLER VASCOLARE MULTIPLO	€ 270,00
P660	ECOCOLORDOPPLER VENOSO	€ 174,25
P3247	ECOCOLORDOPPLER VESCICA E PELVI	€ 174,25
P680	ECO-DOPPLER DINAMICO PENIENO	€ 239,25
P404	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 187,00
P419	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE	€ 117,00
P420	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	€ 127,00
P1282	ECOGRAFIA ANSE INTESTINALI	€ 155,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P430	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO	€ 112,50
P10448	ECOGRAFIA CUFFIE ROTATORIE	€ 117,00
P449	ECOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTE	€ 117,00
P431	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	€ 117,00
P459	ECOGRAFIA DEL PENE	€ 117,00
P423	ECOGRAFIA EPATOBILIARE	€ 117,00
P3244	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	€ 138,00
P467	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 112,50
P422	ECOGRAFIA GROSSI VASI ADDOMINALI	€ 108,00
P3246	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	€ 138,00
P425	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	€ 138,00
P3341	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE DX	€ 121,50
P3342	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE SX	€ 121,50
P448	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	€ 117,00
P2632	ECOGRAFIA NERVI PERIFERICI - ARTI SUPERIORI	€ 90,00
P421	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	€ 108,00
P408	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 108,00
P497	ECOGRAFIA OSTETRICA CON FLUSSIMETRIA DOPPLER	€ 174,25
P3245	ECOGRAFIA TIROIDE E PRATIROIDI	€ 138,00
P437	ECOGRAFIA TRANS-RETTALE	€ 170,75
P400	ECOGRAFIA TRANS-VAGINALE PELVICA	€ 120,50
P2663	ECOGRAFIA TRANS-VAGINALE PER CONSULENZA DI COPPIA	€ 24,50
P496	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO	€ 15,75
	<b>ESAMI RADIOLOGICI</b>	
P474	AGOASPIRATO ECO GUIDATO MAMMARIO	€ 178,25
P1634	AGOBIOPSIA ECO GUIDATA MAMMARIA	€ 225,00
P2888	ELASTOSONOGRAFIA EPATICA (FIBROSCAN)	€ 126,00
P1328	ISTEROSALPINGOGRAFIA	€ 218,50
P686	LOCALIZZAZIONE CORPO ESTRANEO (2RAD)	€ 48,50
P5214	MAMMOGRAFIA BIL + ECO MAMMARIA MONO	€ 270,00
P5220	MAMMOGRAFIA BIL TOMOSINTESI + ECO MAMMARIA BIL	€ 300,15
P5217	MAMMOGRAFIA BIL TOMOSINTESI + ECO MAMMARIA MONO	€ 283,50
P2802	MAMMOGRAFIA BILATERALE CON TOMOSINTESI	€ 162,00
P521+P425	MAMMOGRAFIA BILATERALE + ECO MAMMARIA BILATERALE	€ 286,50
P521+P426	MAMMOGRAFIA BILATERALE + ECO MAMMARIA MONOLATERALE	€ 270,00
P10521	MAMMOGRAFIA BILATERALE DIGITALE	€ 148,50
P5216	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE + ECO MAMMARIA BILATERALE	€ 250,50
P522+P425	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE + ECO MAMMARIA BILATERALE	€ 250,50
P5215	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE + ECO MAMMARIA MONOLATERALE	€ 234,00
P5219	MAMMOGRAFIA MONO TOMOSINTESI + ECO MAMMARIA BIL	€ 264,15
P5218	MAMMOGRAFIA MONO TOMOSINTESI + ECO MAMMARIA MONO	€ 247,50
P522+P426	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE + ECO MAMMARIA MONOLATERALE	€ 234,00
P3302	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX	€ 112,50
P2803	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX CON TOMOSINTESI	€ 126,00
P3303	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX	€ 112,50
P2804	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX CON TOMOSINTESI	€ 126,00
P201	MOC FEMORE	€ 113,50
P206	MOC OSSEA CON TC VERTEBRALE	€ 226,00
P202	MOC TOTAL BODY	€ 185,50
P204	MOC TOTAL BODY E SEGMENTO OSSEO	€ 220,50
P205	MOC ULTRADISTALE (AVAMBRACCIO)	€ 113,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P200	MOC VERTEBRALE	€ 113,00
P203	MOC VERTEBRALE E FEMORALE	€ 227,00
P3298	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE DX	€ 270,00
P3299	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE SX	€ 270,00
P1863	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	€ 135,00
P565	RX SCHELETRO IN TOTO	€ 178,50
P505	RX ADDOME	€ 53,25
P3300	RX ANCA DX	€ 53,25
P3301	RX ANCA SX	€ 53,25
P519	RX APPARATO URINARIO	€ 53,25
P3272	RX ARCATA DENTARIA INFERIORE	€ 40,50
P3271	RX ARCATA DENTARIA SUPERIORE	€ 40,50
P564	RX ARTI INFERIORI+BACINO SOTTO CARICO*	€ 74,50
P3345	RX ASSIALE ROTULA DX	€ 65,00
P3346	RX ASSIALE ROTULA SX	€ 65,00
P3258	RX ATM DX	€ 64,50
P3259	RX ATM SX	€ 64,50
P3279	RX AVAMBRACCIO DX	€ 57,00
P3280	RX AVAMBRACCIO SX	€ 57,00
P3297	RX BACINO	€ 53,25
P10538	RX BACINO DISPLASIA PEDIATRICA	€ 53,25
P3273	RX BRACCIO DX	€ 57,00
P3274	RX BRACCIO SX	€ 57,00
P523	RX CISTOGRAFIA	€ 111,50
P3261	RX CLAVICOLA BILATERALE	€ 74,50
P3265	RX CLAVICOLA DX	€ 64,50
P3266	RX CLAVICOLA SX	€ 64,50
P513	RX CLISMA OPACO DOPPIO CONT(6RAD)	€ 217,25
P512	RX CLISMA OPACO SEMPLICE	€ 205,25
P544	RX COLONNA CERVICALE	€ 58,25
P545	RX COLONNA DORSALE (TORACICA)	€ 58,25
P3269	RX COLONNA E BACINO SOTTO CARICO	€ 106,75
P3270	RX COMPLETA DELLA COLONNA	€ 106,75
P3263	RX COSTE MONOL DX	€ 64,50
P3264	RX COSTE MONOL SX	€ 64,50
P528	RX CRANIO E SENI PARANASALI (3RD)	€ 81,50
P1283	RX DEFECOGRAFIA	€ 157,50
P2900	RX DEFECOGRAFIA + CISTOGRAFIA	€ 269,00
P1504	RX DEFECOGRAFIA + STUDIO SERIATO INTESTINO TENUE	€ 287,50
P1505	RX DEFECOGRAFIA + STUDIO SERIATO INTESTINO TENUE + CISTOGRAFIA	€ 399,00
P3256	RX EMIMANDIBOLA DX	€ 64,50
P3257	RX EMIMANDIBOLA SX	€ 64,50
P506	RX ESOFAGO C/C	€ 72,00
P697	RX ESOFAGO DOPPIO CONTRASTO	€ 86,75
P3287	RX FEMORE DX	€ 57,00
P3288	RX FEMORE SX	€ 57,00
P3201	RX FISTOLOGRAFIA ADDOME	€ 130,50
P3204	RX FISTOLOGRAFIA ARTO INFERIORE DX	€ 130,50
P3205	RX FISTOLOGRAFIA ARTO INFERIORE SX	€ 130,50
P3202	RX FISTOLOGRAFIA ARTO SUPERIORE DX	€ 130,50
P3203	RX FISTOLOGRAFIA ARTO SUPERIORE SX	€ 130,50

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P3200	RX FISTOLOGRAFIA TORACE	€ 130,50
P3283	RX GAMBA DX	€ 57,00
P3284	RX GAMBA SX	€ 57,00
P1892	RX GASTROINTESTINALE REGOLAZIONE BENDAGGIO	€ 131,00
P3251	RX GHIANDOLE SALIVARI	€ 53,25
P3285	RX GINOCCHIO DX	€ 57,00
P3401	RX GINOCCHIO DX IN CARICO	€ 57,00
P3286	RX GINOCCHIO SX	€ 57,00
P3402	RX GINOCCHIO SX IN CARICO	€ 57,00
P3281	RX GOMITO DX	€ 57,00
P3282	RX GOMITO SX	€ 57,00
P3250	RX LARINGE	€ 53,25
P3291	RX MANO DX	€ 57,00
P3292	RX MANO SX	€ 57,00
P3254	RX ORBITE	€ 64,50
P572	RX ORTOPANORAMICA ARCATE DENTARIE	€ 56,25
P3255	RX OSSA NASALI	€ 64,50
P3293	RX PIEDE DX	€ 57,00
P3403	RX PIEDE DX IN CARICO	€ 57,00
P3294	RX PIEDE SX	€ 57,00
P3404	RX PIEDE SX IN CARICO	€ 57,00
P3289	RX POLSO DX	€ 57,00
P3290	RX POLSO SX	€ 57,00
P3268	RX RACHIDE LOMBO-SACRALE	€ 58,25
P3267	RX RACHIDE SACRO-COCCIGEO	€ 58,25
P3252	RX RINOFARINGE	€ 53,25
P3253	RX ROCCHIE PETROSE/FORAMI OTTICI	€ 64,50
P3275	RX SCAPOLA DX	€ 57,00
P3276	RX SCAPOLA SX	€ 57,00
P532	RX SELLA TURCICA	€ 50,00
P3277	RX SPALLA DX	€ 57,00
P3278	RX SPALLA SX	€ 57,00
P3262	RX STERNO	€ 64,50
P584	RX STOMACO E DUODENO DOPPIO CONTRASTO	€ 119,75
P577	RX STUDIO ETA' OSSEA	€ 56,00
P1502	RX STUDIO RESIDUO INTESTINO TENUE	€ 130,00
P583	RX TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	€ 57,75
P3249	RX TESSUTI MOLLI CAPO E DEL COLLO	€ 53,25
P3295	RX TIBIO-TARSICA DX	€ 57,00
P3407	RX TIBIO-TARSICA DX IN CARICO	€ 57,00
P3296	RX TIBIO-TARSICA SX	€ 57,00
P501	RX TORACE DI ROUTINE	€ 50,50
P3260	RX TORACE E COSTE BILATERALE	€ 74,50
P502	RX TORACE PROIEZIONE LATERALE	€ 10,25
P592	RX TRACHEA	€ 38,50
P507	RX TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	€ 131,00
P510	RX TUBO DIGERENTE COMPLETO	€ 165,75
P597	RX UROGRAFIA ENDOVENOSA	€ 244,00
P3347	STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MADIBOLARE MONOLATERALE DX	€ 85,50
P3348	STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MADIBOLARE MONOLATERALE SX	€ 85,50

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P5115	URETROGRAFIA	€ 74,25
<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE</b>		
P1866	ANGIO RM ADDOME INFERIORE	€ 420,00
P1089	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE	€ 420,00
P3332	ANGIO RM ARTO INFERIORE DX	€ 420,00
P3333	ANGIO RM ARTO INFERIORE SX	€ 420,00
P3335	ANGIO RM ARTO SUPERIORE DX	€ 420,00
P3336	ANGIO RM ARTO SUPERIORE SX	€ 420,00
P1041	ANGIO RM DEI VASI E DEL COLLO - TSA	€ 420,00
P1044	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO	€ 420,00
P1022	ANGIO RM VASI INTRACRANICI	€ 420,00
P1092	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	€ 336,50
P1093	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO C/C	€ 420,00
P1075	RM ADDOME SUPERIORE	€ 336,50
P1082	RM ADDOME SUPERIORE C/C	€ 420,00
P1102	RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE C/C	€ 720,00
P1101	RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE S/C	€ 630,00
P1974	RM ADDOMINALE E PROSTATICA C/C CON BOBINA ENDORETTALE	€ 820,00
P1636	RM ANCA APPARECCHIATURA DEDICATA	€ 261,00
P1368	RM ART. CAVIGLIA E PIEDE APP. DEDICATA	€ 261,00
P1233	RM ART. GOMITO APP. DEDICATA (ARTROSCAN)	€ 261,00
P1369	RM ART. POLSO E MANO APP. DEDICATA	€ 261,00
P1016	RM ART. TEMPOROMANDIBOLARI	€ 336,50
P1021	RM ART. TEMPOROMANDIBOLARI C/C	€ 420,00
P1103	RM ARTICOLAZIONE GINOCCHIO APPARECCHIATURA DEDICATA	€ 261,00
P1053	RM BACINO	€ 273,00
P1067	RM BACINO C/C	€ 357,00
P3330	RM CAVIGLIA/PIEDE DX C/C	€ 357,00
P3328	RM CAVIGLIA/PIEDE DX S/C	€ 273,00
P3331	RM CAVIGLIA/PIEDE SX C/C	€ 357,00
P3329	RM CAVIGLIA/PIEDE SX S/C	€ 273,00
P1031	RM COLLO	€ 336,50
P1036	RM COLLO C/C	€ 420,00
P1024	RM COLONNA CERVICALE	€ 378,00
P1671	RM COLONNA CERVICALE APPARECCHIATURA DEDICATA	€ 261,00
P1028	RM COLONNA CERVICALE C/C	€ 411,00
P1026	RM COLONNA LOMBARE	€ 378,00
P1672	RM COLONNA LOMBARE APPARECCHIATURA DEDICATA	€ 261,00
P1030	RM COLONNA LOMBARE C/C	€ 411,00
P1025	RM COLONNA TORACICA	€ 378,00
P1029	RM COLONNA TORACICA C/C	€ 411,00
P3310	RM COXOFEMORALE/FEMORE DX C/C	€ 357,00
P3308	RM COXOFEMORALE/FEMORE DX S/C	€ 273,00
P3311	RM COXOFEMORALE/FEMORE SX C/C	€ 357,00
P3309	RM COXOFEMORALE/FEMORE SX S/C	€ 273,00
P1045	RM CUORE	€ 336,50
P1046	RM CUORE C/C	€ 420,00
P1010	RM ENCEFALO E/O TRONCO ENCEFALICO	€ 420,00
P1011	RM ENCEFALO E/O TRONCO ENCEFALICO C/C	€ 504,00
P1868	RM ENTERO	€ 840,00
P3322	RM GINOCCHIO/GAMBA DX C/C	€ 357,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P3320	RM GINOCCHIO/GAMBA DX S/C	€ 273,00
P3323	RM GINOCCHIO/GAMBA SX C/C	€ 357,00
P3321	RM GINOCCHIO/GAMBA SX S/C	€ 273,00
P3314	RM GOMITO/AVAMBRACCIO DX C/C	€ 357,00
P3312	RM GOMITO/AVAMBRACCIO DX S/C	€ 273,00
P3315	RM GOMITO/AVAMBRACCIO SX C/C	€ 357,00
P3313	RM GOMITO/AVAMBRACCIO SX S/C	€ 273,00
P1304	RM MAMMELLA BILATERALE S/C	€ 309,00
P1305	RM MAMMELLA BILATERALE C/C	€ 408,00
P3306	RM MAMMELLA MONOL DX C/C	€ 342,00
P3304	RM MAMMELLA MONOL DX S/C	€ 250,50
P3307	RM MAMMELLA MONOL SX C/C	€ 342,00
P3305	RM MAMMELLA SX S/C	€ 250,50
P1012	RM MASSICCIO FACCIALE	€ 336,50
P1017	RM MASSICCIO FACCIALE C/C	€ 420,00
P2671	RM MULTIPARAMETRICA DELLA PROSTATA C/C	€ 420,00
P1014	RM ORBITE	€ 336,50
P1019	RM ORBITE C/C	€ 420,00
P3326	RM POLSO/MANO DX C/C	€ 357,00
P3324	RM POLSO/MANO DX S/C	€ 273,00
P3327	RM POLSO/MANO SX C/C	€ 357,00
P3325	RM POLSO/MANO SX S/C	€ 273,00
P2670	RM PROSTATA C/C	€ 420,00
P2699	RM PROSTATICA C/C CON BOBINA ENDORETTALE	€ 670,00
P1015	RM ROCCHIE PETROSE	€ 336,50
P1020	RM ROCCHIE PETROSE C/C	€ 420,00
P1013	RM SELLA TURCICA	€ 336,50
P1018	RM SELLA TURCICA C/C	€ 420,00
P1635	RM SPALLA APPARECCHIATURA DEDICATA	€ 261,00
P3318	RM SPALLA/BRACCIO DX C/C	€ 357,00
P3316	RM SPALLA/BRACCIO DX S/C	€ 273,00
P3319	RM SPALLA/BRACCIO SX C/C	€ 357,00
P3317	RM SPALLA/BRACCIO SX S/C	€ 273,00
P1042	RM TORACE	€ 378,00
P1043	RM TORACE C/C	€ 411,00
	<b>T.A.C.</b>	
P3337	ANGIO TC ARTO INFERIORE DX	€ 315,00
P3338	ANGIO TC ARTO INFERIORE SX	€ 315,00
P3237	ANGIO TC DISTRETTO INTRACRANICO	€ 266,50
P3236	ANGIO TC TRONCHI SOVRAORTICI	€ 266,50
P167	TC ADDOME COMPLETO C/C	€ 512,00
P111	TC ADDOME COMPLETO S/C	€ 418,00
P186	TC ADDOME INFERIORE C/C	€ 326,00
P121	TC ADDOME INFERIORE S/C	€ 251,50
P187	TC ADDOME SUPERIORE C/C	€ 326,00
P120	TC ADDOME SUPERIORE S/C	€ 251,50
P180	TC ARCATA INFERIORE COMPLETA	€ 220,00
P182	TC ARCATA INFERIORE E SUPERIORE	€ 430,75
P181	TC ARCATA SUPERIORE COMPLETA	€ 220,00
P198	TC BACINO	€ 251,50
P3242	TC CAVIGLIA/PIEDE DX C/C	€ 326,00

Codice Istituto	Descrizione	Listino 2018
P3234	TC CAVIGLIA/PIEDE DX S/C	€ 251,50
P3243	TC CAVIGLIA/PIEDE SX C/C	€ 326,00
P3235	TC CAVIGLIA/PIEDE SX S/C	€ 251,50
P160	TC COLLO C/C	€ 251,75
P104	TC COLLO S/C	€ 171,00
P1804	TC COLONSCOPIA VIRTUALE	€ 251,50
P3238	TC COXOFEMORALE/FEMORE DX C/C	€ 326,00
P3230	TC COXOFEMORALE/FEMORE DX S/C	€ 251,50
P3239	TC COXOFEMORALE/FEMORE SX C/C	€ 326,00
P3231	TC COXOFEMORALE/FEMORE SX S/C	€ 251,50
P1307	TC CUORE C/C	
P3214	TC DEL CRANIO SELLA TURCICA, ORBITE C/C	€ 241,75
P3206	TC DEL CRANIO SELLA TURCICA, ORBITE SENZA CONTRASTO	€ 171,00
P3215	TC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	€ 241,75
P3207	TC ENCEFALO S/C	€ 171,00
P3240	TC GINOCCHIO/GAMBA DX C/C	€ 326,00
P3232	TC GINOCCHIO/GAMBA DX S/C	€ 251,50
P3241	TC GINOCCHIO/GAMBA SX C/C	€ 326,00
P3233	TC GINOCCHIO/GAMBA SX S/C	€ 251,50
P3226	TC GOMITO/AVAMBRACCIO DX C/C	€ 326,00
P3210	TC GOMITO/AVAMBRACCIO DX S/C	€ 251,50
P3227	TC GOMITO/AVAMBRACCIO SX C/C	€ 326,00
P3211	TC GOMITO/AVAMBRACCIO SX S/C	€ 251,50
P183	TC MASSICCIO FACCIALE C/C	€ 251,25
P115	TC MASSICCIO FACCIALE S/C	€ 171,00
P10182	TC NOBEL GUIDE ARCATA DENTARIA COMPLETA	€ 315,00
P10180	TC NOBEL GUIDE ARCATA DENTARIA INFERIORE	€ 173,00
P10181	TC NOBEL GUIDE ARCATA DENTARIA SUPERIORE	€ 173,00
P192	TC ORECCHIO C/C	€ 326,00
P191	TC ORECCHIO S/C	€ 251,50
P3228	TC POLSO/MANO DX C/C	€ 326,00
P3212	TC POLSO/MANO DX S/C	€ 251,50
P3229	TC POLSO/MANO SX C/C	€ 326,00
P3213	TC POLSO/MANO SX S/C	€ 251,50
P3219	TC RACHIDE CERVICALE C/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 282,00
P3216	TC RACHIDE DORSALE C/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 282,00
P3220	TC RACHIDE DORSALE S/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 202,25
P3217	TC RACHIDE LOMBOSACRALE C/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 282,00
P3221	TC RACHIDE LOMBOSACRALE S/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 202,25
P3218	TC RACHIDE SACROCOCCIGEO C/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 282,00
P3222	TC RACHIDE SACROCOCCIGEO S/C (3 METAMERI E 2 SPAZI)	€ 202,25
P3223	TC RACHIDE CERVICALE S/C (3 METAMERI e 2 SPAZI INTERSOMATICI)	€ 202,25
P197	TC RENI C/C	€ 326,00
P185	TC RENI S/C	€ 251,50
P3224	TC SPALLA/BRACCIO DX C/C	€ 326,00
P3208	TC SPALLA/BRACCIO DX S/C	€ 251,50
P3225	TC SPALLA/BRACCIO SX C/C	€ 326,00
P3209	TC SPALLA/BRACCIO SX S/C	€ 251,50
P231	TC SPAZIO INTERSOMATICO O METAMERO AGGIUNTIVO	€ 76,00
P119	TC TORACE S/C	€ 251,50
P161	TC TORACE C/C	€ 326,00