

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
96090	COLAGRANDE LUISA	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:00	89.7A.3	08897A3.04	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	160.00 €	119.00 €	119.00 €	CUP - CCR	
96090	COLAGRANDE LUISA	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:00	89.01.3	889013.1	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	119.00 €	119.00 €	CUP - CCR	
37971	FERRO ORAZIO	CARDIOCHIRURGIA	MARTEDI'	17:30-18:30	89.7A.3	08897A3.04	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
37971	FERRO ORAZIO	CARDIOCHIRURGIA	MARTEDI'	17:30-18:30	89.01.3	889013.1	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
850040	MARCHETTO GIOVANNI	CARDIOCHIRURGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.3	08897A3.04	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	205.00 €	153.00 €	153.00 €	CUP - CCR	
850040	MARCHETTO GIOVANNI	CARDIOCHIRURGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.3	889013.1	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO) CON ECG	175.00 €	127.50 €	127.50 €	CUP - CCR	
401792	MARTINELLI FEDERICO	CARDIOCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-17:00	89.7A.3	08897A3.04	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401792	MARTINELLI FEDERICO	CARDIOCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-17:00	89.01.3	889013.1	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO) CON ECG	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
401175	PASSOLUNGH I DAVIDE	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:10	89.7A.3	08897A3.04	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	180.00 €	127.50 €	127.50 €	CUP - CCR	
401175	PASSOLUNGH I DAVIDE	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:10	89.01.3	889013.1	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	119.00 €	119.00 €	CUP - CCR	
401175	PASSOLUNGH I DAVIDE	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:10	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	CUP - CCR	
401901	ALBINI ALESSANDRO	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401901	ALBINI ALESSANDRO	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97983	CALCHERA IVAN	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. CALCHERA IVAN Cardiologo interventista specialista in terapie percutanee di malattie coronariche e valvulopatie (aortica, mitralica e tricuspidalica)
97983	CALCHERA IVAN	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	50.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97983	CALCHERA IVAN	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97983	CALCHERA IVAN	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400862	DEL FURIA FRANCESCA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400862	DEL FURIA FRANCESCA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400862	DEL FURIA FRANCESCA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400862	DEL FURIA FRANCESCA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98423	FRATTOLA ALESSANDRA	CARDIOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	125.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98423	FRATTOLA ALESSANDRA	CARDIOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	115.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98423	FRATTOLA ALESSANDRA	CARDIOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400000	LETTINO MADDALENA M. ANTONIETTA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	240.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400000	LETTINO MADDALENA M. ANTONIETTA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	210.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106926	MALAFRONTA CRISTINA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106926	MALAFRONTA CRISTINA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106926	MALAFRONTA CRISTINA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106926	MALAFRONTA CRISTINA	CARDIOLOGIA					VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) DOMICILIARE CON INCLUSO ECG	200.00 €	NO	NO	cristina.malafronta@irccs-sangerardo.it	
106926	MALAFRONTA CRISTINA	CARDIOLOGIA					VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) DOMICILIARE CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	cristina.malafronta@irccs-sangerardo.it	
106926	MALAFRONTA CRISTINA	CARDIOLOGIA					ECG - ELETTROCARDIOGRAMMA DOMICILIARE	50.00 €	NO	NO	cristina.malafronta@irccs-sangerardo.it	
98180	MAURO ANDREA	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98180	MAURO ANDREA	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98180	MAURO ANDREA	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLOR DOPPLER A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98180	MAURO ANDREA	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106915	MONTEMERLO ELISABETTA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR.SSA MONTEMERLO ELISABETTA
106915	MONTEMERLO ELISABETTA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in Cardiologia Patologie trattate: aritmologia (disturbi del ritmo cardiaco, elettrofisiologia e cardiostimolazione) come ambito
106915	MONTEMERLO ELISABETTA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.50	88950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	120.00 €	NO	NO	Acquisizione	
36613	NEGRO CUSA ELENA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36613	NEGRO CUSA ELENA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101544	PIAZZI ELENA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	132.00 €	NO	CUP - CCR	
101544	PIAZZI ELENA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	132.00 €	NO	CUP - CCR	
101544	PIAZZI ELENA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.50	88950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	120.00 €	102.00 €	NO	Acquisizione	
401947	PINI DANIELA	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	15:40-16:25 15:40-18:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	200.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401947	PINI DANIELA	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	15:40-16:25 15:40-18:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138645	POZZI MATTIA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. POZZI MATTIA
138645	POZZI MATTIA	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in aritmologia
98204	RADAELLI ALBERTO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR Acquisizione	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
98204	RADAELLI ALBERTO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98204	RADAELLI ALBERTO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	25.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98204	RADAELLI ALBERTO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR Acquisizione	
138205	RIGHETTI STEFANO	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:30-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	155.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138205	RIGHETTI STEFANO	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:30-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	155.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138205	RIGHETTI STEFANO	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:30-19:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	25.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138205	RIGHETTI STEFANO	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:30-19:00	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	185.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	185.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	35.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR (solo in abbinamento a visita/controllo)	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	LUN - MAR - MERC - VEN	16:00-16:15	89.50	88950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	120.00 €	NO	NO	Acquisizione	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.48.1	889481	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98102	ROVARIS GIOVANNI	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.50	889482	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
204695	TRESOLDI SIMONE	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	175.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
204695	TRESOLDI SIMONE	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	175.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
204695	TRESOLDI SIMONE	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	25.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
204695	TRESOLDI SIMONE	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.72.2	188722	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.72.3	188723.1	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.72.3	188723.2	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO E DOPO STIMOLO FARMACOLOGICO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:00	89.41	88941.2	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - EX CODICE DM 89.43	200.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36418	TROCINO GIUSEPPE	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:00	88.72.4	188724	ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER TRANSESOFAKEA	300.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96095	VALAGUSSA LAURA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96095	VALAGUSSA LAURA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96095	VALAGUSSA LAURA	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
205292	VANDONI PIETRO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	185.00 €	161.00 €	148.00 €	CUP - CCR	DR. VANDONI PIETRO Specialista in cardiologia interventistica Patologie trattate: cardiopatia ischemica, infarto, PFO, cardiopatie valvolari
205292	VANDONI PIETRO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	185.00 €	161.00 €	148.00 €	CUP - CCR	
205292	VANDONI PIETRO	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA (non prenotabile singolarmente)	25.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400820	VULLO ELEONORA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:45	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400820	VULLO ELEONORA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:45	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400820	VULLO ELEONORA	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:45	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138812	BRAGA MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138812	BRAGA MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138812	BRAGA MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	DR. CEREDA MARCO ANGELO Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Chirurgia Pancreatica, Chirurgia Per Enrie E Laparoceli
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP - CCR	
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP - CCR	
401436	CEREDA MARCO ANGELO	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	950.00 €	807.50 €	760.00 €	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401332	CERESOLI MARCO	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
401332	CERESOLI MARCO	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
401332	CERESOLI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
401332	CERESOLI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	550.00 €	467.50 €	NO	Acquisizione	
401332	CERESOLI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	450.00 €	382.50 €	NO	Acquisizione	
402345	COTSOGLOU CHRISTIAN	CH. GENERALE II	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-18:30	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	280.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. COTSOGLOU CHRISTIAN
402345	COTSOGLOU CHRISTIAN	CH. GENERALE II	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-18:30	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	250.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in Chirurgia Epatobiliare, Chirurgia Gastrica, Chirurgia Pancreatica, Chirurgia dell'Apparato Digerente, Chirurgia Oncologica, Chirurgia Mininvasiva e Chirurgia della Parete Addominale
101514	DEGRATE LUCA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:30	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	104.00 €	CUP - CCR	DR. DEGRATE LUCA
101514	DEGRATE LUCA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:30	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	NO	64.00 €	CUP - CCR	Specialista in: -chirurgia pediatrica.
101514	DEGRATE LUCA	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 360.00 - € 470.00	NO	NO	328-4533364	-chirurgia epatobiliopancreatica.
101514	DEGRATE LUCA	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 360.00 - € 470.00	NO	NO	328-4533364	-chirurgia colorettae.
101514	DEGRATE LUCA	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 360.00 - € 470.00	NO	NO	328-4533364	-chirurgia delle ernie e della parete addominale
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	-chirurgia d'urgenza
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 300.00 - € 400.00	NO	NO	Acquisizione	
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 300.00 - € 400.00	NO	NO	Acquisizione	
106187	DI LUCIA ADRIANA	CH. GENERALE II			86.4	12864.00	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 300.00 - € 600.00	NO	NO	Acquisizione	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	96.59.5	9996595	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLICATA PER INFEZIONE E PROFONDITA'	180.00 €	NO	144.00 €	CUP - CCR	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	98.20	99820	RIMOZIONE CORPO ESTRANEO NAS	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	250.00 €	NO	NO	Acquisizione	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	500.00 €	NO	NO	Acquisizione	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (ESCLUSO COSTO DEL FARMACO)	60.00 €	NO	NO	Acquisizione	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I			49.39	94939.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	700.00 €	NO	NO	Acquisizione	
38350	FATTORI LUCA	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA	700.00 €	NO	NO	Acquisizione	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	DR. FOGLIATI ALESSANDRO
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	Patologie trattate: *Chirurgia Generale: calcolosi della colecisti e delle vie biliari, ernia inguinale, ernie della parete addominale *Chirurgia della cute: biopsia escissionale di nevi, asportazione radicale di basalioma, asportazione di lipomi, fibroadenomi, angiomi cutanei, onicectomia (unghia incarnita) *Proctologia: patologia emorroidaria, ragade e fistola anale *Chirurgia Epatobiliopancreatica: tumori solidi del pancreas (adenocarcinoma duttale pancreatico, tumori neuroendocrini), tumori cistici
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	Acquisizione	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE / LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA/SOTTOCUTANEA	€ 600.00 - € 1.000.00	NO	NO	Acquisizione	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	600.00 €	510.00 €	480.00 €	Acquisizione	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I					VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA) A DOMICILIO	200.00 €	NO	NO	mail a alessandro.fogliati@irccs-sangerardo.it	
402265	FOGLIATI ALESSANDRO	CH. GENERALE I					VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO) A DOMICILIO	150.00 €	NO	NO	mail a alessandro.fogliati@irccs-sangerardo.it	
102002	GARANCINI MATTIA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	DR. GARANCINI MATTIA
102002	GARANCINI MATTIA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	Specialista in chirurgia del fegato, di colecisti/vie biliari, tiroide, paratiroidi, chirurgia della parete addominale, chirurgia ambulatoriale. Escludere chirurgia pediatrica
102002	GARANCINI MATTIA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE / LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA/SOTTOCUTANEA	400.00 €	340.00 €	NO	338-9361687	
102002	GARANCINI MATTIA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	500.00 €	425.00 €	NO	338-9361687	
102002	GARANCINI MATTIA	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	400.00 €	340.00 €	NO	338-9361687	
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR. GATTI ANDREA VALER

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	Specialista in chirurgia generale ed endocrina Patologia trattate: ernie di parete addominale, laparoceli, lesioni cutanee e sottocutanee, calcolosi della colecisti, malattia diverticolare, patologie della tiroide, della paratiroide e del surrene.
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA E NEOFORMAZIONE CUTANEA	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	49.45	94945	LEGATURA DELLE EMORROIDI	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400008	GATTI ANDREA VALER	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
95660	GIANOTTI LUCA VITTORIO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
95660	GIANOTTI LUCA VITTORIO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	CUP - CCR	
95660	GIANOTTI LUCA VITTORIO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 350.00 - € 500.00	NO	NO	Acquisizione	
95660	GIANOTTI LUCA VITTORIO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 350.00 - € 500.00	NO	NO	Acquisizione	
95660	GIANOTTI LUCA VITTORIO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 300,00 - € 500,00	NO	NO	Acquisizione	
401983	LEVA ANDREA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	DR. LEVA ANDREA
401983	LEVA ANDREA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	Specialista in oncologia cutanea (melanoma e tumori della cute) e chirurgia generale. No visite proctologiche
401983	LEVA ANDREA	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:00-18:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	450.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401983	LEVA ANDREA	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:00-18:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 300.00 - € 3.000.00	NO	NO	Acquisizione	
400003	OLDANI MASSIMO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR. OLDANI MASSIMO
400003	OLDANI MASSIMO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	Patologie trattate: *tumori esofago - stomaco - colon - retto *patologia di parete: ernie inguinali, ombelicali, laparoceli *ernia iatale e reflusso gastro-esofageo
400003	OLDANI MASSIMO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400003	OLDANI MASSIMO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400003	OLDANI MASSIMO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	450.00 €	382.50 €	NO	Acquisizione	
400003	OLDANI MASSIMO	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	450.00 €	382.50 €	NO	Acquisizione	
401040	PAPPALARDO ROSA ALBA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401040	PAPPALARDO ROSA ALBA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401040	PAPPALARDO ROSA ALBA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	56.00 €	CUP - CCR	
401040	PAPPALARDO ROSA ALBA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401040	PAPPALARDO ROSA ALBA	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101012	PERRONE STEFANO	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
101012	PERRONE STEFANO	CH. GENERALE I			89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	NO	CUP - CCR	
101012	PERRONE STEFANO	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 400.00 - € 550.00	NO	NO	tel. 348-2320314	
101012	PERRONE STEFANO	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	tel.. 348-2320314	
101012	PERRONE STEFANO	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	tel.. 348-2320314	
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR. RIPAMONTI LORENZO MARIA
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	Specialista in chirurgia colorettale e proctologia, chirurgia del pavimento pelvico, chirurgia generale. Patologie principali trattate: Patologia del colon retto oncologica e benigna (tumori del colon-retto, tumori anali, patologia diverticolare, stomie) Proctologia (emorroidi, fistole anali, ragadi, condilomi) Pavimento pelvico (stipsi, defecazione)
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 350.00 - € 450.00	NO	NO	Acquisizione	
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	450.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401629	RIPAMONTI LORENZO MARIA	CH. GENERALE I	GIOVEDI'	16:30-19:30	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401852	ROCCAMATISI LINDA	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR.SSA ROCCAMATISI LINDA
401852	ROCCAMATISI LINDA	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	56.00 €	CUP - CCR	Specialista in chirurgia generale Patologie trattate: paologie di parete addominale, ernie, diastasi, laparoceli, coelitiasi
401852	ROCCAMATISI LINDA	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	120.00 €	102.00 €	NO	Acquisizione	
401852	ROCCAMATISI LINDA	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
401852	ROCCAMATISI LINDA	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
98308	ROMANO FABRIZIO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	17:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
98308	ROMANO FABRIZIO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	17:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	CUP - CCR	
98308	ROMANO FABRIZIO	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
98308	ROMANO FABRIZIO	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
98308	ROMANO FABRIZIO	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:30-17:30	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	400.00 €	340.00 €	NO	Acquisizione	
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:30-17:30	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	400.00 €	340.00 €	NO	Acquisizione	
206191	ROSSI MICHELE	CH. GENERALE I	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:30-17:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	400.00 €	340.00 €	NO	Acquisizione	
101748	SCOTTI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	96.00 €	CUP - CCR	
101748	SCOTTI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
101748	SCOTTI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	96.00 €	CUP - CCR	
101748	SCOTTI MARCO	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
101748	SCOTTI MARCO	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 350.00 - € 500.00	NO	NO	Acquisizione	
101748	SCOTTI MARCO	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137494	SCOTTI MAURO ALESSANDRO	CH. GENERALE I	LUN-GIO MAR-VEN SABATO	18:00-20:00 16:00-18:00 10:00-12:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
137494	SCOTTI MAURO ALESSANDRO	CH. GENERALE I	LUN-GIO MAR-VEN SABATO	18:00-20:00 16:00-18:00 10:00-12:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
137494	SCOTTI MAURO ALESSANDRO	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 360.00 - € 470.00	NO	NO	Acquisizione	
137494	SCOTTI MAURO ALESSANDRO	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 360.00 - € 470.00	NO	NO	Acquisizione	
137494	SCOTTI MAURO ALESSANDRO	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 360.00 - € 470.00	NO	NO	Acquisizione	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	500.00 €	425.00 €	NO	Acquisizione	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	49.45	94945	LEGATURA DELLE EMORROIDI	500.00 €	425.00 €	NO	Acquisizione	
137677	TAMINI NICOLO'	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	500.00 €	425.00 €	NO	Acquisizione	
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:15	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	DR. TOTIS MAURO
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:15	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	Specialista in : chirurgia laparoscopica; chirurgia

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:15	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	robotica; proctologia : prolassi, emorroidi, ragadi; tumori colon/retto; diverticolite; calcoli colecisti; ernie inguinali laparoscopiche/open; surreni; laparoceli; chirurgia ambulatoriale No pancreas - No fegato - No tiroide
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:15	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 350.00 - € 500,00	NO	NO	Acquisizione	
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 350.00 - € 500.00	NO	NO	Acquisizione	
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE / LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA	€ 350.00 - € 500.00	NO	NO	Acquisizione	
99385	TOTIS MAURO	CH. GENERALE I			49.39	94939.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	600.00 €	510.00 €	NO	Acquisizione	
100373	UGGERI FABIO	CH. GENERALE I			86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	347-4311545	DR. UGGERI FABIO
100373	UGGERI FABIO	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	Specialista in chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva. <i>Patologie trattate</i> : ernia iatale (patologia del giunto esofago-gastrico), diverticoli esogafei, patologia oncologica dello stomaco e dell'esofago distale, patologia benigna
100373	UGGERI FABIO	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	
100373	UGGERI FABIO	CH. GENERALE I			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	347-4311545	
100373	UGGERI FABIO	CH. GENERALE I			86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	350.00 €	297.50 €	NO	347-4311545	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	DR. BRAMBILLA LEONARDO
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE (Classe A)	400.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE (Classe B)	700.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE (Classe C)	800.00 €	NO	NO	Acquisizione	

Sistema Socio Sanitario Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONA LE	TARIFFA ASSICURAZION I E FONDI CONVENZIONA TI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONA TI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.04	18604	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA /INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (Classe A)	350.00 €	NO	NO	Acquisizione	Specialista in Chirurgia Plastica, Chirurgia del Volto e Chirurgia della Mano
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.04	18604	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA /INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (Classe B)	600.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.04	18604	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA /INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (Classe C)	1 000.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.74	128674	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE (Classe A)	400.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE (Classe B)	800.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE (Classe C)	1 400.00 €	NO	NO	Acquisizione	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
401482	BRAMBILLA LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-17:00 14:00-15:30	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 300,00 - € 2.500,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	DR.SSA CAVALLI ERICA MICHELA
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	Specialista in chirurgia plastica e chirurgia della mano. Patologie trattate: - prevalentemente chirurgia della mano - no chirurgia della mammella
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:00-18:00	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 300,00 - € 2.500,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	75.00 €	63.75 €	60.00 €	CUP - CCR	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 400,00 - € 1.000,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
400134	CAVALLI ERICA MICHELA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA			L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	NO	CUP - CCR	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	NO	CUP - CCR	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	80.00 €	68.00 €	NO	CUP - CCR	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	90.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 500,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402459	GARUTTI LEONARDO	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	80.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	80.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 400,00 - € 1.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
401495	GATTO ARIANNA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 500,00 - € 5.000,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
400032	MARCHESI ANDREA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	CUP - CCR	
400032	MARCHESI ANDREA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	CUP - CCR	
400032	MARCHESI ANDREA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
400032	MARCHESI ANDREA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
400032	MARCHESI ANDREA	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 300,00 - € 2.500,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.7C.4	35897C4	VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE (PRIMA VISITA) - EX CODICE DM 89.7B.5	160.00 €	136.00 €	NO	CUP - CCR	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.01.5	0989015	VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.09	352309.2	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	€ 400,00 - € 1.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.09	352309.1	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - EX CODICE DM 23.11	€ 400,00 - € 1.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.19	352319.1	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.19	352319.2	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO (ODONTECTOMIA)	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.19	352319.3	ANCORAGGIO DI DENTE INCLUSO DA ESPORRE CON TRAZIONE	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.19	352319.4	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI GERME DI DENTE (GERMECTOMIA)	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	23.19	352319.5	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI RADICE	€ 400,00 - € 1.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	18.29	381829.D	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO DX	€ 500,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	18.29	381829.S	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO SX	€ 500,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	27.49.1	127491	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	€ 400,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	27.43	352743	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	€ 500,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	76.2	35762	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	€ 500,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	27.41	352741	FRENULECTOMIA LABIALE	€ 200,00 - € 800,00	NO	NO	Acquisizione	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	25.91	352591.1	FRENULOTOMIA LINGUALE	€ 200,00 - € 800,00	NO	NO	Acquisizione	
401961	FILIPPI ANDREA	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-20:00	83.21	18321	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	€ 250,00 - € 800,00	NO	NO	Acquisizione	
36181	CASSINA ENRICO MARIO	CHIRURGIA TORACICA	GIOVEDI'	16:20-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	144.00 €	CUP - CCR	
36181	CASSINA ENRICO MARIO	CHIRURGIA TORACICA	GIOVEDI'	16:20-18:00	33.22	683322	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	650.00 €	552.50 €	NO	Acquisizione	
36181	CASSINA ENRICO MARIO	CHIRURGIA TORACICA	GIOVEDI'	16:20-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
101331	LIBRETTI LIDIA	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
101331	LIBRETTI LIDIA	CHIRURGIA TORACICA	2° MERCOLEDI' DEL MESE	16:00-16:30	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	60.00 €	51.00 €	NO	CUP - CCR	
101331	LIBRETTI LIDIA	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
402012	PETRELLA FRANCESCO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00 17:00-18:00 17:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	
402012	PETRELLA FRANCESCO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00 17:00-18:00 17:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
101749	PIRONDINI EMANUELE	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	DR. PIRONDINI EMANUELE
101749	PIRONDINI EMANUELE	CHIRURGIA TORACICA	1° MERCOLEDI' DEL MESE	16:30-17:00	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	60.00 €	51.00 €	NO	Acquisizione	Patologie trattate: patologie trattate: neoplasie polmonari e della parete toracica, patologie del mediastino (ad es. timoma), disturbi del sistema
101749	PIRONDINI EMANUELE	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	102.00 €	102.00 €	CUP - CCR	DR. RAVEGLIA FEDERICO
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	CUP - CCR	Principali patologie trattate: patologie tumorali e non del polmone, mediastino e del torace in genere. Alta specializzazione nelle patologie del sistema nervoso autonomo, in particolare nel trattamento medico e chirurgico (anche robotico) della
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	IPERIDROSI.
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	83.21	18321	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP - CCR	Escludere: patologie esofagee
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	34.91	13491	TORACENTESI	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	40.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:15-17:45	86.01	98601	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	250.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 300,00 - €1.600,00	NO	NO	Acquisizione	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400504	RAVEGLIA FEDERICO	CHIRURGIA TORACICA					VISITA CHIRURGICA TORACICA A DOMICILIO	150.00 €	NO	NO	Inviare una mail a federico.raveglia@irccs-sangerardo.it	
400831	TUORO ANTONIO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	CUP - CCR	DR. TUORO ANTONIO Specialista in Chirurgia Toracica con specializzazione nella Chirurgia Mini-invasiva Videotorascopica e Robotica.
400831	TUORO ANTONIO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:00-20:00	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
400831	TUORO ANTONIO	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	NO	CUP - CCR	
401179	BALLABIO FABRIZIA	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:30	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHIEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	100.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
106755	BENATTI CRISTIAN	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MERCOLEDI'	16:00-20:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	135.00 €	114.75 €	108.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	135.00 €	114.75 €	108.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100139	CAMESASCA VALTER	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-17:30	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
99371	DELEO GAETANO	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	90.00	76.50 €	72.00 €	CUP	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
106863	PALERMO ROBERTA	CHIRURGIA VASCOLARE	2° e 4° MARTEDI'	16:00-19:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	110.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	100.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	
137926	PASQUADIBISCEGLIE SAVINO	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-16:40	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	80.00	68.00 €	NO	CUP	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
107863	ROSSI LUCA	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
400478	ABBATE IDAVITTORIA	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	89.7A.7	52897A7.1	VISITA DERMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR.SSA ABBATE IDAVITTORIA
400478	ABBATE IDAVITTORIA	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	89.01.7	5289017.1	VISITA DERMATOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in Dermatologia e Venereologia

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori  Regione Lombardia Sistema Socio Sanitario				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere									
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONA LE	TARIFFA ASSICURAZION I E FONDI CONVENZIONA TI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONA TI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI	
400478	ABBATE IDAVITTORIA	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	86.30.1	5286301	CRIOTERAPIA LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA	90.00 €	NO	NO	Acquisizione esclusivamente su indicazione della dr.ssa	Patologie non trattate: verruche volgari, condilomi, fibromi penduli, cheratosi seborroiche e quanto altro costituisca problematica estetica. Non esegue laserterapia. Nessun trattamento è contestuale alla visita.	
400478	ABBATE IDAVITTORIA	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	90.93.3	90933.11	ES.COLTURALE SU TAMPONE CUTANEO	50.00 €	NO	NO	Acquisizione		
400478	ABBATE IDAVITTORIA	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	91.49.3	9991493	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	50.00 €	NO	NO	Acquisizione		
37703	CAGNI ANNA ELISABETTA	DERMATOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.7	52897A7.1	VISITA DERMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR		
37703	CAGNI ANNA ELISABETTA	DERMATOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.7	5289017.1	VISITA DERMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.92.C	698892C	RM MAMMARIA BILATERALE - EX CODICE DM 88.92.8	300.00 €	255.00 €	NO	da lunedì a venerdì dalle 8,00 alle 13,00 351-5127812	DR.SSA ABATE ANNA	
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.92.9	6988929	RM MAMMELLA BILATERALE CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	340.00 €	NO		Specialista in radiologia senologica con attività diagnostica ed interventistica (biopsie) sia per la prevenzione del tumore mammario che per lo studio delle protesi mammarie	
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			87.H5 A.		CONSULTO RADIOLOGICO	100.00 €	85.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.1	0185111.D	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA DX ECO- GUIDATO	200.00 €	170.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.1	0185111.S	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA SX ECO- GUIDATO	200.00 €	170.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.6	0185116.D	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA DX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	200.00 €	170.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.6	0185116.S	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA SX CON TRU- CUT ECO-GUIDATA	200.00 €	170.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	16:00-16:40	87.37.2	6987372.D	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX SENZA CONTRASTO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	16:00-16:40	87.37.2	6987372.S	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX SENZA CONTRASTO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	16:00-16:40	87.37.1	6987371	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA CONTRASTO	180.00 €	153.00 €	144.00 €	CUP - CCR		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	16:00-16:40	87.37.4	6987374	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.73.2	6988732.01	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE DX	100.00 €	85.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.73.2	6988732.02	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE SX	100.00 €	85.00 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.73.1	188731	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	150.00 €	127.50 €	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.4	0185114.D	BIOPSIA MAMMARIA DX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA	1 800.00 €	NO	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.4	0185114.S	BIOPSIA MAMMARIA SX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA	1 800.00 €	NO	NO			
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.4	0185114.D	BIOPSIA MAMMARIA DX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA (ASPORTAZIONE COMPLETA DELLA LESIONE)	2 000.00 €	NO	NO	da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 13.00		

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.4	0185114.S	BIOPSIA MAMMARIA SX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA (ASPORTAZIONE COMPLETA DELLA LESIONE)	2 000.00 €	NO	NO	351-5127812	
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.3	0185113.D	BIOPSIA MAMMARIA DX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED CON GUIDA ECOGRAFICA	1 700.00 €	NO	NO		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.3	0185113.S	BIOPSIA MAMMARIA SX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED CON GUIDA ECOGRAFICA	2 000.00 €	NO	NO		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.9	0185119.D	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA DX CON RETROASPIRAZIONE (VABB RM)	2 000.00 €	1 700.00 €	NO		
99774	ABATE ANNA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUNEDI'	7:00-8:00	85.11.9	0185119.S	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA SX CON RETROASPIRAZIONE (VABB RM)	2 000.00 €	1 700.00 €	NO		
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.1	0185111.D	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA DX ECO-GUIDATO	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.1	0185111.S	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA SX ECO-GUIDATO	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			87.37.1	6987371	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA CONTRASTO	180.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.73.1	188731	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.73.2	6988732.01	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE DX	100.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			88.73.2	6988732.02	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE SX	100.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			87.37.2	6987372.D	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX SENZA CONTRASTO	130.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			87.37.2	6987372.S	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX SENZA CONTRASTO	130.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401528	GRIGORIEVA IRINA	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			87.H5 A.		CONSULTO RADIOLOGICO	100.00 €	NO	NO	Acquisizione	
36214	BOLIS SILVIA	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
36214	BOLIS SILVIA	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
401597	BRIOSCHI FILIPPO ACHILLE	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	DR. BRIOSCHI FILIPPO ACHILLE
401597	BRIOSCHI FILIPPO ACHILLE	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	Principali patologie trattate: piastrinopenia immune, emostasi e trombosi
101066	CARRER ANDREA	EMATOLOGIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA) / PRIMA VISITA PER EMOSTASI E TROMBOSI	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. CARRER ANDREA
101066	CARRER ANDREA	EMATOLOGIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO) / VISITA DI CONTROLLO PER EMOSTASI E TROMBOSI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Patologie trattate: -emostasi e trombosi -patologie della coagulazione -ematologia benigna e maligna
98745	ELLI ELENA MARIA	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98745	ELLI ELENA MARIA	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137679	FEDELE MARILENA	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137679	FEDELE MARILENA	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
97498	FUMAGALLI MONICA	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:30-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97498	FUMAGALLI MONICA	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:30-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
36234	MAFFE' PIERFRANCO	EMATOLOGIA	MER-VEN	17:00-18:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
36234	MAFFE' PIERFRANCO	EMATOLOGIA	MER-VEN	17:00-18:30	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	90.00 €	NO	72.00 €	CUP - CCR	
97984	TERRUZZI ELISABETTA	EMATOLOGIA	LUNEDI'	16:00 - 17:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101454	VERGA LUISA	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	17:00 - 19:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101454	VERGA LUISA	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	17:00 - 19:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138820	PEROTTI MARIO	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.7A.8	19897A8.1	VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138820	PEROTTI MARIO	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.01.8	1989018	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100899	PINCELLI ANGELA IDA	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.8	19897A8.1	VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100899	PINCELLI ANGELA IDA	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.8	1989018	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.13.1	5845131	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE (VCE)	1 200.00 €	1 020.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	NO	CUP - CCR	
400515	CONTI CLARA BENEDETTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30 -17:30	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30 -17:30	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	125.00 €	106.25 €	100.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	DINELLI MARCO EMILIO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	16:15-16:45	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	16:15-16:45	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	16:15-16:45	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-16:15	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-16:15	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-16:15	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	FREGO ROBERTO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	16:30-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	16:30-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	15:45	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	15:45	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	15:45	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	07:30	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	07:30	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'	07:30	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'		45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDII'		42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	MAINO MARTA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	17:00-19:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	17:00-19:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	MULINACCI GIACOMO	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			44.19.3	5844193	ECOENDOSCOPIA SUP. (ESOFAGO,STOMACO,DUODENO)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			48.29.2	5848292	ECOENDOSCOPIA DEL COLON	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			52.13	585213	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS - EX CODICE DM 52.13.1	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP - CCR	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			44.14.1	5844141	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] ESOFAGOGASTRODUODENALE	780.00 €	663.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			48.24.1	5848241	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] DEL RETTO-SIGMA	750.00 €	637.50 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	REDAELLI ALESSANDRO ETTORE	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			L22		ANESTESIA GENERALE PER GASTROSCOPIA	250.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			L0105		ANESTESIA GENERALE PER EGDS E COLONSCOPIA	300.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		L21		ANESTESIA GENERALE PER COLONSCOPIA	250.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			L0106		ANESTESIA GENERALE PER ECOENDOSCOPIA	250.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
107393	CIACCIO ANTONIO	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	102.00 €	102.00 €	CUP - CCR	DR. CIACCIO ANTONIO Patologie trattate: tutte le malattie del fegato e delle vie biliari, compresi cirrosi epatica, epatite C e B, steatosi, tumori benigni e maligni, fegato policistico.
107393	CIACCIO ANTONIO	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
107393	CIACCIO ANTONIO	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	19:40-20:00	88.74.1	188741.3	ECOCOLORDOPPLER FEGATO E VIE BILIARI - EX CODICE DM 88.74.2	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
107393	CIACCIO ANTONIO	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	19:40-20:00	88.75.1	188751.8	ELASTOGRAFIA EPATICA (FIBROSCAN)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
850014	GERUSSI ALESSIO	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	17:15-19:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	DR. GERUSSI ALESSIO Specialista in medicina interna. Patologie trattate: malattie del fegato e delle vie biliari; escludere malattie gastroenterologiche non correlate al fegato.
850014	GERUSSI ALESSIO	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	17:15-19:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	CUP - CCR	
850014	GERUSSI ALESSIO	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	17:15-19:00	88.74.1	188741.3	ECOCOLORDOPPLER FEGATO E VIE BILIARI - EX CODICE DM 88.74.2	70.00 €	55.25 €	NO	CUP - CCR	
850014	GERUSSI ALESSIO	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	17:15-19:00	88.75.1	188751.8	ELASTOGRAFIA EPATICA (FIBROSCAN)	70.00 €	55.25 €	NO	CUP - CCR	
138515	MALINVERNO FEDERICA	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
138515	MALINVERNO FEDERICA	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
138515	MALINVERNO FEDERICA	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	88.74.1	188741.3	ECOCOLORDOPPLER FEGATO E VIE BILIARI - EX CODICE DM 88.74.2	90.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	
138515	MALINVERNO FEDERICA	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	88.75.1	188751.8	ELASTOGRAFIA EPATICA (FIBROSCAN)	90.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106861	PIROLA LORENA	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106861	PIROLA LORENA	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106861	PIROLA LORENA	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	200.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106861	PIROLA LORENA	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402608	POZZI ROBERTA	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402608	POZZI ROBERTA	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402608	POZZI ROBERTA	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402608	POZZI ROBERTA	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402608	POZZI ROBERTA	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	88.75.1	188751.8	ELASTOGRAFIA EPATICA (FIBROSCAN)	60.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101752	RATTI LAURA	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101752	RATTI LAURA	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106426	VIGANÒ CHIARA	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106426	VIGANÒ CHIARA	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401278	AMOROSO ISABELLA	GERIATRIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR.SSA AMOROSO ISABELLA Specialista in geriatria, psicogeriatra
401278	AMOROSO ISABELLA	GERIATRIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401278	AMOROSO ISABELLA	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	160.00 €	NO	NO	Invviare una mail a isabella.amoroso@irccs-sangerardo.it	
401278	AMOROSO ISABELLA	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA (CONTROLLO) DOMICILIARE	150.00 €	NO	NO	Invviare una mail a isabella.amoroso@irccs-sangerardo.it	
101721	BELLELLI GIUSEPPE	GERIATRIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA) - inclusa eventuale valutazione multidimensionale per rilascio del certificato propedeutico a richiesta invalidità civile	220.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. BELLELLI GIUSEPPE
101721	BELLELLI GIUSEPPE	GERIATRIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Professore Ordinario di Geriatria e Direttore UOC Geriatria
37871	CONFALONIERI ROBERTO	GERIATRIA	MERCOLEDI'	17:30-18:30	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA) - inclusa eventuale valutazione multidimensionale per rilascio del certificato propedeutico a richiesta invalidità civile	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
37871	CONFALONIERI ROBERTO	GERIATRIA	MERCOLEDI'	17:30-18:30	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101474	CORSI MAURIZIO	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101474	CORSI MAURIZIO	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101474	CORSI MAURIZIO	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	200.00 €	NO	NO	maurizio.corsi@irccs-sangerardo.it	
800077	MASSARIELLO FRANCESCA	GERIATRIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
800077	MASSARIELLO FRANCESCA	GERIATRIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
850033	OKOYE CHUKWUMA	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:45	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
850033	OKOYE CHUKWUMA	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:45	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
850033	OKOYE CHUKWUMA	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	180.00 €	NO	NO	CELL. 3791852933 MAIL chukwuma.okoye@irccs-sangerardo.it	
99964	UMIDI SIMONA	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA) - inclusa eventuale valutazione multidimensionale per rilascio del certificato propedeutico a richiesta invalidità civile	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99964	UMIDI SIMONA	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99964	UMIDI SIMONA	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	150.00 €	NO	NO	CELL. 3703411842	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.3	ISTEROSONOGRAFIA - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	150.00 €	NO	120.00 €	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	71.90.1	171901	INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	300.00 €	NO	240.00 €	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	NO	240.00 €	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSE DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.49	19649	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA (FARMACO INCLUSO: VESSILEN 50ML PER INSTALLAZIONI ENDO-VESICALI 6200 - EPITECH; NON SARA' POSSIBILE RICEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.04	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A MAGNETOTERAPIA	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.03	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A LASERTERAPIA ANTALG.	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.1	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A RADIOFREQ. PULSATA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	57.39.2	4357392.1	ESAME URODINAMICO INVASIVO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.1	INSERZIONE PESSARIO VAGINALE	10.00 €	NO	NO	Acquisizione (sempre con visita)	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	BARBA MARTA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	250.00 €	NO	NO	Acquisizione	
35869	CHIARI STEFANIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (2° e 4° lunedì del mese)	15:40-18:20	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
35869	CHIARI STEFANIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (2° e 4° lunedì del mese)	15:40-18:20	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
35869	CHIARI STEFANIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	2° e 4° LUNEDI'	15:40-18:20	70.21	377021	COLPOSCOPIA	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
35869	CHIARI STEFANIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	2° e 4° LUNEDI'	15:40-18:20	70.21	377021.1	VULVOSCOPIA	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
35869	CHIARI STEFANIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (2° e 4°)	15:40-18:20	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	10.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSE DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	200.00 €	170.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	57.39.2	4357392.1	ESAME URODINAMICO INVASIVO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP - CCR	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	300.00 €	255.00 €	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	150.00 €	127.50 €	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	250.00 €	212.50 €	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	71.90.1	171901	INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	300.00 €	255.00 €	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	96.49	19649	INSTALLAZIONE GENITOURINARIA (FARMACO INCLUSO: VESSILEN 50ML PER INSTALLAZIONI ENDO-VESICALI 6200 - EPI-TECH; NON SARA' POSSIBILE RICHIEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	93.11.2	5693112.04	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A MAGNETOTERAPIA	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	93.11.2	5693112.03	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A LASERTERAPIA ANTALG.	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	COLA ALICE	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-17:40	93.11.2	5693112.1	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A RADIOFREQ. PULSATA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	70.21	377021	COLPOSCOPIA	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	70.21	377021.1	VULVOSCOPIA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	67.19.1	18878	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.3	ISTEROSONOGRAFIA - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401728	DI MEO MARIA LETIZIA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	250.00 €	212.50 €	200.00 €	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.3	ISTEROSONOGRAFIA - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	250.00 €	212.50 €	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	150.00 €	127.50 €	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	71.90.1	171901	INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	300.00 €	255.00 €	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	255.00 €	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	96.49	19649	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA (FARMACO INCLUSO: VESSILEN 50ML PER INSTALLAZIONI ENDO-VESICALI 6200 - EPITECH; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	93.11.2	5693112.04	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A MAGNETOTERAPIA	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	93.11.2	5693112.03	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A LASERTERAPIA ANTALG.	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	93.11.2	5693112.1	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A RADIOFREQ. PULSATA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	57.39.2	4357392.1	ESAME URODINAMICO INVASIVO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	96.18	379618.1	INSERZIONE PESSARIO VAGINALE	10.00 €	NO	NO	Acquisizione (sempre con visita)	
137954	FRIGERIO MATTEO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	15:00-19:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR. FRUSCIO ROBERT Specialista in: - Ginecologia oncologica - Ginecologia preventiva - Alto rischio genetico e familiare - Ecografia di II livello per cisti ovariche - Ecografia 3D
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.3	ISTEROSONOGRAFIA - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	CUP - CCR	
106919	FRUSCIO ROBERT	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:00-19:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	70.00 €	59.50 €	56.00 €	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDI	15:00-18:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDI	15:00-18:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDI	15:00-18:30	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	250.00 €	212.50 €	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
136242	GIULIANI DANIELA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	3° LUNEDÌ	15:00-18:30	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	50.00 €	42.50 €	NO	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	50.00 €	42.50 €	NO	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	50.00 €	42.50 €	NO	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	20.00 €	17.00 €	16.00 €	CUP - CCR	
400807	GRASSI TOMMASO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	15:30-20:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36190	LISSONI ANDREA ALBERTO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDÌ'	16:30-20:10	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	140.00 €	NO	112.00 €	CUP - CCR	
36190	LISSONI ANDREA ALBERTO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDÌ'	16:30-20:10	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
36190	LISSONI ANDREA ALBERTO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDÌ'	16:30-20:10	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
36190	LISSONI ANDREA ALBERTO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDÌ'	16:30-20:10	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	140.00 €	NO	112.00 €	CUP - CCR	
36190	LISSONI ANDREA ALBERTO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDÌ'	16:30-20:10	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	60.00 €	NO	48.00 €	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDÌ'	15:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	DR. PASSONI PAOLO
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDÌ'	15:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDÌ'	15:00-19:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDÌ'	15:00-19:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	Specialista in: Patologia benigna ginecologica - Endometriosi - Ginecologia endocrinologica - Ginecologia pediatrica e dell'adolescenza - Valutazione chirurgica ginecologica - Miomi uterini - Adenomiosi - Cisti ovariche - Iperplasia endometriale - Polipi endometriali - Contraccezione - Malformazioni uterine - Amenorree - Sindrome Ovaio Policistico - Menopausa
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.3	ISTEROSONOGRAFIA - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC. INTRAUTERINO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	60.00 €	51.00 €	NO	CUP - CCR	
101536	PASSONI PAOLO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	15:00-19:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	DR. TREZZI GAETANO
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	Specialista in: - trattamento delle patologie oncologiche in ambito ginecologico - chirurgia oncoginecologica - chirurgia mini invasiva: robotica e laparoscopica - trattamento chirurgico delle patologie ginecologiche Escluso trattamento dell'infertilità/sterilità e gravidanza.
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	180.00 €	153.00 €	144.00 €	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	25.00 €	21.25 €	20.00 €	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	50.00 €	42.50 €	NO	CUP - CCR	
400953	TREZZI GAETANO	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	15:00-19:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	50.00 €	42.50 €	NO	CUP - CCR	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	112.00 €	CUP - CCR	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	112.00 €	CUP - CCR	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	70.21	377021	COLPOSCOPIA	160.00 €	NO	128.00 €	CUP - CCR	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	67.19.1	18878	VULVOSCOPIA	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	70.21	377021.1	VULVOSCOPIA	120.00 €	NO	96.00 €	CUP - CCR	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	10.00 €	NO	8.00 €	CUP - CCR	
98902	VECCHIONE FRANCESCA	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	15:30-18:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	NO	Acquisizione	
850005	BONFANTI PAOLO	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	15:30 - 18:00	89.7	99897.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	NO	CUP - CCR	
850005	BONFANTI PAOLO	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	15:30 - 18:00	89.01	998901.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
850010	LAPADULA GIUSEPPE	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	17:00-18:30	89.7	99897.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
850010	LAPADULA GIUSEPPE	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	17:00-18:30	89.01	998901.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100112	MIGLIORINO GUGLIELMO	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. MIGLIORINO GUGLIELMO
100112	MIGLIORINO GUGLIELMO	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in terapie : antibiotiche, antifungine ed antivirali complesse Patologie trattate : epatologiche.
100112	MIGLIORINO GUGLIELMO	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100112	MIGLIORINO GUGLIELMO	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402210	MENNUCCI JONATHAN	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	89.07	18907	VISITA MULTIDISCIPLINARE DI MEDICINA DEL LAVORO (per stress e/o valutazione sospetta malattia professionale)	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402210	MENNUCCI JONATHAN	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 410,00 - € 720,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione tramite mail (mennucci.med@gmail.com) o cell. 351-3308525: telefonata o whatsapp dal lun al ven dalle ore 17:00	
402210	MENNUCCI JONATHAN	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	88.79.3	18907	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	100.00 €	NO	NO		
402210	MENNUCCI JONATHAN	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	L0059		PERIZIA MEDICO LEGALE	€ 600,00 - € 2.000,00 + IVA	NO	NO		
402210	MENNUCCI JONATHAN	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 100,00 - € 200,00 + IVA	NO	NO		
99235	DELL'ORO RAFFAELLA	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
99235	DELL'ORO RAFFAELLA	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	120.00 €	CUP - CCR	
38292	FAILLA MONICA	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38292	FAILLA MONICA	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97630	MOSCA GIACOMO	MEDICINA INTERNA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97630	MOSCA GIACOMO	MEDICINA INTERNA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA) - inclusa eventuale valutazione multidimensionale per rilascio del certificato propedeutico a richiesta invalidità civile	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97630	MOSCA GIACOMO	MEDICINA INTERNA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97630	MOSCA GIACOMO	MEDICINA INTERNA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
97630	MOSCA GIACOMO	MEDICINA INTERNA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (multidisciplinare per certificato propedeutico a richiesta invalidità civile e contributo b1; per sospetta demenza o depressione; per inquadramento e terapia delle sindromi geriatriche: cadute, delirium, incontinenza urinarie, malnutrizione e calo ponderale, piaghe decubito, scompenso cardiaco cronico, dolore).	155.00 €	NO	NO	CELL. 3204522184	
400782	BRAGHETTO GIACOMO	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR. BRAGHETTO GIACOMO
400782	BRAGHETTO GIACOMO	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	Specialista in: riabilitazione neurologica e ortopedica di adulto e bambino, valutazione funzionale a fini certificativi; terapia infiltrativa
400782	BRAGHETTO GIACOMO	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	
400782	BRAGHETTO GIACOMO	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400782	BRAGHETTO GIACOMO	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	
101671	DA RE CAROLINA	MEDICINA RIABILITATIVA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401954	FERRARA LUCIA	MEDICINA RIABILITATIVA	LUNEDI'	16:30-18:30	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
401954	FERRARA LUCIA	MEDICINA RIABILITATIVA	LUNEDI'	16:30-18:30	89.01.W	568901W	VISITA FISIATRICA (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	CUP - CCR	
95567	TEDESCO LUCIA MARIA	MEDICINA RIABILITATIVA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	DR.SSA TEDESCO LUCIA MARIA
95567	TEDESCO LUCIA MARIA	MEDICINA RIABILITATIVA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.W	568901W	VISITA FISIATRICA (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	Patologie trattate: neurologiche, ortopediche, post-chirurgiche sia dell'adulto che del bambino
138118	AJELLO ELENA	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.4	29897B4.0	VISITA NEFROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
138118	AJELLO ELENA	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
138191	BINAGGIA AGNESE	NEFROLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	89.7B.4	29897B4.0	VISITA NEFROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
138191	BINAGGIA AGNESE	NEFROLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
37862	STELLATO TIZIANA	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:15	89.7B.4	29897B4.0	VISITA NEFROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
37862	STELLATO TIZIANA	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:15	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402429	CALLONI TOMMASO	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
402429	CALLONI TOMMASO	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
850008	CARRABBA GIORGIO GIOVANNI	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI'	17:00-19:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	DR. CARRABBA GIORGIO GIOVANNI
850008	CARRABBA GIORGIO GIOVANNI	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI'	17:00-19:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	Specialista in Neurochirurgia Pediatrica e Tumori Cerebrali
138376	DI CRISTOFORI ANDREA	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
138376	DI CRISTOFORI ANDREA	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
101735	GIUSSANI CARLO GIORGIO	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-20:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	NO	CUP - CCR	PROF. GIUSSANI CARLO GIORGIO
101735	GIUSSANI CARLO GIORGIO	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-20:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	160.00 €	136.00 €	NO	CUP - CCR	Specialista in neurochirurgia dell'adulto e del bambino, specialista in neurochirurgia pediatrica e in neuro-oncologia. Patologie trattate: tumori cerebrali del bambino e dell'adulto, craniostenosi, patologie neurovascolari (aneurismi, MAV, Angiomi cavernosi, conflitto neurovascolari), tumori spinali, malformazioni spinali, idrocefalo, patologie degenerative del rachide cervicale e lombari.
36208	GUERRA PAOLO	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-19:20 17:00-21:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
36208	GUERRA PAOLO	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-21:00 17:00-21:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107123	PIRILLO DAVID	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
107123	PIRILLO DAVID	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
138377	TREZZA ANDREA	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR. TREZZA ANDREA *specialista in neurochirurgia dell'adulto e neurochirurgia pediatrica; neuro-oncologia pediatrica e adulti; neurochirurgia funzionale.

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138377	TREZZA ANDREA	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	*patologie trattate: tumori cerebrali e spinali pediatrici e dell'adulto, craniostenosi e malformazioni pediatriche (es Chiari), malformazioni spinali (es. spina bifida e spina bifida occulta, lipomi, altre malformazioni spinali), idrocefalo del neonato-bambino e dell'adulto, neurochirurgia funzionale (DBS per disturbi movimento/Parkinson), chirurgia dell'epilessia pediatrica e adulti (VNS o stimolazione vagale per epilessia, epilessia lesionale), patologia traumatica cranica pediatrica e dell'adulto, patologie degenerative e traumatiche del rachide cervicale e
401867	VERSACE ALESSANDRO	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
401867	VERSACE ALESSANDRO	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
100758	VIMERCATI ALBERTO MARCO	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100758	VIMERCATI ALBERTO MARCO	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106580	BERETTA SIMONE	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106580	BERETTA SIMONE	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100252	BRIGHINA LAURA	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:30-18:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100252	BRIGHINA LAURA	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:30-18:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
95678	CAVALETTI GUIDO ANGELO	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-16:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP	
95678	CAVALETTI GUIDO ANGELO	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-16:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	110.00 €	93.50 €	88.00 €	CUP	
401849	DA RE FULVIO	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401849	DA RE FULVIO	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
110230	DI FRANCESCO JACOPO COSIMO	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-16:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. DI FRANCESCO JACOPO COSIMO
110230	DI FRANCESCO JACOPO COSIMO	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-16:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in epilessia, angiopatia amiloide cerebrale (CAA)
110230	DI FRANCESCO JACOPO COSIMO	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-17:30	89.14	328914	ELETTROENCEFALOGRAMMA	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
25001	FERRARESE CARLO	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	250.00 €	212.50 €	NO	CUP - CCR	
25001	FERRARESE CARLO	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	200.00 €	170.00 €	NO	CUP - CCR	
25001	FERRARESE CARLO	NEUROLOGIA					VISITA NEUROLOGICA A DOMICILIO	300.00 €	NO	NO	Inviare una mail a carlo.ferrarese@unimib.it	
35810	FRIGO MAURA	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:30-17:10	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
35810	FRIGO MAURA	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:30-17:10	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99299	FUMAGALLI LORENZO	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. FUMAGALLI LORENZO
99299	FUMAGALLI LORENZO	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Specialista in Cefalea e Patologia Cerebrovascolare
99299	FUMAGALLI LORENZO	NEUROLOGIA	MARTEDI'	18:30-19:30	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400979	STANZANI LORENZO	NEUROLOGIA	1° e 3° MERCOLEDI'	16:45-18:45	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
400979	STANZANI LORENZO	NEUROLOGIA	1° e 3° MERCOLEDI'	16:45-18:45	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
400979	STANZANI LORENZO	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.A	019308A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	220.00 €	187.00 €	NO	CUP - CCR	
400979	STANZANI LORENZO	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.B	019308B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	220.00 €	187.00 €	NO	CUP - CCR	
400979	STANZANI LORENZO	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.C	019308C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	220.00 €	187.00 €	NO	CUP - CCR	
400979	STANZANI LORENZO	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.D	019308D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	220.00 €	187.00 €	NO	CUP - CCR	
138195	STEFANONI GIOVANNI	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138195	STEFANONI GIOVANNI	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106758	TREMOLIZZO LUCIO	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	17:00-20:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	104.00 €	CUP - CCR	
106758	TREMOLIZZO LUCIO	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	17:00-20:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	100.00 €	NO	80.00 €	CUP - CCR	
100320	NACINOVICH RENATA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	94.19.1		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	NACINOVICH RENATA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			CA.00.9		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO O COLLOQUIO)	100.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	NACINOVICH RENATA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			CA.01.4		PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	NACINOVICH RENATA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			CA.01.5		PSICOTERAPIA DI COPPIA	150.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	NACINOVICH RENATA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			AI.45.1		SEDUTA DI SOSTEGNO PSICOLOGICO	100.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
400305	PERUZZI CINZIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	MERCOLEDI'	16:30-18:30	94.19.1	4094191.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	DR.SSA PERUZZI CINZIA

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400305	PERUZZI CINZIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	MERCOLEDI'	16:30-18:30	CA.00.9		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO O COLLOQUIO)	60.00 €	51.00 €	NO	CUP - CCR	Specialista in neuropsichiatria infantile e Pediatria Patologie trattate: epilessia, cefalee, neurologia neonatale e del lattante, ritardo motorio, disturbi del movimento, disturbi neuromuscolari, disturbi neurologici 0-18 anni, disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettiva e autismo), patologie neurologiche su base genetica. Escludere Disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi del
106883	RIVA ANNA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	94.19.1	4094191.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
106883	RIVA ANNA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	CA.00.9		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO)	170.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
106883	RIVA ANNA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	CA.01.4		PSICOTERAPIA INDIVIDUALE/CONGIUNTA	90.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
106883	RIVA ANNA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	AI.45.1		SEDUTA DI SOSTEGNO PSICOLOGICO	90.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401722	AMMENDOLA ROSA MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402124	BIGIOGERA VITTORIO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.B	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE BIL. SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.D	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE DX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.S	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE SX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHIE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101410	CANONICO FRANCESCO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.D	698891D	RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.E	698891E	RM DELLE ORBITE SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106171	CAPRARO CRISTINA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400659	DE VITO ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHIE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138371	FLORIO SANTA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401982	GALBIATI ANDREA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHIE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401422	PALUMBO GIOVANNI	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHIE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01	698901N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	150.00 €	127.50 €	NO	Cell. 339-4714400 (anche whatsapp)	
101412	PATASSINI MIRKO	NEURORADIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-17:30	89.7C.3	01897C3	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	Cell. 339-4714400 (anche whatsapp)	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.B	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE BIL. SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.D	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE DX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.S	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE SX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400658	PIERGALLINI LORENZO MARIA	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01	698901N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
100787	REMIDA PAOLO	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	MERCOLEDI'	16:30-17:30	89.7C.3	01897C3	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
400180	BENATTI ELEONORA	OCULISTICA	MARTEDI'	16:10-17:30	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400180	BENATTI ELEONORA	OCULISTICA	MARTEDI'	16:10-17:30	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400180	BENATTI ELEONORA	OCULISTICA	MARTEDI'	16:10-17:30	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400180	BENATTI ELEONORA	OCULISTICA	MARTEDI'	16:10-17:30	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38151	CAVALLOTTI BARBARA ANNA	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR.SSA CAVALLOTTI BARBARA ANNA Aree di particolare interesse trattate: -Retina medica -Esami OCT -Trattamento argon laser retinico -Trattamento yag laser capsulotomia per cataratta secondaria -Oftalmologia pediatrica
38151	CAVALLOTTI BARBARA ANNA	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38151	CAVALLOTTI BARBARA ANNA	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38151	CAVALLOTTI BARBARA ANNA	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	210.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38151	CAVALLOTTI BARBARA ANNA	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	14.34	341434.2	RIPAR. LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON	210.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401989	DI LASCIO GIAMPIERO	OCULISTICA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR. DI LASCIO GIAMPIERO Specialista in: -patologie della cornea, della superficie oculare e del segmento anteriore dell'occhio -patologie della retina e glaucoma
401989	DI LASCIO GIAMPIERO	OCULISTICA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401989	DI LASCIO GIAMPIERO	OCULISTICA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401989	DI LASCIO GIAMPIERO	OCULISTICA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401989	DI LASCIO GIAMPIERO	OCULISTICA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	12.14	341214.1	IRIDECTOMIA CHIRURGICA - EX CODICE DM 12.14.X	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401989	DI LASCIO GIAMPIERO	OCULISTICA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	95.03.1	3495031	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38080	GIANNINI FONTE MARIA	OCULISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-17:40 16:00-18:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
38080	GIANNINI FONTE MARIA	OCULISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-17:40 16:00-18:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137888	HYSENJ ERALDA	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137888	HYSENJ ERALDA	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137888	HYSENI ERALDA	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137888	HYSENI ERALDA	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100226	PENNESI CLAUDIO	OCULISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:15-19:15 16:15-18:45	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100226	PENNESI CLAUDIO	OCULISTICA			89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100226	PENNESI CLAUDIO	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-18:30	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106436	PEROGLIO DEIRO ANTONIO	OCULISTICA	MARTEDI'	16:00-17:40	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106436	PEROGLIO DEIRO ANTONIO	OCULISTICA	MARTEDI'	16:00-17:40	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106436	PEROGLIO DEIRO ANTONIO	OCULISTICA	MARTEDI'	16:00-17:40	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401593	STARACE VINCENZO	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401593	STARACE VINCENZO	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401593	STARACE VINCENZO	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401593	STARACE VINCENZO	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106325	SUZANI MARTINA	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-17:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106325	SUZANI MARTINA	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-17:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106325	SUZANI MARTINA	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-17:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107109	CANOVA STEFANIA	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107109	CANOVA STEFANIA	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
850004	CAZZANIGA MARINA ELENA	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI'	16:00-16:30	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
850004	CAZZANIGA MARINA ELENA	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI'	16:00-16:30	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137642	COLONESE FRANCESCA	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	DR.SSA COLONESE FRANCESCA
137642	COLONESE FRANCESCA	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	Escludere pazienti con neoplasia mammaria
850032	CORTINOVIS DIEGO LUIGI	ONCOLOGIA MEDICA	dal LUNEDI' al VENERDI'	16:00-17:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR HN ONCOLOGIA MEDICA 039.2339575	
850032	CORTINOVIS DIEGO LUIGI	ONCOLOGIA MEDICA	dal LUNEDI' al VENERDI'	16:00-17:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR HN ONCOLOGIA MEDICA 039.2339575	
202168	MASTORE MARINELLA	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI' GIOVEDI'	17:00-19:00 17:00-18:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
202168	MASTORE MARINELLA	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI' GIOVEDI'	17:00-19:00 17:00-18:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00 16:20-18:20	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00 16:20-18:20	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	40.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	40.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	40.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	40.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA			04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.000,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA			04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.000,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA			82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
106521	BERNAREGGI FRANCESCA	ORTOPEDIA			82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
96421	COSSIO ANDREA DAVIDE	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.000,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
96421	COSSIO ANDREA DAVIDE	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.000,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
96421	COSSIO ANDREA DAVIDE	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
96421	COSSIO ANDREA DAVIDE	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
96421	COSSIO ANDREA DAVIDE	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	83.31	18331	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE AD ECCEZIONE DELLA MANO	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	DR.SSA DE ROSA LAURA Specialista in ortopedia e Traumatologia, osteoporosi e malattie del metabolismo osseo, correzione deformità, infezioni.
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	95.00 €	80.75 €	76.00 €	CUP - CCR	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92		INIEZIONE SOSTANZE TERAPEUTICHE ANCA ECOGUIDATA	135.00 €	114.75 €	108.00 €	CUP - CCR	
401904	DE ROSA LAURA	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
96135	GELOSA GIANLUIGI	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96135	GELOSA GIANLUIGI	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96135	GELOSA GIANLUIGI	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	35.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96135	GELOSA GIANLUIGI	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	35.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96135	GELOSA GIANLUIGI	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	35.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
96135	GELOSA GIANLUIGI	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	35.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	DR. LEONE GIULIO Specialista in: - ortopedia e traumatologia - ortopedia pediatrica - correzione deformità
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	40.00 €	34.00 €	NO	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	CUP - CCR	
401316	LEONE GIULIO	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	85.00 €	85.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	85.00 €	85.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	42.50 €	40.00 €	CUP - CCR	
101513	MUNEGATO DANIELE	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92		INIEZIONE SOSTANZE TERAPEUTICHE ANCA ECOGUIDATA	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	1 200.00 €	1 020.00 €	NO	Acquisizione	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	1 200.00 €	1 020.00 €	NO	Acquisizione	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	1 400.00 €	1 190.00 €	NO	Acquisizione	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	1 400.00 €	1 190.00 €	NO	Acquisizione	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
102095	ROSSI ANDREA	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92		INIEZIONE SOSTANZE TERAPEUTICHE ANCA ECOGUIDATA	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. dx (ESCL. MANO)	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	29.75 €	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92.1	0181921.D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. DELLA MANO DX	300.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92.1	0181921.S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. DELLA MANO SX	300.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	07:00-08:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 900,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
106827	SOTIRI ROMEO	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	07:00-08:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 900,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	DR.SSA CAMERONI IRENE
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	Specialista nella cura della gravidanza fisiologica; cura della gravidanza

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	complicata da patologia, in particolare: -da rischio di parto prematuro -da malattie metaboliche (patologia tiroidea, diabete, obesità) -da ipertensione e/o iposviluppo fetale
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00746	CAMERONI IRENE	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:00-19:05	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	119.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	88.79.7	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401937	CARLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	15:00 - 18:00	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE (Escluso il prelievo e relativi esami di laboratorio. Esame eseguibile tra la 11* + 5 giorni e la 13* + 2 settimana; presentarsi con referto esame di laboratorio bi test effettuato da 2 a 3 giorni prima della data ecografica)	140.00 €	NO	NO	Acquisizione su indicazione del medico	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	CUP - CCR	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	CUP - CCR	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
402462	CONSONNI SARA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST (in abbinamento alla visita)	25.00 €	21.25 €	20.00 €	CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	140.00 €	NO	NO	Acquisizione su indicazione del medico	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	88.79.7	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
98376	COZZOLINO SABRINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-20:05	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	DR.SSA CRIPPA ISABELLA Specialista in ostetricia- ginecologica e medicina materno-fetale Esperta in medicine complementari, in particolare omeopatia e omotossicologia Patologie trattate: *cura della gravidanza fisiologica *cura della gravidanza complicata da: patologie endocrine/dismetaboliche (diabete, patologie tiroidee, obesità, patologie epatiche), disordini ipertensivi e preeclampsia, restrizione della crescita fetale Esami effettuati: *ecografia ostetrica I trimestre *ecografia ostetrica morfologica *ecografia ostetrica III trimestre
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	140.00 €	NO	NO	Acquisizione su indicazione del medico	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	88.79.7	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A00521	CRIPPA ISABELLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	VENERDI'	15:00-19:40	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A0100	GIARDINI VALENTINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A0100	GIARDINI VALENTINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A0100	GIARDINI VALENTINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A0100	GIARDINI VALENTINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A0100	GIARDINI VALENTINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A0100	GIARDINI VALENTINA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-19:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
850017	LOCATELLI ANNA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	15:30-18:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	130.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	88.79.7	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A10369	MAINI MARZIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-17:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
A11742	TODYRENCHUK LYUDMYLA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	119.00 €	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	150.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE (Escluso il prelievo e relativi esami di laboratorio. Esame eseguibile tra la 11° + 5 giorni e la 13° + 2 settimana; presentarsi con referto esame di laboratorio bi test effettuato da 2 a 3 giorni prima della data ecografica)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
800114	VERDERIO MARIA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST (in abbinamento alla visita)	25.00 €	NO	NO	Acquisizione su indicazione del medico	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.79.7	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
96154	VERTEMATI EMANUELA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
402234	ALPARONE MARCO	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	89.78.8	3889788.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	DR. ALPARONE MARCO Otorinolaringoiatra e Chirurgo Cervico-facciale specialista in: chirurgia endoscopica delle corde vocali, del setto nasale e dei seni paranasali; diagnosi e trattamento di patologie oncologiche e infiammatorie del collo, delle ghiandole salivari maggiori e del cavo orale mediante tecnica NBI
402234	ALPARONE MARCO	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
402234	ALPARONE MARCO	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
402234	ALPARONE MARCO	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
402234	ALPARONE MARCO	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	27.49.1	127491	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	1 500.00 €	NO	NO	Acquisizione	
402234	ALPARONE MARCO	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	27.43	352743	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	1 500.00 €	NO	NO	Acquisizione	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99322	CAVENAGHI GIOVANNI CARLO	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	89.7B.8	38897B8.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	155.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99322	CAVENAGHI GIOVANNI CARLO	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	155.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99322	CAVENAGHI GIOVANNI CARLO	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	155.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99322	CAVENAGHI GIOVANNI CARLO	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	155.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99322	CAVENAGHI GIOVANNI CARLO	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	95.41.1	3895411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99322	CAVENAGHI GIOVANNI CARLO	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	95.42	389542	IMPEDENZOMETRIA	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138122	GALLUZZI FRANCESCA	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	89.7B.8	38897B8.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138122	GALLUZZI FRANCESCA	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138122	GALLUZZI FRANCESCA	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138122	GALLUZZI FRANCESCA	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138122	GALLUZZI FRANCESCA	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	95.41.1	3895411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138122	GALLUZZI FRANCESCA	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	95.42	389542	IMPEDENZOMETRIA	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138121	VILLA CHIARA	OTORINOLARINGOIATRIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.8	38897B8.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	NO	CUP - CCR	
138121	VILLA CHIARA	OTORINOLARINGOIATRIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	NO	CUP - CCR	
138121	VILLA CHIARA	OTORINOLARINGOIATRIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	NO	CUP - CCR	
138121	VILLA CHIARA	OTORINOLARINGOIATRIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	NO	CUP - CCR	
138121	VILLA CHIARA	OTORINOLARINGOIATRIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	95.42	389542	IMPEDENZOMETRIA	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
138121	VILLA CHIARA	OTORINOLARINGOIATRIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	95.41.1	3895411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
402658	MOLINARI SILVIA	PEDIATRIA	GIOVEDI'	15:30-18:30	89.7A.8	58897A9.1	VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	DR.SSA MOLINARI SILVIA Specialista in endocrinologia pediatrica e dell'adolescenza. Patologie trattate nei pazienti tra 0 e 18 anni:

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402658	MOLINARI SILVIA	PEDIATRIA	GIOVEDI'	15:30-18:30	89.01.8	5889019.10	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	*patologie tiroidee (ipotiroidismo, ipertiroidismo, tiroidite, noduli tiroidei) *patologie della crescita (bassa statura, ritardo di crescita e sviluppo, iperaccrescimento) *patologie della pubertà (pubertà precoce, pubarca o telarca precoce) e ipogonadismi genetici o acquisiti *obesità/sovrappeso *patologie dell'ipofisi *diabete insipido *endocrinopatie nel contesto di quadri sindromici e disordini congeniti del metabolismo e cancer survivors
37392	PANCERI ROBERTO	PEDIATRIA	VENERDI'	14:00-17:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
37392	PANCERI ROBERTO	PEDIATRIA	VENERDI'	14:00-17:00	89.01.9	5889019.10	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP OSTETRICO PEDIATRICO CUP - CCR	
401840	AMMATUNA FRANCESCO	PNEUMOLOGIA	1°, 2° E 3°LUNEDI'	16:30 - 19:10	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401840	AMMATUNA FRANCESCO	PNEUMOLOGIA	1°, 2° E 3°LUNEDI'	16:30 - 19:10	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401548	GAMBERINI SILVIA	PNEUMOLOGIA	GIOVEDI'	16:30-19:10	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
401548	GAMBERINI SILVIA	PNEUMOLOGIA	GIOVEDI'	16:30-19:10	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
138975	LUPPI FABRIZIO	PNEUMOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138975	LUPPI FABRIZIO	PNEUMOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101028	MARRUCHELLA ALMERICO	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
101028	MARRUCHELLA ALMERICO	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
106851	PAOLINI VALENTINA	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP	
106851	PAOLINI VALENTINA	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP	
99730	BIAGI ENRICO	PSICHIATRIA	LUN - VEN SABATO	16:00-19:00 09:00-12:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	Mail (enrico.biagi@irccs-sangerardo.it) oppure whatsapp (333-5432906)	
99730	BIAGI ENRICO	PSICHIATRIA	LUN - VEN SABATO	16:00-19:00 09:00-12:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO		
99730	BIAGI ENRICO	PSICHIATRIA	LUN - VEN SABATO	16:00-19:00 09:00-12:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO		
102028	BITETTO ANTONELLA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:30-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	lunedì-mercoledì-venerdì 11.30-13 tel 039-2339667	
102028	BITETTO ANTONELLA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:30-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	95.00 €	NO	NO		
102028	BITETTO ANTONELLA	PSICHIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	17:00-19:30	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	60.00 €	NO	NO		
138850	CALDIROLI ALICE	PSICHIATRIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	Acquisizione previo contatto con il medico al n. 3514883663 o mail alice.caldirol@irccs-	
138850	CALDIROLI ALICE	PSICHIATRIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	90.00 €	NO	NO		

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138850	CALDIROLI ALICE	PSICHIATRIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	80.00 €	NO	NO	sangerardo.it	
107841	CAPUZZI ENRICO	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	16:15-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107841	CAPUZZI ENRICO	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	16:15-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	85.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101529	COLMEGNA FABRIZIA	PSICHIATRIA	LUNEDI'	16:30-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
101529	COLMEGNA FABRIZIA	PSICHIATRIA	LUNEDI'	16:30-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	138.00 €	NO	NO	Acquisizione	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.42	409442	PSICOTERAPIA FAMILIARE	170.00 €	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.42.1	4094421	PSICOTERAPIA DI COPPIA	170.00 €	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 250,00 - € 3.500,00 + IVA	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
97972	COVA FRANCESCA	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	L0059		PERIZIA MEDICO LEGALE	€ 250,00 - 3.500,00 + IVA	NO	NO	039-2339454 da lun. a ven. dalle 08,00 alle 13,00	
401157	FASCIANA FEDERICA	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401157	FASCIANA FEDERICA	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401157	FASCIANA FEDERICA	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
401157	FASCIANA FEDERICA	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 600,00 + IVA	NO	NO	Chiamate o whatsapp 333-3810650	
401157	FASCIANA FEDERICA	PSICHIATRIA					VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA) A DOMICILIO	250.00 €	NO	NO	Chiamate o whatsapp 333-3810650	
401157	FASCIANA FEDERICA	PSICHIATRIA					VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO) A DOMICILIO	200.00 €	NO	NO	Chiamate o whatsapp 333-3810650	
400463	LA TEGOLA DAVIDE	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	davidelategola@yahoo.it	
400463	LA TEGOLA DAVIDE	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	davidelategola@yahoo.it	
400463	LA TEGOLA DAVIDE	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	80.00 €	NO	NO	davidelategola@yahoo.it	
400463	LA TEGOLA DAVIDE	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	davidelategola@yahoo.it	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138849	MARCATILI MATTEO	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI' SABATO	16:00-20:00 16:00-20:00 '08:00-12:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	039-2332278 039-2339345	
138849	MARCATILI MATTEO	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI' SABATO	16:00-20:00 16:00-20:00 '08:00-12:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	039-2332278 039-2339345	
401635	MONTANA CATERINA	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-19:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP/CCR	
401635	MONTANA CATERINA	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-19:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP/CCR	
401635	MONTANA CATERINA	PSICHIATRIA					VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA) A DOMICILIO	250.00 €	NO	NO	Mail a caterina.montana@irccs-sangerardo.it	
101456	PROVENZI MILENA	PSICHIATRIA	LUN-VEN SAB	16:30-20:30 08:30-12:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	349-6245055 milena.provenzi@irccs-sangerardo.it	
101456	PROVENZI MILENA	PSICHIATRIA			94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	349-6245055 milena.provenzi@irccs-sangerardo.it	
101456	PROVENZI MILENA	PSICHIATRIA	LUN-VEN SAB	16:30-20:30 08:30-12:30	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	349-6245055 milena.provenzi@irccs-sangerardo.it	
101456	PROVENZI MILENA	PSICHIATRIA	LUN-VEN SAB	16:30-20:30 08:30-12:30	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 700,00 + IVA	NO	NO	349-6245055 milena.provenzi@irccs-sangerardo.it	
101456	PROVENZI MILENA	PSICHIATRIA	LUN-VEN SAB	16:30-20:30 08:30-12:30	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	349-6245055 milena.provenzi@irccs-sangerardo.it	
101456	PROVENZI MILENA	PSICHIATRIA	LUN-VEN SAB	16:30-20:30 08:30-12:30	L0059		PERIZIA MEDICO LEGALE	€ 1.000,00 -€ 10.000,00 + IVA	NO	NO	349-6245055 milena.provenzi@irccs-sangerardo.it	
97700	SICARO ALDO	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	160.00 €	039-2339461	
97700	SICARO ALDO	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	180.00 €	NO	144.00 €	039-2339461	
97700	SICARO ALDO	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	170.00 €	NO	136.00 €	039-2339461	
97700	SICARO ALDO	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	Variabile + IVA	NO	NO	039-2339461	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	351-3658063	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	351-3658063	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	351-3658063	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.42	409442	PSICOTERAPIA FAMILIARE	150.00 €	NO	NO	351-3658063	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	94.42.1	4094421	PSICOTERAPIA DI COPPIA	150.00 €	NO	NO	351-3658063	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	351-3658063	
401219	SURACE TERESA	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 600,00 + IVA	NO	NO	351-3658063	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIOLOGICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP - CCR	
138072	ALBERZONI CHIARA GIOVANNA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.5	6988955	RMN ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (anche RM multiparametrica della prostata)	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP - CCR	
137698	ALLEGGRANZA PIETRO	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
137698	ALLEGGRANZA PIETRO	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
137698	ALLEGGRANZA PIETRO	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137698	ALLEGRANZA PIETRO	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
137698	ALLEGRANZA PIETRO	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	110.00 €	93.50 €	NO	CUP - CCR	
137698	ALLEGRANZA PIETRO	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.79.3	188793.2	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	120.00 €	102.00 €	NO	CUP - CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.4	6988951.1	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
400070	CANGIOTTI CECILIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	600.00 €	510.00 €	NO	CUP/CCR	
401934	CAPODAGLIO CARLO ALBERTO	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401934	CAPODAGLIO CARLO ALBERTO	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	CAPODAGLIO CARLO ALBERTO	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.1	AGOBIOPSIA DELLA GHIANDOLA SALIVARE *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	CAPODAGLIO CARLO ALBERTO	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.2	AGOBIOPSIA DEL DOTTO SALIVARE *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	CAPODAGLIO CARLO ALBERTO	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	40.19.1	140191	AGOBIOPSIA PERCUTANEA LINFONODI ECO-GUIDATA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	NO	CUP - CCR	
99117	DI GENNARO FILIBERTO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSAZIONE CONGENITA	100.00 €	76.50 €	NO	CUP - CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO (no interstiziopatia)	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SSS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	9:00-10:40	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.4	6988951.1	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
400243	DRAGO SILVIA GIROLAMA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP/CCR	
401883	FRANCO PAOLO NICCOLO'	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401883	FRANCO PAOLO NICCOLO'	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
401883	FRANCO PAOLO NICCOLO'	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401883	FRANCO PAOLO NICCOLO'	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.5	6988955	RMN ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (RM multiparametrica della prostata)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.45	698845	ANGIO-TAC ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	69-1119		TAC MIELOMA	1 350.00 €	1 162.50 €	1 100.00 €	CUP	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	15:30-16:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.D	TC GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.S	TC GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.D	TC GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.S	TC GAMBA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.D	TC CAVIGLIA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.S	TC CAVIGLIA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.D	TC PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.S	TC PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.D	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.S	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.D	TC GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.S	TC GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.D	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.S	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.D	TC PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.S	TC PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.D	RM DEL BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.S	RM DEL BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.D	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.D	RM DELLA GAMBA DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.S	RM DELLA GAMBA SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.D	RM DEL BRACCIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.S	RM DEL BRACCIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.D	RM DELLA COSCIA DX [RM DEL FEMORE] CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.D	RM DELLA GAMBA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.S	RM DELLA GAMBA SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.2	ENTERO RM DELL'INTESTINO TENUE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.5	6988955	RMN ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (anche RM multiparametrica della prostata)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.D	698895D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.97.9	6988979.2	ENTERO RM SENZA E CON MDC DELL'INTESTINO TENUE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401818	GANDOLA DAVIDE GIACOMO	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.38.5	6988385	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACA	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.4	6988394.D	TC GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.4	6988394.S	TC GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.C	698839C.D	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.C	698839C.S	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:20-14:20	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSAZIONE CONGENITA	130.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIOLOGICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	CUP/CCR	
850013	IPPOLITO DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	650.00 €	552.50 €	NO	CUP/CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	Martedì	07:30-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA	Martedì	07:30-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA			88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA			88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA			88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA			88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA			88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	LENI DAVIDE	RADIODIAGNOSTICA			88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDÌ SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.5	6988385	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.H	698838H.D	TC BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.H	698838H.S	TC BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.K	698838K.D	TC AVAMBRACCIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.K	698838K.S	TC AVAMBRACCIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.S	698838S.D	TC BRACCIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.S	698838S.S	TC BRACCIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.U	698838U.D	TC AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.U	698838U.S	TC AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.3	6988393.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.3	6988393.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.6	6988396.D	TC CAVIGLIA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.6	6988396.S	TC CAVIGLIA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.B	698839B.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.B	698839B.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.E	698839E.D	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.E	698839E.S	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.G	698839G.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.G	698839G.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.49.2	6988492.D	ANGIO-TC [ARTERIOSA E VENOSA] DELL'ARTO SUPERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.4	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.49.2	6988492.S	ANGIO-TC [ARTERIOSA E VENOSA] DELL'ARTO SUPERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.4	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.5	6988945.D	RM DEL BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.5	6988945.S	RM DEL BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.C	698894C.D	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.C	698894C.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.E	698894E.D	RM DELLA GAMBA DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.E	698894E.S	RM DELLA GAMBA SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.J	698894J.D	RM DEL BRACCIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.J	698894J.S	RM DEL BRACCIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.R	698894R.D	RM DELLA COSCIA DX [RM DEL FEMORE] CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.R	698894R.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.T	698894T.D	RM DELLA GAMBA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.T	698894T.S	RM DELLA GAMBA SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP/CCR	
138708	PIAZZA RAFFAELLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.45	698845	ANGIO-TAC ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	69-1119		TAC MIELOMA	1 350.00 €	1 162.50 €	1 100.00 €	CUP	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	15:30-16:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.D	TC GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.S	TC GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.D	TC GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.S	TC GAMBA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.D	TC CAVIGLIA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.S	TC CAVIGLIA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.D	TC PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.S	TC PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.D	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.S	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.D	TC GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.S	TC GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.D	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.S	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.D	TC PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.S	TC PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.D	RM DEL BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.S	RM DEL BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.D	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.D	RM DELLA GAMBA DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.S	RM DELLA GAMBA SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.D	RM DEL BRACCIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.S	RM DEL BRACCIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.D	RM DELLA COSCIA DX [RM DEL FEMORE] CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.D	RM DELLA GAMBA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.S	RM DELLA GAMBA SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP/CCR	
401063	RAGUSI MARIA	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	110.00 €	93.50 €	88.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.F	018879F	ECOGRAFIA ENDOANALE	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.4	6988951.1	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	CUP/CCR	
38051	RATTI MICHELE	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.D	698895D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA	450.00 €	382.50 €	360.00 €	CUP/CCR	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	Martedì	07:30-08:00	06.11.2	106112.1	*Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	Martedì	07:30-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
400267	ROVERE ANTONIO	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107809	TALEI FRANZESI CAMMILLO	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.1	AGOBIOPSIA DELLA GHIANDOLA SALIVARE *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.2	AGOBIOPSIA DEL DOTTO SALIVARE *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	40.19.1	140191	AGOBIOPSIA PERCUTANEA LINFONODI ECO-GUIDATA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
401435	ZARPELLON NICOLA	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	CUP/CCR	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.24.4	7092244.1	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA	4 000.00 €	NO	NO	Acquisizione successivamente alla visita	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.47.8	7092478	RT INTENSITA' MOD. ARCHI MULT. O TIPO ELICALE (IGRT) TAC INTEGR. <5 S - EX CODICE DM 92.29.K	1 300.00 €	NO	NO	Acquisizione successivamente alla visita	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.L	709229L	RT GUIDATA DA IMMAGINI TC [IGRT] - EX CODICE DM 92.29.J	700.00 €	NO	NO	Acquisizione successivamente alla visita	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.8	7092298.2	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	600.00 €	NO	NO	Acquisizione successivamente alla visita	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.R	709229R.1	DEFINIZIONE VOLUME BERSAGLIO E ORGANI A RISCHIO PER TECNICHE 3D E IMRT - EX CODICE DM 92.29.F	600.00 €	NO	NO	Acquisizione successivamente alla visita	
138848	ARCANGELI STEFANO	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.5	7092295.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANS. TC MODALITA' 3D - EX CODICE DM 92.29.B	600.00 €	NO	NO	Acquisizione successivamente alla visita	
99287	BONETTO ELISA MARIA	RADIOTERAPIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99287	BONETTO ELISA MARIA	RADIOTERAPIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	

 Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia				ELENCO Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere								
MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99287	BONETTO ELISA MARIA	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99287	BONETTO ELISA MARIA	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99286	JIULITA CHIARA	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99286	JIULITA CHIARA	RADIOTERAPIA			89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	60.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99286	JIULITA CHIARA	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
95439	NIESPOLO RITA MARINA	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	170.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
95439	NIESPOLO RITA MARINA	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
95439	NIESPOLO RITA MARINA	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
95439	NIESPOLO RITA MARINA	RADIOTERAPIA			89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
95439	NIESPOLO RITA MARINA	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99285	PODHRADSKA ANDREA	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99285	PODHRADSKA ANDREA	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
99285	PODHRADSKA ANDREA	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99285	PODHRADSKA ANDREA	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
850037	DELVINO PAOLO	REUMATOLOGIA	1° E 2° GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
850037	DELVINO PAOLO	REUMATOLOGIA	1° E 2° GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401453	FRANCHINI STEFANO	REUMATOLOGIA	MARTEDI'	14:30-18:30	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401453	FRANCHINI STEFANO	REUMATOLOGIA	MARTEDI'	14:30-18:30	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401453	FRANCHINI STEFANO	REUMATOLOGIA	MARTEDI'	14:30-18:30	89.7	99897.2	VISITA IMMUNOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401453	FRANCHINI STEFANO	REUMATOLOGIA	MARTEDI'	14:30-18:30	89.01	998901.2	VISITA IMMUNOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
402560	MOLTENI EMANUELE	REUMATOLOGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:30-18:00 16:00-18:00	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	CUP - CCR	
402560	MOLTENI EMANUELE	REUMATOLOGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:30-18:00 16:00-18:00	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
850009	SCIRE' CARLO ALBERTO	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
850009	SCIRE' CARLO ALBERTO	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
850009	SCIRE' CARLO ALBERTO	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	81.91	368191	ASPIRAZIONE RETICOLARI [ARTROCENTESI] SNS	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
850009	SCIRE' CARLO ALBERTO	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	81.92		INIEZIONE DI SOSTANZA DX/SX	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
850009	SCIRE' CARLO ALBERTO	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.79.3	188793.2	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
107374	CHIFU CAMELIA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	10070		CONSULENZA SENOLOGICA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
107374	CHIFU CAMELIA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
107374	CHIFU CAMELIA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
107374	CHIFU CAMELIA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
100444	GIOVANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISIDORO	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	144.00 €	CUP - CCR	
100444	GIOVANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISIDORO	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	

ELENCO
Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100444	GIOVANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISIDORO	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP - CCR	
100444	GIOVANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISIDORO	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	144.00 €	CUP - CCR	
100444	GIOVANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISIDORO	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
100444	GIOVANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISIDORO	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	90.00 €	76.50 €	72.00 €	CUP - CCR	
138115	GISABELLA MARA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
138115	GISABELLA MARA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	CUP - CCR	
138115	GISABELLA MARA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	CUP - CCR	
138115	GISABELLA MARA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	68.00 €	64.00 €	CUP - CCR	
400849	IACUZZO CRISTIANA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
400849	IACUZZO CRISTIANA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
400849	IACUZZO CRISTIANA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	100.00 €	85.00 €	NO	CUP - CCR	
400849	IACUZZO CRISTIANA	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	68.00 €	NO	CUP - CCR	
106566	PELLITTERI CRISTINA	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106566	PELLITTERI CRISTINA	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106566	PELLITTERI CRISTINA	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	100.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
106566	PELLITTERI CRISTINA	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
137941	CAMBIAGHI BARBARA	TERAPIA DEL DOLORE	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7A.1	49897A1.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (PRIMA VISITA)	45.00 €	NO	NO	CUP - CCR sempre con agopuntura	
137941	CAMBIAGHI BARBARA	TERAPIA DEL DOLORE	MARTEDI'	16:00-19:00	99.92	499992	AGOPUNTURA	80.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
37952	SPARACINO MARIAELENA	TERAPIA DEL DOLORE	2° LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.1	49897A1.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
37952	SPARACINO MARIAELENA	TERAPIA DEL DOLORE	2° LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.1	4989011.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	CUP - CCR	
37952	SPARACINO MARIAELENA	TERAPIA DEL DOLORE					VISITA A DOMICILIO PER TERAPIA DEL DOLORE	135.00 €	NO	NO	Whatsapp al n. 3493610499	
37696	TUCCINARDI LUCA	TERAPIA DEL DOLORE	4° LUNEDI'	16:30-18:00	89.7A.1	49897A1.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
37696	TUCCINARDI LUCA	TERAPIA DEL DOLORE	4° LUNEDI'	16:30-18:00	89.01.1	4989011.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)	90.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101313	ANTOMARCHI FRANCESCO	UROLOGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30 16:00-18:30	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101313	ANTOMARCHI FRANCESCO	UROLOGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30 16:00-18:30	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101313	ANTOMARCHI FRANCESCO	UROLOGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30 16:00-18:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
101313	ANTOMARCHI FRANCESCO	UROLOGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:30 16:00-18:30	60.11	16011	AGOBIOPSIA PROSTATICA ECO-GUIDATA	350.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	CUP - CCR	
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	1 000.00 €	850.00 €	NO	Acquisizione	

ELENCO

Attività libero professionale ambulatoriale svolta all'interno delle strutture ospedaliere

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	64.0	43640	CIRCONCISIONE	2 000.00 €	1 700.00 €	NO	Acquisizione	
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	57.33	435733	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE CON BIOPSIA	350.00 €	297.50 €	NO	CUP - CCR	
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	255.00 €	NO	CUP - CCR	
100415	CASTELLI MARCO	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	60.11	16011	AGOBIOPSIA PROSTATICA ECO-GUIDATA	500.00 €	425.00 €	NO	CUP - CCR	
100972	FANTINI GEMMA VIOLA	UROLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
100972	FANTINI GEMMA VIOLA	UROLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	CUP - CCR	
100972	FANTINI GEMMA VIOLA	UROLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	
100972	FANTINI GEMMA VIOLA	UROLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	60.11	16011	AGOBIOPSIA PROSTATICA ECO-GUIDATA	200.00 €	170.00 €	160.00 €	CUP - CCR	
100972	FANTINI GEMMA VIOLA	UROLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	64.0	43640	CIRCONCISIONE	2 000.00 €	1 700.00 €	1 600.00 €	CUP - CCR	
100972	FANTINI GEMMA VIOLA	UROLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	1 500.00 €	1 275.00 €	1 200.00 €	CUP - CCR	
401717	VERDUCI GIUSEPPE	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401717	VERDUCI GIUSEPPE	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401717	VERDUCI GIUSEPPE	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	NO	NO	CUP - CCR	
401717	VERDUCI GIUSEPPE	UROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-18:00	64.0	43640	CIRCONCISIONE	2 000.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401717	VERDUCI GIUSEPPE	UROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-18:00	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	500.00 €	NO	NO	Acquisizione	
					S0450		FARMACO BOTOX 99-1044	123.50 €	NO	NO	Acquisizione	