

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	02.39.1	02.39.1	PUNTURA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE	187,50		Neurochirurgia					
	02.93.1	02.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO Non associabile a Visita neurologica di controllo 89.01.C	23,00		Neurologia					
H	02.95	02.95	RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO	38,80		Neurologia					
H	03.31	03.31	RACHICENTESI	187,50		Neurologia	Neurochirurgia				
H	03.8	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali. Incluso farmaco	52,40		Neurologia	Oncologia				la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
H	03.91.1	03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco. Non associabile a 03.91.2, 03.99.1, 86.06, 86.07	157,95		Anestesia/Analgesia					
H	03.91.2	03.91.2	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE [RIFORNIMENTO]. Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento Non associabile a 03.91.1. Incluso farmaco	105,00		Anestesia/Analgesia					
H	03.92	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide]. Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8). Incluso farmaco	103,25		Anestesia/Analgesia	Neurochirurgia				la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
H	03.93.1	03.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	23,00		Anestesia/Analgesia	Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia			
H	03.96.1	03.96.1	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI	103,25		Medicina fisica e riabilitazione	Diagnostica per immagini	Neurologia	Anestesia/Analgesia		
H	03.96.2	03.96.2	BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA. Intero trattamento	103,25		Neurologia	Diagnostica per immagini	Anestesia/Analgesia	Medicina fisica e riabilitazione		
H	03.99.1	03.99.1	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	998,25		Neurochirurgia	Anestesia/Analgesia				
H	04.07.1	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione). Asportazione di neuroma periferico. Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	57,95		Neurologia	Neurochirurgia	Ortopedia			
	04.11.1	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	51,60		Neurochirurgia	Diagnostica per immagini				
H	04.12	04.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI	57,95		Diagnostica per immagini	Neurochirurgia				
H	04.43	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	654,00		Neurochirurgia	Ortopedia				
H	04.44	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.245,00		Ortopedia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	04.49	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE.Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.245,00		Neurochirurgia	Neurologia				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	04.81.1	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesi per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica	51,65		Anestesia/Analgesia	Neurologia				
H	04.81.2	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesi per intervento	15,45		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia	Anestesia/Analgesia			
H	04.93	04.93	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	57,95		Neurologia	Anestesia/Analgesia				
H	05.31	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*A	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*B	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco del Ganglio stellato. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*C	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco del Ganglio celiaco. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*D	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto inferiore DX. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*E	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore SX. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*F	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore DX. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.31	A0531*G	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto inferiore SX. Incluso il farmaco	77,45		Anestesia/Analgesia	Neurologia	Neurochirurgia			
H	05.32	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco	129,50		Neurologia	Neurochirurgia				
	06.01	06.01	AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA	70,00		Endocrinologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia generale			
	06.01.1	06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	56,00		Chirurgia generale	Endocrinologia				
	06.11.2	06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	72,70		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini	Endocrinologia			
	06.98.1	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	72,70		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale	Endocrinologia			
	08.01	08.01	INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	15,50		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	08.01	O0801*P	INCISIONE DELLA PALPEBRA DX. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	15,50		Oculistica					
	08.01	O0801*O	INCISIONE DELLA PALPEBRA SX. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	15,50		Oculistica					
	08.02	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia,Tarsorrafia	16,00		Oculistica					
	08.02	O0802*P	APERTURA DI BLEFARORRAFIA DX Cantorrafia,Tarsorrafia	16,00		Oculistica					
	08.02	O0802*O	APERTURA DI BLEFARORRAFIA SX Cantorrafia,Tarsorrafia	16,00		Oculistica					
	08.11	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	17,20		Oculistica					
	08.11	O0811*A	BIOPSIA DELLA PALPEBRA DX	17,20		Oculistica					
	08.11	O0811*B	BIOPSIA DELLA PALPEBRA SX	17,20		Oculistica					
	08.21	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	32,15		Oculistica					
	08.21	O0821*A	ASPORTAZIONE DI CALAZIO OCCHIO DX	32,15		Oculistica					
	08.21	O0821*B	ASPORTAZIONE DI CALAZIO OCCHIO SX	32,15		Oculistica					
	08.22	08.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	32,15		Oculistica					
	08.22	O0822*A	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA DX Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	32,15		Oculistica					
	08.22	O0822*B	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA SX Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	32,15		Oculistica					
	08.23	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	32,15		Oculistica					
	08.23	O0823*A	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE OCCHIO DX Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	32,15		Oculistica					
	08.23	O0823*B	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE OCCHIO SX Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	32,15		Oculistica					
	08.23	O0823*C	XANTELASMA OCCHIO DX: ASPORTAZIONE CHIRURGICA Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	32,15		Oculistica					
	08.23	O0823*D	XANTELASMA OCCHIO SX: ASPORTAZIONE CHIRURGICA Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	32,15		Oculistica					
	08.24	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	53,90		Oculistica					
	08.24	O0824*A	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE OCCHIO DX. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	53,90		Oculistica					
	08.24	O0824*B	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE OCCHIO SX. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	53,90		Oculistica					
	08.25	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	38,20		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	08.25	O0825*A	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO DX Intervento per blefarocalasi	38,20		Oculistica					
	08.25	O0825*B	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA OCCHIO SX Intervento per blefarocalasi	38,20		Oculistica					
	08.25	O0825*C	INTERVENTO PER BLEFAROCALASI PALPEBRA OCCHIO DX Intervento per blefarocalasi	38,20		Oculistica					
	08.25	O0825*D	INTERVENTO PER BLEFAROCALASI PALPEBRA OCCHIO SX Intervento per blefarocalasi	38,20		Oculistica					
H	08.38	08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA	1.002,00		Oculistica					
	08.42	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	47,05		Oculistica					
	08.42	O0842*A	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA OCCHIO DX	47,05		Oculistica					
	08.42	O0842*B	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA OCCHIO SX	47,05		Oculistica					
	08.43	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	80,80		Oculistica					
	08.43	O0843*A	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME OCCHIO DX	80,80		Oculistica					
	08.43	O0843*B	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME OCCHIO SX	80,80		Oculistica					
H	08.44	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	183,70		Oculistica					
H	08.44	O0844*A	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA DX. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	183,70		Oculistica					
H	08.44	O0844*B	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA SX. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	183,70		Oculistica					
	08.51	08.51	CANTOTOMIA	13,60		Oculistica					
	08.52	08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	48,35		Oculistica					
	08.52	O0852*A	BLEFARORRAFIA OCCHIO DX	48,35		Oculistica					
	08.52	O0852*B	BLEFARORRAFIA OCCHIO SX	48,35		Oculistica					
	08.52	O0852*C	CANTORRAFIA OCCHIO DX	48,35		Oculistica					
	08.52	O0852*D	CANTORRAFIA OCCHIO SX	48,35		Oculistica					
	08.52	O0852*E	TARSORRAFIA OCCHIO DX	48,35		Oculistica					
	08.52	O0852*F	TARSORRAFIA OCCHIO SX	48,35		Oculistica					
H	08.6	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72)	360,95		Oculistica					
H	08.6	O086**A	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA DX CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72)	360,95		Oculistica					
H	08.6	O086**B	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA SX CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72)	360,95		Oculistica					
H	08.72	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	1.002,00		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	08.74	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	1.002,00		Oculistica					
	08.81	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	37,35		Oculistica					
	08.81	O0881*A	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA OCCHIO DX	37,35		Oculistica					
	08.81	O0881*B	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA OCCHIO SX	37,35		Oculistica					
	08.82	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	35,80		Oculistica					
	08.82	O0882*A	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA DX NON A TUTTO SPESSORE	35,80		Oculistica					
	08.82	O0882*B	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA SX NON A TUTTO SPESSORE	35,80		Oculistica					
	08.84	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	81,00		Oculistica					
	08.84	O0884*A	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA DX A TUTTO SPESSORE	81,00		Oculistica					
	08.84	O0884*B	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA SX A TUTTO SPESSORE	81,00		Oculistica					
	08.92	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	26,75		Oculistica					
	08.92	O0892*A	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA DX	26,75		Oculistica					
	08.92	O0892*B	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA SX	26,75		Oculistica					
	08.99.2	08.99.2	INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIOCLARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco	15,00		Oculistica					la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	09.0	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	38,35		Oculistica					
	09.0	O090**A	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO DX. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	38,35		Oculistica					
	09.0	O090**B	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO SX. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	38,35		Oculistica					
	09.11	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	72,80		Oculistica					
	09.11	O0911*A	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO DX	72,80		Oculistica					
	09.11	O0911*B	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO SX	72,80		Oculistica					
	09.12	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	41,00		Oculistica					
	09.12	O0912*A	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO DX	41,00		Oculistica					
	09.12	O0912*B	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO SX	41,00		Oculistica					
	09.19	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	40,90		Oculistica					
H	09.21	09.21	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	72,80		Oculistica					
H	09.21	O0921*A	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO DX Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	72,80		Oculistica					
H	09.21	O0921*B	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE OCCHIO SX Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	72,80		Oculistica					
	09.42	09.42	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	16,45		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	09.42	O0942*A	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI OCCHIO DX Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	16,45		Oculistica					
	09.42	O0942*B	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI OCCHIO SX Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	16,45		Oculistica					
H	09.43	09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	67,85		Oculistica					
H	09.43	O0943*A	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI OCCHIO DX. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	67,85		Oculistica					
H	09.43	O0943*V	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI OCCHIO SX. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	67,85		Oculistica					
	09.44	09.44	INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino	1.032,00		Oculistica					
	09.51	09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE	38,60		Oculistica					
	09.51	O0951*A	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE OCCHIO DX	38,60		Oculistica					
	09.51	O0951*B	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE OCCHIO SX	38,60		Oculistica					
	09.53	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	38,60		Oculistica					
	09.53	O0953*A	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO DX	38,60		Oculistica					
	09.53	O0953*B	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE OCCHIO SX	38,60		Oculistica					
H	09.73	09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	228,65		Oculistica					
H	09.73	O0973*A	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI OCCHIO DX	228,65		Oculistica					
H	09.73	O0973*B	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI OCCHIO SX	228,65		Oculistica					
	09.91	09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: oblitterazione del punto lacrimale	206,00		Oculistica					
	10.0	10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE	516,00		Oculistica					
	10.21	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	31,25		Oculistica					
	10.21	O1021*A	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO DX	31,25		Oculistica					
	10.21	O1021*B	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO SX	31,25		Oculistica					
	10.31	10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	31,25		Oculistica					
	10.31	O1031*A	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO DX. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	31,25		Oculistica					
	10.31	O1031*B	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO SX. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	31,25		Oculistica					
	10.4	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO	109,05		Oculistica					
	10.4	O104**A	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO OCCHIO DX	109,05		Oculistica					
	10.4	O104**B	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO OCCHIO SX	109,05		Oculistica					
	10.6	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	56,60		Oculistica					
	10.6	O106**A	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO DX	56,60		Oculistica					
	10.6	O106**B	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA OCCHIO SX	56,60		Oculistica					
	10.91	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco	11,40		Oculistica					
	10.91	O1091*A	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE OCCHIO DX. Incluso farmaco	11,40		Oculistica					
	10.91	O1091*B	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE OCCHIO SX. Incluso farmaco	11,40		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	11.21	11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA	78,00		Oculistica					
H	11.22	11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA	206,00		Oculistica					
	11.31	11.31	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	71,10		Oculistica					
	11.31	O1131*A	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM OCCHIO DX	71,10		Oculistica					
	11.31	O1131*B	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM OCCHIO SX	71,10		Oculistica					
	11.43	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	32,10		Oculistica					
	11.43	O1143*A	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA OCCHIO DX	32,10		Oculistica					
	11.43	O1143*B	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA OCCHIO SX	32,10		Oculistica					
H	11.53.1	11.53.1	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE	433,00		Oculistica					
H	11.75.1	11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI	354,65		Oculistica					
H	11.75.1	O11751A	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI OCCHIO DX	354,65		Oculistica					
H	11.75.1	O11751B	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI OCCHIO SX	354,65		Oculistica					
	11.99.2	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	123,00	1	Oculistica					
	11.99.2	O11992A	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE OCCHIO DX Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	123,00	1	Oculistica					
	11.99.2	O11992B	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE OCCHIO SX Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	123,00	1	Oculistica					
	11.99.3	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	89,80		Oculistica					
	11.99.3	O11993A	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI OCCHIO DX Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	89,80		Oculistica					
	11.99.3	O11993B	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI OCCHIO SX Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	89,80		Oculistica					
	11.99.5	11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale]. Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi	1.343,00		Oculistica					
	11.99.6	11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica	40,00		Oculistica					
H	12.14	12.14	IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)	111,35		Oculistica					
H	12.22	12.22	BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE	111,35		Oculistica					
	12.22.1	12.22.1	AGOBIOPSIA IRIDE	111,35		Oculistica					
	12.31	12.31	LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER	1.032,00		Oculistica					
H	12.35.1	12.35.1	IRIDOPLASTICA/COREOPLASTICA	69,60		Oculistica					
	12.41	12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	69,60		Oculistica					
	12.41	O1241*A	IRIDOTOMIA LASER OCCHIO DX. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	69,60		Oculistica					
	12.41	O1241*B	IRIDOTOMIA LASER OCCHIO SX. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	69,60		Oculistica					
	12.41	O1241*C	TRATTAMENTO LASER CISTI IRIDEE Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	69,60		Oculistica					
H	12.59	12.59	TRABECULOPLASTICA Mediante laser	69,60		Oculistica					
	12.66	12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	463,00		Oculistica					
	12.72	12.72	CICLOCRIOTERAPIA	109,05		Oculistica					
	12.73	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	108,45		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	12.82	12.82	RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA	420,00		Oculistica					
H	12.84	12.84	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA	1.032,00		Oculistica					
	12.91	12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	33,20		Oculistica					
	12.91	O1291*B	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE OCCHIO SX	33,20		Oculistica					
	12.91	O1291*C	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE OCCHIO DX	33,20		Oculistica					
	12.92	12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco	516,00		Oculistica					
H	12.92.1	12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco	420,00		Oculistica					
H	13.41	13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	640,30		Oculistica					
	13.64	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	94,80		Oculistica					
	13.64	O1364*B	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA OCCHIO DX	94,80		Oculistica					
	13.64	O1364*C	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA OCCHIO SX	94,80		Oculistica					
	13.64	O1364*D	VITREOLISI YAG-LASER OCCHIO DX	94,80		Oculistica					
	13.64	O1364*E	VITREOLISI YAG-LASER OCCHIO SX	94,80		Oculistica					
	13.70.1	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fachico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino	771,05		Oculistica					
H	13.71	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti	806,30		Oculistica					
H	13.72	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	771,05		Oculistica					
H	13.8	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	550,60		Oculistica					
	14.22	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	64,70		Oculistica					
	14.22	O1422*A	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA OCCHIO DX	64,70		Oculistica					
	14.22	O1422*B	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA OCCHIO SX	64,70		Oculistica					
	14.24	14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Fino a 4 sedute	516,00		Oculistica					
H,R	14.24.1	14.24.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occhio. Incluso farmaco	1.516,00		Oculistica					la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	14.24.2	14.24.2	TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	115,00		Oculistica					
	14.24.3	14.24.3	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE	61,00		Oculistica					
	14.29.1	14.29.1	TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	1.400,00		Oculistica					
	14.32	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	70,20		Oculistica					
	14.32	O1432*A	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA OCCHIO DX	70,20		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	14.32	O1432*B	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA OCCHIO SX	70,20		Oculistica					
	14.34	14.34	FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	78,10		Oculistica					
	14.34	O1434*A	FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA OCCHIO DX	78,10		Oculistica					
	14.34	O1434*B	FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA OCCHIO SX	78,10		Oculistica					
	14.59.1	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	28,00		Oculistica					
	14.75	14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post intervento. Include le sostanze	516,00		Oculistica					
	14.79	14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Incluso farmaco	268,15		Oculistica					
	16.22	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	47,05		Oculistica					
	16.22	O1622*A	AGOBIOPSIA ORBITARIA OCCHIO DX	47,05		Oculistica					
	16.22	O1622*B	AGOBIOPSIA ORBITARIA OCCHIO SX	47,05		Oculistica					
	16.71	16.71	RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARE (a scopo igienico)	2,55		Oculistica					
	16.91	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione otticociliare. Incluso farmaco	36,15		Oculistica					
	16.91	O1691*A	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE OCCHIO DX Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione otticociliare. Incluso farmaco	36,15		Oculistica					
	16.91	O1691*B	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE OCCHIO SX Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione otticociliare. Incluso farmaco	36,15		Oculistica					
	18.02	18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	13,45		Otorinolaringoiatria					
	18.02	U1802*A	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE ORECCHIO DX. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	13,45		Otorinolaringoiatria					
	18.02	U1802*B	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE ORECCHIO SX. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	13,45		Otorinolaringoiatria					
	18.12	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	16,15		Otorinolaringoiatria					
	18.12	U1812*A	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO DX	16,15		Otorinolaringoiatria					
	18.12	U1812*B	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO SX	16,15		Otorinolaringoiatria					
	18.21	18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)	215,00		Otorinolaringoiatria					
	18.29	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21	15,75		Otorinolaringoiatria					
	18.29	U1829*A	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO DX. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21	15,75		Otorinolaringoiatria					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	18.29	U1829*C	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO SX. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21	15,75		Otorinolaringoiatria					
	18.31.1	18.31.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	241,00		Otorinolaringoiatria					
	19.4	19.4	RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA	29,90		Otorinolaringoiatria					
	20.01	20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio	23,00		Otorinolaringoiatria					
	20.09.1	20.09.1	MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO	21,50		Otorinolaringoiatria					
	20.31	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54,20		Otorinolaringoiatria					
	20.32.1	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	25,85		Otorinolaringoiatria					
	20.32.1	U20321A	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO DX	25,85		Otorinolaringoiatria					
	20.32.1	U20321B	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO SX	25,85		Otorinolaringoiatria					
	20.39.1	20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE	9,05		Otorinolaringoiatria					
	20.8	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	14,25		Otorinolaringoiatria					
	20.8	U208**A	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO ORECCHIO DX. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	14,25		Otorinolaringoiatria					
	20.8	U208**B	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO ORECCHIO SX. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	14,25		Otorinolaringoiatria					
	20.94	20.94	INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. Incluso farmaco	22,00		Otorinolaringoiatria					
	20.94.A	20.94.A	MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA	22,00		Otorinolaringoiatria					
	21.01	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	14,00		Otorinolaringoiatria					
H	21.02	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE	26,80		Otorinolaringoiatria					
	21.03	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa	18,60		Otorinolaringoiatria					
	21.22	21.22	BIOPSIA DEL NASO	25,85		Otorinolaringoiatria					
	21.31	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	25,55		Otorinolaringoiatria					
H	21.69.1	21.69.1	TURBINOPLASTICA [turbinectomia, frattura turbinati, decongestione chirurgica dei turbinati]	400,00		Otorinolaringoiatria					
	21.71	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	25,15		Otorinolaringoiatria					
H,R	21.88	21.88	SETTOPLASTICA	400,00		Otorinolaringoiatria					
	21.91	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	25,55		Otorinolaringoiatria					
	22.01	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica. Non associabile a 22.02	25,85		Otorinolaringoiatria					
	22.02	22.02	ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)	25,85		Otorinolaringoiatria					
	22.11	22.11	BIOPSIA DEI SENI NASALI	25,85		Otorinolaringoiatria					
H	22.19.1	22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione	19,00		Otorinolaringoiatria					
	22.19.2	22.19.2	MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI	22,00		Otorinolaringoiatria					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	22.71.1	22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	64,00	2	Otorinolaringoiatria	Odontostomatologia				
	22.71.2	22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	64,00	2	Odontostomatologia	Otorinolaringoiatria				
	23.01	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	12,15	3	Odontostomatologia					
	23.09	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia	17,85	3	Odontostomatologia					
	23.19	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia,estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia	33,05	3	Odontostomatologia					
	23.20.1	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	20,80	4	Odontostomatologia					
	23.20.2	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	38,35	4	Odontostomatologia					
	23.20.2	Q23202A	RESTAURO CORONALE DI ELEMENTI TRATTATI ENDODONTICAMENTE Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	38,35	4	Odontostomatologia					
	23.20.3	23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	64,00	5	Odontostomatologia					
	23.3	23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	34,85	5	Odontostomatologia					
	23.41.1	23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso rilevazione impronte	31,65	5	Odontostomatologia					
	23.41.1	Q23411A	PROTESI FISSA: INLAY, ONLAY (IN LEGA AUREA) Incluso rilevazione impronte	31,65	5	Odontostomatologia					
	23.41.3	23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	57,35	5	Odontostomatologia					
	23.41.5	23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	57,35	5	Odontostomatologia					
	23.42.1	23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	17,00	5	Odontostomatologia					
	23.42.2	23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	79,75	6	Odontostomatologia					
	23.43.1	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	129,10	5	Odontostomatologia					
	23.43.2	23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	81,30	5	Odontostomatologia					
	23.43.2	Q23432A	PROTESI RIMOVIBILE: PROTESI SCHELETRATA IN LEGA NON NOBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	81,30	5	Odontostomatologia					
	23.43.6	23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	31,00	7	Odontostomatologia					
	23.49.1	23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	16,25	7	Odontostomatologia					
	23.5	23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	11,50	8	Odontostomatologia					
	23.50.1	23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	11,50	8	Odontostomatologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	23.71.1	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	35,25	11	Odontostomatologia					
	23.71.2	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	57,40	6	Odontostomatologia					
	23.72.1	23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	16,00	11	Odontostomatologia					
	23.72.2	23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	34,85	5	Odontostomatologia					
	23.72.3	23.72.3	PULPOTOMIA	41,30	6	Odontostomatologia					
	23.73	23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	48,10	6	Odontostomatologia					
	24.00.1	24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	29,55		Odontostomatologia					
	24.00.1	Q24001A	INNESTO DI LEMBO LIBERO (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	29,55		Odontostomatologia					
	24.00.2	24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.3	94,25	8	Odontostomatologia					
	24.00.3	24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2	94,25	8	Odontostomatologia					
	24.11	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	31,25		Odontostomatologia					
	24.12	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	31,25		Odontostomatologia					
	24.19.1	24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei (trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture)	23,00	2	Odontostomatologia					
	24.20.1	24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	62,80	8	Odontostomatologia					
	24.20.1	Q24201A	GENGIVOPLASTICA: LEMBO POSIZIONATO IN SITU Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	62,80	8	Odontostomatologia					
	24.20.1	Q24201B	LEMBO A SCORRIMENTO APICALE, CON OSTEOPLASTICA (PER GRUPPO) Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	62,80	8	Odontostomatologia					
	24.20.1	Q24201C	LEMBO DI SCORRIMENTO CORONALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	62,80	8	Odontostomatologia					
	24.31	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)	31,25		Odontostomatologia					
	24.39.1	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	25,20	5	Odontostomatologia					
	24.39.2	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	22,30	6	Odontostomatologia					
	24.4	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	55,30	3	Odontostomatologia					
	24.6	24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	38,00	8	Odontostomatologia					
	24.70.1	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	122,90	9	Odontostomatologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	24.70.2	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	122,90	9	Odontostomatologia					
	24.80.1	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	26,75	9	Odontostomatologia					
	24.80.2	24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	15,00	8	Odontostomatologia					
	24.80.3	24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	16,20	5	Odontostomatologia					
	25.01	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	25,85		Chirurgia generale	Otorinolaringoiatria				
H	25.1	25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	24,00		Odontostomatologia					
	25.91	25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	18,05		Odontostomatologia					
	26.0	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	24,65		Odontostomatologia	Otorinolaringoiatria				
	26.11	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	25,85		Odontostomatologia	Otorinolaringoiatria				
	26.91	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	17,60		Odontostomatologia	Otorinolaringoiatria				
	27.00.1	27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglosso (06.09)	51,90		Odontostomatologia					
	27.00.2	27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)	9,65		Odontostomatologia					
	27.21	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	25,85		Chirurgia generale	Otorinolaringoiatria				
	27.23	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	17,20		Otorinolaringoiatria	Odontostomatologia				
	27.24	27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	31,25		Odontostomatologia	Otorinolaringoiatria				
	27.31	27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO	62,00		Odontostomatologia					
	27.41	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	18,05		Odontostomatologia					
	27.43	27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	62,00		Odontostomatologia					
	27.49.1	27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	25,00		Otorinolaringoiatria	Odontostomatologia				
	27.51	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	23,80		Odontostomatologia	Otorinolaringoiatria				
	27.52	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	23,80		Otorinolaringoiatria	Odontostomatologia				
	27.71	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	10,40		Otorinolaringoiatria					
H	27.72	27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA	62,05		Otorinolaringoiatria					
H	27.79.1	27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	62,00		Otorinolaringoiatria					
	27.91	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	18,05		Odontostomatologia					
	28.00.1	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	22,95		Otorinolaringoiatria					
	28.91	28.91	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE	23,40		Otorinolaringoiatria					
	29.12	29.12	BIOPSIA FARINGEA	31,25		Otorinolaringoiatria					
	29.19.1	29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)	62,00		Otorinolaringoiatria					
	31.42.2	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	20,90		Otorinolaringoiatria					
	31.43	31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	17,65		Otorinolaringoiatria					
	31.48.2	31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE	22,65		Otorinolaringoiatria					
H	31.94.1	31.94.1	INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA	143,00		Otorinolaringoiatria					
H	31.98.1	31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	354,60		Otorinolaringoiatria					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	33.21	33.21	BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	82,60		Pneumologia					
H	33.22	33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche -autofluorescenza - Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	116,70		Pneumologia					
H	33.24	33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22	64,95		Pneumologia					
H	34.23	34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA	164,20		Pneumologia	Diagnostica per immagini				
H	34.24	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata	164,20		Diagnostica per immagini	Pneumologia	Chirurgia generale			
H,R	34.29	34.29	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSBRONCHIALE DI LINFONODI ILO MEDIASTINICI	127,10		Diagnostica per immagini					
H	34.91	34.91	TORACENTESI	105,90		Pneumologia	Chirurgia generale				
H	34.91.1	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	164,20		Diagnostica per immagini	Pneumologia	Chirurgia generale			
H	34.91.2	34.91.2	TORACENTESI ECOGUIDATA	127,10		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini	Pneumologia			
H	34.92	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Iniezione per collasso del polmone	61,95		Oncologia					
H	37.26.1	37.26.1	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFAGEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE	77,45		Cardiologia					
H	37.79.1	37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	1.550,45		Cardiologia					
H	37.85	37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	1.050,45		Cardiologia					
H	37.86	37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	1.250,45		Cardiologia					
H	37.87	37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	1.550,45		Cardiologia					
	38.00.1	38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	35,10		Chirurgia vascolare					
	38.00.2	38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	35,10		Chirurgia vascolare					
	38.21	38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI	41,05		Chirurgia vascolare					
	38.22.1	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	59,25		Dermatologia/Allergologia	Chirurgia vascolare				
H	38.50.1	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE	27,00		Chirurgia vascolare					
H	38.53	38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	251,00		Chirurgia vascolare					
H	38.59.1	38.59.1	VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Escluse le safene	251,00		Chirurgia vascolare					
H	38.59.1	C38591A	VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE DX. Escluse le safene	251,00		Chirurgia vascolare					
H	38.59.1	C38591B	VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE SX. Escluse le safene	251,00		Chirurgia vascolare					
H	38.59.2	38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO. Escluso: trombosi dell'ostio	360,00		Chirurgia vascolare					
	38.80.1	38.80.1	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Escluse safene	833,00		Chirurgia vascolare					
H	38.93.1	38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	24,00		Gastroenterologia					
	38.94.A	38.94.A	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong	40,05		Anestesia/Analgesia					
H	38.95.1	38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	240,00		Nefrologia					
H,R	38.95.2	38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	280,50		Nefrologia					

Atto: DEC.COMSAN/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	38.95.3	38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	240,00		Nefrologia					
H,R	38.95.4	38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	280,50		Nefrologia					
H	38.95.6	38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	240,00		Nefrologia					
H,R	38.95.8	38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE	280,50		Nefrologia					
H,R	38.95.9	38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	280,50		Nefrologia					
H,R	38.95.A	38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	364,65		Nefrologia					
H	38.97	38.97	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port].Incluso: radiografia di controllo	280,50		Oncologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare	Anestesia/Analgesia		
H	38.97.1	38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	282,00		Anestesia/Analgesia	Chirurgia vascolare	Oncologia	Diagnostica per immagini		
H	38.97.2	38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	152,50		Diagnostica per immagini	Anestesia/Analgesia	Oncologia	Chirurgia vascolare		
H,R	39.27	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	331,00		Nefrologia					
H,R	39.27.1	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	331,00		Nefrologia					
H,R	39.42	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	331,00		Nefrologia					
H,R	39.43	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	219,00		Nefrologia					
	39.92.1	39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie	19,60		Chirurgia vascolare					
	39.92.2	39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni e trattamento del varicocele.	99,00		Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini				
	39.95.2	39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	147,25		Nefrologia					
	39.95.3	39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	136,00		Nefrologia					
H	39.95.4	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	172,75		Nefrologia					
H	39.95.5	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	240,00		Nefrologia					
H	39.95.6	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	206,55		Nefrologia					
H	39.95.7	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	240,00		Nefrologia					
H	39.95.8	39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	206,55		Nefrologia					
	39.95.B	39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	150,00		Nefrologia					
H	39.95.C	39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	147,25		Nefrologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	39.95.D	39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	190,00		Nefrologia					
	39.95.E	39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute	20,25		Nefrologia					
	39.95.F	39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	136,00		Nefrologia					
H	39.95.G	39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	172,75		Nefrologia					
H,R	39.95.H	39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	230,00		Nefrologia					
H,R	39.95.I	39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare = 45 kDa). Per seduta	184,70		Nefrologia					
H,R	39.95.J	39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	230,00		Nefrologia					
H,R	39.95.K	39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare = 45 kDa). Per seduta	1.000,00		Nefrologia					
H	39.95.L	39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	195,00		Nefrologia					
H	39.95.M	39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	195,00		Nefrologia					
H	39.95.N	39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	184,35		Nefrologia					
	39.95.O	39.95.O	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta	105,00		Nefrologia					
	39.95.P	39.95.P	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta	105,00		Nefrologia					
H,R	39.95.Q	39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	185,00		Nefrologia					
H	39.99.1	39.99.1	ECOCOLOR DOPPLER PULSATO DI FISTOLA ARTEROVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO	17,45		Diagnostica per immagini	Nefrologia				
H,R	39.99.2	39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)	500,00		Nefrologia					
H,R	39.99.3	39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesto	500,00		Nefrologia	Diagnostica per immagini	Oncologia			
H	39.99.4	39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	17,50		Nefrologia	Diagnostica per immagini				
H	39.99.5	39.99.5	ECOCOLORDOPPLER DI FISTOLA ARTEROVENOSA	34,05		Chirurgia vascolare	Nefrologia				
H	39.99.6	39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)	16,00		Nefrologia					
	40.11.1	40.11.1	BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali	51,00		Chirurgia generale					
	40.11.1	C40111A	BIOPSIA LINFONODI CERVICALI DX	51,00		Chirurgia generale					
	40.11.1	C40111B	BIOPSIA LINFONODI CERVICALI SX	51,00		Chirurgia generale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.51.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	40.11.1	C40111C	BIOPSIA LINFONODI PRESCALENICI DX	51,00		Chirurgia generale					
	40.11.1	C40111D	BIOPSIA LINFONODI PRESCALENICI SX	51,00		Chirurgia generale					
	40.11.1	C40111E	BIOPSIA LINFONODI SOPRACLAVEARI DX	51,00		Chirurgia generale					
	40.11.1	C40111F	BIOPSIA LINFONODI SOPRACLAVEARI SX	51,00		Chirurgia generale					
	40.11.2	40.11.2	BIOPSIA ESCISSORIALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE	258,20		Chirurgia generale					
	40.11.2	C40112A	BIOPSIA LINFONODI ASCELLARI DX	258,20		Chirurgia generale					
	40.11.2	C40112B	BIOPSIA LINFONODI ASCELLARI SX	258,20		Chirurgia generale					
	40.11.2	C40112C	BIOPSIA LINFONODI INGUINALI DX	258,20		Chirurgia generale					
	40.11.2	C40112D	BIOPSIA LINFONODI INGUINALI SX	258,20		Chirurgia generale					
	40.19.1	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	66,00		Chirurgia generale	Pneumologia	Diagnostica per immagini			
	40.19.2	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	105,65		Chirurgia generale	Pneumologia	Diagnostica per immagini			
	40.29	40.29	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di Igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfadenectomia singola	51,00		Chirurgia generale					
	41.31	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	42,70		Chirurgia generale	Oncologia	Diagnostica per immagini			
	42.24	42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	123,55		Gastroenterologia					
	42.24.1	42.24.1	BIOPSIA DELL' ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2	64,95		Gastroenterologia					
	42.29.2	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	81,60		Gastroenterologia					
	42.29.3	42.29.3	pH-METRIA TELEMETRICA	281,60		Gastroenterologia					
	42.29.4	42.29.4	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)	130,00		Gastroenterologia					
	42.33.1	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	194,40		Gastroenterologia					
	42.33.2	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)	259,30		Gastroenterologia					
	42.33.3	42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	94,00		Gastroenterologia					
	42.33.4	42.33.4	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	107,00		Gastroenterologia					
	42.92.1	42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)	112,55		Gastroenterologia					
	42.93	42.93	INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA	94,10		Gastroenterologia					
	43.11.1	43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	200,00		Gastroenterologia					
	43.41.1	43.41.1	POLYPECTOMIA GASTRICA IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	193,55		Gastroenterologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	43.41.2	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)	259,30		Gastroenterologia					
	44.14	44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2).	64,95		Gastroenterologia					
H	44.14.1	44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3; 45.16.1; 45.16.2; 44.19.3	556,80		Gastroenterologia					
	44.19.2	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	20,10		Laboratorio	Gastroenterologia				
H	44.19.3	44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1	253,25		Gastroenterologia					
	44.22.1	44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	185,00		Gastroenterologia					
H,R	44.93.1	44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO	1.470,00		Gastroenterologia					
H,R	44.94.1	44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO	63,00		Gastroenterologia					
	45.13	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	64,90		Gastroenterologia					
	45.13.1	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	863,75	12	Gastroenterologia					
	45.13.2	45.13.2	ENTEROSCOPIA	88,00		Gastroenterologia					
	45.13.3	45.13.3	ENTEROSCOPIA CON BIOPSIA	96,90		Gastroenterologia					
	45.14.1	45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1;45.16.2)	64,95		Gastroenterologia					
	45.14.2	45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)	64,95		Gastroenterologia					
	45.14.3	45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 44.14.1	90,95		Gastroenterologia					
	45.16.1	45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	123,55		Gastroenterologia					
	45.16.2	45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	172,95		Gastroenterologia					
	45.19.1	45.19.1	MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)	32,45		Gastroenterologia					
	45.19.2	45.19.2	COLORAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGADA (45.23.1)	32,45		Gastroenterologia					
	45.23	45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5	95,90		Gastroenterologia					
	45.23.1	45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5	116,40		Gastroenterologia					
	45.23.2	45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	123,55		Gastroenterologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	45.23.3	45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica	123,55		Gastroenterologia					
	45.23.4	45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla	172,95		Gastroenterologia					
	45.24	45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23). Non associabile a 45.29.5	47,40		Gastroenterologia					
	45.24.1	45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. scluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	123,55		Gastroenterologia					
	45.24.2	45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	172,95		Gastroenterologia					
	45.25	45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1	64,95		Gastroenterologia					
	45.25.1	45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1	90,95		Gastroenterologia					
	45.25.2	45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1	64,95		Gastroenterologia					
	45.25.3	45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1	90,95		Gastroenterologia					
	45.26.1	45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5)	556,80		Gastroenterologia					
	45.29.1	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO	74,85		Gastroenterologia					
	45.29.2	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	21,20		Dermatologia/Allergologia	Gastroenterologia				
	45.29.3	45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	21,20		Dermatologia/Allergologia	Gastroenterologia				
H	45.29.5	45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	253,25		Gastroenterologia					
	45.29.6	45.29.6	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA	21,20		Gastroenterologia					
	45.29.7	45.29.7	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA	21,20		Gastroenterologia					
	45.29.8	45.29.8	TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE	61,05		Gastroenterologia					
	45.30.1	45.30.1	POLIPECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	194,40		Gastroenterologia					
	45.30.2	45.30.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: Biopsia del duodeno (45.14.1)	259,30		Gastroenterologia					
	45.42	45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	117,05		Gastroenterologia					
	45.42.1	45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	112,00		Gastroenterologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	45.42.2	45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	400,00		Gastroenterologia					
	45.43.1	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA . Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: Controllo di emorragia. Escluso: Poliectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica (45.42); Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede multipla (45.42.1)	122,65		Gastroenterologia					
	46.85.1	46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	172,65		Gastroenterologia					
	48.23	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile a 48.29.2	31,90		Gastroenterologia					
	48.23.1	48.23.1	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	112,40		Gastroenterologia					
	48.24	48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1	64,95		Gastroenterologia					
	48.24.1	48.24.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24	556,80		Gastroenterologia					
	48.29.1	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	58,35		Gastroenterologia					
	48.29.2	48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1)	253,25		Gastroenterologia					
	49.01	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	39,75		Chirurgia generale					
	49.02	49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	39,75		Chirurgia generale					
	49.04	49.04	ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI	39,75		Chirurgia generale					
	49.11	49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	39,75		Chirurgia generale					
	49.21	49.21	ANOSCOPIA	22,70		Gastroenterologia					
	49.23	49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI	31,25		Chirurgia generale					
	49.39	49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	47,25		Chirurgia generale					
	49.41	49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	47,50		Chirurgia generale					
	49.42	49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI	16,50		Chirurgia generale					
	49.44	49.44	TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI	47,50		Chirurgia generale					
	49.45	49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI	47,50		Chirurgia generale					
	49.47	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia]	47,50		Chirurgia generale					
	49.49.1	49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	47,50		Chirurgia generale					
	49.59	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	45,70		Chirurgia generale					
H	50.11	50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	94,90		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
H	50.19.1	50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	189,85		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
H	50.91.1	50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA.Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	94,90		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H	50.91.2	50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO SENZA E CON MDC. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	195,00		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	51.14.1	51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	89,00		Chirurgia generale					
H	52.13	52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA	253,25		Gastroenterologia					
H	52.14	52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	556,80		Gastroenterologia					
H,R	53.00.1	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.068,50		Chirurgia generale					
H,R	53.00.2	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA..Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.068,50		Chirurgia generale					
H,R	53.21.1	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.068,50		Chirurgia generale					
H,R	53.29.1	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.068,50		Chirurgia generale					
H,R	53.41	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.068,50		Chirurgia generale					
H,R	53.49.1	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.068,50		Chirurgia generale					
H	54.00	54.00	INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE	34,85		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	54.22	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	25,85		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H	54.24.1	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	94,90		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H	54.24.2	54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	189,85		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	54.91	54.91	PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneooperitoneale (54.93)	34,85		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H	54.91.1	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	94,45		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H	54.91.2	54.91.2	DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	43,55		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H,R	54.93	54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneooperitoneale	179,60		Nefrologia					
H,R	54.93.1	54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere	46,20		Nefrologia					
H,R	54.93.2	54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	30,80		Nefrologia					
H	54.97	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)	61,95		Oncologia	Diagnostica per immagini	Nefrologia			
	54.98.1	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sedute	54,70		Nefrologia					
	54.98.2	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	46,65		Nefrologia					
	54.98.3	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	83,00		Nefrologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	54.98.4	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	55,50		Nefrologia					
	54.98.5	54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	52,65		Nefrologia					
	54.98.6	54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	56,65		Nefrologia					
	54.98.7	54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD]. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	50,00		Nefrologia					
H	54.98.8	54.98.8	TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e CICr/BSA	59,15		Nefrologia					
H,R	54.98.A	54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	35,00		Nefrologia					
H	55.03	55.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE	843,50		Diagnostica per immagini	Urologia				
H	55.92	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	68,10		Urologia	Diagnostica per immagini				
H	55.92	C5592*A	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE DX. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	68,10		Urologia	Diagnostica per immagini				
H	55.92	C5592*B	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE SX. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	68,10		Urologia	Diagnostica per immagini				
	55.93	55.93	SOSTITUZIONE DI CATETERE NEFROSTOMICO	100,00		Diagnostica per immagini	Urologia				
H	56.62	56.62	REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA	510,40		Urologia					
H	57.17	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	32,15		Urologia	Diagnostica per immagini				
	57.32	57.32	URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a Cateterizzazione ureterale (59.8)	57,00		Urologia					
	57.33	57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA	73,10		Urologia					
	57.39.2	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	57,25		Urologia					
	57.94	57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso: lavaggio vescicale	9,45		Urologia					
H	58.23	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	64,95		Urologia					
H	58.31	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	45,55		Urologia					
	58.60.1	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	34,05		Urologia					
	58.60.2	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta	10,45		Urologia					
H	58.60.3	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO	44,80		Urologia					
H	59.8	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32)	33,30		Urologia					
	60.11	60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	94,90		Diagnostica per immagini	Urologia				
	60.13	60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	86,80		Urologia	Diagnostica per immagini				
	61.91	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	18,65		Urologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	62.11	62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	99,00		Urologia	Endocrinologia				
	63.52	63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	17,85		Urologia					
H	63.71	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	100,75		Urologia					
H	63.99.1	63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE	800,00		Urologia	Diagnostica per immagini				
H	64.0	64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	129,10		Urologia					
	64.11	64.11	BIOPSIA DEL PENE	46,65		Urologia					
	64.2	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)	57,15		Urologia	Dermatologia/Allergologia				
	64.92.1	64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE	21,25		Urologia					
	64.93	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	22,80		Urologia					
H,R	65.11	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione	945,00		Ostetricia e ginecologia					
	65.11.1	65.11.1	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO	99,00		Ostetricia e ginecologia					
H	65.91	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.91.1)	99,00		Ostetricia e ginecologia					
H	65.91	T6591*A	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO DX. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.91.1)	99,00		Ostetricia e ginecologia					
H	65.91	T6591*B	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO SX. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.91.1)	99,00		Ostetricia e ginecologia					
	67.12	67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA	35,45		Ostetricia e ginecologia					
	67.19.1	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)	34,55		Ostetricia e ginecologia					
	67.32	67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia. Non associabile a 71.30.1	43,50		Ostetricia e ginecologia					
H	67.32.1	67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA	44,60		Ostetricia e ginecologia					
	68.12.1	68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1	64,35		Ostetricia e ginecologia					
	68.16.1	68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	64,95		Ostetricia e ginecologia					
H	68.29.2	68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	259,30		Ostetricia e ginecologia					
	69.7	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	12,75		Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.1	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]	75,70		Laboratorio	Ostetricia e ginecologia				
H,R	69.92.2	69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	900,00	13	Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.3	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.	900,00	14	Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.4	69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	99,00		Ostetricia e ginecologia	Urologia				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H,R	69.92.5	69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica	450,00		Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.6	69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica	196,00		Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.7	69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.	2.400,00	14	Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.8	69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	900,00	13	Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.9	69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI	400,00		Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.A	69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA	95,35		Ostetricia e ginecologia					
H,R	69.92.B	69.92.B	CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	34,00		Altre					
	70.21	70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI	11,05		Ostetricia e ginecologia					
	70.29.1	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia	35,45		Ostetricia e ginecologia					
	70.33.1	70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1	35,10		Dermatologia/Allergologia	Ostetricia e ginecologia				
	71.11	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia	46,65		Ostetricia e ginecologia					
H	71.22	71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	28,25		Ostetricia e ginecologia					
	71.30.1	71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA e 67.32 DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE	23,35		Ostetricia e ginecologia	Dermatologia/Allergologia				
H	75.10.1	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	87,85		Ostetricia e ginecologia					
H	75.10.2	75.10.2	AMNIOCENTESI	73,90		Ostetricia e ginecologia					
H,R	75.33.1	75.33.1	FUNICOLOCENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO	97,10		Ostetricia e ginecologia					
	75.34.1	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	16,40		Ostetricia e ginecologia					
	76.01	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	30,65		Odontostomatologia					
H	76.2	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	115,25		Odontostomatologia					
	76.77	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	25,25		Odontostomatologia					
	76.93	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,85		Odontostomatologia	Ortopedia				
	76.96	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco. Non associabile a 81.91.1	27,85		Odontostomatologia	Ortopedia				
	76.97	76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI.Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale	15,00		Odontostomatologia					
H	76.99	76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	154,90		Odontostomatologia					
	77.40	77.40	BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA	42,70		Ortopedia	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H,R	77.56	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.365,00		Ortopedia					
	78.60	78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata	38,80		Ortopedia					
H,R	80.20	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.111,00		Ortopedia					
	80.30	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca	53,80		Ortopedia	Diagnostica per immagini				
H	81.16	81.16	ARTRODESI METATARSOFFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.111,00		Ortopedia					
H	81.25	81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.466,80		Ortopedia					
H	81.26	81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.466,80		Ortopedia					
H	81.27	81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.466,80		Ortopedia					
H	81.28	81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.111,00		Ortopedia					
H	81.72	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.505,00		Ortopedia					
H	81.75	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.505,00		Ortopedia					
	81.91	81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	31,25		Ortopedia					
	81.91.1	81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96	31,25		Odontostomatologia					
	81.92	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco	27,85		Anestesia/Analgesia	Diagnostica per immagini	Oncologia	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia	
H,R	81.92.1	81.92.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore. Incluso farmaco	290,00		Ortopedia	Chirurgia Plastica				
H	82.04	82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	290,00		Ortopedia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	82.21	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.124,85		Ortopedia					
H	82.22	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.124,85		Ortopedia					
H	82.29	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.124,85		Ortopedia					
H	82.31	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.124,85		Ortopedia					
H	82.41	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.124,85		Ortopedia					
H	82.45	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.452,00		Ortopedia					
H	82.46	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.124,85		Ortopedia					
H	82.53	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.452,00		Ortopedia					
H	82.54	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.111,00		Ortopedia					
H	82.91	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.080,10		Ortopedia	Neurologia	Neurochirurgia			
	83.02	83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	22,50		Ortopedia					
H	83.03	83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	31,80		Ortopedia					
	83.21	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	41,05		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini	Ortopedia			
	83.21.1	83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI	51,30		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
H	83.31	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	38,15		Ortopedia	Chirurgia generale				
H	83.61	83.61	SUTURA DI GUAINA TENDINEA	31,00		Ortopedia					
	83.65.1	83.65.1	SUTURA DI MUSCOLI O FASCE	14,00		Chirurgia generale	Ortopedia				
H	83.65.2	83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE	14,00		Chirurgia generale	Ortopedia				
	83.98	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco ed eventuale guida ecografica	6,95		Ortopedia	Chirurgia generale	Diagnostica per immagini			
H,R	84.01	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.286,90		Ortopedia	Chirurgia vascolare				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H,R	84.02	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.286,90		Ortopedia	Chirurgia vascolare				
H,R	84.11	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	826,00		Ortopedia	Chirurgia vascolare				
H	84.3	84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.286,90		Chirurgia vascolare	Ortopedia				
	85.0	85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	30,85		Chirurgia generale					
	85.0	C850**A	MASTOTOMIA DX Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	30,85		Chirurgia generale					
	85.0	C850**B	MASTOTOMIA SX Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	30,85		Chirurgia generale					
	85.11	85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	31,25		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.11	C8511*A	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA DX. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	31,25		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.11	C8511*B	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA SX. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	31,25		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.11.1	85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	39,10		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.11.1	C85111A	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA DX. Biopsia con ago sottile della mammella	39,10		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.11.1	C85111B	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA SX. Biopsia con ago sottile della mammella	39,10		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.11.2	85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	42,20		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.11.3	85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA ""VACUUM ASSISTED"" ECOGUIDATA	408,90		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.11.4	85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA ""VACUUM ASSISTED"" IN STEREOTASSI	429,35		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.11.5	85.11.5	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	94,90		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.11.6	85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	97,00		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.11.7	85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	128,10		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.11.9	85.11.9	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE	510,00		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.19.1	85.19.1	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO	510,00		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	85.20	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	32,55		Chirurgia generale					
	85.20	C8520*A	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA DX. Incisione di ascesso mammario	32,55		Chirurgia generale					
	85.20	C8520*B	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA SX. Incisione di ascesso mammario	32,55		Chirurgia generale					
	85.21	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	36,80		Chirurgia generale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	85.21	C8521*A	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA DX. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	36,80		Chirurgia generale					
	85.21	C8521*B	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA SX. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	36,80		Chirurgia generale					
	85.21.1	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata	39,10		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.21.1	C85211A	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA SX Ecoguidata	39,10		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.21.1	C85211B	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA DX Ecoguidata	39,10		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	85.24	85.24	ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA	32,55		Chirurgia generale					
	85.25	85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO	32,55		Chirurgia generale					
	86.01	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	9,15		Chirurgia generale					
	86.02.1	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	16,85		Chirurgia Plastica					
	86.02.2	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	9,05		Chirurgia Plastica					
	86.02.3	86.02.3	TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO	16,50		Chirurgia Plastica					
	86.03	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	31,05		Chirurgia Plastica					
	86.04	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, fovo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	42,75		Chirurgia generale	Endocrinologia				
	86.05.1	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS (98.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE (98.24)	40,05		Chirurgia generale					
H	86.05.2	86.05.2	REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	40,05		Cardiologia					
H	86.06	86.06	INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	280,50		Chirurgia generale	Anestesia/Analgesia				
	86.06.1	86.06.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORNIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Incluso farmaco	4,00		Anestesia/Analgesia					
H	86.07	86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	395,00		Chirurgia generale	Anestesia/Analgesia	Chirurgia vascolare			
	86.11	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	38,50		Chirurgia generale	Diagnostica per immagini				
	86.23	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	53,65		Chirurgia generale					
	86.24	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	8,40		Chirurgia generale	Dermatologia/Allergologia	Chirurgia Plastica			
	86.27	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	20,10		Chirurgia generale					
	86.30.1	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta	14,65		Dermatologia/Allergologia					
	86.30.3	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta	14,75		Dermatologia/Allergologia					
	86.30.4	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	23,90		Dermatologia/Allergologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	86.30.5	86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA	34,00		Dermatologia/Allergologia					
	86.4	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE . Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	34,00		Chirurgia Plastica					
	86.59.4	86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	12,00		Chirurgia generale	Otorinolaringoiatria				
H	86.61	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.61	S8661*A	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO DX. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.61	S8661*B	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO SX. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.62	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.62	D8662*A	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO DX. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.62	D8662*B	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO SX. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.63	86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
	86.65	86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE	247,90		Chirurgia Plastica					
H	86.69	86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235,20		Chirurgia Plastica					
H	86.71	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di peduncolo o lembo - Sezione di peduncolo di lembo	340,25		Chirurgia Plastica					
H	86.72	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	340,25		Chirurgia Plastica					
H	86.73	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	327,80		Chirurgia Plastica					
H	86.73	D8673*A	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO DX. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	327,80		Chirurgia Plastica					
H	86.73	D8673*B	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO SX. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	327,80		Chirurgia Plastica					
H	86.74	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	453,65		Chirurgia Plastica					
H	86.75	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato	283,55		Chirurgia Plastica					
H	86.84	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a ?? della cute della mano e delle dita della mano	294,00		Chirurgia Plastica	Chirurgia generale				
H	86.85	86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA	1.286,90		Chirurgia generale					
	86.86	86.86	ONICOPLASTICA	882,00		Chirurgia Plastica					
	86.92	86.92	ELETTROLISI E ALTRA DEPILAZIONE CUTANEA	30,95		Chirurgia Plastica					
	87.03	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbita (87.03.C)	74,85		Diagnostica per immagini					
	87.03.1	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MCD (87.03.D)	120,40		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	87.03.2	87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	80,45		Diagnostica per immagini					
	87.03.2	G87032C	TC DELLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	80,45		Diagnostica per immagini					
	87.03.3	87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	127,80		Diagnostica per immagini					
	87.03.3	G87033C	TC DELLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI, SENZA E CON CONTRASTO [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	127,80		Diagnostica per immagini					
	87.03.5	87.03.5	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	74,85		Diagnostica per immagini					
	87.03.6	87.03.6	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	120,40		Diagnostica per immagini					
	87.03.6	G87036C	TC DELLE MASTOIDI E DELL'ANGOLO PONTO-CEREBELLARE, SENZA E CON CONTRASTO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	120,40		Diagnostica per immagini					
	87.03.7	87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A	74,85		Diagnostica per immagini					
	87.03.8	87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.D	120,40		Diagnostica per immagini					
	87.03.9	87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	127,80		Diagnostica per immagini					
	87.03.A	87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03	74,85		Diagnostica per immagini					
	87.03.B	87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1	120,40		Diagnostica per immagini					
	87.03.C	87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo). Non associabile a 87.03	74,85		Diagnostica per immagini					
	87.03.D	87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1	120,40		Diagnostica per immagini					
	87.03.E	87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	44,90		Diagnostica per immagini					
	87.03.F	87.03.F	TC DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]	72,25		Diagnostica per immagini					
	87.05	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	85,20		Diagnostica per immagini					
H	87.06	87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	30,45		Diagnostica per immagini					
	87.06.1	87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	54,70		Diagnostica per immagini					
	87.06.1	G87061B	RX GHIANDOLE SALIVARI DX CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	54,70		Diagnostica per immagini					
	87.06.1	G87061C	RX GHIANDOLE SALIVARI SX CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	54,70		Diagnostica per immagini					
	87.09.1	87.09.1	RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari	15,20		Diagnostica per immagini					
	87.09.2	87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	66,60		Diagnostica per immagini					
	87.11.2	87.11.2	RX CON OCCLUSALE DELLE ARCATE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore	9,30		Diagnostica per immagini					
	87.11.3	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	20,65		Diagnostica per immagini	Odontostomatologia				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	87.12.1	87.12.1	TELERRADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	10,30		Diagnostica per immagini					
	87.12.2	87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.7B.5)	6,20		Diagnostica per immagini	Odontostomatologia				
	87.16.3	87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	26,85		Diagnostica per immagini					
	87.16.4	87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	44,40		Diagnostica per immagini					
	87.16.6	G87166A	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE DX	14,95		Diagnostica per immagini					
	87.16.6	G87166B	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE SX	14,95		Diagnostica per immagini					
	87.16.6	87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE	14,95		Diagnostica per immagini					
	87.16.7	87.16.7	RX EMIMANDIBOLA	14,95		Diagnostica per immagini					
	87.17.3	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.17.4	87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	22,20		Diagnostica per immagini					
	87.22	87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	18,05		Diagnostica per immagini					
	87.22	G8722*B	RX COLONNA CERVICALE: PROIEZIONI OBLIQUE Incluso: studio dinamico	18,05		Diagnostica per immagini					
	87.22	G8722*C	RX DENTE DELL'EPISTROFEO Incluso: studio dinamico	18,05		Diagnostica per immagini					
	87.23	87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.23	G8723*B	RX COLONNA DORSALE X MORFOMETRIA VERTEBRALE Incluso: studio dinamico	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.23.6	87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.24	87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.24	G8724*B	RX COLONNA LOMBOSACRALE PER MORFOMETRIA VERTEBRALE Incluso: studio dinamico	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.24	G8724*C	RX COLONNA LOMBOSACRALE: PROIEZIONI OBLIQUE Incluso: studio dinamico	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.24	G8724*D	RX TRATTO SACRO - COCCIGEO Incluso: studio dinamico	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.24.6	87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.24.7	87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE.Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)	17,30		Diagnostica per immagini					
	87.29	87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	34,60		Diagnostica per immagini					
	87.35	87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE	68,15		Diagnostica per immagini					
	87.37.1	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	34,85		Diagnostica per immagini					
	87.37.2	G87372A	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX	22,95		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	87.37.2	G87372B	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX	22,95		Diagnostica per immagini					
	87.37.2	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	22,95		Diagnostica per immagini					
	87.41	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	77,65		Diagnostica per immagini					
	87.41.1	87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	124,10		Diagnostica per immagini					
	87.41.1	G87411C	TC DELLE CORONARIE, SENZA E CON CONTRASTO [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	124,10		Diagnostica per immagini					
	87.42.4	87.42.4	TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	77,65		Diagnostica per immagini					
	87.42.5	87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)	141,45		Diagnostica per immagini					
	87.42.6	87.42.6	TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	141,45		Diagnostica per immagini					
	87.43.1	87.43.1	RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24,25		Diagnostica per immagini					
	87.43.1	G87431A	RX CLAVICOLA DX Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24,25		Diagnostica per immagini					
	87.43.1	G87431B	RX CLAVICOLA SX Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24,25		Diagnostica per immagini					
	87.43.1	G87431D	RX STERNO Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24,25		Diagnostica per immagini					
	87.43.1	G87431E	RX EMITORACE DX Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24,25		Diagnostica per immagini					
	87.43.1	G87431F	RX EMITORACE SX Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24,25		Diagnostica per immagini					
	87.43.3	87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE	18,75		Diagnostica per immagini					
	87.43.4	87.43.4	RX DELLO STERNO	18,75		Diagnostica per immagini					
	87.43.5	87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA	21,20		Diagnostica per immagini					
	87.44.1	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	15,45		Diagnostica per immagini					
	87.54.1	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	55,80		Diagnostica per immagini					
	87.61	87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	70,50		Diagnostica per immagini					
	87.62	87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	50,10		Diagnostica per immagini					
	87.62.1	87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO	37,40		Diagnostica per immagini					
	87.62.2	87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)	47,25		Diagnostica per immagini					
	87.62.3	87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)	59,35		Diagnostica per immagini					
	87.63	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO	45,45		Diagnostica per immagini					
	87.64.1	87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	29,95		Diagnostica per immagini					
	87.65.1	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	51,65		Diagnostica per immagini					
	87.65.2	87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO	91,65		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	87.65.3	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)	140,95		Diagnostica per immagini					
	87.69.2	87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE	63,25		Diagnostica per immagini					
	87.69.3	87.69.3	DEFECOGRAFIA	63,25		Diagnostica per immagini					
	87.69.4	87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA	84,80		Diagnostica per immagini					
	87.73	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	89,35		Diagnostica per immagini					
	87.74.1	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	68,65		Diagnostica per immagini					
	87.74.2	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto	91,90		Diagnostica per immagini					
	87.75.1	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	43,35		Diagnostica per immagini					
	87.76	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	66,10		Diagnostica per immagini					
	87.76.1	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	53,70		Diagnostica per immagini					
	87.79.1	87.79.1	URETROGRAFIA RETROGRADA	43,90		Diagnostica per immagini					
	87.79.2	87.79.2	ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]	68,00		Diagnostica per immagini	Urologia				
	87.83	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto. Non associabile a 87.83.1	108,45		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
	87.83.1	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	60,55		Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
	87.83.2	87.83.2	ISTEROSONOGRAMMA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	46,00		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
	88.01.1	88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	79,45		Diagnostica per immagini					
	88.01.2	88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a 88.01.7, 88.01.8, 88.01.9, 88.02.1, 88.38.F e 88.38.9	126,90		Diagnostica per immagini					
	88.01.3	88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	79,45		Diagnostica per immagini					
	88.01.4	88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F e 88.38.9	126,90		Diagnostica per immagini					
	88.01.5	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	103,65		Diagnostica per immagini					
	88.01.6	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9	158,00		Diagnostica per immagini					
	88.01.7	88.01.7	TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	144,40		Diagnostica per immagini					
	88.01.8	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	165,55		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.01.9	88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	158,00		Diagnostica per immagini					
	88.02.1	88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	158,00		Diagnostica per immagini					
	88.03.2	88.03.2	FISTOLOGRAFIA	54,20		Diagnostica per immagini					
	88.03.2	G88032B	FISTOLOGRAFIA PARETE ADDOMINALE E/O DELL'ADDOME. (4 RADIOGRAMMI)	54,20		Diagnostica per immagini					
	88.03.2	G88032C	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (MINIMO 2 RADIOGRAMMI)	54,20		Diagnostica per immagini					
	88.03.2	G88032D	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (MINIMO 2 RADIOGRAMMI)	54,20		Diagnostica per immagini					
	88.03.2	G88032A	FISTOLOGRAFIA PARETE TORACICA. (minimo 2 radiogrammi)	54,20		Diagnostica per immagini					
	88.19	88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO]	19,35		Diagnostica per immagini					
	88.21.1	88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.21.2	G88212A	RX SPALLA DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.21.2	G88212B	RX SPALLA SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.21.2	88.21.2	RX DELLA SPALLA	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.21.3	88.21.3	RX DEL BRACCIO	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.21.3	G88213A	RX BRACCIO DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.21.3	G88213B	RX BRACCIO SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.22.1	88.22.1	RX DEL GOMITO	14,95		Diagnostica per immagini					
	88.22.1	G88221A	RX GOMITO DX	14,95		Diagnostica per immagini					
	88.22.1	G88221B	RX GOMITO SX	14,95		Diagnostica per immagini					
	88.22.2	G88222A	RX AVAMBRACCIO DX	14,95		Diagnostica per immagini					
	88.22.2	G88222B	RX AVAMBRACCIO SX	14,95		Diagnostica per immagini					
	88.22.2	88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	14,95		Diagnostica per immagini					
	88.23.1	G88231A	RX POLSO DX	14,20		Diagnostica per immagini					
	88.23.1	G8823BA	RX POLSO SX	14,20		Diagnostica per immagini					
	88.23.1	88.23.1	RX DEL POLSO	14,20		Diagnostica per immagini					
	88.23.2	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	14,20		Diagnostica per immagini					
	88.23.2	G88232A	RX MANO DX comprese le dita	14,20		Diagnostica per immagini					
	88.23.2	G88232B	RX MANO SX comprese le dita	14,20		Diagnostica per immagini					
	88.26.1	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	17,55		Diagnostica per immagini					
	88.26.1	G88261A	RX ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	17,55		Diagnostica per immagini					
	88.26.1	G88261B	RX BACINO	17,55		Diagnostica per immagini					
	88.26.1	G88261C	RX BACINO IN ORTOSTATISMO	17,55		Diagnostica per immagini					
	88.26.2	G88262A	RX ANCA DX	17,55		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.26.2	G88262B	RX ANCA SX	17,55		Diagnostica per immagini					
	88.26.2	88.26.2	RX DELL'ANCA	17,55		Diagnostica per immagini					
	88.27.1	88.27.1	RX DEL FEMORE	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.1	G88271A	RX FEMORE DX	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.1	G88271B	RX FEMORE SX	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	G88272A	RX GINOCCHIO DX	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	G88272B	RX GINOCCHIO SX	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	G88272E	RX ASSIALE DI ROTULA DX (3 proiez.)	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	G88272F	RX ASSIALE DI ROTULA SX (3 proiez.)	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	G88272C	RX GINOCCHIO DX IN APPOGGIO MONOPODALICO	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	G88272D	RX GINOCCHIO SX IN APPOGGIO MONOPODALICO	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.2	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.3	G88273A	RX GAMBA DX	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.3	G88273B	RX GAMBA SX	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.27.3	88.27.3	RX DELLA GAMBA	21,15		Diagnostica per immagini					
	88.28.1	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282A	RX CALCAGNO DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282B	RX CALCAGNO SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282C	RX CAVIGLIA DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282D	RX CAVIGLIA SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282E	RX DITO PIEDE DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282F	RX DITO PIEDE SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282G	RX PIEDE DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282H	RX PIEDE SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282L	RX AVANPIEDE SX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.28.2	G88282M	RX AVANPIEDE DX	17,80		Diagnostica per immagini					
	88.29.1	G88291C	RX PIEDE DX SOTTO CARICO	30,20		Diagnostica per immagini					
	88.29.1	G88291D	RX PIEDE SX SOTTO CARICO	30,20		Diagnostica per immagini					
	88.29.1	88.29.1	RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30,20		Diagnostica per immagini					
	88.29.1	G88291A	RX GINOCCHIO DX SOTTO CARICO	30,20		Diagnostica per immagini					
	88.29.1	G88291B	RX GINOCCHIO SX SOTTO CARICO	30,20		Diagnostica per immagini					
	88.29.3	88.29.3	STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica	26,30		Diagnostica per immagini					
	88.31	88.31	RX DELLO SCHELETRO IN TOTO [RX scheletro per patologia sistemica]	90,35		Diagnostica per immagini					
R	88.31.1	88.31.1	RX COMPLETA DEL LATTANTE	22,45		Diagnostica per immagini					
R	88.32	88.32	ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94	82,10		Diagnostica per immagini					
R	88.32	G8832*A	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO MONOLATERALE (4 PROIEZIONI) DX Non associabile a 88.94	82,10		Diagnostica per immagini					
R	88.32	G8832*B	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO MONOLATERALE (4 PROIEZIONI) SX Non associabile a 88.94	82,10		Diagnostica per immagini					
H	88.33.1	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]	12,10		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.38.5	88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A	77,85		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	G88388A	ARTRO TC SPALLA DX	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	G88388B	ARTRO TC SPALLA SX	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	G88388C	ARTRO TC GOMITO DX	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	G88388D	ARTRO TC GOMITO SX	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	G88388E	ARTRO TC GINOCCHIO DX	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	G88388F	ARTRO TC GINOCCHIO SX	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.8	88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	135,70		Diagnostica per immagini					
	88.38.9	88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: CRANIO, COLLO, TORACE, ADDOME. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.D, 88.38.E e 88.38.F	284,45		Diagnostica per immagini					
	88.38.A	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)	90,90		Diagnostica per immagini					
	88.38.B	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	90,90		Diagnostica per immagini					
	88.38.C	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	90,90		Diagnostica per immagini					
	88.38.D	88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9).	124,10	15	Diagnostica per immagini					
	88.38.E	88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)	124,10	15	Diagnostica per immagini					
	88.38.F	88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC (88.38.9)	124,10	15	Diagnostica per immagini					
	88.38.G	88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.G	G8838G1	TC SPALLA DX Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.G	G8838G2	TC SPALLA SX Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.H	G8838H1	TC BRACCIO DX Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.H	G8838H2	TC BRACCIO SX Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	73,60	17	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.38.H	88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.J	88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.J	G8838J1	TC GOMITO DX Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.J	G8838J2	TC GOMITO SX Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.K	G8838K1	TC DELL'AVAMBRACCIO DX Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.K	G8838K2	TC DELL'AVAMBRACCIO SX Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.K	88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	73,60	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.L	88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.L	G8838L1	TC POLSO DX Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.L	G8838L2	TC POLSO SX Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.M	88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.M	G8838M1	TC MANO DX Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.M	G8838M2	TC MANO SX Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.N	88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.P	88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.Q	88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	81,80	17	Diagnostica per immagini					
	88.38.R	88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.R	G8838R1	TC SPALLA DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.R	G8838R2	TC SPALLA SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.S	G8838S1	TC BRACCIO DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.S	G8838S2	TC BRACCIO SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.S	88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	116,70	18	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.38.T	88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.T	G8838T1	TC GOMITO DX. SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.T	G8838T2	TC GOMITO SX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.U	G8838U1	TC AVAMBRACCIO DX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.U	G8838U2	TC AVAMBRACCIO SX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.U	88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.V	88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.V	G8838V1	TC POLSO DX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.V	G8838V2	TC POLSO SX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.W	G8838W1	TC MANO DX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.W	G8838W2	TC MANO SX, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.W	88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	116,70	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.X	88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	129,65	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.X	G8838X1	ANGIO TC SPALLA E BRACCIO DX	129,65	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.X	G8838X2	ANGIO TC SPALLA E BRACCIO SX	129,65	18	Diagnostica per immagini					
	88.38.Y	88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	129,65	18	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.38.Z	88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	129,65	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.1	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO	15,45		Diagnostica per immagini					
	88.39.2	G88392A	TC ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE DX Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.2	G88392B	TC ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE SX Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.2	88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.3	88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.3	G88393A	TC COSCIA DX Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.3	G88393B	TC COSCIA SX Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.4	G88394A	TC GINOCCHIO DX Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.4	G88394B	TC GINOCCHIO SX Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.4	88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.5	88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.5	G88395A	TC GAMBA DX Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.5	G88395B	TC GAMBA SX Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	73,95	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.6	88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.6	G88396A	TC CAVIGLIA DX Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.6	G88396B	TC CAVIGLIA SX Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.7	G88397A	TC PIEDE DX Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.7	G88397B	TC PIEDE SX Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.7	88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.8	88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	77,85	17	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.39.9	88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	77,85	17	Diagnostica per immagini					
	88.39.A	88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.A	G8839A1	TC ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.A	G8839A2	TC ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.B	88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.B	G8839B1	TC COSCIA DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.B	G8839B2	TC COSCIA SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.C	G8839C1	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.C	G8839C2	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.C	88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.D	G8839D1	TC GAMBA DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.D	G8839D2	TC GAMBA SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.D	88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.E	88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.E	G8839E1	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.E	G8839E2	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	117,90	18	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.39.F	88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.F	G8839F1	TC PIEDE DX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.F	G8839F2	TC PIEDE SX SENZA E CON CONTRASTO Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	117,90	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.G	88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	124,10	18	Diagnostica per immagini					
	88.39.H	88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	124,10	18	Diagnostica per immagini					
	88.41.1	88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.41.2	88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO (88.41.3)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.41.3	88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	152,25		Diagnostica per immagini					
H	88.42.1	88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici	288,85		Diagnostica per immagini					
H	88.42.2	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	292,80		Diagnostica per immagini					
	88.43	88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.44.1	88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.45	88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.45.1	88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.47.1	88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.47.2	88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)	141,45		Diagnostica per immagini					
	88.47.3	88.47.3	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	183,90		Diagnostica per immagini					
H	88.48	88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	299,75		Diagnostica per immagini					
H	88.48	G8848*A	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE SX	299,75		Diagnostica per immagini					
H	88.48	G8848*B	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE DX	299,75		Diagnostica per immagini					
	88.48.1	88.48.1	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)	141,45		Diagnostica per immagini					
H	88.49.1	88.49.1	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	299,75		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.49.2	88.49.2	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI	141,45		Diagnostica per immagini					
H	88.63.1	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	259,15		Diagnostica per immagini					
	88.63.2	88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.63.2	G88632A	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE DX	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.63.2	G88632B	SXFLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	246,35		Diagnostica per immagini					
H	88.65.1	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.65.2	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.65.2	G88652A	FLEBOGRAFIA RENALE DX	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.65.2	G88652B	FLEBOGRAFIA RENALE SX	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.65.4	88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	256,65		Diagnostica per immagini					
	88.66.1	G88661A	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE DX	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.66.1	G88661B	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE SX	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.66.1	88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	246,35		Diagnostica per immagini					
	88.66.2	88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	285,05		Diagnostica per immagini					
	88.71.1	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	31,25		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia	Neurologia			
	88.71.2	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	45,95		Neurologia	Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini			
	88.71.3	88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO	49,05		Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini	Neurologia			
	88.71.4	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	28,40		Endocrinologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia generale			
	88.71.4	G88714B	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	28,40		Endocrinologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia generale			
	88.71.4	G88714C	ECOGRAFIA COLLO (collo per linfonodi)	28,40		Endocrinologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia generale			
	88.71.4	G88714D	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	28,40		Endocrinologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia generale			
	88.71.5	88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO	33,00		Diagnostica per immagini					
	88.71.6	88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]	46,95		Diagnostica per immagini					
	88.72.2	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	60,15		Cardiologia	Diagnostica per immagini				
H	88.72.3	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	66,00		Cardiologia	Diagnostica per immagini				
H	88.72.4	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)	77,45		Cardiologia	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.72.5	88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	41,30		Cardiologia	Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini			
R	88.72.6	88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	63,25		Cardiologia	Diagnostica per immagini				
H,R	88.72.7	88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. (88.72.6)	76,55		Cardiologia	Diagnostica per immagini				
	88.73.1	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	42,65		Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
	88.73.2	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	21,15		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
	88.73.3	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: colordoppler se necessario	35,85		Pneumologia	Diagnostica per immagini				
	88.73.5	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	43,90		Cardiologia	Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini			
	88.73.5	E88735A	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. Dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	43,90		Cardiologia	Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini			
	88.73.5	E88735B	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	43,90		Cardiologia	Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini			
	88.73.6	88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anonime	47,00		Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini	Cardiologia			
	88.73.7	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	37,00		Endocrinologia	Diagnostica per immagini				
H	88.73.8	88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)	51,00		Cardiologia	Diagnostica per immagini				
	88.74.1	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K	44,95		Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare	Gastroenterologia			
	88.74.6	88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: Colordoppler se necessario	46,00		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini				
	88.74.7	88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: Colordoppler se necessario	37,55		Diagnostica per immagini	Gastroenterologia				
	88.74.8	88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE.Incluso: Colordoppler se necessario	26,95		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini				
	88.74.9	88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	45,00		Urologia	Diagnostica per immagini	Nefrologia			
	88.74.A	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	46,00		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare			

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.75.1	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	37,80		Urologia	Diagnostica per immagini				
	88.75.1	G88751A	ECO ADDOME INFERIORE CON VALUTAZIONE RESIDUO POST MINZIONALE (RPM)	37,80		Urologia	Diagnostica per immagini				
	88.76.1	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	61,20		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini				
	88.76.3	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	35,00		Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare				
	88.76.4	88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	72,30		Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare				
	88.76.5	88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1	34,00		Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini				
	88.76.6	88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1	62,00		Diagnostica per immagini					
	88.77.4	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	47,00		Endocrinologia	Cardiologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare		
	88.77.4	E88774A	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	47,00		Endocrinologia	Cardiologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare		
	88.77.4	E88774B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	47,00		Endocrinologia	Cardiologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare		
	88.77.5	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	48,00		Cardiologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare			
	88.77.5	E88775A	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	48,00		Cardiologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare			
	88.77.5	E88775B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	48,00		Cardiologia	Diagnostica per immagini	Chirurgia vascolare			
	88.77.6	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	43,00		Diagnostica per immagini	Cardiologia	Endocrinologia	Chirurgia vascolare		
	88.77.6	E88776A	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	43,00		Diagnostica per immagini	Cardiologia	Endocrinologia	Chirurgia vascolare		
	88.77.6	E88776B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	43,00		Diagnostica per immagini	Cardiologia	Endocrinologia	Chirurgia vascolare		
	88.77.7	88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	43,00		Diagnostica per immagini	Cardiologia	Chirurgia vascolare			
	88.77.7	E88777A	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	43,00		Diagnostica per immagini	Cardiologia	Chirurgia vascolare			
	88.77.7	E88777B	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	43,00		Diagnostica per immagini	Cardiologia	Chirurgia vascolare			
	88.78	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	30,95		Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
	88.78	T8878*A	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (2 TRIMESTRE)	30,95		Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.78	T8878*B	ECOGRAFIA OSTETRICA(AMNIOCENTESI)	30,95		Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
	88.78	T8878*E	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (3 TRIMESTRE)	30,95		Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
	88.78.1	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1, Ecografia ginecologica 88.78.2	151,20		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
	88.78.2	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2	30,95	19	Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
R	88.78.3	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	68,95		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
R	88.78.4	88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.6	30,95	20	Ostetricia e ginecologia	Diagnostica per immagini				
	88.78.5	88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE] Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi	50,10		Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
R	88.78.6	88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucale. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale (88.78.4)	30,95	21	Diagnostica per immagini	Ostetricia e ginecologia				
	88.79.1	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini					
	88.79.2	88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	32,50		Diagnostica per immagini	Ortopedia				
	88.79.3	S88793A	ECOGRAFIA ANCA DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793B	ECOGRAFIA ANCA SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793C	ECOGRAFIA CAVIGLIA DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793D	ECOGRAFIA CAVIGLIA SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793E	ECOGRAFIA GINOCCHIO DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793F	ECOGRAFIA GINOCCHIO SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793G	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA NON ALTRIMENTI SPECIFICATA Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793H	ECOGRAFIA GOMITO DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793I	ECOGRAFIA GOMITO SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.79.3	S88793M	ECOGRAFIA POLSO DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793N	ECOGRAFIA POLSO SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793O	ECOGRAFIA SPALLA DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793P	ECOGRAFIA SPALLA SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793Q	ECOGRAFIA PIEDE DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793R	ECOGRAFIA PIEDE SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793T	ECOGRAFIA MANO DX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	S88793U	ECOGRAFIA MANO SX Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.3	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	28,40		Diagnostica per immagini	Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia			
	88.79.5	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	30,95		Urologia	Diagnostica per immagini				
	88.79.6	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1	30,95		Diagnostica per immagini	Endocrinologia	Urologia			
	88.79.8	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	43,35		Diagnostica per immagini	Urologia				
	88.79.9	G88799A	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE DX Incluso: colordoppler se necessario	37,80		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	88.79.9	G88799B	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE SX Incluso: colordoppler se necessario	37,80		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	88.79.9	88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: colordoppler se necessario	37,80		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
	88.79.A	88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: colordoppler se necessario	37,80		Diagnostica per immagini	Chirurgia generale				
R	88.79.B	88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1)	53,70		Diagnostica per immagini					
	88.79.D	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)	50,10		Urologia	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.79.E	88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	40,00		Diagnostica per immagini	Urologia	Chirurgia vascolare			
	88.79.F	88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: colordoppler se necessario	43,35		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini				
	88.79.H	88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2	29,30		Diagnostica per immagini					
R	88.79.K	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	30,00		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini				
	88.79.L	88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	28,40		Diagnostica per immagini					
	88.79.L	G8879L1	ECOGRAFIA REGIONE ASCELLARE DX	28,40		Diagnostica per immagini					
	88.79.L	G8879L2	ECOGRAFIA REGIONE ASCELLARE SX	28,40		Diagnostica per immagini					
	88.91.1	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	166,55		Diagnostica per immagini					
	88.91.2	88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	247,50		Diagnostica per immagini					
	88.91.5	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.91.6	88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.7	88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.91.8	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.91.A	88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.B	88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.C	88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	120,05		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.91.D	88.91.D	RM DELLE ROCCHIE PETROSE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.E	88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.F	88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D) e RM DELLE ORBITE (88.91.E)	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.G	88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	187,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.H	88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	187,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.J	88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	187,05		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.91.K	88.91.K	RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	187,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.L	88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	187,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.M	88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC. STUDIO MULTIDISTRETTUALE DI DUE O PIU' SEGMENTI. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)	187,05		Diagnostica per immagini					
	88.91.N	88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.91.P	88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.91.R	88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.91.T	88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE. Incluso: Esame di base	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.91.U	88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Inclusa Anestesia e Visita anestesilogica per pazienti pediatrici o non collaboranti	247,50		Diagnostica per immagini					
	88.92	88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	115,80		Diagnostica per immagini					
	88.92.1	88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	181,25		Diagnostica per immagini					
	88.92.2	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.92.3	88.92.3	CINE RM DEL CUORE	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.92.4	88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.92.5	88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	232,80		Diagnostica per immagini					
	88.92.9	88.92.9	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.92.A	88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.92.B	88.92.B	ANGIO RM CORONARICA	174,60		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.93.2	88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	115,80	22	Diagnostica per immagini					
	88.93.2	G88932A	RM RACHIDE CERVICALE IN ORTOSTATISMO Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	115,80	22	Diagnostica per immagini					
	88.93.3	88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	115,80	22	Diagnostica per immagini					
	88.93.4	G88934A	RM DEL RACHIDE LOMBARE IN ORTOSTATISMO Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	115,80	22	Diagnostica per immagini					
	88.93.4	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	115,80	22	Diagnostica per immagini					
	88.93.5	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	115,80	22	Diagnostica per immagini					
	88.93.6	88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)	231,60	23	Diagnostica per immagini					
	88.93.7	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	181,25	24	Diagnostica per immagini					
	88.93.8	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	181,25	24	Diagnostica per immagini					
	88.93.9	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	181,25	24	Diagnostica per immagini					
	88.93.A	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	181,25	24	Diagnostica per immagini					
	88.93.B	88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	361,50	25	Diagnostica per immagini					
	88.93.C	88.93.C	ANGIO RM MIDOLLO SPINALE CON MDC	181,25		Diagnostica per immagini					
	88.94	88.94	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*C	ARTRO-RM SPALLA DX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*D	ARTRO-RM SPALLA SX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*E	ARTRO-RM GOMITO DX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*F	ARTRO-RM GOMITO SX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*G	ARTRO-RM POLSO DX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*H	ARTRO-RM POLSO SX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.94	G8894*L	ARTRO-RM COXO-FEMORALE DX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*M	ARTRO-RM COXO-FEMORALE SX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*N	ARTRO-RM GINOCCHIO DX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*P	ARTRO-RM GINOCCHIO SX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*A	ARTRO-RM CAVIGLIA DX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94	G8894*B	ARTRO-RM CAVIGLIA SX Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	126,55		Diagnostica per immagini					
	88.94.4	88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.4	G88944A	RM SPALLA DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.4	G88944B	RM SPALLA SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.5	G88945B	RM BRACCIO DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.5	G88945A	RM BRACCIO SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.5	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.6	G88946A	RM GOMITO DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.6	G88946B	RM GOMITO SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.6	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.7	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.7	G88947A	RM AVAMBRACCIO DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.7	G88947B	RM AVAMBRACCIO SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.8	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.8	G88948A	RM POLSO DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.8	G88948B	RM POLSO SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.9	G88949A	RM MANO DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.94.9	G88949B	RM MANO SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.9	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.A	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.B	G8894B1	RM ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.B	G8894B2	RM ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.B	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.C	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.C	G8894C3	RM COSCIA DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.C	G8894C4	RM COSCIA SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.C	G8894C1	RM FEMORE DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.C	G8894C2	RM FEMORE SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.D	G8894D3	RM GINOCCHIO DX SOTTO CARICO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	27	Diagnostica per immagini					
	88.94.D	G8894D4	RM GINOCCHIO SX SOTTO CARICO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	27	Diagnostica per immagini					
	88.94.D	G8894D1	RM GINOCCHIO DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	27	Diagnostica per immagini					
	88.94.D	G8894D2	RM GINOCCHIO SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	27	Diagnostica per immagini					
	88.94.D	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	27	Diagnostica per immagini					
	88.94.E	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.E	G8894E1	RM GAMBA DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.E	G8894E2	RM GAMBA SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.F	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.94.F	G8894F1	RM CAVIGLIA DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.F	G8894F2	RM CAVIGLIA SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.G	G8894G1	RM PIEDE DX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.G	G8894G2	RM PIEDE SX Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.G	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	115,80	26	Diagnostica per immagini					
	88.94.H	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.H	G8894H1	RM SPALLA DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.H	G8894H2	RM SPALLA SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.J	G8894J2	RM BRACCIO SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.J	G8894J1	RM BRACCIO DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.J	88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.K	G8894K1	RM GOMITO DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.K	G8894K2	RM GOMITO SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.K	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.L	88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.L	G8894L1	RM AVAMBRACCIO DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.L	G8894L2	RM AVAMBRACCIO SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.M	G8894M1	RM POLSO DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.M	G8894M2	RM POLSO SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.M	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.N	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.N	G8894N1	RM MANO SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.N	G8894N2	RM MANO DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.P	88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.94.Q	G8894Q1	RM ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.Q	G8894Q2	RM ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.Q	88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.R	88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.R	G8894R1	RM COSCIA DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.R	G8894R2	RM COSCIA SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.S	G8894S1	RM GINOCCHIO DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.S	G8894S2	RM GINOCCHIO SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.S	88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.T	G8894T1	RM GAMBA DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.T	G8894T2	RM GAMBA SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.T	88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.U	G8894U1	RM CAVIGLIA DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.U	G8894U2	RM CAVIGLIA SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.U	88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.V	G8894V1	RM PIEDE DX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.V	G8894V2	RM PIEDE SX, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.V	88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	177,15	28	Diagnostica per immagini					
	88.94.W	88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.94.X	88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.94.Y	88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.94.Z	88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.95.1	88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.1	G88951B	RM ADDOME SUPERIORE PER PIELO-RM Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	120,05		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.95.2	88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9, 88.97.C	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.2	G88952B	RM ADDOME SUPERIORE (SENZA E CON MDC) PER PIELLO -RM Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.3	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.95.4	88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.4	G88954A	RM DELL'ANO-RETTO Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.4	G88954B	ENTERO-RM Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.97.9 e 88.97.C	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.5	G88955I	RM BIPARAMETRICA DELLA PROSTATA SENZA E CON CONTRASTO Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.5	G88995B	RM MULTIPARAMETRICA DELLA PROSTATA SENZA E CON CONTRASTO Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.5	G88995F	RM DELL'ANO-RETTO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.5	88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.95.9, 88.97.9 e 88.97.C	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.6	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.95.7	88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.95.8	88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.9	88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	187,10		Diagnostica per immagini					
	88.95.A	88.95.A	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.95.B	88.95.B	RM ENDOCAVITARIA	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.95.C	88.95.C	RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.95.D	88.95.D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.E	88.95.E	RM UROGRAFIA	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.95.F	88.95.F	RM FETALE	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.97.2	88.97.2	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.97.2	G88972A	RM DIFFUSIONE (ENCEFALO) Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.97.4	88.97.4	RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	88.97.4	G88974B	RM SPETTROSCOPIA DELLA PROSTATA Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.97.4	G88974A	RM SPETTROSCOPIA (ENCEFALO) Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.97.6	88.97.6	RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base	184,80		Diagnostica per immagini					
	88.97.8	88.97.8	RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.97.8	G88978A	RM DIFFUSIONE ADDOME INFERIORE, SENZE E CON CONTRASTO Incluso: Esame di base	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.97.8	G88978B	RM DIFFUSIONE DELLA PROSTATA SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Esame di base	286,40		Diagnostica per immagini					
	88.97.9	88.97.9	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	158,50		Diagnostica per immagini					
	88.97.A	88.97.A	COLANGIO RM	120,05		Diagnostica per immagini					
	88.97.B	88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico. Incluso: esame di base	180,10		Diagnostica per immagini					
	88.97.C	88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	158,50		Diagnostica per immagini					
	88.99.3	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	43,35	29	Diagnostica per immagini					
	88.99.4	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	69,30		Diagnostica per immagini					
	88.99.5	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	17,55		Diagnostica per immagini	Endocrinologia				
	88.99.6	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	31,50	29	Diagnostica per immagini					
	88.99.7	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	31,50		Diagnostica per immagini					
	88.99.8	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	31,50		Diagnostica per immagini					
	89.01	89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	B8901*G	VISITA DI CONTROLLO CARDIOCHIRURGICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	S8901*E	REUMATOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	S8901*L	VISITA DI CONTROLLO OSTEOPOROSI Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	R8901*E	VISITA DI CONTROLLO SENOLOGICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	S8901*A	REUMATOLOGIA - VISITA SUCCESSIVA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	F8901AA	VISITA DI CONTROLLO MEDICINA INTERNA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	F8901LA	VISITA DI CONTROLLO EMATOLOGICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	F8901LC	VISITA DI CONTROLLO INFETTIVOLOGICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	F8901LZ	VISITA DI CONTROLLO GERIATRICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.01	H8901*A	VISITA DI CONTROLLO NEONATALE Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	H8901*AP	VISITA DI CONTROLLO PER CEFALEE Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	H8901*H	VISITA DI CONTROLLO PEDIATRICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	H8901AD	VISITA DI CONTROLLO NUTRIZIONE ARTIFICIALE Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	H8901AE	VISITA DI CONTROLLO NUTRIZIONE CLINICA Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01	L8901*B	VISITA DI CONTROLLO DI MEDICINA TRASFUSIONALE Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	16,20		Altre					
	89.01.1	A8901*C	ANESTESIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Incluso: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Incluso farmaco	16,20		Anestesia/Analgesia					
	89.01.1	M8901*N	VISITA DI CONTROLLO ALGOLOGICA Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Incluso: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Incluso farmaco	16,20		Anestesia/Analgesia					
	89.01.1	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Incluso: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Incluso farmaco	16,20		Anestesia/Analgesia					
	89.01.2	E8901*B	VISITA DI CONTROLLO FLEBOLOGICA	16,20		Chirurgia vascolare					
	89.01.2	E8901*D	CHIRURGIA ANGIOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Chirurgia vascolare					
	89.01.2	89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	16,20		Chirurgia vascolare					
	89.01.3	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	16,20		Cardiologia					
	89.01.3	B8901*A	VISITA DI CONTROLLO PER IPERTENSIONE Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	16,20		Cardiologia					
	89.01.3	B8901*E	CARDIOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	16,20		Cardiologia					
	89.01.4	89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.4	C8901*B	VISITA DI CONTROLLO CHIRURGIA DELLA MANO	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.4	C8901*E	VISITA DI CONTROLLO CHIRURGICA BARIATRICA O DELL'OBESITA'	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.4	C8901*W	VISITA DI CONTROLLO CHIRURGICA TORACICA	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.4	C8901*X	CHIRURGIA GENERALE - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.4	I8901*H	VISITA DI CONTROLLO COLON-PROCTOLOGICA	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.5	89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	16,20		Chirurgia Plastica					
	89.01.6	E8901*C	VISITA DI CONTROLLO CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE	16,20		Chirurgia vascolare					
	89.01.6	E8901*H	CHIRURGIA VASCOLARE - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Chirurgia vascolare					
	89.01.6	89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	16,20		Chirurgia vascolare					
	89.01.7	89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	16,20		Dermatologia/Allergologia					
	89.01.7	F8901*D	V.DERMATOLOGICA DOMICILIARE DI CONTROLLO	16,20		Dermatologia/Allergologia					
	89.01.7	H8901AA	VISITA DI CONTROLLO ALLERGOLOGICA (PER TEST CUTANEI)	16,20		Dermatologia/Allergologia					
	89.01.7	H8901AB	VISITA DI CONTROLLO ALLERGOLOGICA (PROBLEMI RESPIRATORI)	16,20		Dermatologia/Allergologia					
	89.01.8	H8901AC	VISITA DI CONTROLLO GESTIONALE DIABETICA Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.01.8	F8901*P	VISITA DI CONTROLLO DIABETOLOGICA Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.8	H8901*X	ENDOCRINOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.8	H8901AG	VISITA DI CONTROLLO PER PIEDE DIABETICO Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.8	I8901*O	ENDOCRINOLOGIA -INDAGINI ALIMENTARI Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.8	I8901BY	ENDOCRINOLOGIA -ANTROPOMETRIA E/O PLICOMETRIA(VIS.SUCCESS) Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.8	I8901LY	ENDOCRINOLOGIA -INTERVISTA DIETETICA (VIS. SUCCESSIVA) Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.8	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	16,20		Endocrinologia					
	89.01.9	I8901*D	GASTROENTEROLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Gastroenterologia					
	89.01.9	I8901AY	GASTROENTEROLOGIA - VALUTAZ.CLINICA E/O NUTRIZIONALE SUCCESSIVA	16,20		Gastroenterologia					
	89.01.9	I8901CY	GASTROENTEROLOGIA - IMPOST.STESURA TER.E CART. NUTRIZ.(VIS.SUCCESS)	16,20		Gastroenterologia					
	89.01.9	I8901DY	GASTROENTEROLOGIA - MONITORAGGIO QUOTIDIANO NUTRIZIONE ARTIFICIALE SUCCESSIVA	16,20		Gastroenterologia					
	89.01.9	I8901IY	GASTROENTEROLOGIA - PRESCRIZIONE NUTRIZIONALE ARTIFICIALE DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Gastroenterologia					
	89.01.9	89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	16,20		Gastroenterologia					
	89.01.A	89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	16,20		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	89.01.B	89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	16,20		Nefrologia					
	89.01.B	J8901*G	VISITA DI CONTROLLO PER DIALISI PERITONEALE Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	16,20		Nefrologia					
	89.01.B	J8901*H	VISITA DI CONTROLLO TRAPIANTOLOGICA (NEFROLOGIA) Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	16,20		Nefrologia					
	89.01.C	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1	16,20		Neurologia	Neurochirurgia				
	89.01.C	K8901*B	VISITA DI CONTROLLO NEUROLOGICA Non associabile a 02.93.1	16,20		Neurologia	Neurochirurgia				
	89.01.C	K8901*A	VISITA DI CONTROLLO NEUROCHIRURGICA Non associabile a 02.93.1	16,20		Neurologia	Neurochirurgia				
	89.01.C	N8901*B	NEUROLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Non associabile a 02.93.1	16,20		Neurologia	Neurochirurgia				
	89.01.C	N8901*C	VISITA DI CONTROLLO MALATTIE NEUROMETABOLICHE Non associabile a 02.93.1	16,20		Neurologia	Neurochirurgia				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.01.C	N8901*F	VISITA DI CONTROLLO PER DISTURBI COGNITIVI Non associabile a 02.93.1	16,20		Neurologia	Neurochirurgia				
	89.01.D	O8901*D	OCULISTICA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza con il quesito diagnostico	16,20		Oculistica					
	89.01.D	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza con il quesito diagnostico	16,20		Oculistica					
	89.01.E	Q8901*A	ODONTOSTOMATOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Non associabile a 24.80.3	16,20		Odontostomatologia					
	89.01.E	Q8901*E	VISITA DI CONTROLLO ORTODONTICA Non associabile a 24.80.3	16,20		Odontostomatologia					
	89.01.E	U8901*B	VISITA DI CONTROLLO DI ORTOGNATODONZIA Non associabile a 24.80.3	16,20		Odontostomatologia					
	89.01.E	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3	16,20		Odontostomatologia					
	89.01.F	R8901*A	ONCOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Oncologia					
	89.01.F	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO	16,20		Oncologia					
	89.01.G	89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	16,20		Ortopedia					
	89.01.G	S8901*C	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Ortopedia					
	89.01.H	U8901*C	VISITA DI CONTROLLO FONIATRICA Incluso: eventuale rimozione di cerume	16,20		Otorinolaringoiatria					
	89.01.H	U8901*F	VISITA DI CONTROLLO AUDIOLOGICA Incluso: eventuale rimozione di cerume	16,20		Otorinolaringoiatria					
	89.01.H	U8901*G	VISITA DI CONTROLLO OTORINOLARINGOIATRICA Incluso: eventuale rimozione di cerume	16,20		Otorinolaringoiatria					
	89.01.H	89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume	16,20		Otorinolaringoiatria					
	89.01.L	89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	16,20		Pneumologia					
	89.01.L	W8901*A	PNEUMOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	16,20		Pneumologia					
	89.01.N	89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	16,20		Diagnostica per immagini					
	89.01.P	89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	16,20		Radioterapia					
	89.01.Q	89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	16,20		Urologia					
	89.01.Q	Z8901*C	VISITA DI CONTROLLO ANDROLOGICA Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	16,20		Urologia					
	89.01.Q	Z8901*D	UROLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	16,20		Urologia					
	89.01.R	89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	16,20		Altre					
	89.01.S	89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	16,20		Chirurgia generale					
	89.01.W	89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	16,20		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.01.W	M8901*E	VISITA DI CONTROLLO FISIATRICA	16,20		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.01.W	M8901*H	VISITA DI CONTROLLO RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	16,20		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.01.W	M8901*I	V.FISIATRICA DOMICILIARE DI CONTROLLO	16,20		Medicina fisica e riabilitazione					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.01.Y	89.01.Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione	16,20		Altre					
	89.02	89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA	16,20		Altre					
	89.07	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	F8907*F	GERIATRIA - CONSULTO DEFINITO COMPLESS.VALUTAZ.MULTIDIMENS.GERIATR. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	H8907*F	ENDOCRINOLOGIA -STESURA RELAZIONI E CERTIFICAZIONI Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	I8907*A	ELAB.E STESURA PROG.DI TERAPIA ALIM.PERSONALE(CONSULTO) Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	M8907*A	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - STESURA RELAZIONI E CERTIFICAZIONI Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	M8907*B	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - CONSULTO NPI CONCLUSIVO CON STESURA RELAZIONE Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	M8907*D	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - CONSULTO NPI CONCLUSIVO CON STESURA RELAZIONE IN DSA Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07	M8907*M	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - CONSULTO,DEFINITO COMPLESSIVO Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00		Medicina fisica e riabilitazione	Altre				
	89.07.A	89.07.A	PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	46,00		Altre					
	89.12	89.12	RINOMANOMETRIA	13,90		Otorinolaringoiatria	Dermatologia/Allergologia				
	89.12.1	89.12.1	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	120,00		Otorinolaringoiatria	Dermatologia/Allergologia				
	89.13	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	22,00		Neurochirurgia	Neurologia				
	89.13	K897**B	VISITA NEUROLOGICA Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	22,00		Neurochirurgia	Neurologia				
	89.13	K897**A	VISITA NEUROCHIRURGICA Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	22,00		Neurochirurgia	Neurologia				
	89.14	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisonnografia (89.17)	23,20		Neurologia					
	89.14.1	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO	34,85		Neurologia					
	89.14.2	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	34,85		Neurologia					
	89.14.3	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]	44,90		Neurologia					
	89.14.5	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	34,85		Neurologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.15.1	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	27,80		Otorinolaringoiatria	Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione			
	89.15.2	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)	48,80		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.3	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore	34,85		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.3	N89153A	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto inferiore SX	34,85		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.3	N89153B	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore DX	34,85		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.3	N89153C	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore SX	34,85		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.3	N89153D	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto inferiore DX	34,85		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.4	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo o dermatomero	34,85		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	89.15.5	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	55,75		Neurologia					
	89.15.7	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superfice per disordini del movimento Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,45		Neurologia					
	89.15.A	89.15.A	POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)	92,95		Otorinolaringoiatria					
	89.15.B	89.15.B	POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)	52,75		Neurologia					
	89.17	89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	139,40		Neurologia	Pneumologia				
	89.17	U8917*A	POLISONNOGRAFIA diurna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	139,40		Neurologia	Pneumologia				
	89.17	U8917*B	POLISONNOGRAFIA notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	139,40		Neurologia	Pneumologia				
	89.17.3	89.17.3	MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO Per studio apnee	139,00		Pneumologia	Cardiologia	Neurologia			
	89.19.1	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	27,85		Neurologia					
	89.19.2	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,10		Neurologia					
	89.24	89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	11,60		Medicina fisica e riabilitazione	Urologia				
	89.26.1	T8926*B	VISITA PRECONCEZIONALE Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.1	T897**A	GINECOLOGIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.1	T897**B	VISITA PER PROCREAZIONE MEDICAMENTE ASSISTITA Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.1	T8926*H	VISITA URO-GINECOLOGICA Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.1	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.26.2	T8901*B	GINECOLOGIA - CONSULENZA GENETICA Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*F	GINECOLOGIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*G	CONSULENZA PRENATALE Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*H	CONSULENZA GENETICA POST CONCEZIONALE Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*I	CONSULENZA GENETICA PRE CONCEZIONALE Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*J	CONSULENZA PRENATALE PER GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*M	CONSULENZA DI GENETICA E/O CITOGENETICA PRENATALE Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*P	VISITA DI CONTROLLO URO-GINECOLOGICA Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	T8901*S	VISITA DI CONTROLLO SESSUOLOGICA E STERILITA' DI COPPIA Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.2	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza. Non associabile a 89.26.4	16,20		Ostetricia e ginecologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.26.3	89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.3	T897**D	OSTETRICA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.3	T8926*A	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA A RISCHIO Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	22,00		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.4	T8901*D	OSTETRICA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	16,20		Ostetricia e ginecologia					
	89.26.4	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	16,20		Ostetricia e ginecologia					
H,R	89.26.5	89.26.5	VERSIONE CEFALICA ESTERNA	28,60	16	Ostetricia e ginecologia					
	89.32	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67,10		Gastroenterologia					
	89.32.1	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	92,95		Gastroenterologia					
	89.37.1	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	24,00		Medicina fisica e riabilitazione	Dermatologia/Allergologia	Pneumologia			
	89.37.2	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	38,00		Medicina fisica e riabilitazione	Pneumologia				
	89.37.3	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	51,65		Pneumologia					
	89.37.4	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco	37,15		Pneumologia	Dermatologia/Allergologia				
H	89.37.5	89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE	55,75		Dermatologia/Allergologia	Pneumologia				
	89.37.6	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	46,45		Dermatologia/Allergologia	Pneumologia				
	89.38.1	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	23,20		Pneumologia					
	89.38.2	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	23,20		Pneumologia					
	89.38.3	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	23,20		Pneumologia					
	89.38.4	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	46,45		Pneumologia					
	89.38.5	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	23,20		Pneumologia					
	89.38.6	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	69,70		Pneumologia					
	89.38.7	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	46,45		Pneumologia					
	89.38.8	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	23,20		Pneumologia					
	89.38.9	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P 0.1	23,20		Pneumologia					
	89.39.3	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	18,55		Endocrinologia					
	89.39.4	89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA]	9,20		Otorinolaringoiatria					
	89.39.6	89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	53,30		Dermatologia/Allergologia					
	89.41	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non associabile a 92.05.F, 92.09.1 e 92.09.9	51,00		Cardiologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.44	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	55,75		Cardiologia					
	89.44.1	89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	83,65		Cardiologia	Pneumologia				
	89.44.2	89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	56,50		Medicina fisica e riabilitazione	Pneumologia				
	89.48.1	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER	23,20		Cardiologia					
	89.48.1	89.48.1A	MONITORAGGIO REMOTO DI PAZIENTI PORTATORI DI PACEMAKER, DEFIBRILLATORI E LOOP RECORDER	23,20		Cardiologia					
	89.48.2	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	24,95		Cardiologia					
	89.50	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	61,95		Cardiologia					
	89.52	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	11,60		Cardiologia					
	89.52.1	89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	22,00		Cardiologia					
	89.52.2	89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO	77,00		Cardiologia					
	89.52.3	89.52.3	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO	142,00		Cardiologia					
	89.54	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	46,45		Cardiologia					
	89.58.1	89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	32,00		Chirurgia vascolare					
	89.58.1	G89581A	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. Dopo prova fisica	32,00		Chirurgia vascolare					
	89.58.1	G89581B	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA.Dopo prova farmacologica	32,00		Chirurgia vascolare					
	89.58.1	G89581C	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA. Dopo prova fisica	32,00		Chirurgia vascolare					
	89.58.9	89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)	12,60		Chirurgia vascolare					
	89.59.1	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	41,30		Neurologia	Cardiologia	Endocrinologia			
	89.59.2	89.59.2	HEAD UP TILT TEST	52,00		Cardiologia	Neurologia				
	89.61.1	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41,30		Endocrinologia	Cardiologia				
	89.61.2	89.61.2	PULSOSSIMETRIA NOTTURNA	57,00		Pneumologia					
	89.65.1	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	7,10		Pneumologia	Laboratorio				
	89.65.2	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	15,95		Pneumologia					
	89.65.3	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	15,85		Pneumologia					
	89.65.4	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	18,55		Endocrinologia	Pneumologia				
	89.65.5	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	9,50		Dermatologia/Allergologia	Pneumologia				
	89.65.7	89.65.7	EMOGASANALISI ARTERIOSA PRIMA E DURANTE SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO	20,00		Pneumologia					
	89.65.8	89.65.8	MISURA TRANSCUTANEA DELLA PO2 E DELLA PCO2 CON UTILIZZO DI MEMBRANE MONOUSO	32,00		Chirurgia vascolare					
	89.66	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	7,10		Pneumologia	Laboratorio				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.7	T897**C	VISITA SENOLOGICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	T897**S	VISITA SESSUOLOGICA E STERILITA' DI COPPIA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	B897**B	VISITA CARDIOCHIRURGICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	M897**O	VISITA PER VALUTAZIONE NON AUTOSUFFICIENZA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	R897**E	VISITA PER IDONEITA' REGISTRO DONATORI MIDOLLO OSSEO Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	S897**A	VISITA REUMATOLOGICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	S897**F	REUMATOLOGIA - VISITA DOMICILIARE Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	S897**L	VISITA PER OSTEOPOROSI Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	F897**B	VISITA DI MEDICINA TRASFUSIONALE	22,00		Altre					
	89.7	H897*AB	VISITA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	H897*AC	VISITA DI NUTRIZIONE CLINICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	F897**F	VISITA INFETTIVOLOGICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	F897**H	VISITA EMATOLOGICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	F897**L	VISITA PER CEFALEE Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	F897*AG	VISITA GERIATRICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	F897*AI	VISITA MEDICINA INTERNA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	H897**E	VISITA NEONATOLOGICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	H897**H	VISITA PEDIATRICA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7	W897**H	V.MEDICINA SPORTIVA Escluso: le prime visite specificamente codificate	22,00		Altre					
	89.7A.1	A897**C	ANESTESIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Anestesia/Analgesia					
	89.7A.1	89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Anestesia/Analgesia					
	89.7A.1	M897**N	VISITA ALGOLOGICA Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Anestesia/Analgesia					
	89.7A.2	89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	22,00		Chirurgia vascolare					
	89.7A.2	E897**D	ANGIOLOGIA - VISITA DOMICILIARE	22,00		Chirurgia vascolare					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.7A.2	E897**F	VISITA FLEBOLOGICA	22,00		Chirurgia vascolare					
	89.7A.3	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	33,60		Cardiologia					
	89.7A.3	B897**E	CARDIOLOGIA - VISITA DOMICILIARE Incluso: ECG (89.52)	33,60		Cardiologia					
	89.7A.3	B897**H	VISITA PER IPERTENSIONE Incluso: ECG (89.52)	33,60		Cardiologia					
	89.7A.4	I897**G	VISITA COLON-PROCTOLOGICA	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.4	C897**E	VISITA CHIRURGICA BARIATRICA O DELL'OBESITA'	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.4	C897**L	VISITA DERMOCIRURGICA	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.4	C897**O	VISITA CHIRURGIA DELLA MANO	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.4	C897**R	VISITA CHIRURGICA TORACICA	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.4	C897**X	CHIRURGIA GENERALE - VISITA DOMICILIARE	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.4	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	22,00		Chirurgia generale					
	89.7A.5	89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	22,00		Chirurgia Plastica					
	89.7A.6	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	22,00		Chirurgia vascolare					
	89.7A.6	E897**C	VISITA CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE	22,00		Chirurgia vascolare					
	89.7A.6	E897**L	CHIRURGIA VASCOLARE - VISITA DOMICILIARE	22,00		Chirurgia vascolare					
	89.7A.7	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZB	VISITA ALLERGOLOGICA NON ALTRIMENTI SPECIFICATA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZC	VISITA ALLERGOLOGICA PEDIATRICA (PER TEST CUTANEI) Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZD	VISITA ALLERGOLOGICA PER ALIMENTI/TEST CUTANEI Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZE	VISITA ALLERGOLOGICA PER FARMACI Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZF	VISITA ALLERGOLOGICA PER IMENOTTERI (API, VESPE, CALABRONI) Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZG	VISITA ALLERGOLOGICA PER PATOLOGIE RESPIRATORIE (ASMA, RINITI ALLERGICHE) Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZH	VISITA ALLERGOLOGICA PEDIATRICA (PROBLEMI RESPIRATORI) Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	H897*ZI	VISITA ALLERGOLOGICA COSMETOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	F897*AD	VISITA DERMATOLOGICA PER IMMUNOPATOLOGIA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.7	F897*AE	VISITA DERMATOLOGICA PSORIASI Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,40		Dermatologia/Allergologia					
	89.7A.8	H897**K	VISITA GESTAZIONALE DIABETICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Endocrinologia					
	89.7A.8	H897**R	VISITA DIABETOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Endocrinologia					
	89.7A.8	H897**U	VISITA PER PIEDE DIABETICO Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Endocrinologia					
	89.7A.8	H897**X	ENDOCRINOLOGIA - VISITA DOMICILIARE Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Endocrinologia					
	89.7A.8	F897**E	VISITA PER DISLIPIDEMIA / DISMETABOLISMO Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	22,00		Endocrinologia					
	89.7A.8	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	22,00		Endocrinologia					
	89.7A.9	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	22,00		Gastroenterologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.7A.9	I897**D	GASTROENTEROLOGIA - VISITA DOMICILIARE	22,00		Gastroenterologia					
	89.7B.1	89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	22,00		Altre					
	89.7B.2	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5	22,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.7B.2	M897**D	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - VISITA DOMICILIARE Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5	22,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.7B.2	M897**E	V.FISIATRICA DOMICILIARE Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5	22,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.7B.2	M897**F	VISITA FISIATRICA AUTORIZZATIVA Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5	22,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.7B.2	M897**L	VISITA PER PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5	22,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	89.7B.3	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	22,00		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	89.7B.4	89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	22,00		Nefrologia					
	89.7B.5	89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,35	2	Odontostomatologia					
	89.7B.5	S897**H	VISITA DI ORTOGNATODONZIA Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,35	2	Odontostomatologia					
	89.7B.5	Q897**C	VISITA GNATOLOGICA Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,35	2	Odontostomatologia					
	89.7B.5	Q897**D	ODONTOSTOMATOLOGIA - VISITA DOMICILIARE Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,35	2	Odontostomatologia					
	89.7B.5	Q897**F	VISITA ORTODONTICA Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,35	2	Odontostomatologia					
	89.7B.5	Q897**H	VISITA IMPLANTOPROTESICA Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,35	2	Odontostomatologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	89.7B.6	R897**A	ONCOLOGIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso: stesura del piano di trattamento	22,00		Oncologia					
	89.7B.6	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	22,00		Oncologia					
	89.7B.7	S897**X	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	22,00		Ortopedia					
	89.7B.7	S897**N	VISITA TRAUMATOLOGICA Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	22,00		Ortopedia					
	89.7B.7	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	22,00		Ortopedia					
	89.7B.8	89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume. Non associabile a 96.52	23,20		Otorinolaringoiatria					
	89.7B.8	U897**C	VISITA FONIATRICA Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume. Non associabile a 96.52	23,20		Otorinolaringoiatria					
	89.7B.8	U897**D	OTORINOLARINGOIATRIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume. Non associabile a 96.52	23,20		Otorinolaringoiatria					
	89.7B.8	U897**F	VISITA AUDIOLOGICA Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume. Non associabile a 96.52	23,20		Otorinolaringoiatria					
	89.7B.9	W897**A	PNEUMOLOGIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	22,00		Pneumologia					
	89.7B.9	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	22,00		Pneumologia					
	89.7C.1	89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento	22,00		Radioterapia					
	89.7C.2	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	22,00		Urologia					
	89.7C.2	Z897**C	VISITA ANDROLOGICA Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	22,00		Urologia					
	89.7C.2	Z897**D	UROLOGIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA) Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	22,00		Urologia					
	89.7C.3	89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	22,00		Diagnostica per immagini	Radioterapia				
	89.7C.4	89.7C.4	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	22,00		Odontostomatologia					
	90.01.2	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	7,70		Laboratorio					
	90.01.5	90.01.5	ACIDI BILIARI	5,00		Laboratorio					
	90.01.6	90.01.6	3 METIL ISTIDINA	8,00		Laboratorio					
	90.02.1	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO	13,25	30	Laboratorio					
	90.02.2	90.02.2	ACIDO CITRICO	3,40		Laboratorio					
	90.02.3	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	11,15	31	Laboratorio					
	90.02.5	90.02.5	ACIDO LATTICO	8,60		Laboratorio					
	90.03.2	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	1,05		Laboratorio					
	90.03.6	90.03.6	ADRENALINA - NORADRENALINA	19,55		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
MR,R	90.03.7	90.03.7	ACIDO FITANICO. DOSAGGIO	17,70		Laboratorio					
MR,R	90.03.8	90.03.8	ACIDO GUANIDINO ACETICO. DOSAGGIO	17,10		Laboratorio					
MR,R	90.03.9	90.03.9	ACIDO PIPECOLICO. DOSAGGIO	18,85		Laboratorio					
MR,R	90.03.A	90.03.A	ACIDO PRISTANICO. DOSAGGIO	17,70		Laboratorio					
MR,R	90.03.B	90.03.B	ACIDO SIALICO LIBERO. DOSAGGIO	13,05		Laboratorio					
MR,R	90.03.C	90.03.C	ACIDO SIALICO TOTALE. DOSAGGIO	13,05		Laboratorio					
MR,R	90.03.D	90.03.D	S-ADENOSILMETIONINA. DOSAGGIO	13,05		Laboratorio					
MR,R	90.03.E	90.03.E	S-ADENOSILOMOCISTEINA. DOSAGGIO	13,05		Laboratorio					
	90.04.1	90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	10,80		Laboratorio					
	90.04.4	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	6,05	31	Laboratorio					
	90.04.5	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	1,00	32	Laboratorio					
	90.04.5	L90045A	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (S/U)	1,00	32	Laboratorio					
	90.05.1	90.05.1	ALBUMINA	0,90	33	Laboratorio					
	90.05.1	L90051A	ALBUMINA [Urine 24h]	0,90	33	Laboratorio					
	90.05.1	L90051B	ALBUMINA [Urine]	0,90	33	Laboratorio					
	90.05.2	90.05.2	ALDOLASI	0,90	34	Laboratorio					
	90.05.3	90.05.3	ALDOSTERONE. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	7,80		Laboratorio					
	90.05.3	L90053A	ALDOSTERONE [Urine]	7,80		Laboratorio					
	90.05.3	L90053B	ALDOSTERONE CLINOSTATISMO [Siero]	7,80		Laboratorio					
	90.05.3	L90053C	ALDOSTERONE ORTOSTATISMO [Siero]	7,80		Laboratorio					
	90.05.4	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	2,80		Laboratorio					
	90.05.5	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	3,35		Laboratorio					
	90.05.5	L90055A	ALFA 1 FETOPROTEINA [Liquido Amniotico]	3,35		Laboratorio					
	90.05.5	L90055B	ALFA 1 FETOPROTEINA [Siero]	3,35		Laboratorio					
	90.06.1	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	2,65		Laboratorio					
	90.06.2	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA	7,15		Laboratorio					
	90.06.2	L90062A	ALFA 1 MICROGLOBULINA [Urine]	7,15		Laboratorio					
	90.06.3	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	2,95		Laboratorio					
	90.06.4	90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	1,25		Laboratorio					
	90.06.4	L90064A	ALFA AMILASI [Urine]	1,25		Laboratorio					
	90.06.5	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	1,50	35	Laboratorio					
	90.07.1	90.07.1	ALLUMINIO	6,90		Laboratorio					
	90.07.1	L90071L	ALLUMINIO [Urine]	6,90		Laboratorio					
	90.07.2	90.07.2	AMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	5,85		Laboratorio					
	90.07.2	L90072L	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [Urine]	5,85		Laboratorio					
	90.07.3	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO	12,00		Laboratorio					
	90.07.3	L90073L	AMINOACIDI TOTALI [Urine]	12,00		Laboratorio					
	90.07.5	90.07.5	AMMONIO	6,00		Laboratorio					
	90.08.1	90.08.1	ANDROSTANEDIOLO GLUCURONIDE	12,60	36	Laboratorio					
	90.08.2	90.08.2	ANGIOTENSINA II	15,25		Laboratorio					
	90.08.4	90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1	3,90		Laboratorio					
	90.08.5	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	3,35		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.09.1	90.09.1	APTOGLOBINA	5,10		Laboratorio					
	90.09.2	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	1,05	32	Laboratorio					
	90.10.1	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA	3,25		Laboratorio					
	90.10.1	L90101A	BETA2 MICROGLOBULINA [Urine]	3,25		Laboratorio					
	90.10.2	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	0,95		Laboratorio					
	90.10.5	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07	1,05		Laboratorio					
MR,R	90.10.6	90.10.6	DOSAGGIO BIOTINIDASI. DOSAGGIO	2,00		Laboratorio					
	90.10.7	90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5	1,15		Laboratorio					
	90.11.1	90.11.1	C PEPTIDE	7,35		Laboratorio					
	90.11.2	90.11.2	C PEPTIDE. DOSAGGIO BASALE E DOPO STIMOLO	21,50		Laboratorio	Endocrinologia				
	90.11.4	90.11.4	CALCIO TOTALE	0,95	37	Laboratorio					
	90.11.4	L90114A	CALCIO TOTALE [Urine 24h]	0,95	37	Laboratorio					
	90.11.4	L90114B	CALCIO TOTALE [Urine]	0,95	37	Laboratorio					
	90.11.5	90.11.5	CALCITONINA	6,05		Laboratorio					
	90.11.6	90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.5)	1,15		Laboratorio					
	90.11.7	90.11.7	CALCIO IONIZZATO determinazione diretta	3,30		Laboratorio					
	90.12.1	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI	6,35		Laboratorio					
	90.12.5	90.12.5	CERULOPLASMINA	2,60		Laboratorio					
	90.12.A	90.12.A	CALPROTECTINA FECALE	15,95		Laboratorio					
	90.13.1	90.13.1	CHIMOTRIPSINA	5,75		Laboratorio					
	90.13.3	90.13.3	CLORURO	0,90		Laboratorio					
	90.13.3	L90133A	CLORURO [Urine 24h]	0,90		Laboratorio					
	90.13.3	L90133B	CLORURO [Urine]	0,90		Laboratorio					
	90.13.5	90.13.5	COBALAMMINA (VIT. B12)	2,95		Laboratorio					
	90.13.A	90.13.A	CISTATINA C. Non associabile a Creatinina 90.16.3 e Creatinina clearance 90.16.4	3,95		Laboratorio					
	90.13.B	90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)	1,75		Laboratorio					
	90.13.C	90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	1,75	38	Laboratorio					
	90.14.1	90.14.1	COLESTEROLO HDL	1,40	38	Laboratorio					
	90.14.3	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	1,05	38	Laboratorio					
	90.15.2	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	7,20		Laboratorio					
	90.15.3	90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	4,45		Laboratorio					
	90.15.3	L90153A	CORTISOLO [Urine]	4,45		Laboratorio					
	90.15.4	90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)	1,35	39	Laboratorio					
	90.16.3	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	1,10		Laboratorio					
	90.16.3	L90163A	CREATININA [Siero]	1,10		Laboratorio					
	90.16.3	L90163B	CREATININA [Urine 24h]	1,10		Laboratorio					
	90.16.3	L90163C	CREATININA [Urine]	1,10		Laboratorio					
	90.16.4	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	1,90	40	Laboratorio					
	90.16.5	90.16.5	CROMO	6,90	53	Laboratorio					
	90.16.6	90.16.6	CROMOGRANINA A	17,20		Laboratorio					
	90.16.8	90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA	15,00		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
MR,R	90.16.9	90.16.9	CREATINA. DOSAGGIO	65,20		Laboratorio					
	90.17.2	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	6,40		Laboratorio					
	90.17.3	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	6,80		Laboratorio					
	90.17.5	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	6,10		Laboratorio					
	90.17.6	90.17.6	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	23,80	41	Laboratorio					
	90.17.8	90.17.8	TRI TEST: ALFAPETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE	21,75		Laboratorio					
	90.17.B	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAPHICI	10,45	42	Laboratorio					
	90.17.C	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAPHICHE	7,00	42	Laboratorio					
	90.17.D	90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA	12,45		Laboratorio					
	90.17.E	90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE)	17,45		Laboratorio					
MR,R	90.17.F	90.17.F	7-DEIDROCOLESTEROLO. DOSAGGIO	102,70		Laboratorio					
	90.17.G	90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	16,70	43	Laboratorio					
	90.18.4	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	8,30	44	Laboratorio					
	90.18.5	90.18.5	ERITROPOIETINA	13,80		Laboratorio					
	90.19.2	90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	3,50		Laboratorio					
	90.19.2	L90192A	ESTRADIOLO (E2) [Urine]	3,50		Laboratorio					
	90.20.1	90.20.1	ETANOLO	3,00		Laboratorio					
	90.21.2	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP)	11,90		Laboratorio					
	90.21.4	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	3,45		Laboratorio					
	90.22.3	90.22.3	FERRITINA	3,25		Laboratorio					
	90.22.3	L90223A	FERRITINA [Plasma]	3,25		Laboratorio					
	90.22.5	90.22.5	FERRO	1,15		Laboratorio					
	90.23.2	90.23.2	FOLATO	3,05		Laboratorio					
	90.23.2	L90232A	FOLATO (Sg/Er)	3,05		Laboratorio					
	90.23.3	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	3,20		Laboratorio					
	90.23.3	L90233A	FOLLITROPINA (FSH) [Urine]	3,20		Laboratorio					
	90.23.4	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	0,90		Laboratorio					
	90.23.5	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	1,05	45	Laboratorio					
	90.24.1	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	12,90	46	Laboratorio					
	90.24.3	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	1,00	47	Laboratorio					
MR,R	90.24.3	L90243A	FOSFATO INORGANICO [Urine 24h]	1,00	47	Laboratorio					
	90.24.3	L90243B	FOSFATO INORGANICO [Urine]	1,00	47	Laboratorio					
	90.25.5	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	1,10		Laboratorio					
	90.25.5	L90255A	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [Urine]	1,10		Laboratorio					
	90.25.6	90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	11,15		Laboratorio					
	90.25.7	90.25.7	GLOBULINA DA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	3,15		Laboratorio					
	90.25.8	90.25.8	GALATTOSIO-1-FOSFATO. DOSAGGIO	9,70		Laboratorio					
	90.26.1	90.26.1	GASTRINA	4,15		Laboratorio					
	90.26.3	90.26.3	GLUCAGONE	9,70		Laboratorio					
	90.26.5	90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	3,80		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.27.1	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	1,00		Laboratorio					
	90.27.1	L90271B	GLUCOSIO [Plasma]	1,00		Laboratorio					
	90.27.1	L90271C	GLUCOSIO [Siero]	1,00		Laboratorio					
	90.27.1	L90271D	GLUCOSIO [Urine 24h]	1,00		Laboratorio					
	90.27.1	L90271E	GLUCOSIO [Urine]	1,00		Laboratorio					
	90.27.2	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)	5,40		Laboratorio					
	90.27.3	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	2,05		Laboratorio					
	90.27.4	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)	10,50		Laboratorio					
	90.27.4	L90274A	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità' beta frazione libera) [Urine]	10,50		Laboratorio					
	90.27.5	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	3,55		Laboratorio					
	90.27.6	90.27.6	IODURIA	2,35		Laboratorio					
	90.28.1	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	3,35		Laboratorio					
	90.28.4	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA	10,65		Laboratorio					
	90.28.4	L90284A	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [Urine]	10,65		Laboratorio					
	90.28.5	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	10,80		Laboratorio					
	90.28.7	90.28.7	IMMUNOGLOBULINE: CATENE K E LAMBDA LIBERE	19,75		Laboratorio					
	90.28.C	90.28.C	INIBINA B	16,85		Laboratorio					
	90.29.1	90.29.1	INSULINA	3,80		Laboratorio					
	90.29.2	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	0,95	48	Laboratorio					
	90.29.2	L90292A	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) (F)	0,95	48	Laboratorio					
	90.30.2	90.30.2	LIPASI PANCREATICA	1,70	49	Laboratorio					
	90.30.3	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	7,40		Laboratorio					
	90.30.4	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	5,25		Laboratorio					
	90.30.4	L90304A	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO [CISTICO]	5,25		Laboratorio					
	90.30.4	L90304B	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO [PERICARDICO]	5,25		Laboratorio					
	90.30.4	L90304C	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO [PERITONEALE]	5,25		Laboratorio					
	90.30.4	L90304D	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO [PLEURICO]	5,25		Laboratorio					
	90.30.4	L90304E	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO [VERSAMENTI CAVITARI]	5,25		Laboratorio					
	90.30.5	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione	2,00		Laboratorio					
	90.31.1	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	10,00		Laboratorio					
	90.31.2	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	15,00		Laboratorio					
	90.31.3	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	1,05		Laboratorio					
	90.31.6	90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica	20,15		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.31.7	90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina	20,15		Laboratorio					
	90.31.8	90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi). Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)	3,70		Laboratorio					
	90.31.9	90.31.9	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE	10,00		Laboratorio					
	90.32.1	90.32.1	LIQUIDO SINOVALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	9,05		Laboratorio					
	90.32.2	90.32.2	LITIO	9,90		Laboratorio					
	90.32.4	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	18,90		Laboratorio					
	90.32.5	90.32.5	MAGNESIO TOTALE	1,10	50	Laboratorio					
	90.32.5	L90325A	MAGNESIO TOTALE [Siero]	1,10	50	Laboratorio					
	90.32.5	L90325B	MAGNESIO TOTALE [Urine 24h]	1,10	50	Laboratorio					
	90.32.5	L90325C	MAGNESIO TOTALE [Urine]	1,10	50	Laboratorio					
	90.32.6	90.32.6	LISOZIMA/S	2,35		Laboratorio					
	90.33.4	90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	2,70		Laboratorio					
	90.33.4	L90334A	MICROALBUMINURIA [Urine 24h]	2,70		Laboratorio					
	90.33.5	90.33.5	MIOGLOBINA	4,30	51	Laboratorio					
	90.33.5	L90335A	MIOGLOBINA [Urine]	4,30	51	Laboratorio					
	90.33.6	90.33.6	METANEFRIE FRAZIONATE	19,80		Laboratorio					
MR,R	90.33.A	90.33.A	NEUROTRASMETTITORI. DOSAGGIO Liquor	5,05		Laboratorio					
	90.34.2	90.34.2	NICHEL	6,90		Laboratorio					
	90.34.4	90.34.4	OLIGOELEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOELEMENTO	6,90		Laboratorio					
	90.34.6	90.34.6	OMOCISTEINA	8,20		Laboratorio					
	90.34.7	90.34.7	OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta	1,25		Laboratorio					
	90.34.8	90.34.8	OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.27.1),Sodio (90.40.4), Urea (90.44.1) e Potassio (90.31.4)	3,85		Laboratorio					
	90.34.A	90.34.A	INSULIN GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]	6,90		Laboratorio					
	90.35.1	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	5,40		Laboratorio					
	90.35.1	L90351A	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [Urine]	5,40		Laboratorio					
	90.35.2	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale	16,90		Laboratorio					
	90.35.2	L90352A	ORMONI ACTH - Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	16,90		Laboratorio					
	90.35.2	L90352B	ORMONI CORTISOLO - Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	16,90		Laboratorio					
	90.35.2	L90352C	ORMONI FSH - Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	16,90		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.35.2	L90352D	ORMONI GH - Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	16,90		Laboratorio					
	90.35.2	L90352E	ORMONI LH - Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	16,90		Laboratorio					
	90.35.2	L90352F	ORMONI TSH - Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	16,90		Laboratorio					
	90.35.3	90.35.3	OSSALATI [U]	2,90		Laboratorio					
	90.35.4	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	12,30		Laboratorio					
	90.35.5	90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	5,95		Laboratorio					
	90.35.6	90.35.6	SOMATOSTATINA	16,80		Laboratorio					
	90.36.3	90.36.3	PIOMBO	6,90		Laboratorio					
	90.36.3	L90363L	PIOMBO [Urine]	6,90		Laboratorio					
	90.36.4	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK)	31,10		Laboratorio					
	90.36.5	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	11,05		Laboratorio					
	90.36.6	90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o N-proBNP)	16,55		Laboratorio					
	90.37.1	90.37.1	PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE	19,40		Laboratorio					
	90.37.2	90.37.2	PORFOBILINOGENO	6,40		Laboratorio					
	90.37.3	90.37.3	POST COITAL TEST	2,90		Laboratorio					
	90.37.4	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	1,00		Laboratorio					
	90.37.4	L90374A	POTASSIO [Siero]	1,00		Laboratorio					
	90.37.4	L90374B	POTASSIO [Urine 24h]	1,00		Laboratorio					
	90.37.4	L90374C	POTASSIO [Urine]	1,00		Laboratorio					
	90.37.6	90.37.6	PREALBUMINA	2,70		Laboratorio					
	90.37.7	90.37.7	PROPEPTIDE AMMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)	26,55		Laboratorio					
	90.37.8	90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO	3,70		Laboratorio					
	90.38.1	90.38.1	PROGESTERONE	3,50		Laboratorio					
	90.38.2	90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	3,15		Laboratorio					
	90.38.4	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	2,85		Laboratorio					
	90.38.5	90.38.5	PROTEINE TOTALI	0,90	52	Laboratorio					
	90.38.5	L90385A	PROTEINE [Siero]	0,90	52	Laboratorio					
	90.38.5	L90385B	PROTEINE [Urine 24h]	0,90	52	Laboratorio					
	90.38.5	L90385C	PROTEINE [Urine]	0,90	52	Laboratorio					
	90.38.8	90.38.8	MACROPROLATTINA	2,70		Laboratorio					
	90.38.G	90.38.G	ACIDO OMOVANILLICO	13,55		Laboratorio					
	90.38.M	90.38.M	PEPSINOGENO A (I)	6,75		Laboratorio					
	90.38.N	90.38.N	PEPSINOGENO C (II)	8,30		Laboratorio					
	90.39.1	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	3,25		Laboratorio					
	90.39.2	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	6,00		Laboratorio					
	90.39.3	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	9,00		Laboratorio					
	90.39.4	90.39.4	RAME	2,00		Laboratorio					
	90.39.4	L90394A	RAME [Urine]	2,00		Laboratorio					
	90.39.6	90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA	3,95		Laboratorio					
	90.39.7	90.39.7	COBALTO	6,90	53	Laboratorio					
	90.40.2	90.40.2	RENINA. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	6,15		Laboratorio					
	90.40.2	L90402A	RENINA [Plasma] IN CLINOSTATISMO	6,15		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.40.2	L90402B	RENINA [Plasma] IN ORTOSTATISMO	6,15		Laboratorio					
	90.40.3	90.40.3	SELENIO	6,90		Laboratorio					
	90.40.4	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	0,85		Laboratorio					
	90.40.4	L90404A	SODIO [Siero]	0,85		Laboratorio					
	90.40.4	L90404B	SODIO [Urine 24h]	0,85		Laboratorio					
	90.40.4	L90404C	SODIO [Urine]	0,85		Laboratorio					
	90.40.6	90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE	6,70		Laboratorio					
	90.40.7	90.40.7	INSULIN GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	8,25		Laboratorio					
	90.40.8	90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9	27,75	42	Laboratorio					
	90.40.9	90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening. Non associabile a 90.40.8	55,15	42	Laboratorio					
	90.40.A	90.40.A	SWELLING TEST	20,15		Laboratorio					
	90.40.B	90.40.B	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	21,35	54	Laboratorio					
	90.40.C	90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica	21,35	54	Laboratorio					
	90.40.D	90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	21,35	54	Laboratorio					
MR,R	90.40.F	90.40.F	SULFITI. SCREENING Urine mediante Sulfitest	5,50		Laboratorio					
MR,R	90.40.G	90.40.G	STEROLI. DOSAGGIO Plasma	10,00		Laboratorio					
	90.41.3	90.41.3	TESTOSTERONE	4,75		Laboratorio					
	90.41.3	L90413A	TESTOSTERONE (P/U)	4,75		Laboratorio					
	90.41.4	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3	5,15		Laboratorio					
	90.41.5	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	5,65		Laboratorio					
	90.41.6	90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE DEL COLLAGENE TIPO 1	18,90		Laboratorio					
	90.41.8	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH = 0.45 mU/L e = 3.5 mU/L: referto del solo TSH senza ulteriori indagini; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se TSH < 0.45 mU/L e FT4 = limite superiore di riferimento, referto di TSH + FT4; Se TSH < 0.45 mU/L e FT4 < limite superiore dell'intervallo di riferimento, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Se TSH > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4 e referto di TSH + FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi a livello regionale. Non associabile ai singoli codici 90.42.1 (TSH), 90.43.3 (FT3), 90.42.3 (FT4).	4,60		Laboratorio					
	90.42.1	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	2,55		Laboratorio					
	90.42.3	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	2,60		Laboratorio					
	90.42.4	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	1,70		Laboratorio					
	90.42.5	90.42.5	TRANSFERRINA	2,20		Laboratorio					
	90.42.6	90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)	8,00		Laboratorio					
	90.42.B	90.42.B	TRIPTASI	19,50		Laboratorio					
	90.43.2	90.43.2	TRIGLICERIDI	1,10	38	Laboratorio					
	90.43.3	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	2,65		Laboratorio					
	90.43.4	90.43.4	TRIPSINA	9,80		Laboratorio					
	90.43.4	L90434A	TRIPSINA (U)	9,80		Laboratorio					
	90.43.5	90.43.5	URATO	1,05	55	Laboratorio					
	90.43.5	L90435A	URATO [Urine 24h]	1,05	55	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.43.5	L90435B	URATO [Urine]	1,05	55	Laboratorio					
	90.43.7	90.43.7	URINE RICERCA DI SPERMATOZOI	0,85		Laboratorio					
	90.43.8	90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO	2,65		Laboratorio					
	90.44.1	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	1,00		Laboratorio					
	90.44.1	L90441A	UREA [Siero]	1,00		Laboratorio					
	90.44.1	L90441B	UREA [Urine 24h]	1,00		Laboratorio					
	90.44.1	L90441C	UREA [Urine]	1,00		Laboratorio					
	90.44.3	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	2,55		Laboratorio					
	90.44.5	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)	14,90		Laboratorio					
	90.44.6	90.44.6	VITAMINA D (25 OH)	11,15		Laboratorio					
	90.45.1	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	13,75		Laboratorio					
	90.45.2	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	13,65		Laboratorio					
	90.45.4	90.45.4	ZINCO	6,50		Laboratorio					
	90.45.4	L90454A	ZINCO [Urine]	6,50		Laboratorio					
	90.46.3	90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA	7,40		Laboratorio					
	90.46.4	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	7,00	56	Laboratorio					
	90.46.5	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	5,20		Laboratorio					
	90.47.1	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	5,05		Laboratorio					
	90.47.2	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	11,65		Laboratorio					
	90.47.3	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening	6,50		Laboratorio					
	90.47.5	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	8,85		Laboratorio					
	90.47.5	L90475A	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG)	8,85		Laboratorio					
	90.47.5	L90475B	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgM)	8,85		Laboratorio					
	90.47.7	90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	7,90		Laboratorio					
	90.47.8	90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	7,85		Laboratorio					
	90.47.9	90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	7,90		Laboratorio					
	90.47.A	90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	7,85		Laboratorio					
	90.47.B	90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola	7,85		Laboratorio					
	90.47.C	90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	7,85		Laboratorio					
	90.47.D	90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)	9,25		Laboratorio					
	90.47.E	90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	7,10		Laboratorio					
	90.47.F	90.47.F	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	9,35		Laboratorio					
	90.47.G	90.47.G	ANTICORPI ANTI GM1 (MONOSIALOGLANGLIOSIDE)	24,40		Laboratorio					
	90.48.1	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	5,40		Laboratorio					
	90.48.2	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	9,90		Laboratorio					
	90.48.3	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	6,95		Laboratorio					
	90.48.4	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	9,35		Laboratorio					
	90.48.5	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	9,80		Laboratorio					
	90.48.9	90.48.9	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE	14,00		Laboratorio					
	90.49.1	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	11,65		Laboratorio					
	90.49.2	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Identificazione)	9,35		Laboratorio					
	90.49.3	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	17,80		Laboratorio					
	90.49.5	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG	7,30		Laboratorio					
	90.49.5	L90495A	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG)	7,30		Laboratorio					
	90.49.6	90.49.6	ANTICORPI ANTI BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	12,00		Laboratorio					
	90.49.7	90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	9,50		Laboratorio					
	90.49.8	90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE	15,00		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.49.9	90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI	26,20		Laboratorio					
	90.50.1	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)	26,20		Laboratorio					
	90.50.5	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	8,85		Laboratorio					
R	90.50.A	90.50.A	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgG	112,00	98	Laboratorio					
R	90.50.B	90.50.B	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI T	31,70	98	Laboratorio					
R	90.50.C	90.50.C	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI B	31,70	98	Laboratorio					
R	90.50.D	90.50.D	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgM	112,00	98	Laboratorio					
R	90.50.E	90.50.E	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-MICA	64,40	98	Laboratorio					
R	90.50.F	90.50.F	SCREENING IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTICORPI ANTI-MICA	127,40	98	Laboratorio					
R	90.50.G	90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R	260,70	98	Laboratorio					
	90.51.1	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	8,20		Laboratorio					
	90.51.2	90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI	9,50		Laboratorio					
	90.51.3	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	8,15		Laboratorio					
	90.51.4	90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	3,95	57	Laboratorio					
	90.51.5	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	5,40		Laboratorio					
	90.51.6	90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPEROSSIDASI (MPO)	11,35		Laboratorio					
	90.52.1	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	5,40		Laboratorio					
	90.52.2	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	6,75		Laboratorio					
	90.52.3	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	20,15		Laboratorio					
	90.52.4	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	7,50		Laboratorio					
	90.52.5	90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	27,65		Laboratorio					
	90.52.6	90.52.6	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS	20,85		Laboratorio					
	90.53.1	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	29,10		Laboratorio					
	90.53.3	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE (Identificazione)	70,95		Laboratorio					
	90.53.4	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	23,40		Laboratorio					
	90.53.5	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH	13,75		Laboratorio					
	90.53.6	90.53.6	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)	51,20		Laboratorio					
	90.53.7	90.53.7	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)	51,20		Laboratorio					
	90.53.8	90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3)	11,35		Laboratorio					
	90.53.9	90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA	14,85		Laboratorio					
	90.53.A	90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. Per classe anticorpale	6,15		Laboratorio					
	90.53.B	90.53.B	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ricerca ed eventuale titolazione)	10,25		Laboratorio					
	90.53.C	90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA)	29,75		Laboratorio					
	90.53.D	90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione	7,65		Laboratorio					
	90.54.3	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	19,70		Laboratorio					
	90.54.4	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	3,50		Laboratorio					
	90.54.5	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI	7,00		Laboratorio					
	90.55.1	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	3,60	58	Laboratorio					
	90.55.2	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	3,50	59	Laboratorio					
	90.55.3	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	3,60	60	Laboratorio					
	90.56.3	90.56.3	ANTIGENE CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	3,30	61	Laboratorio					
	90.56.9	90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off = 2,5 mU/L - = 10,0 mU/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA > 2,5 ug/L e < 10,0 mU/L	3,95		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.56.A	90.56.A	PROTEINA 4 dell'epididimo umano (HE4). DOSAGGIO	20,60		Laboratorio					
	90.57.2	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	51,20		Laboratorio					
	90.57.5	90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)	3,05		Laboratorio					
	90.58.2	90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]	16,15		Laboratorio					
	90.59.3	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	47,30		Laboratorio					
	90.59.5	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO	10,35		Laboratorio					
	90.60.1	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo	5,75		Laboratorio					
	90.60.2	90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)	3,20		Laboratorio					
	90.60.2	L90602A	COMPLEMENTO: C3	3,20		Laboratorio					
	90.60.2	L90602B	COMPLEMENTO: C3 ATT.	3,20		Laboratorio					
	90.60.2	L90602C	COMPLEMENTO: C4	3,20		Laboratorio					
	90.61.1	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	1,55		Laboratorio					
	90.61.2	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)	11,75		Laboratorio					
	90.61.3	90.61.3	CYFRA 21-1	8,05	63	Laboratorio					
	90.61.4	90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	6,15		Laboratorio					
	90.62.2	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	2,30		Laboratorio					
	90.62.3	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	12,00		Laboratorio					
	90.62.4	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	15,00		Laboratorio					
	90.63.1	90.63.1	DOSAGGIO ATTIVITA' ANTICOAGULANTE DEI FARMACI INIBITORI FATTORE X ATTIVATO (Eparina, Rivaroxaban, etc.)	7,20	64	Laboratorio					
	90.63.2	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH. Per ciascuno antigene	12,80		Laboratorio					
	90.63.3	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	21,00		Laboratorio					
	90.63.5	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	19,00		Laboratorio					
	90.63.6	90.63.6	FATTORE vWF ANTIGENE (EIA)	6,10		Laboratorio					
	90.63.7	90.63.7	FATTORE vWF CBA (EIA)	12,00		Laboratorio					
	90.63.8	90.63.8	DOSAGGIO DELL'ATTIVITA' ANTICOAGULANTE FATTORE ANTI II A (Dabigatran, etc)	3,40		Laboratorio					
	90.64.1	90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND. Analisi multimerica	4,35		Laboratorio					
	90.64.2	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	2,50		Laboratorio					
	90.64.3	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII). Per ciascun fattore	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643A	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (IX)	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643B	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (V)	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643C	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VII)	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643D	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VIII)	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643E	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (X)	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643F	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XI)	6,90		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.64.3	L90643G	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XII)	6,90		Laboratorio					
	90.64.3	L90643H	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XIII)	6,90		Laboratorio					
	90.64.4	90.64.4	FENOTIPO Rh	12,80	65	Laboratorio					
	90.64.6	90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	1,75		Laboratorio					
	90.65.3	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	9,45	65	Laboratorio					
	90.65.5	90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO	12,00		Laboratorio					
	90.66.7	90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	8,90		Laboratorio					
	90.67.4	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicit� nota)	88,00		Laboratorio					
	90.67.5	90.67.5	IgA SECRETORIE	6,75		Laboratorio					
	90.67.5	L90675L	IgA SECRETORIE [Saliva]	6,75		Laboratorio					
R	90.67.A	90.67.A	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgG	225,80	98	Laboratorio					
R	90.67.B	90.67.B	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgG	227,25	98	Laboratorio					
R	90.67.C	90.67.C	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgM	239,80	98	Laboratorio					
R	90.67.D	90.67.D	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgM	241,25	98	Laboratorio					
R	90.67.E	90.67.E	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE I	331,35	98	Laboratorio					
R	90.67.F	90.67.F	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE II	311,75	98	Laboratorio					
	90.68.1	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene	4,55	66	Laboratorio					
	90.68.2	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO. Per profilo di allergeni	11,35	67	Laboratorio					
	90.68.2	L90682A	IgE SPECIFICHE PANNELLO INALANTI	11,35	67	Laboratorio					
	90.68.2	L90682B	IgE ALIMENTI PEDIATRICO (grano, albume,latte intero,merluzzo,soia,pomodoro,mela, arachide)	11,35	67	Laboratorio					
	90.68.2	L90682C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO [LA.ANALISI]	11,35	67	Laboratorio					
	90.68.3	90.68.3	IgE TOTALI	3,40		Laboratorio					
	90.68.4	90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	14,05		Laboratorio					
	90.68.4	L90684A	IgG SOTTOCLASSE 2	14,05		Laboratorio					
	90.68.4	L90684B	IgG SOTTOCLASSE 3	14,05		Laboratorio					
	90.68.4	L90684C	IgG SOTTOCLASSE 4	14,05		Laboratorio					
	90.68.5	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per singolo allergene	4,30	68	Laboratorio					
	90.68.6	90.68.6	PROTEINA CATIONICA EOSINOFILA (ECP)	9,85		Laboratorio					
	90.68.7	90.68.7	Ig E SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI. Fino a 8 allergeni per pannello	36,05		Laboratorio					
	90.68.8	90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI. Fino a 8 allergeni per pannello	36,05		Laboratorio					
R	90.68.9	90.68.9	TEST DI INIBIZIONE DELLE IgE SPECIFICHE CON ALLERGENE SPECIFICO. Pannelli di 4 allergeni a varie diluizioni	19,00	69	Laboratorio					
	90.68.A	90.68.A	IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari	5,70	70	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.68.B	90.68.B	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni	54,05	99	Laboratorio					
	90.68.C	90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni	54,05	100	Laboratorio					
	90.69.2	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	11,95		Laboratorio					
	90.69.4	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)	2,10		Laboratorio					
	90.69.4	L90694B	IMMUNOGLOBULINE IgG	2,10		Laboratorio					
	90.69.4	L90694C	IMMUNOGLOBULINE IgM	2,10		Laboratorio					
	90.70.3	90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)	5,90		Laboratorio					
	90.71.5	90.71.5	PLASMINOGENO	5,30		Laboratorio					
	90.72.1	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	8,85		Laboratorio					
	90.72.2	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	8,55		Laboratorio					
	90.72.3	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	1,90		Laboratorio					
	90.72.4	90.72.4	PROTEINA S LIBERA	9,90		Laboratorio					
	90.72.5	90.72.5	PROTEINA S TOTALE	11,15		Laboratorio					
	90.72.6	90.72.6	PROTEINA S 100	6,45		Laboratorio					
	90.73.2	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	8,35		Laboratorio					
R	90.73.A	90.73.A	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgG	51,20	98	Laboratorio					
R	90.73.B	90.73.B	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI B IgG	51,20	98	Laboratorio					
R	90.73.C	90.73.C	CROSS-MATCH CITOFLUORIETRICO LINFOCITI T IgM	51,20	98	Laboratorio					
	90.74.5	90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	3,15		Laboratorio					
	90.74.8	90.74.8	TEMPO DI BOTROXINA (Reptilase)	10,00		Laboratorio					
R	90.74.A	90.74.A	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI T	48,45	98	Laboratorio					
R	90.74.B	90.74.B	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI B	48,45	98	Laboratorio					
	90.75.4	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	1,40		Laboratorio					
	90.75.5	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	2,95		Laboratorio					
	90.76.1	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	1,45		Laboratorio					
R	90.76.2	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore	4,75	71	Laboratorio					
	90.76.7	90.76.7	TEST DI FUNZIONALTA' PIASTRINICA (PFA)	14,00		Laboratorio					
	90.77.2	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	7,35	72	Laboratorio					
	90.77.6	90.77.6	TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT	16,00		Laboratorio					
R	90.78.2	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione	98,80	98	Laboratorio					
R	90.78.4	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione	98,80	98	Laboratorio					
R	90.78.A	90.78.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Alta risoluzione	198,65	98	Laboratorio					
R	90.78.B	90.78.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Alta risoluzione	198,65	98	Laboratorio					
R	90.79.1	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione	98,80	98	Laboratorio					
R	90.79.4	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPA1. Alta risoluzione	97,30	98	Laboratorio					
R	90.79.5	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPB1. Alta risoluzione	117,80	98	Laboratorio					
R	90.79.A	90.79.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Alta risoluzione	198,65	98	Laboratorio					
R	90.79.B	90.79.B	TIPIZZAZIONE GENI KIR. In trapianto mismatch	86,45	98	Laboratorio					
R	90.80.2	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQA1. Alta risoluzione	105,30	98	Laboratorio					
R	90.80.3	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione	98,80	98	Laboratorio					
R	90.80.4	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQB1. Alta risoluzione	105,30	98	Laboratorio					
R	90.81.1	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione	98,80	98	Laboratorio					
R	90.81.3	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I	201,95	62	Laboratorio					
R	90.81.4	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II	219,85	62	Laboratorio					
R	90.81.A	90.81.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB1. Alta risoluzione	147,35	98	Laboratorio					
R	90.81.B	90.81.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB3. Alta risoluzione	68,75	98	Laboratorio					
R	90.81.C	90.81.C	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB4. Alta risoluzione	49,15	98	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
R	90.81.D	90.81.D	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB5. Alta risoluzione	56,15	98	Laboratorio					
	90.82.1	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)	2,85		Laboratorio					
	90.82.3	90.82.3	TROPONINA I, T	4,70		Laboratorio					
	90.82.5	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	1,25		Laboratorio					
	90.83.A	90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS	96,15		Laboratorio					
	90.84.8	90.84.8	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS	29,30		Laboratorio					
	90.87.6	90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	35,40		Laboratorio					
	90.87.7	90.87.7	AEROMONAS NELLE FECI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	14,95		Laboratorio					
	90.87.8	90.87.8	AMEBE A VITA LIBERA ESAME COLTURALE. Incluso: esame microscopico previa colorazione specifica	25,00		Laboratorio					
	90.87.F	90.87.F	BORDETELLA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	14,25		Laboratorio					
	90.87.G	90.87.G	BORRELIA ANALISI QUALITATIVA DNA o RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	33,55		Laboratorio					
	90.87.P	90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	92,10		Laboratorio					
	90.87.R	90.87.R	BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM	17,10		Laboratorio					
	90.87.S	90.87.S	BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	13,05		Laboratorio					
	90.87.T	90.87.T	BORRELIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale Immunoblotting	13,60		Laboratorio					
	90.88.2	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	9,85		Laboratorio					
	90.88.E	90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3	29,05		Laboratorio					
	90.88.G	90.88.G	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	16,60		Laboratorio					
	90.88.H	90.88.H	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	14,70		Laboratorio					
	90.88.J	90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	17,65		Laboratorio					
	90.89.6	90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	9,15		Laboratorio					
	90.90.3	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	58,70		Laboratorio					
	90.90.6	90.90.6	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	61,05		Laboratorio					
	90.90.7	90.90.7	CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	24,65		Laboratorio					
	90.90.A	90.90.A	CRIPTOCOCCO RICERCA DIRETTA	26,55		Laboratorio					
	90.90.B	90.90.B	CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcool acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	15,30		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.90.E	90.90.E	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	12,10		Laboratorio					
	90.90.G	90.90.G	COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM	12,00		Laboratorio					
	90.91.4	90.91.4	ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	25,75		Laboratorio					
	90.92.6	90.92.6	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI	35,55		Laboratorio					
	90.92.7	90.92.7	ENTAMOEBA HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	37,00		Laboratorio					
	90.93.1	90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	8,55		Laboratorio					
	90.93.2	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIIURI] RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANALE. Scotch test o tampone perianale	9,85		Laboratorio					
	90.93.3	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	21,95		Laboratorio					
	90.93.5	90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma	21,20		Laboratorio					
	90.93.6	90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis e altri batteri e lieviti patogeni. incluso: esame microscopico di idoneità del campione. incluso: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	17,25		Laboratorio					
	90.93.7	90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	18,60		Laboratorio					
	90.93.8	90.93.8	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	13,05		Laboratorio					
	90.93.9	90.93.9	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	13,05		Laboratorio					
	90.93.A	90.93.A	ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	10,10		Laboratorio					
	90.93.B	90.93.B	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	14,90		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.93.C	90.93.C	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	133,20		Laboratorio					
	90.93.D	90.93.D	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	70,50		Laboratorio					
	90.93.E	90.93.E	ESAME COLTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO E/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO [TEST DI STAMEY] Ricerca batteri patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso: identificazione ed eventuale antibiogramma	53,60		Laboratorio					
	90.93.J	90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	33,55		Laboratorio					
	90.93.K	90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	19,25		Laboratorio					
	90.93.L	90.93.L	ESAME COLTURALE ESSUDATI [pleurico, peritoneale, articolare, pericardico]. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, Incluso: identificazione e antibiogramma	33,65		Laboratorio					
	90.94.1	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma	25,95		Laboratorio					
	90.94.2	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	16,40		Laboratorio					
	90.94.3	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Escluso: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a: 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale	18,35		Laboratorio					
	90.94.5	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	26,20		Laboratorio					
	90.94.6	90.94.6	FRANCISELLA TULARENSIS [TULAREMIA] ANTICORPI	13,00		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	90.94.7	90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	8,70		Laboratorio					
	90.94.C	90.94.C	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA	16,75		Laboratorio					
	90.95.1	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	8,65		Laboratorio					
	90.95.4	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso. identificazione e antibiogramma	10,10		Laboratorio					
	90.95.5	90.95.5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)	31,45		Laboratorio					
	90.95.8	90.95.8	LEISHMANIA ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	25,00		Laboratorio					
	90.96.1	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI	16,90		Laboratorio					
	90.96.2	90.96.2	LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica	4,00		Laboratorio					
	90.96.6	90.96.6	LEPTOSPIRE ANTICORPI	33,45		Laboratorio					
	90.96.7	90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	10,10		Laboratorio					
	90.96.8	90.96.8	LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	7,20		Laboratorio					
	90.96.9	90.96.9	LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	41,20		Laboratorio					
	90.97.6	90.97.6	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	22,30		Laboratorio					
	90.98.4	90.98.4	MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame culturale. Se positivo, incluso identificazione	15,70		Laboratorio					
	90.98.9	90.98.9	MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione.	57,90		Laboratorio					
	90.99.1	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	55,70		Laboratorio					
R	90.99.2	90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	78,90		Laboratorio					
R	90.99.4	90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA. Almeno 4 antibiotici	54,10		Laboratorio					
	91.01.9	91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti). Incluso: ESAME CULTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex	98,30		Laboratorio					
	91.01.A	91.01.A	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	21,95		Laboratorio					
	91.02.6	91.02.6	MICROFILARIE [W. BANCROFTI] ANTIGENI RICERCA DIRETTA	23,70		Laboratorio					
	91.02.7	91.02.7	MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento	4,25		Laboratorio					
R	91.02.8	91.02.8	MICROSPORIDI ESAME CULTURALE SU LINEE CELLULARI	23,00		Laboratorio					
R	91.02.9	91.02.9	MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)	18,00		Laboratorio					
	91.02.A	91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME CULTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	11,65		Laboratorio					
	91.02.D	91.02.D	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	16,50		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.03.5	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME CULTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	8,80		Laboratorio					
	91.04.1	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME CULTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	10,10		Laboratorio					
	91.04.5	91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS	8,65		Laboratorio					
	91.04.6	91.04.6	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)	13,25		Laboratorio					
	91.04.8	91.04.8	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting	27,20		Laboratorio					
	91.05.2	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa)	14,40		Laboratorio					
	91.05.A	91.05.A	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	46,80		Laboratorio					
	91.05.B	91.05.B	ANISAKIS ANTICORPI	16,40		Laboratorio					
	91.05.C	91.05.C	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)	10,10		Laboratorio					
	91.05.D	91.05.D	PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	97,95		Laboratorio					
	91.06.6	91.06.6	RICKETTSIE CONORII ANTICORPI IgG e IgM	14,50		Laboratorio					
	91.06.A	91.06.A	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	7,20		Laboratorio					
	91.06.B	91.06.B	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	63,05		Laboratorio					
	91.06.C	91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi. Non associabile a 90.90.B, 90.92.7 e 90.94.7	17,45		Laboratorio					
	91.07.6	91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma. Non associabile a 90.94.3	10,10		Laboratorio					
	91.07.7	91.07.7	SHIGELLA NELLE FECI ESAME CULTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma. Non associabile a 90.94.3	10,10		Laboratorio					
	91.07.8	91.07.8	SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico	8,70		Laboratorio					
	91.08.2	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI	7,15		Laboratorio					
	91.08.4	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME CULTURALE. Incluso: Identificazione	8,10		Laboratorio					
	91.08.5	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	2,85		Laboratorio					
	91.08.6	91.08.6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	26,20		Laboratorio					
	91.08.7	91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colurale o Baermann)	9,85		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.08.8	91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	11,00		Laboratorio					
	91.08.A	91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI	10,40		Laboratorio					
	91.08.B	91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI	9,70		Laboratorio					
	91.08.C	91.08.C	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI	12,50		Laboratorio					
	91.09.3	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI	17,00		Laboratorio					
	91.09.B	91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	43,85		Laboratorio					
	91.09.D	91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	6,00		Laboratorio					
	91.10.7	91.10.7	TRICHINELLA ANTICORPI	16,00		Laboratorio					
	91.10.8	91.10.8	TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI	17,00		Laboratorio					
	91.10.9	91.10.9	TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento	10,10		Laboratorio					
	91.10.A	91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI. Non associabile a 90.93.B	23,50		Laboratorio					
	91.10.B	91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting	6,65		Laboratorio					
	91.11.3	91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	84,40		Laboratorio					
	91.12.2	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	107,50		Laboratorio					
	91.12.5	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione	28,00		Laboratorio					
	91.12.8	91.12.8	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	5,00		Laboratorio					
	91.12.9	91.12.9	VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	142,20		Laboratorio					
	91.12.A	91.12.A	VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	96,15		Laboratorio					
	91.12.B	91.12.B	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione	51,00		Laboratorio					
	91.13.1	91.13.1	VIRUS ANTICORPI NAS	8,30		Laboratorio					
	91.13.2	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F	32,05		Laboratorio					
	91.13.6	91.13.6	VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene	9,55		Laboratorio					
	91.13.7	91.13.7	VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI	5,00		Laboratorio					
R	91.15.A	91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	28,00		Laboratorio					
	91.15.B	91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	49,35		Laboratorio					
	91.15.C	91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	44,30		Laboratorio					
	91.15.D	91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)	7,20		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.15.F	91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	6,60		Laboratorio					
	91.16.A	91.16.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	112,45		Laboratorio					
	91.16.B	91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	41,85		Laboratorio					
	91.16.C	91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento	86,20		Laboratorio					
	91.16.D	91.16.D	VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM	98,00		Laboratorio					
R	91.17.4	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	46,45		Laboratorio					
	91.17.6	91.17.6	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta	5,70		Laboratorio					
	91.17.8	91.17.8	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	7,15		Laboratorio					
	91.18.2	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	5,40	73	Laboratorio					
	91.18.3	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	4,75		Laboratorio					
	91.18.4	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	5,35	74	Laboratorio					
	91.18.5	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	4,10		Laboratorio					
	91.18.6	91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo. Non associabile a 91.18.2, 91.18.3, 91.18.4 e 91.18.5	26,20		Laboratorio					
	91.19.3	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	41,65		Laboratorio					
	91.19.4	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	49,75		Laboratorio					
	91.19.5	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	6,95		Laboratorio					
	91.19.6	91.19.6	VIRUS EPATITE C ANTIGENE	12,25		Laboratorio					
	91.19.7	91.19.7	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	339,10		Laboratorio					
	91.20.2	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso:, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento	80,70		Laboratorio					
	91.20.5	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	12,35	74	Laboratorio					
	91.20.6	91.20.6	VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI	12,25		Laboratorio					
	91.20.7	91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.	22,00	74	Laboratorio					
	91.21.6	91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio	7,10		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
R	91.21.9	91.21.9	VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo	84,55		Laboratorio					
	91.21.B	91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG	6,00		Laboratorio					
	91.21.D	91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	46,10		Laboratorio					
R	91.22.2	91.22.2	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	32,30		Laboratorio					
R	91.22.3	91.22.3	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	44,25		Laboratorio					
R	91.23.7	91.23.7	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	694,50		Laboratorio					
	91.23.9	91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione	23,00		Laboratorio					
	91.23.F	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	12,05		Laboratorio					
	91.24.8	91.24.8	VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	5,00		Laboratorio					
	91.24.9	91.24.9	VIRUS PAPILOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	63,20		Laboratorio					
R	91.24.C	91.24.C	VIRUS PAPILOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	98,20		Laboratorio					
	91.24.F	91.24.F	VIRUS MORBILLO ANTICORPI IgG e IgM	14,95		Laboratorio					
	91.24.G	91.24.G	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM	15,60		Laboratorio					
	91.25.8	91.25.8	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM	17,10		Laboratorio					
	91.25.D	91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI	9,50		Laboratorio					
R	91.26.3	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	16,35		Laboratorio					
	91.26.9	91.26.9	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	5,00		Laboratorio					
	91.26.C	91.26.C	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM	14,00		Laboratorio					
	91.26.D	91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	5,35		Laboratorio					
	91.26.E	91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	4,80		Laboratorio					
	91.27.5	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	12,85		Laboratorio					
R	91.30.2	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO	147,00	98	Laboratorio					
	91.30.7	91.30.7	Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per carcinoma non a piccole cellule non squamoso (adenocarcinoma) metastatico del polmone cito/istologicamente diagnosticato	1.150,00		Laboratorio					
	91.30.8	91.30.8	Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per colangiocarcinoma delle vie biliari avanzato, cito/istologicamente diagnosticato, suscettibile di trattamento sistemico	1.150,00		Laboratorio					
R	91.35.6	91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	16,20		Altre					
	91.38.5	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	5,55		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.38.L	91.38.L	CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)	160,00		Laboratorio					
	91.39.2	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi	30,20		Laboratorio					
	91.39.4	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi	21,15		Laboratorio					
	91.39.B	91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.C	91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.D	91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.E	91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.F	91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.G	91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.H	91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.J	91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	33,15		Laboratorio					
	91.39.L	91.39.L	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	55,65		Laboratorio					
	91.39.N	91.39.N	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	55,65		Laboratorio					
	91.40.A	91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.40.B	91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.40.C	91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.40.D	91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.40.E	91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.40.G	91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.40.H	91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	61,25		Laboratorio					
	91.41.8	91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.41.B	91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	61,25		Laboratorio					
	91.41.C	91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA. Incluso: valutazione immunoistochimica per CD3	61,25		Laboratorio					
	91.41.D	91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni	114,10		Laboratorio					
	91.41.E	91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	114,10		Laboratorio					
	91.41.F	91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.41.G	91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	122,50		Laboratorio					
	91.41.J	91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.	122,50		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.41.K	91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.41.L	91.41.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITE CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	61,25		Laboratorio					
	91.42.C	91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.42.D	91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	61,25		Laboratorio					
	91.42.E	91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.42.F	91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	61,25		Laboratorio					
	91.42.G	91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.42.H	91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.43.A	91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.43.B	91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.43.D	91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.43.E	91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	122,50		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	91.43.G	91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.43.H	91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.43.K	91.43.K	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Inclusa Immunofluorescenza. Per campione e almeno 7 marcatori	59,50		Laboratorio					
	91.43.L	91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.44.1	91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 12 campioni	136,90		Laboratorio					
	91.45.8	91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni	99,20		Laboratorio					
	91.46.8	91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per almeno 8 campioni	99,20		Laboratorio					
	91.46.A	91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	59,50		Laboratorio					
	91.46.B	91.46.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,30		Laboratorio					
	91.47.6	91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	122,50		Laboratorio					
	91.47.7	91.47.7	test genomici per patologia mammaria neoplastica in stadio precoce istologicamente diagnosticata	2.000,00		Laboratorio					
R	91.47.8	91.47.8	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori	139,65	75	Laboratorio					
	91.47.C	91.47.C	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni	190,30		Laboratorio					
	91.47.L	91.47.L	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori	63,15	75	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
R	91.47.M	91.47.M	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori	63,15	75	Laboratorio					
	91.47.N	91.47.N	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori	63,15	75	Laboratorio					
	91.47.P	91.47.P	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori	63,15	75	Laboratorio					
	91.48.2	91.48.2	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione	42,30		Laboratorio					
R	91.48.3	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	151,30		Laboratorio					
	91.48.4	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	3,80		Altre					
	91.48.5	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	6,95		Laboratorio					
	91.49.1	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	4,45		Laboratorio					
	91.49.2	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	3,80		Laboratorio					
	91.49.3	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	2,55		Altre					
	91.49.4	91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,25		Laboratorio					
	91.49.5	91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	42,25		Laboratorio					
MR,R	91.5R.1	91.5R.1	SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO Incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.2	91.5R.2	ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO	159,20		Laboratorio					
MR,R	91.5R.3	91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI	174,20		Laboratorio					
MR,R	91.5R.4	91.5R.4	ACIDO OROTICO URINARIO. DOSAGGIO	28,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.5	91.5R.5	BETA-IDROSSIBUTIRRATO	5,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.6	91.5R.6	ACIDO ACETOACETICO	10,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.7	91.5R.7	NEFA (acidi grassi non esterificati)	2,15		Laboratorio					
MR,R	91.5R.8	91.5R.8	CARNITINA LIBERA	8,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.9	91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA	8,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.A	91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS	52,85		Laboratorio					
MR,R	91.5R.B	91.5R.B	SUCCINILACETONE URINARIO	102,70		Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
MR,R	91.5R.C	91.5R.C	N-ACETILASPARTATO	10,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.D	91.5R.D	PTERINE PLASMATICHE E URINARIE	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.E	91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.F	91.5R.F	CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.G	91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)	102,70		Laboratorio					
MR,R	91.5R.H	91.5R.H	ISOLETTROFOCUSING DELLA TRANSFERRINA SIERICA	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.J	91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA	111,85		Laboratorio					
MR,R	91.5R.K	91.5R.K	ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.L	91.5R.L	ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.M	91.5R.M	ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.N	91.5R.N	ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.P	91.5R.P	ENZIMI METABOLISMO PIRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.Q	91.5R.Q	ENZIMI LISOSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	128,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.R	91.5R.R	ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.S	91.5R.S	ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.T	91.5R.T	ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.U	91.5R.U	ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.W	91.5R.W	RAME TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	4,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.X	91.5R.X	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING	10,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.Y	91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO	43,00		Laboratorio					
MR,R	91.5R.Z	91.5R.Z	N-ACETILGLUCOSAMINIDASI	6,50		Laboratorio					
R	91.60.1	91.60.1	STATO MUTAZIONALE EGFR	75,65	76	Laboratorio					
R	91.60.2	91.60.2	RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1	256,00	76	Laboratorio					
R	91.60.3	91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS e N-RAS	98,95	76	Laboratorio					
R	91.60.4	91.60.4	STATO MUTAZIONALE H-RAS	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.5	91.60.5	STATO MUTAZIONALE K-RAS	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.6	91.60.6	STATO MUTAZIONALE B-RAF	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.7	91.60.7	INSTABILITA' MICROSATELLITARE	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.8	91.60.8	STATO MUTAZIONALE C-Kit	151,30	76	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia del Documento Irradato Diritto di Rete

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
R	91.60.9	91.60.9	STATO MUTAZIONALE PDGFRA	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.A	91.60.A	STATO HER2-neu	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.B	91.60.B	METILAZIONE PROMOTORE MGMT	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.C	91.60.C	MUTAZIONI IDH1-2	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.D	91.60.D	CODELEZIONE 1p/19q	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.E	91.60.E	STATO MUTAZIONALE RET	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.F	91.60.F	AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.G	91.60.G	RIARRANGIAMENTO EWSR1	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.H	91.60.H	RIARRANGIAMENTO gene DDIT3	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.J	91.60.J	RIARRANGIAMENTO gene FOXO1	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.K	91.60.K	AMPLIFICAZIONE MDM2	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.L	91.60.L	TRASLOCAZIONE (X;18)	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.M	91.60.M	TRASLOCAZIONE (7;16)	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.N	91.60.N	TRASLOCAZIONE der (17) t (X;17)	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.P	91.60.P	TRASLOCAZIONE t (12;15)	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.Q	91.60.Q	TRASLOCAZIONE (11;14)	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.R	91.60.R	TRASLOCAZIONE (9;14)	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.S	91.60.S	TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3;14)	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.T	91.60.T	TRASLOCAZIONE t (2;12)	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.U	91.60.U	TRASLOCAZIONE t (14;18)	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.V	91.60.V	TRASLOCAZIONE (2;17)	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.W	91.60.W	TRASLOCAZIONE (8;14) , (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	151,30	76	Laboratorio					
R	91.60.X	91.60.X	TRASLOCAZIONE (2;5), (1;2)	151,60	76	Laboratorio					
R	91.60.Z	91.60.Z	RIARRANGIAMENTO GENI DELLE IMMUNOGLOBULINE	256,00	76	Laboratorio					
R	91.61.1	91.61.1	RIARRANGIAMENTO DEL RECETTORE DELLE CELLULE T (TCR)	256,00	76	Laboratorio					
R	91.61.2	91.61.2	RIARRANGIAMENTO Bcl6	151,30	76	Laboratorio					
	91.90.1	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI	6,00	77	Dermatologia/Allergologia					
	91.90.4	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni	11,60	78	Dermatologia/Allergologia	Pneumologia				
	91.90.5	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Inclusa visita allergologica di controllo	32,95	79	Dermatologia/Allergologia					
H	91.90.6	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci	23,20	80	Dermatologia/Allergologia					
H	91.90.7	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute	77,50	81	Dermatologia/Allergologia					
	91.90.8	91.90.8	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI. Fino a 7 allergeni	13,00	81	Dermatologia/Allergologia					
	91.90.9	91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO [Open test]. Per singolo allergene.	12,00	81	Dermatologia/Allergologia					
	91.90.A	91.90.A	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	69,00	82	Dermatologia/Allergologia					
H	91.90.B	91.90.B	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni	52,05	83	Dermatologia/Allergologia					
	91.90.C	91.90.C	TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene	12,00		Oculistica					
	92.01.1	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	47,55		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.01.3	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	34,95		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.01.5	92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	46,10		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.02.2	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA	125,95		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	92.02.3	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLECISTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO	110,95		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.03.1	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	60,85		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.03.3	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	122,40		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.03.4	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere	81,00		Diagnostica per immagini					
	92.03.8	92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)	41,25		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.04.1	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	68,60		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.04.2	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6	52,15		Gastroenterologia	Diagnostica per immagini	Medicina nucleare			
	92.04.3	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	101,00		Gastroenterologia	Medicina nucleare	Diagnostica per immagini			
	92.04.4	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	111,20		Gastroenterologia	Medicina nucleare	Diagnostica per immagini			
	92.04.6	92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA. Non associabile a 92.04.2	98,00		Diagnostica per immagini	Gastroenterologia	Medicina nucleare			
	92.04.7	92.04.7	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	69,85		Diagnostica per immagini	Gastroenterologia	Medicina nucleare			
	92.05.4	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)	223,40		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.05.6	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	116,90		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.05.7	92.05.7	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON FDG	1.539,85		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.05.A	92.05.A	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	223,40		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.05.C	92.05.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	1.539,85		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.05.D	92.05.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	1.539,85		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.05.E	92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2	195,95		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.05.F	92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41	242,95		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	92.09.1	92.09.1	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41	1.539,85		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.09.2	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E	146,90		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.09.9	92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE 89.41	171,00		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.09.B	92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	627,50		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.11.5	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione	257,75		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.11.6	92.11.6	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON FDG	939,95		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.11.9	92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	1.035,05		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.11.A	92.11.A	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	1.267,90		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.13	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	206,35		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.13.2	92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a 92.13	280,80		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.15.1	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	75,00		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.15.2	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	210,00		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.15.4	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.19.8	181,30		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.15.6	92.15.6	VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA	133,00		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.16.1	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica.	119,05		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.16.2	92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA. Non associabile a 92.19.8	384,00		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.18.1	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.19.8	310,00		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.18.2	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione. Non associabile a 92.18.7	124,15		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	92.18.7	92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2	85,35		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.18.8	92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	246,00		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.18.9	92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	246,00		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.18.A	92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	442,60		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.18.B	92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	288,20		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.18.C	92.18.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1.094,00		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.18.D	92.18.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	1.116,00		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.19.1	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	293,25		Diagnostica per immagini	Medicina nucleare				
	92.19.2	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	323,80		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.19.5	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]	90,85		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.19.8	92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.11.8, 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1	244,80		Medicina nucleare	Diagnostica per immagini				
	92.19.A	92.19.A	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	67,00		Diagnostica per immagini					
	92.19.B	92.19.B	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	1.530,00		Diagnostica per immagini					
	92.21.1	92.21.1	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	8,80		Radioterapia					
	92.23.1	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	27,00		Radioterapia					
	92.24.1	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	42,00		Radioterapia					
	92.24.2	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	65,00		Radioterapia					
	92.24.4	92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.	1.480,40	84	Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
	92.24.6	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	95,00		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
	92.24.7	92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	210,00		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 10 la remunerazione è 157,5 fino a un massimo di 35; oltre 35 la seduta non viene remunerata
	92.24.A	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	600,00	101	Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 450 fino a un massimo di 10; oltre 10 la seduta non viene remunerata

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	92.24.C	92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	1.480,40	85	Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 740,2 fino a un massimo di 3; oltre 3 la seduta non viene remunerata
	92.24.D	92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	1.408,00	101	Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 703,75 fino a un massimo di 5 ; oltre 5 la seduta non viene remunerata
	92.25.1	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	45,35		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
	92.25.2	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Insieme le fasi propedeutiche alla prestazione	1.229,10	86	Radioterapia					
	92.25.6	92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	1.811,00	87	Radioterapia					
	92.25.7	92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	905,50	87	Radioterapia					
	92.27.1	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	350,00		Radioterapia					
	92.27.3	92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	175,00		Radioterapia					
	92.27.5	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	59,90		Radioterapia					
	92.28.1	92.28.1	TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131	238,75		Radioterapia	Medicina nucleare				
	92.28.3	92.28.3	TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOSINOVIORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE	225,00		Radioterapia	Diagnostica per immagini	Medicina nucleare			
	92.28.4	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	659,00		Radioterapia					
	92.28.6	92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	988,20		Radioterapia					
	92.28.7	92.28.7	TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE	175,00		Radioterapia	Medicina nucleare				
	92.28.9	92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	520,00		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 260 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
	92.29.1	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	68,00		Radioterapia					
	92.29.2	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	123,00		Radioterapia					
	92.29.3	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	161,00		Radioterapia					
	92.29.4	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	30,00		Radioterapia					
	92.29.5	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	142,40		Radioterapia					
	92.29.6	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	14,00		Radioterapia					
	92.29.8	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	118,75		Radioterapia					
	92.29.9	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento	102,70		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
	92.29.A	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.3	476,00		Radioterapia					
	92.29.G	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER 1^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta	31,00		Radioterapia					
	92.29.H	92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	82,00		Radioterapia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	92.29.L	92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	82,00		Radioterapia					
	92.29.Q	92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	240,00		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 180 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
	92.29.R	92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	76,65		Radioterapia					
	92.29.S	92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	99,00		Radioterapia					
	92.29.T	92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	200,00		Radioterapia					
R	92.29.U	92.29.U	ADROTERAPIA - Ciclo intero.	21.000,00	97	Radioterapia					
R	92.29.V	92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).	8.000,00	97	Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 6 la remunerazione è 0
R	92.29.W	92.29.W	ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).	10.000,00	97	Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 0
	92.47.8	92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA? (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Ciclo breve: fino a 5 sedute	550,00		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 0
	92.47.9	92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA? (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	450,00		Radioterapia					Per un numero di sedute superiore a 15 la remunerazione è 225 fino a un massimo di 30; oltre 30 la seduta non viene remunerata
	93.01.1	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF [Valutazione di 3 o più delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento]. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese	20,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.3	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4). VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.4	93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.5	93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.01.6	93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.7	93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4). Non ripetibile entro un mese	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.8	93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4)	14,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.9	93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELL'APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	14,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.A	93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	14,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.B	93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.C	93.01.C	VALUTAZIONI E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.01.D	93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	11,95		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.02	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE	9,60		Oculistica					
	93.03	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo	11,95		Otorinolaringoiatria	Oculistica	Medicina fisica e riabilitazione			
	93.03.1	93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	17,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.03.2	93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo	13,55		Medicina fisica e riabilitazione					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.03.3	93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	16,55		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.05.3	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)	18,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.05.4	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5	13,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.05.5	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.05.8	14,90		Otorinolaringoiatria	Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia			
	93.05.6	93.05.6	ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati	19,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.05.7	93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)	30,20		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.05.8	93.05.8	GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico	108,75		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.07.1	93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE	15,55		Endocrinologia	Nefrologia				
	93.07.2	93.07.2	PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	13,35		Nefrologia					
	93.08.2	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta	10,45		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.08.3	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago	10,45		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.08.4	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell'occhio (95.25)	13,65		Neurologia	Urologia	Otorinolaringoiatria	Medicina fisica e riabilitazione		
	93.08.5	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti	10,45		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.08.6	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	10,45		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia				
	93.08.7	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	10,45		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.08.8	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	10,45		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia				
	93.08.A	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	116,00		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia				
	93.08.B	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	98,00		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.08.C	93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).	78,00		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.08.D	93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili.	78,00		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia				
	93.08.E	93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	85,60		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.08.F	93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli). Non associabile a 93.05.8	51,65		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.09.1	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	10,45		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.09.2	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	10,45		Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia				
	93.09.3	93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)	14,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.09.4	93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)	8,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.09.5	93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7C.4); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese	8,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.1	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle ?funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell?OMS e caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	12,35		Medicina fisica e riabilitazione					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.11.2	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle ?funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento? secondo ICF dell?OMS e caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute	29,55		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.5	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	6,15		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.6	93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle ?funzioni della voce e dell?eloquio? secondo ICF dell?OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute	12,50		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.7	93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	4,20		Pneumologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.11.8	93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle ?funzioni dell?apparato digerente? secondo ICF dell?OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	12,50		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.9	93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle ?funzioni genito-urinarie?, incontinenza urinaria, secondo ICF dell?OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	12,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.A	93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo massimo di 10 sedute	10,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.B	93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo massimo di 10 sedute	12,50		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.C	93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo massimo di 10 sedute	4,05		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.D	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio” secondo ICF dell’OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento del disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo massimo di 5 sedute	6,25		Medicina fisica e riabilitazione					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.11.E	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo massimo di 10 sedute	9,80		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.F	93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo massimo di 10 sedute	5,60		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.G	93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.	45,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.11.H	93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute	22,55		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.15	93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	14,70		Ortopedia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.16	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	8,85		Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia				
	93.18.1	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle ?funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio"" secondo ICF dell?OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	11,40		Medicina fisica e riabilitazione	Cardiologia	Pneumologia			
	93.18.2	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle ?funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio"" secondo ICF dell?OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall?esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	3,85	88	Cardiologia	Medicina fisica e riabilitazione	Pneumologia			
	93.19.3	93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINA Incluso farmaco	51,00		Neurologia					
	93.22.1	93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione	21,40		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.22.2	93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA	21,40		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.29	93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	7,20		Ortopedia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.37	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	7,00		Ostetricia e ginecologia					
	93.39.2	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo	12,00		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.39.6	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso	4,60		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.46	93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcella	11,40		Ortopedia					
	93.51	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	30,95		Ortopedia					
	93.52	93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA	30,95		Ortopedia					
	93.53	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	30,95		Ortopedia					
	93.54.1	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalic	8,10		Ortopedia					
	93.54.1	S93541A	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale DX	8,10		Ortopedia					
	93.54.1	S93541B	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale SX	8,10		Ortopedia					
	93.54.1	S93541C	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE femoro-podalic DX	8,10		Ortopedia					
	93.54.1	S93541D	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE femoro-podalic SX	8,10		Ortopedia					
	93.54.2	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	15,20		Ortopedia					
	93.54.3	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalic	25,20		Ortopedia					
	93.54.3	S93543B	APPARECCHIO GESSATO: femoro-podalic DX	25,20		Ortopedia					
	93.54.3	S93543C	APPARECCHIO GESSATO: femoro-podalic SX	25,20		Ortopedia					
	93.54.3	S93543D	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale	25,20		Ortopedia					
	93.54.4	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalic	19,15		Ortopedia					
	93.54.4	S93544B	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale DX	19,15		Ortopedia					
	93.54.4	S93544C	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale SX	19,15		Ortopedia					
	93.54.4	S93544D	APPARECCHIO GESSATO: tibio-podalic DX	19,15		Ortopedia					
	93.54.4	S93544E	APPARECCHIO GESSATO: tibio-podalic SX	19,15		Ortopedia					
	93.54.5	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale	12,70		Ortopedia					
	93.54.5	S93545A	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale DX	12,70		Ortopedia					
	93.54.5	S93545B	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale SX	12,70		Ortopedia					
	93.54.6	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale	22,70		Ortopedia					
	93.54.6	S93546A	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale DX	22,70		Ortopedia					
	93.54.6	S93546B	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale SX	22,70		Ortopedia					
	93.54.8	93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede	6,05		Ortopedia					
	93.54.8	S93548A	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano DX	6,05		Ortopedia					
	93.54.8	S93548B	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano SX	6,05		Ortopedia					
	93.54.8	S93548C	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito piede DX	6,05		Ortopedia					
	93.54.8	S93548D	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito piede SX	6,05		Ortopedia					
	93.54.9	93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale	15,60		Ortopedia					
	93.56.1	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	3,85		Altre					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	93.56.2	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico	25,20		Ortopedia					
	93.56.2	S93562A	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico DX	25,20		Ortopedia					
	93.56.2	S93562B	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico SX	25,20		Ortopedia					
	93.56.3	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO	21,30		Ortopedia					
	93.56.3	S93563A	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO DX	21,30		Ortopedia					
	93.56.3	S93563B	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO SX	21,30		Ortopedia					
	93.56.4	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	6,85		Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia				
	93.56.5	93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA	13,95		Ortopedia					
	93.78.1	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute	12,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.78.3	93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	12,35		Medicina fisica e riabilitazione					
	93.82.1	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	7,70		Endocrinologia					
	93.82.2	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	1,75		Endocrinologia					
	93.82.3	93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale	7,70		Pneumologia	Dermatologia/Allergologia				
	93.89.1	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	8,70		Otorinolaringoiatria					
	93.89.2	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	8,40		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.89.3	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	2,15		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.89.4	93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI	34,00		Otorinolaringoiatria					
	93.94	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco	1,65		Pneumologia					
	93.95	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta	82,60		Anestesia/Analgesia					
	93.99.1	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	7,75		Pneumologia					
	93.99.2	93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta individuale	6,35		Pneumologia					
	93.99.3	93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	8,70		Pneumologia	Medicina fisica e riabilitazione				
	93.99.4	93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	23,20		Dermatologia/Allergologia	Pneumologia				
	94.01.1	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	9,70		Medicina fisica e riabilitazione	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia				
	94.01.2	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio. Non associabile a 93.01.3	15,45		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia			
	94.02.1	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	5,80		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia			
	94.02.2	94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	5,80		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Neurologia				
	94.08.1	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	5,95		Neurologia	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione			

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	94.08.2	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	5,80		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	Medicina fisica e riabilitazione	Neurologia			
	94.08.3	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	7,75		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.08.4	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	27,10		Medicina fisica e riabilitazione	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia				
	94.08.5	94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	5,80		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.08.6	94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	5,80		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.09	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	X8901*A	VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PERinataLE	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	X8901*B	VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PER FARMACODIPENDENZE	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	X8901*C	VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA PER ETILISMO CRONICO	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	X8901*D	VISITA DI CONTROLLO TOSSICOLOGICA	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	X8901*E	PSICHIATRIA - VISITA DOMICILIARE SUCCESSIVA	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	X8901*X	PSICHIATRIA - ESAME NEUROPSICOLOGICO ECT	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	M8901*A	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - VISITA SUCCESSIVA	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	M8901*L	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - VISITA SUCCESSIVA IN DSA	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.12.1	M8901*P	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - VISITA PSICOLOGICA INFANTILE SUCCESSIVA IN DSA	16,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**A	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**C	VISITA TOSSICOLOGICA PRELIMINARE PER PROGRAMMA TERAPEUTICO	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**D	PSICHIATRIA - VISITA DOMICILIARE (PRIMA VISITA)	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**E	VISITA TOSSICOLOGICA PERinataLE	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**F	VISITA TOSSICOLOGICA PER FARMACODIPENDENZE	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**G	VISITA TOSSICOLOGICA PER ETILISMO CRONICO	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.19.1	X897**H	VISITA TOSSICOLOGICA	22,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.3	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)	19,30		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.42	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	23,20		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.42.1	94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta	26,00		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	94.44	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	9,70		Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia					
	95.02	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	22,15		Oculistica					
	95.02	O897**D	OCULISTICA - VISITA DOMICILIARE Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	22,15		Oculistica					
	95.03.1	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	35,60		Oculistica					
	95.03.2	95.03.2	PUPILLOMETRIA	2,55		Oculistica					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	95.03.3	95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4	35,60		Oculistica					
	95.05	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	35,60		Oculistica					
	95.06	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	7,75		Oculistica					
	95.07	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	7,75		Oculistica					
	95.07.1	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	7,75		Oculistica					
	95.09.2	95.09.2	ESOFTALMOMETRIA	7,90		Oculistica					
	95.09.3	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	7,75		Oculistica					
	95.09.4	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a 95.03.3	49,40		Oculistica					
	95.09.5	95.09.5	ABERROMETRIA OCULARE	7,75		Oculistica					
	95.11	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	3,85		Oculistica					
	95.11	O9511*A	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO DX. Incluso: refertazione. Incluso: refertazione.	3,85		Oculistica					
	95.11	O9511*B	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO SX. Incluso: refertazione. Incluso: refertazione.	3,85		Oculistica					
	95.11.1	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	3,85		Oculistica					
	95.11.1	O95111A	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE OCCHIO DX	3,85		Oculistica					
	95.11.1	O95111B	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE OCCHIO SX	3,85		Oculistica					
	95.12	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA	46,45		Oculistica					
	95.12.1	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	116,45		Oculistica					
	95.13	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	35,60		Oculistica					
	95.13.1	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	35,60		Oculistica					
	95.13.2	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE CON CONTA CELLULE ENDOTELIALI	30,95		Oculistica					
	95.13.3	95.13.3	ECOBIOMETRIA, ESAME BIOMETRICO INTERFEROMETRICO	19,35		Oculistica					
	95.2	95.2	TEST DI HESS - LANCASTER	7,75		Oculistica					
	95.21	95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	33,55		Oculistica					
	95.22	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	33,55		Oculistica	Neurologia				
	95.23	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	24,00		Neurologia	Oculistica	Medicina fisica e riabilitazione			
	95.24.1	95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettro-nistagmografia, videoculografia)]. Non associabile a Test clinico della funzionalità vestibolare (95.44.1)	22,05		Oculistica	Otorinolaringoiatria				
	95.25	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	30,95		Neurologia	Oculistica				
	95.26	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	11,60		Oculistica					
	95.35	95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	5,60		Oculistica					
	95.41.1	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	9,75		Otorinolaringoiatria					
	95.41.2	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	9,75		Otorinolaringoiatria					
	95.41.4	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	11,90		Otorinolaringoiatria					
	95.42	95.42	IMPEDENZOMETRIA	8,65		Otorinolaringoiatria					
	95.43	95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	22,00		Otorinolaringoiatria					
	95.44.1	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE 'Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	16,25		Otorinolaringoiatria					
	95.45	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	32,50		Otorinolaringoiatria					
	95.46	95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI	16,25		Otorinolaringoiatria					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	95.48.1	95.48.1	VERIFICA BENEFICIO PROTESICO. Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica. Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	11,90		Otorinolaringoiatria					
	95.48.2	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTRICOACUSTICO	9,75		Otorinolaringoiatria					
	95.48.3	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	12,25		Otorinolaringoiatria					
	95.48.4	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	23,70		Otorinolaringoiatria					
	95.49	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	19,50		Otorinolaringoiatria					
	96.18	96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	9,70		Ostetricia e ginecologia					
	96.22	96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	9,70		Chirurgia generale					
	96.26	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	11,60		Chirurgia generale					
	96.27	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	11,60		Chirurgia generale					
	96.38	96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA	12,00		Chirurgia generale					
	96.49	96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI. Incluso farmaco	9,70		Urologia	Oncologia				
	96.51	96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO	3,90		Oculistica					
	96.51	O9651*A	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO SX	3,90		Oculistica					
	96.51	O9651*B	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO DX	3,90		Oculistica					
	96.52	96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla Prima visita ORL (89.7B.8), Visita ORL di controllo (89.01.H)	7,75		Otorinolaringoiatria					
	96.52	U9652*A	RIMOZIONE DI CERUME ORECCHIO DX. Non associabile alla Prima visita ORL (89.7B.8), Visita ORL di controllo (89.01.H)	7,75		Otorinolaringoiatria					
	96.52	U9652*B	RIMOZIONE DI CERUME ORECCHIO SX. Non associabile alla Prima visita ORL (89.7B.8), Visita ORL di controllo (89.01.H)	7,75		Otorinolaringoiatria					
	96.54.1	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	10,90	3	Odontostomatologia					
	96.54.2	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	4,65	10	Odontostomatologia					
	96.55	96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA	37,00		Otorinolaringoiatria					
	96.57	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione	15,45		Nefrologia					
	96.59	96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	C9659*A	MEDICAZIONE CHIRURGICA NON ALTRIMENTI SPECIFICATA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	C9659*B	MEDICAZIONE CHIRURGICA PROCTOLOGICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	C9659*C	MEDICAZIONE CHIRURGICA SENOLOGICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	C9659*D	MEDICAZIONE DI STOMIA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	C9659*E	RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	D9659*A	MEDICAZIONE DI CHIRURGIA PLASTICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	E9659*A	MEDICAZIONE DI ULCERE ARTO INFERIORE Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	E9659*B	MEDICAZIONE DI ULCERE ARTO SUPERIORE Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	96.59	E9659*C	MEDICAZIONE VASCOLARE Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	K9659*A	MEDICAZIONE NEUROCHIRURGICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	O9659*A	MEDICAZIONE OCULISTICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	Q9659*A	MEDICAZIONE ODONTOIATRICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	S9659*B	MEDICAZIONE ORTOPEDICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	S9659*C	MEDICAZIONE TRAUMATOLOGICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	U9659*A	MEDICAZIONE ORL Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59	Z9659*A	MEDICAZIONE UROLOGICA Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4,05		Altre					
	96.59.1	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita	10,00		Altre					
	96.59.2	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita	19,00		Altre					
	96.59.3	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita	32,00		Altre					
	96.59.4	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita	58,00		Altre					
H	96.59.5	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita	61,00		Altre					
H	96.59.6	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitare, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascolarizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita)	124,00		Altre					
	96.59.7	96.59.7	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolorifico sistemico e/o locale, detersione, sbrigliamento, uso di garze avanzate. Per seduta di almeno 1 ora	124,00		Dermatologia/Allergologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
H	96.6A	96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	18,05		Otorinolaringoiatria					
	97.1	97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI	10,20		Ortopedia					
	97.23	97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Inclusa la cannula.	50,40		Otorinolaringoiatria	Pneumologia				
	97.35	97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	10,75	8	Odontostomatologia					
H	97.35.1	97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	15,00	6	Odontostomatologia					
	97.61	97.61	RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA	279,00		Urologia	Diagnostica per immagini				
	97.82	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	9,65		Nefrologia	Diagnostica per immagini				
	97.88	97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA	9,70		Ortopedia					
	98.0	98.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE	59,00		Gastroenterologia					
	98.11	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE	8,40		Otorinolaringoiatria					
	98.11	U9811*A	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO DX, NASO SENZA INCISIONE	8,40		Otorinolaringoiatria					
	98.11	U9811*B	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO SX, NASO SENZA INCISIONE	8,40		Otorinolaringoiatria					
	98.13	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE,SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	15,10		Otorinolaringoiatria					
	98.18	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	10,30		Chirurgia generale					
	98.20	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	8,40		Chirurgia generale					
	98.21	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	7,75		Oculistica					
	98.21	O9821*A	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO DX, SENZA INCISIONE	7,75		Oculistica					
	98.21	O9821*B	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO SX, SENZA INCISIONE	7,75		Oculistica					
	98.24	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	7,75		Urologia					
H	98.51.1	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	762,25		Urologia					
H	98.51.2	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	468,95		Urologia					
H	98.51.3	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	279,30		Diagnostica per immagini	Urologia				
	98.59.4	98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	33,00		Urologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	98.59.5	98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi	60,00		Ortopedia	Medicina fisica e riabilitazione				
	99.06.1	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	11,60		Altre					
	99.06.A	99.06.A	INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	8,00		Laboratorio					
	99.07.1	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	25,80		Altre					
	99.07.2	99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Incluso Emocomponente	24,60	89	Altre					
	99.07.3	99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Incluso Emocomponente	42,50	89	Altre					
	99.12.1	99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	11,60	90	Pneumologia	Dermatologia/Allergologia				
H	99.12.2	99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	11,60	102	Dermatologia/Allergologia					
H	99.12.3	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Incluso farmaco	10,00		Altre					
H	99.12.4	99.12.4	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta	11,60	102	Dermatologia/Allergologia					
	99.14.1	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	11,60		Altre					
	99.21	99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	7,15		Altre					la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	99.23	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	9,70		Altre					
	99.24.1	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco	11,60		Altre					
	99.25	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Incluso farmaco	10,00		Oncologia					
	99.29.5	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso:eventuale training per la somministrazione	7,75		Urologia					
	99.29.9	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	10,95		Neurologia	Medicina fisica e riabilitazione	Anestesia/Analgesia			
	99.29.A	99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie e in corso di endoscopie	19,00		Gastroenterologia					
	99.71	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]	443,05		Altre					
	99.71.1	99.71.1	AFERESI SELETTIVA SU PLASMA	743,00		Altre					
	99.71.A	99.71.A	AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO [granulocito-monocito aferesi terapeutica]	402,80		Laboratorio					
	99.71.B	99.71.B	AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE	2.113,40		Laboratorio					
	99.72	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA. Non associabile a 99.83	402,80		Altre					
	99.73	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]	373,40		Altre					
	99.74	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00		Altre					
	99.76	99.76	SALASSO TERAPEUTICO	25,70		Altre					
	99.82	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	9,10	91	Dermatologia/Allergologia					
	99.82.1	99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	11,65	91	Dermatologia/Allergologia					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	99.83	99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72	900,60		Oncologia					
	99.91	99.91	AGOPUNTURA PER ANALGESIA	9,70		Anestesia/Analgesia					
	99.92	99.92	ALTRA AGOPUNTURA	9,10		Anestesia/Analgesia					
	99.97.1	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI. Non associabile a 99.97.3	15,45	3	Odontostomatologia					
	99.97.2	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	14,05	5	Odontostomatologia					
	99.97.2	Q99972A	TRATTAMENTO PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE O COMPLETA: RIPARAZIONE Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	14,05	5	Odontostomatologia					
	99.97.3	99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	15,45	10	Odontostomatologia					
	99.99.2	99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	72,05		Endocrinologia					
	G1.01	G1.01	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	450,00	92	Laboratorio					
	G1.01.D	G1.01.D	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)	180,00	92	Laboratorio					
	G1.01.M	G1.01.M	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione	227,00	92	Laboratorio					
	G1.01.T	G1.01.T	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette	100,00	92	Laboratorio					
	G1.02	G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	500,00	92	Laboratorio					
	G1.03	G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.04	G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.05	G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.06	G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.07	G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.08	G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.09	G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.10	G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	G1.11	G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.12	G1.12	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 12 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.13	G1.13	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 13 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.14	G1.14	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 14 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.15	G1.15	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 15 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.16	G1.16	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 16 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.17	G1.17	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 17 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.18	G1.18	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 18 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.19	G1.19	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 19 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.20	G1.20	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 20 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.21	G1.21	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 21 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.22	G1.22	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 22 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.23	G1.23	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 23 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.24	G1.24	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 24 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.25	G1.25	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 25 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.26	G1.26	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 26 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	G1.27	G1.27	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 27 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.28	G1.28	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 28 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.29	G1.29	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 29 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.30	G1.30	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.31	G1.31	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.32	G1.32	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 32 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.33	G1.33	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 33 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.34	G1.34	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 34 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.35	G1.35	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 35 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.36	G1.36	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 36 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.37	G1.37	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 37 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.38	G1.38	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 38 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.39	G1.39	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 39 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.40	G1.40	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 40 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.41	G1.41	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 41 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.42	G1.42	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 42 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	G1.43	G1.43	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 43 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.44	G1.44	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 44 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.45	G1.45	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 45 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.46	G1.46	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 46 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.47	G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	1.350,00	92	Laboratorio					
	G1.91	G1.91	Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo	60,00	92	Laboratorio					
	G1.92	G1.92	Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)	160,00	92	Laboratorio					
	G1.93	G1.93	Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi	180,00	92	Laboratorio					
	G1.94	G1.94	Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)	120,00	92	Laboratorio					
	G2.01	G2.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicism	210,00	93	Laboratorio					
	G2.02	G2.02	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicism	330,00	93	Laboratorio					
	G2.03	G2.03	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali	220,00	93	Laboratorio					
	G2.04	G2.04	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura villi coriali, coltura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.	330,00	93	Laboratorio					
	G2.05	G2.05	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicism	210,00	93	Laboratorio					
	G2.06	G2.06	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: Coltura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicism	210,00	93	Laboratorio					
	G2.07	G2.07	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo	250,00	93	Laboratorio					
	G2.08	G2.08	Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclei interfasci/MLPA e coltura del materiale biologico da analizzare	300,00	93	Laboratorio					
	G2.09	G2.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e coltura del materiale biologico da analizzare	850,00	93	Laboratorio					
	G2.10	G2.10	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo	250,00	93	Laboratorio					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	G3.01	G3.01	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6	65,00	94	Laboratorio					
	G3.02	G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19	65,00	95	Laboratorio					
	G3.03	G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGENETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1	65,00	96	Laboratorio					
	G9.01	G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico	22,00		Laboratorio					
	R03.94	R03.94	RIMOZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE	2.233,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R04.07	R04.07	ALTRA RESEZIONE O ASPORTAZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI	2.233,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R04.2	R04.2	DEMOLIZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI	2.143,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R04.92	R04.92	IMPIANTO O SOST. DI ELETTRODO/I DEL NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	2.419,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R04.99	R04.99	ALTRI INTERVENTI SU NERVI CRANICI E PERIFERICI	2.143,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.31	R08.31	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON INTERVENTO SUI MUSCOLI FRONTALI, CON SUTURA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.32	R08.32	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON RESEZIONE O AVANZ. DI MM. ELEVATORE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.33	R08.33	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON RESEZ. O AVANZAM. DEL MUSC. ELEV.O SUA APONEUROSIS	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.34	R08.34	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON ALTRE TECNICHE CHE UTILIZZANO IL MUSCOLO ELEVATORE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.35	R08.35	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON TECNICA TARSALE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.36	R08.36	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON ALTRE TECNICHE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.37	R08.37	RIDUZIONE DI SOVRACORREZIONE DI BLEFAROPTOSI	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.49	R08.49	ALTRA RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.59	R08.59	ALTRA CORREZIONE DELLA POSIZIONE DELLA PALPEBRA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.61	R08.61	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO CUTANEO	1.453,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.63	R08.63	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON INNESTO DEL FOLLICOLO PILIFERO	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.73	R08.73	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA E DEL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.85	R08.85	ALTRA RICOSTRUZIONE DI LACERAZIONE PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.89	R08.89	ALTRA RIPARAZIONE DELLA PALPEBRA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R08.99	R08.99	ALTRI INTERVENTI SULLA PALPEBRA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.23	R09.23	DACRIOADENECTOMIA TOTALE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.49	R09.49	ALTRE MANIPOLAZIONI DELLE VIE LACRIMALI	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.6	R09.6	ASPORTAZIONE DI SACCO E VIE LACRIMALI (INCLUSO BIOPSIA 09.12)	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.81	R09.81	DACRIOCISTORINOSTOMIA (OCR)	1.453,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.82	R09.82	CONGIUNTIVOCISTORINOSTOMIA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.83	R09.83	CONGIUNTIVORINOSTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.99	R09.99	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO LACRIMALE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R09.99.1	R09.99.1	INSERZIONE DI STENT NEL CANALE LACRIMALE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R10.41	R10.41	RIPARAZIONE DI SIMBLEFARON CON INNESTO LIBERO	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	R10.42	R10.42	RICOSTRUZIONE DI CUL DE SAC CONGIUNTIVALE CON INNESTO LIBERO	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R10.44	R10.44	ALTRO INNESTO LIBERO ALLA CONGIUNTIVA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R10.49	R10.49	ALTRA CONGIUNTIVOPLASTICA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R10.99	R10.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CONGIUNTIVA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.51	R11.51	SUTURA DI FERITA CORNEALE	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.53	R11.53	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA CON LEMBO CONGIUNTIVALE	1.423,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.59	R11.59	ALTRA RIPARAZIONE DELLA CORNEA	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.62	R11.62	ALTRA CHERATOPLASTICA LAMELLARE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.63	R11.63	CHERATOPLASTICA PERFORANTE AUTOLOGA A TUTTO SPESSORE	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.79	R11.79	ALTRI INTERVENTI RIFRATTIVI SULLA CORNEA (CROSS LINKING)	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R11.99	R11.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CORNEA	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.00	R12.00	RIMOZ. DI CORPO ESTRANEO INTRAOCULARE DAL SEG. ANTERIORE DELL'OCCHIO, SAI	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.12	R12.12	ALTRA IRIDOTOMIA	1.027,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.13	R12.13	ESCISSIONE DI IRIDE PROLASSATA	1.027,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.21	R12.21	ASPIRAZIONE DIAGNOSTICA DELLA CAMERA ANTERIORE DELL'OCCHIO	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.32	R12.32	LISI DI ALTRE SINECHIE ANTERIORI	1.027,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.33	R12.33	LISI DI SINECHIE POSTERIORI	1.070,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.35	R12.35	COREOPLASTICA	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.39	R12.39	ALTRA IRIDOPLASTICA	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.42	R12.42	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE	1.070,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.52	R12.52	GONIOTOMIA SENZA GONIOPUNTURA	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.54	R12.54	TRABECULOTOMIA AB ESTERNO	1.027,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.64	R12.64	TRABECULECTOMIAAB ESTERNO	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.65	R12.65	ALTRA FISTOLIZZAZIONE SCLERALE CON IRIDECTOMIA	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.69	R12.69	ALTRI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.74	R12.74	RIDUZIONE DEL CORPO CILIARE, SAI	1.070,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.79	R12.79	ALTRI INTERVENTI PER GLAUCOMA	1.112,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.81	R12.81	SUTURA DI FERITA SCLERALE	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.83	R12.83	REVISIONE DI FERITA OPERAT. DEL SEG. ANT. DELL'OCCHIO NON CLASSIFICATA ALTROVE	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.85	R12.85	RIPARAZIONE DI STAFILOMA DELLA SCLERA CON INNESTO	1.314,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.87	R12.87	RINFORZO DI SCLERA MEDIANTE INNESTO	1.453,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.93	R12.93	RIMOZIONE DELL'EPITELIO INVADENTE DELLA CAMERA ANTERIORE	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R12.97	R12.97	ALTRI INTERVENTI SULL'IRIDE	1.070,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.11	R13.11	ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO PER VIA TEMPORALE	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.19	R13.19	ALTRA ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO	929,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.19.1	R13.19.1	INTERV. CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE PIU' BIOMETRIA	929,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.2	R13.2	ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DELLA CATARATTA DI ESTRAZ.LINEARE	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.3	R13.3	ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO CON TECNICA DI ASPIRAZIONE SEMPLICE	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.42	R13.42	FACOFRAMMENTAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA PER VIA PARS PLANA	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.59	R13.59	ALTRA ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.65	R13.65	ASPORTAZIONE CHIR. DI CATARATTA SECONDARIA (CAPSULECTOMIA)	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.66	R13.66	CAPSULOTOMIA CHIRURGICA DOPO ESTRAZIONE DI CATARATTA	858,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R13.70	R13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE, SAI	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	R13.90	R13.90	ALTRI INTERVENTI SUL CRISTALLINO	894,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.29	R14.29	ALTRO TRATTAMENTO DI LESIONE CORIORETINICA	1.341,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.39	R14.39	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.40	R14.40	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE INDENTAZIONE SCLERALE CON IMPIANTO	1.341,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.41	R14.41	PIOMBAGGIO SCLERALE CON IMPIANTO	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.49	R14.49	ALTRE INDENTAZIONI SCLERALI	1.341,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.51	R14.51	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE DIATERMIA	1.287,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.52	R14.52	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO CON CRIOTERAPIA	1.341,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.54	R14.54	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE LASER.	1.341,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.59	R14.59	ALTRA RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.6	R14.6	RIMOZIONE DAL SEGMENTO POSTERIORE DELL'OCCHIO DI MAT. IMPIANTATO CHIR.	1.287,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.71	R14.71	VITRECTOMIA PER VIA ANTERIORE (LIMBARE)	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.72	R14.72	VITRECTOMIA POSTERIORE PER VIA PARSPLANA O SCLEROTOMIA POSTERIORE + EVENTUALE 14.24 ENDOLASER	1.423,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.73	R14.73	VITRECTOMIA MECCANICA PER VIA ANTERIORE	1.369,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.9	R14.9	ALTRI INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE E SULLA CAMERA POSTERIORE	1.341,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R14.91	R14.91	INIEZIONE INTRAVITREALE DI FARMACI	1.287,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.11	R15.11	ARRETRAMENTO DI UN MUSCOLO EXTRAOCULARE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.12	R15.12	AVANZAMENTO DI UN MUSCOLO EXTRAOCULARE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.13	R15.13	RESEZIONE DI UN MUSCOLO EXTRAOCULARE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.29	R15.29	ALTRI INTERVENTI SU UN MUSCOLO EXTRAOCULARE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.3	R15.3	INT. SU M.M. EXTRAOC. CHE RICHIEDONO DISTACCO TEMP. DAL BULBO BILATERALE	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.4	R15.4	ALTRI INTERVENTI SU DUE O PIU' MUSCOLI EXTRAOCULARI, UNO O ENTRAMBI GLI OCCHI	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.5	R15.5	TRASPOSIZIONE DI MUSCOLI EXTRAOCULARI	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R15.9	R15.9	ALTRI INTERVENTI SU MUSCOLI E TENDINI EXTRAOCULARI	1.394,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R18.31	R18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R18.39	R18.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R18.6	R18.6	RICOSTRUZIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R20.09	R20.09	ALTRA MIRINGOTOMIA	832,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R20.23	R20.23	INCISIONE DELL'ORECCHIO MEDIO	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R21.61	R21.61	TURBINECTOMIA MEDIANTE DIATERMIA O CRIOCHIRURGIA	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R21.62	R21.62	FRATTURA DEI TURBINATI (DECONGESTIONE CHIRURGICA)	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R21.69	R21.69	ALTRA TURBINECTOMIA	1.347,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R21.89	R21.89	ALTRI INTERVENTI DI RIPARAZIONE E DI PLASTICA DEL NASO	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R25.02	R25.02	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA LINGUA	1.224,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R26.21	R26.21	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI DI GHIANDOLA SALIVARE	1.330,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R27.0	R27.0	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA	1.224,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R27.42	R27.42	AMPIA ASPORTAZIONE DI LESIONE DEL LABBRO	1.224,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R27.53	R27.53	CHIUSURA DI FISTOLA DELLA BOCCA	1.224,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R27.79	R27.79	ALTRI INTERVENTI SULL'UGOLA	1.175,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R27.92	R27.92	INCISIONE DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	1.175,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R27.99	R27.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CAVITA' ORALE	1.175,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R28.6	R28.6	ADENOIDECTOMIA SENZA TONSILLECTOMIA	867,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R30.01	R30.01	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI LARINGEA	1.393,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATO RE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	R38.09	R38.09	INCISIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE	1.402,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R38.39	R38.39	RESEZIONE DI VENE ART. INF. CON ANASTOMOSI	1.402,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R38.50	R38.50	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE, SEDE NON SPECIFICATA	1.402,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R38.59	R38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE O INTERVENTO MEDIANTE LASER	1.402,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R38.69	R38.69	ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE	1.402,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R45.33	R45.33	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO TENUE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R45.41	R45.41	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R46.40	R46.40	REVISIONE DI ORIFIZIO INTESTINALE ARTIFICIALE, SAI	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R46.41	R46.41	REVISIONE DI ORIFIZIO ARTIFICIALE DELL'INTESTINO TENUE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R46.43	R46.43	ALTRA REVISIONE DI ORIFIZIO ARTIFICIALE DELL'INTESTINO CRASSO	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R48.33	R48.33	DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL RETTO MEDIANTE LASER	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R48.34	R48.34	DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL RETTO MEDIANTE CRIOCHIRURGIA	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R48.92	R48.92	MIOMECTOMIA ANORETTALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R48.93	R48.93	RIPARAZIONE DI FISTOLA PERIRETTALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R48.99	R48.99	ALTRI INTERVENTI SUL RETTO E SUI TESSUTI PERIRETTALI	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.12	R49.12	FISTULECTOMIA ANALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.43	R49.43	CAUTERIZZAZIONE DELLE EMORROIDI	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.49	R49.49	ALTRI INTERVENTI SULLE EMORROIDI (MILLIGAN-MORGAN)	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.51	R49.51	SFINTEROTOMIA ANALE LATERALE SINISTRA	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.52	R49.52	SFINTEROTOMIA ANALE POSTERIORE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.72	R49.72	CERCHIAGGIO ANALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.73	R49.73	CHIUSURA DI FISTOLA ANALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.79	R49.79	ALTRA RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.91	R49.91	INCISIONE DI SETTO ANALE	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.93	R49.93	ALTRE INCISIONI DELL'ANO	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R49.99	R49.99	ALTRI INTERVENTI SULL'ANO	906,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.01	R53.01	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.02	R53.02	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.03	R53.03	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA CON INNESTO O PROTESI	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.04	R53.04	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.05	R53.05	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.21	R53.21	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.29	R53.29	ALTRA ERNIORRAFIA CRURALE MONOLATERALE	1.152,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.49	R53.49	ALTRA ERNIORRAFIA OMBELICALE	1.315,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.51	R53.51	RIPARAZIONE DI ERNIA SU INCISIONE	1.370,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.59	R53.59	RIPARAZIONE DI ALTRA ERNIA DI PARETE ADD. ANTERIORE	1.370,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.61	R53.61	RIPARAZIONE DI ERNIA SU INCISIONE CON PROTESI	1.370,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R53.69	R53.69	RIPARAZIONE DI ALTRA ERNIA DELLA PARETE ADDOMINALE CON PROTESI	1.370,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R54.72	R54.72	ALTRA RIPARAZIONE DELLA PARETE ADDOMINALE	1.370,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R60.95	R60.95	DILATAZIONE TRANSURETRALE URETRA PROSTATICA	1.197,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R61.2	R61.2	ASPORTAZIONE DI IDROCELE (DELLA TUNICA VAGINALE)	1.030,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R62.2	R62.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE TESTICOLARE	1.030,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.51.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	R62.3	R62.3	ORCHIECTOMIA MONOLATERALE	1.073,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R62.7	R62.7	INSERZIONE DI PROTESI TESTICOLARE	1.073,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.01	R63.01	BIOPSIA DEL CORD. SPERM.,EPIDIDIMO E DEFERENTE	1.030,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.1	R63.1	ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO	1.073,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.2	R63.2	ASPORTAZIONE DI CISTI DELL'EPIDIDIMO O SPERMATOCELE	1.030,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.3	R63.3	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE O TESSUTO DEL CORDONE SPERMATICO ED EPIDIDIMO	1.030,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.4	R63.4	EPIDIDIMECTOMIA	1.073,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.92	R63.92	EPIDIDIMOTOMIA	1.073,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.93	R63.93	INCISIONE DEL CORDONE SPERMATICO	1.030,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R63.95	R63.95	INSERIMENTO VALVOLE NEI DOTTI DEFERENTI	1.073,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R64.00	R64.00	CIRCONCISIONE MAGGIORE 17 ANNI	864,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R64.01	R64.01	CIRCONCISIONE MINORE 17 ANNI	603,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.2	R66.2	DEMOLIZIONE OD OCCLUSIONE ENDOSCOPICA BILAT. TUBE	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.21	R66.21	LEGATURA E CLAMBAGGIO ENDOSCOPICO BILAT. DELLE TUBE	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.22	R66.22	LEGATURA E SEZIONE ENDOSCOPICA BILAT. DELLE TUBE	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.32	R66.32	OCCLUSIONE DELLE TUBE	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.39	R66.39	ALTRA DEMOLIZIONE ED OCCLUSIONE BILAT. DELLE TUBE	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.52	R66.52	RIMOZIONE DELLA TUBA RESIDUA	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R66.61	R66.61	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE TUBE	1.055,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R67.0	R67.0	DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE	880,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R67.11	R67.11	BIOPSIA ENDOCERVICALE	880,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R67.2	R67.2	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE	880,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R67.39	R67.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CERVICE	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R67.59	R67.59	ALTRA RIPARAZIONE DI OSTIO CERVICALE INTERNO	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R68.22	R68.22	INCISIONE DI SETTO CONGENITO DELL'UTERO	880,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R69.01	R69.01	DILATAZIONE O RASCHIAMENTO PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA	989,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R69.02	R69.02	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO A SEGUITO DI PARTO O ABORTO	1.170,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R69.09	R69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO	917,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R69.51	R69.51	RASCHIAMENTO UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE INTERRUZIONE GRAVIDANZA	989,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R69.52	R69.52	RASCHIAMENTO DELL'UTERO CON ASPIRAZIONE POST GRAVIDANZA O ABORTO	1.170,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R69.97	R69.97	RIMOZIONE DALLA CERVICE DI CORPO ESTRANEO	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R70.71	R70.71	SUTURA DI LACERAZIONE DELLA VAGINA	1.193,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R70.79	R70.79	ALTRA RIPARAZIONE DELLA VAGINA	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R70.91	R70.91	ALTRI INTERVENTI SULLA VAGINA	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.09	R71.09	ALTRA INCISIONE DI VULVA E PERINEO	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.21	R71.21	ASPORTAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL BARTOLINO	1.193,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.23	R71.23	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	1.193,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.24	R71.24	ASPORTAZIONE O ALTRA DEMOLIZIONE DI CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	1.193,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.29	R71.29	ALTRI INTERVENTI SULLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO (CISTI)	1.193,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.3	R71.3	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DELLA VULVA E DEL PERINEO	1.193,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.8	R71.8	ALTRI INTERVENTI SULLA VULVA	1.243,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R71.9	R71.9	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	917,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	R77.19	R77.19	ALTRA INCISIONE DI ALTRE OSSA, ESCLUSE QUELLE FACCIALI SENZA SEZIONE	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R77.60	R77.60	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO OSSEO, SEDE NON SPECIFICATA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R77.63	R77.63	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI RADIO E ULNA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R77.64	R77.64	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI CARPO E METACARPO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R77.66	R77.66	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLA ROTULA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R77.67	R77.67	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI TIBIA E FIBULA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R77.69	R77.69	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI ALTRE OSSA, ESCLUSE QUELLE FACCIALI	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.14	R78.14	APPLICAZIONE DI FISSATORE ESTERNO DI CARPO E METACARPO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.61	R78.61	RIMOZIONE DISPOSITIVO IMPIANTATO DA SCAPOLA, CLAVICOLA E TORACE (COSTE E STERNO)	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.62	R78.62	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO OMERO	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.63	R78.63	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA RADIO E ULNA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.64	R78.64	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA CARPO E METACARPO	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.66	R78.66	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALLA ROTULA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.67	R78.67	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TIBIA E FIBULA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.68	R78.68	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TARSO E METATARSO	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R78.69	R78.69	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA ALTRE OSSA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R79.13	R79.13	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO, CON FISSAZIONE INTERNA	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R79.14	R79.14	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO, CON FISSAZIONE INTERNA	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.21	R80.21	ARTROSCOPIA DELLA SPALLA	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.22	R80.22	ARTROSCOPIA DEL GOMITO	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.23	R80.23	ARTROSCOPIA DEL POLSO	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.24	R80.24	ARTROSCOPIA MANO E DITA	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.25	R80.25	ARTROSCOPIA DELL'ANCA	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.26	R80.26	ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.27	R80.27	ARTROSCOPIA DELLA CAVIGLIA	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.28	R80.28	ARTROSCOPIA DI PIEDE E DITA	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.44	R80.44	INCISIONE CAPSULA ARTICOLARE, LEG O CARTILAG. DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.46	R80.46	INCISIONE DI CAPSULA ARTICOLARE, LEGAMENTI O CARTILAGINE DEL GINOCCHIO	1.808,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.6	R80.6	ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO	1.808,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.73	R80.73	SINOVIECTOMIA DEL POLSO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.74	R80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.76	R80.76	SINOVIECTOMIA DEL GINOCCHIO	1.808,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.81	R80.81	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE DELLA SPALLA	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.82	R80.82	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE DEL GOMITO	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R80.86	R80.86	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE DEL GINOCCHIO	1.582,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R81.96	R81.96	ALTRA RIPARAZIONE ARTICOLARE	1.305,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R82.01	R82.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R82.33	R82.33	ALTRA TENDINECTOMIA DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS_AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

CATALOGO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELLA REGIONE MOLISE

Allegato B

In vigore dal 1/1/2024

NOTA	CODICE NOMENCLATORE	CODICE CATALOGO	DESCRIZIONE CATALOGO	TARIFFA	NUMERO NOTA	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Branca 5	SPECIFICHE
	R82.35	R82.35	ALTRA FASCECTOMIA DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R82.43	R82.43	SUTURA DIFFERITA DI ALTRI TENDINI DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R82.44	R82.44	ALTRA SUTURA DEI TENDINI FLESSORI DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R82.86	R82.86	ALTRA TENOPLASTICA DELLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R82.89	R82.89	ALTRI INTERVENTI DI PLASTICA SULLA MANO	1.166,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.01	R83.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.13	R83.13	ALTRA TENOTOMIA	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.32	R83.32	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.39	R83.39	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.42	R83.42	ALTRA TENDINECTOMIA (TENOSINOVIECTOMIA)	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.49	R83.49	ALTRA ASPORTAZIONE DI TESSUTI MOLLI	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.5	R83.5	BORSECTOMIA	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.64	R83.64	ALTRA SUTURA DEI TENDINI	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R83.76	R83.76	ALTRA TRASPOSIZIONE DI TENDINI	1.349,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R85.12	R85.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA MAMMELLA	1.045,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R85.91	R85.91	ASPIRAZIONE DELLA MAMMELLA	1.003,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.0	R86.0	ASPORTAZIONE DI CISTI SEBACEA E/O LIPOMA	989,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.09	R86.09	ALTRA INCISIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	949,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.21	R86.21	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI	784,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.3	R86.3	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESS. CUT. E SOTTOCUT.	989,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.59	R86.59	CHIUSURA DI CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO DI ALTRE SEDI	949,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.70	R86.70	INNESTI PEDUNCOLATI O A LEMBO	1.559,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.89	R86.89	ALTRA RIPARAZIONE O RICOSTRUZIONE DI CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	1.940,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.91	R86.91	ASPORTAZIONE DI CUTE PER INNESTO	1.559,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.93	R86.93	INSERZIONI DI ESPANSORE TISSUTALE	1.621,00		Chirurgia Ambulatoriale					
	R86.99	R86.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CUTE E SUL TESSUTO SOTTOCUTANEO	1.940,00		Chirurgia Ambulatoriale					

Atto: DEC.COMSAN 2023/50 del 08-11-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5I.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente