Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
96090	**COLAGRANDE LUISA**	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:00	89.7	99897.76	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
96090	**COLAGRANDE LUISA**	CARDIOCHIRURGIA	LUNEDI'	16:30-18:00	89.01	998901.77	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
37971	**FERRO ORAZIO**	CARDIOCHIRURGIA	MARTEDI'	17:30-18:30	89.7	99897.76	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
37971	**FERRO ORAZIO**	CARDIOCHIRURGIA	MARTEDI'	17:30-18:30	89.01	998901.77	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
850040	**MARCHETTO GIOVANNI**	CARDIOCHIRURGIA	MERCOLEDI'	15:40-17:40	89.7	99897.76	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	144.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
850040	**MARCHETTO GIOVANNI**	CARDIOCHIRURGIA	MERCOLEDI'	15:40-17:40	89.01	998901.77	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401792	**MARTINELLI FEDERICO**	CARDIOCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-17:00	89.7	99897.76	VISITA CARDIOCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401792	**MARTINELLI FEDERICO**	CARDIOCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-17:00	89.01	998901.77	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401901	**ALBINI ALESSANDRO**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-18:10	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	170.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401901	**ALBINI ALESSANDRO**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-18:10	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	130.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
97983	**CALCHERA IVAN**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	170.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. CALCHERA IVAN**
97983	**CALCHERA IVAN**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	50.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Cardiologo interventista specialista in terapie percutanee di malattie coronariche e valvulopatie (aortica, mitralica e tricuspidalica)
97983	**CALCHERA IVAN**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	170.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
97983	**CALCHERA IVAN**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:15-18:45	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	140.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400862	**DEL FURIA FRANCESCA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	160.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400862	**DEL FURIA FRANCESCA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400862	**DEL FURIA FRANCESCA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400862	**DEL FURIA FRANCESCA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	160.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98423	**FRATTOLA ALESSANDRA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00 17:30-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	140.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98423	**FRATTOLA ALESSANDRA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00 17:30-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	110.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98423	**FRATTOLA ALESSANDRA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00 17:30-18:30	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	140.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
402971	**LEIDI FILIPPO**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19:10	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
402971	**LEIDI FILIPPO**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:30-19:10	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400000	**TTINO MADDALENA M. ANTONIET**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-17:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	240.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400000	**TTINO MADDALENA M. ANTONIET**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-17:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	210.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106926	**MALAFRONTE CRISTINA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106926	**MALAFRONTE CRISTINA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106926	**MALAFRONTE CRISTINA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106926	**MALAFRONTE CRISTINA**	CARDIOLOGIA					VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) DOMICILIARE CON INCLUSO ECG	200.00 €	NO	NO	cristina.malafronte@irccs-sangerardo.it	
106926	**MALAFRONTE CRISTINA**	CARDIOLOGIA					VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) DOMICILIARE CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	cristina.malafronte@irccs-sangerardo.it	
106926	**MALAFRONTE CRISTINA**	CARDIOLOGIA					ECG - ELETTROCARDIOGRAMMA DOMICILIARE	50.00 €	NO	NO	cristina.malafronte@irccs-sangerardo.it	
98180	**MAURO ANDREA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	160.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98180	**MAURO ANDREA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98180	**MAURO ANDREA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98180	**MAURO ANDREA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106915	**MONTEMERLO ELISABETTA**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	15:40-18:20	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR.SSA MONTEMERLO ELISABETTA**
106915	**MONTEMERLO ELISABETTA**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	15:40-18:20	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in Cardiologia Patologie trattate: aritmologia (disturbi del ritmo cardiaco, elettrofisiologia e cardiostimolazione) come ambito specifico; è possibile includere la cardiopatia ischemica
106915	**MONTEMERLO ELISABETTA**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	15:40-18:20	89.50	88950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	120.00 €	NO	NO	Acquisizione	
403170	**PELLEGRINO MARTA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	170.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
403170	**PELLEGRINO MARTA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-17:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	130.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101544	**PIAZZI ELENA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101544	**PIAZZI ELENA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101544	**PIAZZI ELENA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.50	88950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	120.00 €	102.00 €	NO	Acquisizione	
101544	**PIAZZI ELENA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.48.1	889481	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101544	**PIAZZI ELENA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.48.2	889482	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401947	**PINI DANIELA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	15:40-16:25 15:40-18:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	200.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401947	**PINI DANIELA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	15:40-16:25 15:40-18:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	170.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
138645	**POZZI MATTIA**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. POZZI MATTIA**
138645	**POZZI MATTIA**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in aritmologia
403172	**PUGLIESI GIORDANO MARIA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	170.00 €	144.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
403172	**PUGLIESI GIORDANO MARIA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
403172	**PUGLIESI GIORDANO MARIA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	160.00 €	136.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
403172	**PUGLIESI GIORDANO MARIA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	25.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
403172	**PUGLIESI GIORDANO MARIA**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.41	88941.2	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - EX CODICE DM 89.43	220.00 €	187.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98204	**RADAELLI ALBERTO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	180.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98204	**RADAELLI ALBERTO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	170.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98204	**RADAELLI ALBERTO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	25.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98204	**RADAELLI ALBERTO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	110.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
138205	**RIGHETTI STEFANO**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:20-19:40	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	155.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
138205	**RIGHETTI STEFANO**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:20-19:40	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	155.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
138205	**RIGHETTI STEFANO**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:20-19:40	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	25.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
138205	**RIGHETTI STEFANO**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:20-19:40	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	130.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	185.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	185.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	35.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	130.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.50	88950	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	120.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.48.1	889481	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98102	**ROVARIS GIOVANNI**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.48.2	889482	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
204695	**TRESOLDI SIMONE**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	175.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
204695	**TRESOLDI SIMONE**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	175.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
204695	**TRESOLDI SIMONE**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	25.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
204695	**TRESOLDI SIMONE**	CARDIOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	180.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	130.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.72.2	0188722	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO	200.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.72.3	188723.1	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.72.3	188723.2	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO E DOPO STIMOLO FARMACOLOGICO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-19:00	89.41	88941.2	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - EX CODICE DM 89.43	250.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
36418	**TROCINO GIUSEPPE**	CARDIOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-19:00	88.72.4	0188724	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA	300.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
96095	**VALAGUSSA LAURA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-18:10	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
96095	**VALAGUSSA LAURA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-18:10	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	150.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
96095	**VALAGUSSA LAURA**	CARDIOLOGIA	GIOVEDI'	15:40-18:10	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
205292	**VANDONI PIETRO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	185.00 €	157.25 €	148.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. VANDONI PIETRO**
205292	**VANDONI PIETRO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	185.00 €	157.25 €	148.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in cardiologia interventistica Patologie trattate: cardiopatia ischemica, infarto, PFO, cardiopatie valvolari
205292	**VANDONI PIETRO**	CARDIOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA (non prenotabile singolarmente)	25.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400820	**VULLO ELEONORA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.7A.3	08897A3	VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA) CON INCLUSO ECG	180.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400820	**VULLO ELEONORA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.01.3	889013	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG	160.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400820	**VULLO ELEONORA**	CARDIOLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:30	89.52	88952	ELETTROCARDIOGRAMMA	30.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. CEREDA MARCO ANGELO**
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Chirurgia Generale, Chirurgia Oncologica, Chirurgia Pancreatica, Chirurgia Per Enrie E Laparoceli
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-19:10	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	acquisizione	
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	600.00 €	510.00 €	480.00 €	acquisizione	
401436	**CEREDA MARCO ANGELO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	950.00 €	807.50 €	760.00 €	Acquisizione	
401332	**CERESOLI MARCO**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401332	**CERESOLI MARCO**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401332	**CERESOLI MARCO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	350.00 €	297.50 €	280.00 €	Acquisizione	
401332	**CERESOLI MARCO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	550.00 €	467.50 €	440.00 €	Acquisizione	
401332	**CERESOLI MARCO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	Acquisizione	
401630	**CIULLI CRISTINA MARIALUISA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR.SSA CIULLI CRISTINA MARIALUISA**
401630	**CIULLI CRISTINA MARIALUISA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in chirurgia epatobiliare Patologie trattate patologie del fegato, delle vie biliari e della colecisti, ernie della parete addominale e inguinale, neoformazioni cutanee Escludere proctologia
401630	**CIULLI CRISTINA MARIALUISA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	120.00 €	102.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401630	**CIULLI CRISTINA MARIALUISA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	300.00 €	255.00 €	NO	Acquisizione	
401630	**CIULLI CRISTINA MARIALUISA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
402345	**COTSOGLOU CHRISTIAN**	CH. GENERALE II	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	280.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. COTSOGLOU CHRISTIAN**

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402345	**COTSOGLOU CHRISTIAN**	CH. GENERALE II	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	250.00 €	NO	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in Chirurgia Epato-Biliare, Chirurgia Gastrica, Chirurgia Pancreatica, Chirurgia dell'Apparato Digerente, Chirurgia Oncologica, Chirurgia Mininvasiva e Chirurgia della Parete Addominale
101514	**DEGRATE LUCA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:20	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	104.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. DEGRATE LUCA**
101514	**DEGRATE LUCA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:20	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	NO	64.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in: -chirurgia pediatrica. -chirurgia epatobiliopancreatica. -chirurgia colorettale. -chirurgia delle ernie e della parete addominale -chirurgia d'urgenza
101514	**DEGRATE LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 360,00 - € 470,00	NO	SI	328-4533364	
101514	**DEGRATE LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 360.00 - € 470.00	NO	SI	328-4533364	
101514	**DEGRATE LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 360.00 - € 470.00	NO	SI	328-4533364	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 300,00 - € 1.000,00	SI	NO	Acquisizione	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 300.00 - € 600.00	SI	NO	Acquisizione	
106187	**DI LUCIA ADRIANA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864.00	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 300.00 - € 800.00	SI	NO	Acquisizione	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	96.59.5	9996595	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLICATA PER INFEZIONE E PROFONDITA'	180.00 €	153.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	98.20	99820	RIMOZIONE CORPO ESTRANEO NAS	180.00 €	153.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	250.00 €	212.50 €	NO	Acquisizione	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 500,00 - € 700,00	SI	NO	Acquisizione	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-17:40	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (ESCLUSO COSTO DEL FARMACO)	60.00 €	51.00 €	NO	Acquisizione solo a seguito di prima visita	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	49.39	94939.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	700.00 €	595.00 €	NO	Acquisizione	
38350	**FATTORI LUCA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA	700.00 €	595.00 €	NO	Acquisizione	
102002	**GARANCINI MATTIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. GARANCINI MATTIA**
102002	**GARANCINI MATTIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in chirurgia del fegato, di colecisti/vie biliari, tiroide, paratiroidi, chirurgia della parete addominale, chirurgia ambulatoriale. Escludere chirurgia pediatrica
102002	**GARANCINI MATTIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE / LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA/SOTTOCUTANEA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	338-9361687	
102002	**GARANCINI MATTIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	338-9361687	
102002	**GARANCINI MATTIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:30-17:50	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	400.00 €	340.00 €	320.00 €	338-9361687	
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. GATTI ANDREA VALER**
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in chirurgia generale ed endocrina Patologia trattate: ernie di parete addominale, laparoceli, lesioni cutanee e sottocutanee, calcolosi della colecisti, malattia diverticolare, patologie della tiroide, della paratiroide e del surrene. Escludere onicocriptosi (unghia incarnita)
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA E NEOFORMAZIONE CUTANEA	800.00 €	680.00 €	640.00 €	Acquisizione	
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	49.45	94945	LEGATURA DELLE EMORROIDI	300.00 €	255.00 €	240.00 €	Acquisizione	
400008	**GATTI ANDREA VALER**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	Acquisizione	
95660	**GIANOTTI LUCA VITTORIO**	CH. GENERALE II	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
95660	**GIANOTTI LUCA VITTORIO**	CH. GENERALE II	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
95660	**GIANOTTI LUCA VITTORIO**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 350.00 - € 500.00	SI	SI	Acquisizione	
95660	**GIANOTTI LUCA VITTORIO**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 350.00 - € 500.00	SI	SI	Acquisizione	
95660	**GIANOTTI LUCA VITTORIO**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 300,00 - € 500,00	SI	SI	Acquisizione	
401983	**LEVA ANDREA**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:20	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	**DR. LEVA ANDREA**
401983	**LEVA ANDREA**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:20	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in oncologia cutanea (melanoma e tumori della cute) e chirurgia generale. No visite proctologiche.
401983	**LEVA ANDREA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	Acquisizione	
401983	**LEVA ANDREA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 300.00 - € 3.000.00	SI	SI	Acquisizione	
400003	**OLDANI MASSIMO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	**DR. OLDANI MASSIMO**
400003	**OLDANI MASSIMO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	Patologie trattate: *tumori esofago - stomaco - colon - retto *patologia di parete: ernie inguinali, ombelicali, laparoceli *ernia iatale e reflusso gastro-esofageo *calcolosi della colecisti *proctologia (emorroidi , ragadi anali, ascessi ecc..) *diastasi dei muscoli retti dell'addome
400003	**OLDANI MASSIMO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	
400003	**OLDANI MASSIMO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	
400003	**OLDANI MASSIMO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	450.00 €	382.50 €	360.00 €	Acquisizione	
400003	**OLDANI MASSIMO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	17:00-19:00	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	Acquisizione	
401040	**PAPPALARDO ROSA ALBA**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	
401040	**PAPPALARDO ROSA ALBA**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	56.00 €	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	
401040	**PAPPALARDO ROSA ALBA**	CH. GENERALE II	VENERDI'	16:00-19:00	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	Acquisizione	
401040	**PAPPALARDO ROSA ALBA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	300 € - 1.500 €	SI	SI	Acquisizione	
401040	**PAPPALARDO ROSA ALBA**	CH. GENERALE II	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	500 € - 800 €	SI	SI	Acquisizione	
101012	**PERRONE STEFANO**	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	
101012	**PERRONE STEFANO**	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	NO	*-CUP* *-Contac Center Regionale 800890890*	
101012	**PERRONE STEFANO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 400.00 - € 550.00	SI	NO	tel. 348-2320314	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101012	**PERRONE STEFANO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	348-2320314	
101012	**PERRONE STEFANO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	348-2320314	
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:40	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. RIPAMONTI LORENZO MARIA**
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:40	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in chirurgia colorettale e proctologia, chirurgia del pavimento pelvico, chirurgia generale. ***Patologie principali trattate:*** Patologia del colon retto oncologica e benigna (tumori del colon-retto, tumori anali, patologia diverticolare, stomie) Proctologia (emorroidi, fistole anali, ragadi, condilomi) Pavimento pelvico (stipsi, defecazione ostruita, incontinenza, prolasso rettale) Week-surgery (colelitiasi, ernia inguinale, ernia ombelicale) Chirurgia ambulatoriale (cisti sebacee, lipomi,
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:40	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	18:00-19:40	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 350.00 - € 450.00	SI	SI	Acquisizione	
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	Acquisizione	
401629	**RIPAMONTI LORENZO MARIA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	Acquisizione	
401852	**ROCCAMATISI LINDA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR.SSA ROCCAMATISI LINDA**
401852	**ROCCAMATISI LINDA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	70.00 €	59.50 €	56.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in chirurgia generale Patologie trattate: paologie di parete addominale, ernie, diastasi, laparoceli, colelitiasi
401852	**ROCCAMATISI LINDA**	CH. GENERALE I	VENERDI'	16:15-19:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	120.00 €	102.00 €	NO	Acquisizione	
401852	**ROCCAMATISI LINDA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
401852	**ROCCAMATISI LINDA**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
98308	**ROMANO FABRIZIO**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	17:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98308	**ROMANO FABRIZIO**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	17:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
98308	**ROMANO FABRIZIO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
98308	**ROMANO FABRIZIO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
98308	**ROMANO FABRIZIO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	Acquisizione	
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:30-18:10	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	400.00 €	340.00 €	NO	Acquisizione	
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	400.00 €	340.00 €	NO	Acquisizione	
206191	**ROSSI MICHELE**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	400.00 €	340.00 €	NO	Acquisizione	
101748	**SCOTTI MARCO**	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101748	**SCOTTI MARCO**	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	NO	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101748	**SCOTTI MARCO**	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101748	**SCOTTI MARCO**	CH. GENERALE I	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
101748	**SCOTTI MARCO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE CISTI SEBACEA O LIPOMA O NEOFORMAZIONE CUTANEA	€ 350.00 - € 500.00	NO	SI	Acquisizione	
101748	**SCOTTI MARCO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	NO	280.00 €	Acquisizione	
137494	**SCOTTI MAURO ALESSANDRO**	CH. GENERALE I	LUN-GIO MAR-VEN	18:00-20:00 16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
137494	**SCOTTI MAURO ALESSANDRO**	CH. GENERALE I	LUN-GIO MAR-VEN	18:00-20:00 16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
137494	**SCOTTI MAURO ALESSANDRO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
137494	**SCOTTI MAURO ALESSANDRO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 360,00 - € 470,00	SI	SI	Acquisizione	
137494	**SCOTTI MAURO ALESSANDRO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 360,00 - € 470,00	SI	SI	Acquisizione	
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	VENERDI'	17:00-19:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	Acquisizione	
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	49.45	94945	LEGATURA DELLE EMORROIDI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	Acquisizione	
137677	**TAMINI NICOLO'**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	Acquisizione	
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. TOTIS MAURO**
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.2	VISITA PROCTOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in : chirurgia laparoscopica; chirurgia robotica; proctologia : prolassi, emorroidi, ragadi; tumori colon/retto; diverticolite; calcoli colecisti; ernie inguinali laparoscopiche/open; surrene; laparoceli; chirurgia ambulatoriale No pancreas - No fegato - No tiroide
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.2	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 350,00 - € 500,00	SI	SI	Acquisizione	
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 350.00 - € 500.00	SI	SI	Acquisizione	
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE / LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA	€ 350.00 - € 500.00	SI	SI	Acquisizione	
99385	**TOTIS MAURO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	49.39	94939.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	600.00 €	510.00 €	SI	Acquisizione	
100373	**UGGERI FABIO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4	VISITA CHIRURGICA GENERALE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	**DR. UGGERI FABIO**
100373	**UGGERI FABIO**	CH. GENERALE I	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	NO	*-CUP -Contac Center Regionale 800890890*	Specialista in chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva. *Patologie trattate* : ernia iatale (patologia del giunto esofago-gastrico), diverticoli esogafei, patologia oncologica dello stomaco e dell'esofago distale, patologia benigna e maligna della colecisti, ernie della parete addominale (inguinale, ombelicale, epigastrica, laparoceli), patologia
100373	**UGGERI FABIO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	350.00 €	297.50 €	NO	347-4311545	
100373	**UGGERI FABIO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	350.00 €	297.50 €	NO	347-4311545	
100373	**UGGERI FABIO**	CH. GENERALE I	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	350.00 €	297.50 €	NO	347-4311545	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. BRAMBILLA LEONARDO**
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in Chirurgia Plastica, Chirurgia del Volto e Chirurgia della Mano
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE (Classe A)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE (Classe B)	700.00 €	595.00 €	560.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE (Classe C)	800.00 €	680.00 €	640.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA /INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (Classe A)	350.00 €	297.50 €	280.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA /INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (Classe B)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	ASPORTAZIONE LIPOMA O NEOFORMAZIONE SOTTOCUTANEA /INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (Classe C)	1 000.00 €	850.00 €	800.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.74	128674	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE (Classe A)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE (Classe B)	800.00 €	680.00 €	640.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE (Classe C)	1 400.00 €	1 190.00 €	1 120.00 €	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
401482	**BRAMBILLA LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 300,00 - € 2.500,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-17:00	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA CAVALLI ERICA MICHELA**
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-17:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in chirurgia plastica e chirurgia della mano. Patologie trattate: - prevalentemente chirurgia della mano - no chirurgia della mammella
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-17:00	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-17:00	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-17:00	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-17:00	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 300,00 - € 2.500,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	75.00 €	63.75 €	60.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.500,00	SI	SI	Acquisizione	
400134	**CAVALLI ERICA MICHELA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	16:30-18:30	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 350,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	16:30-18:30	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.74	128674	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403033	**COZZI SILVIA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	80.00 €	68.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	90.00 €	76.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 500,00 - € 1.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
402459	**GARUTTI LEONARDO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	NO	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:30:18:15	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MARTEDI'	16:30:18:15	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401495	**GATTO ARIANNA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:30	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400032	**MARCHESI ANDREA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400032	**MARCHESI ANDREA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	onc		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400032	**MARCHESI ANDREA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400032	**MARCHESI ANDREA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400032	**MARCHESI ANDREA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:30 16:00-17:30	L0059		PERIZIA SPECIALISTICA AD USO MEDICO LEGALE	€ 300,00 - € 2.500,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.400,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 350,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
402320	**MOSIELLO LORENZO**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.74	128674	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI'	16:30-19:30	89.7A.5	12897A5	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI'	16:30-19:30	89.7A.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI'	16:30-19:30	89.01.5	1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI'	16:30-19:30	89.01.4		VISITA CHIRURGIA DELLA MANO (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI'	16:30-19:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUNEDI'	16:30-19:30	96.59.2	9996592.01	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (ESTENSIONE < 25 CM)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.500,00 - € 3.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	96.59	999659.01	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.84	18684	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 1.400,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	16:30-18:30	L0010		ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA PER INTERVENTI DI CLASSE C	€ 100,00 - € 1.000,00 + IVA	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 400,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.04	18604	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 350,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	GIOVEDI'	16:30-18:30	86.63	128663	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.69	128669	INNESTO DI CUTE NON A TUTTO SPESSORE IN ALTRE SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.72	128672	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.74	128674	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRA SEDE	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1D	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.29	368229.1S	ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.39	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3D	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	82.21	368221.3S	FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SX - EX CODICE DM 82.12	€ 1.200,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
401906	**STUCCHI SARA**	CHIRURGIA DELLA MANO E PLASTICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.30.3	5286303	SHAVING NEOFORMAZIONE /CAUTERIZZAZIONE/FOLGORAZIONE LESIONE/CUTANEO E SOTTOCUTANEO	€ 400,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-19:30	89.7C.4	35897C4	VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE (PRIMA VISITA) - EX CODICE DM 89.7B.5	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	MARTEDI'	16:00-19:30	89.01.S	098901S	VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 500,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	27.43	352743	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	€ 500,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	76.2	35762	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	€ 600,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	27.41	352741	FRENULECTOMIA LABIALE	€ 400,00 - € 1000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	25.91	352591.1	FRENULOTOMIA LINGUALE	€ 500,00 - € 1000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.09	352309.1	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - EX CODICE DM 23.11	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.09	352309.2	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	€ 400,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.19	352319.1	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	€ 400,00 - € 1.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.19	352319.2	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO (ODONTECTOMIA)	€ 500,00 - € 1.500,00	SI	SI	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.19	352319.4	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI GERME DI DENTE (GERMECTOMIA)	€ 500,00 - € 1.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.19	352319.5	ESTRAZIONE CHIRURGICA DI RADICE	€ 500,00 - € 1.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	23.19	352319.3	ANCORAGGIO DI DENTE INCLUSO DA ESPORRE CON TRAZIONE	€ 500,00 - € 1.500,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	27.49.1	127491	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	€ 500,00 - € 2.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	86.11	18611	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 250,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
403169	**GERVASONI CARLO**	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	LUN-VEN	15:15-19:15	27.24	12724	BIOPSIA DELLA BOCCA / CAVO ORALE	€ 250,00 - € 1.000,00	SI	SI	Acquisizione	
402268	**CARA ANDREA**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:30-19:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402268	**CARA ANDREA**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:30-19:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402268	**CARA ANDREA**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:30-19:00	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	Acquisizione solo a seguito di prima visita e/o controllo: andrea.cara@irccs-sangerardo.it	
36181	**CASSINA ENRICO MARIO**	CHIRURGIA TORACICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	144.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36181	**CASSINA ENRICO MARIO**	CHIRURGIA TORACICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	33.22	683322	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	650.00 €	552.50 €	520.00 €	Acquisizione	
36181	**CASSINA ENRICO MARIO**	CHIRURGIA TORACICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101331	**LIBRETTI LIDIA**	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101331	**LIBRETTI LIDIA**	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	Acquisizione solo a seguito di prima visita: lidia.libretti@irccs-sangerardo.it	
101331	**LIBRETTI LIDIA**	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402012	**PETRELLA FRANCESCO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-17:00 17:00-18:00 17:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402012	**PETRELLA FRANCESCO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	1:00-17:00 17:00-18:00 17:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402012	**PETRELLA FRANCESCO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	15:00-15:20	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO) - TELEMEDICINA	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101749	**PIRONDINI EMANUELE**	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. PIRONDINI EMANUELE**

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101749	**PIRONDINI EMANUELE**	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	Acquisizione solo a seguito di prima visita: emanuele.pirondini@irccs-sangerardo.it	Patologie trattate: patologie trattate: neoplasie polmonari e della parete toracica, patologie del mediastino (ad es. timoma), disturbi del sistema nervoso simpatico (ad es. iperidrosi, eritrofobia), traumatologia toracica, versamenti pleurici, mesotelioma, chirurgia toracica ROBOTICA. Patologie escluse: pectus excavatum, pectus
101749	**PIRONDINI EMANUELE**	CHIRURGIA TORACICA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	102.00 €	102.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. RAVEGLIA FEDERICO**
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Principali patologie trattate: patologie tumorali e non del polmone, mediastino e del torace in genere. Alta specializzazione nelle patologie del sistema nervoso autonomo, in particolare nel trattamento medico e chirurgico (anche robotico) della IPERIDROSI. Escludere: patologie esofagee
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	83.21	18321	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	350.00 €	297.50 €	280.00 €	Acquisizione	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	34.91	13491	TORACENTESI	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:30 16:30-17:30	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	Acquisizione solo a seguito di prima visita: cell. 338.133.6071 mail: federico.raveglia@irccs-sangerardo.it	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.01	98601	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	Acquisizione	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.23	98623	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	250.00 €	212.50 €	200.00 €	Acquisizione	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA	LUN-VEN	15:15-17:45	86.4	12864	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 300,00 - €1.600,00	SI	SI	Acquisizione	
400504	**RAVEGLIA FEDERICO**	CHIRURGIA TORACICA					VISITA CHIRURGICA TORACICA A DOMICILIO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	Inviare una mail a federico.raveglia@irccs-sangerardo.it	
400831	**TUORO ANTONIO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.7	99897.06	VISITA CHIRURGICA TORACICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. TUORO ANTONIO**
400831	**TUORO ANTONIO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:00-20:00	99.29.9	199299	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA (escluso costo del farmaco)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	Acquisizione solo a seguito di prima visita: cell. 349.874.6938 mail: antonio.tuoro@irccs-sangerardo.it	Specialista in Chirurgia Toracica con specializzazione nella Chirurgia Mini-invasiva Videotoracoscopica e Robotica. Principali patologie e trattamenti effettuati: iperidrosi focale primaria, patologie neoplastiche del torace e polmonari, trattamento chirurgico dei traumi del torace e del pneumotorace,
400831	**TUORO ANTONIO**	CHIRURGIA TORACICA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.01	998901.03	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19.20	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19.20	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19.20	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19.20	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19.20	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19.20	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19:30	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19:30	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19:30	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	80.00 €	68.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19:30	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19:30	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403076	**ARIANO FRANCESCA MARISA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-19:30	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401179	**BALLABIO FABRIZIA**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:40	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401179	**BALLABIO FABRIZIA**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:40	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401179	**BALLABIO FABRIZIA**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:40	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401179	**BALLABIO FABRIZIA**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:40	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401179	**BALLABIO FABRIZIA**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:30-18:40	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106755	**BENATTI CRISTIAN**	CHIRURGIA VASCOLARE	MERCOLEDI'	16:00-19:20	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100139	**CAMESASCA VALTER**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	100.00	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE	VENERDI'	16:00-20:00	39.92.2	39922	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	500.00	425.00 €	400.00 €	Acquisizione	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA) VISITA DOMICLIARE	300.00 €	NO	NO	ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	300.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	300.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	300.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					VISITA CH. VASCOLARE + ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO VISITA DOMICIALIARE	400.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					VISITA CH. VASCOLARE +ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	400.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					VISITA CH. VASCOLARE +ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	400.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					VISITA CH. VASCOLARE +ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	400.00 €			ACQUISIZIONE	
99371	**DELEO GAETANO**	CHIRURGIA VASCOLARE					VISITA CH. VASCOLARE +ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO VISITA DOMICILIARE	400.00 €			ACQUISIZIONE	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	39.92.2	39922	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	500.00	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402687	**HERY VALENTINA**	CHIRURGIA VASCOLARE	LUNEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106863	**PALERMO ROBERTA**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-19:30	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.01.6	1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	89.01.2	1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.1	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
403053	**SALVATI SIMONE**	CHIRURGIA VASCOLARE	MARTEDI'	16:00-20:00	39.92.1	1439921	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	ACQUISIZIONE	
101475	**SEGRAMORA VITTORIO**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:00	39.92.2	39922	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (FARMACO INCLUSO: ATOSSISCLEROL*IV 5F 2ML 1% - (POLIDOCANOLO) 1%; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	500.00 €	425.00 €	400.00 €	Acquisizione	
101475	**SEGRAMORA VITTORIO**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:00	89.7A.6	14897A6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101475	**SEGRAMORA VITTORIO**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:00	89.7A.2	14897A2	VISITA ANGIOLOGICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101475	**SEGRAMORA VITTORIO**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:00	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101475	**SEGRAMORA VITTORIO**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:00	88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101475	**SEGRAMORA VITTORIO**	CHIRURGIA VASCOLARE	GIOVEDI'	16:00-19:00	88.76.3	188763	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400478	**ABBATE IDAVITTORIA**	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	89.7A.7	52897A7.1	VISITA DERMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA ABBATE IDAVITTORIA**
400478	**ABBATE IDAVITTORIA**	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	89.01.7	5289017.1	VISITA DERMATOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in Dermatologia e Venereologia Patologie non trattate: verruche volgari, condilomi, fibromi penduli, cheratosi seborroiche e quanto altro costituisca problematica estetica. No visite per vitiligine. no farmaci biologici. Non esegue laserterapia. Nessun trattamento è contestuale alla visita.
400478	**ABBATE IDAVITTORIA**	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	86.30.1	5286301	CRIOTERAPIA LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA	90.00 €	NO	NO	Acquisizione esclusivamente su indicazione della dr.ssa	
400478	**ABBATE IDAVITTORIA**	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	90.93.3	90933.11	ES.COLTURALE SU TAMPONE CUTANEO	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
400478	**ABBATE IDAVITTORIA**	DERMATOLOGIA	LUNEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	91.49.3	9991493	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.92.C	698892C	RM MAMMARIA BILATERALE - EX CODICE DM 88.92.8	300.00 €	255.00 €	NO		**DR.SSA ABATE ANNA**
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.92.9	6988929	RM MAMMELLA BILATERALE CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	340.00 €	NO		Specialista in radiologia senologica con attività diagnostica ed interventistica (biopsie) sia per la prevenzione del tumore mammario che per lo studio delle protesi mammarie
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	87.H5 A.		CONSULTO RADIOLOGICO	100.00 €	85.00 €	NO		

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	NO	da lunedì a venerdì dalle 8,00 alle 13,00 351-5127812	
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.1	0185111.D	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA DX ECO-GUIDATO	200.00 €	170.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.1	0185111.S	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA SX ECO-GUIDATO	200.00 €	170.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.6	0185116.D	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA DX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	200.00 €	170.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.6	0185116.S	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA SX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	200.00 €	170.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	87.37.2	6987372.D	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX SENZA CONTRASTO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	87.37.2	6987372.S	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX SENZA CONTRASTO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	87.37.1	6987371	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA CONTRASTO	180.00 €	153.00 €	144.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	87.37.4	6987374	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.73.2	6988732.01	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE DX	100.00 €	85.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.73.2	6988732.02	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE SX	100.00 €	85.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	88.73.1	188731	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	150.00 €	127.50 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.4	0185114.D	BIOPSIA MAMMARIA DX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA	1 800.00 €	NO	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.4	0185114.S	BIOPSIA MAMMARIA SX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA	1 800.00 €	NO	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.4	0185114.D	BIOPSIA MAMMARIA DX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA (ASPORTAZIONE COMPLETA DELLA LESIONE)	2 000.00 €	NO	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.4	0185114.S	BIOPSIA MAMMARIA SX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED GUIDA STEREOTASSICA (ASPORTAZIONE COMPLETA DELLA LESIONE)	2 000.00 €	NO	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.3	0185113.D	BIOPSIA MAMMARIA DX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED CON GUIDA ECOGRAFICA	€ 1.700,00 - € 2.000,00	NO	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.3	0185113.S	BIOPSIA MAMMARIA SX MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED CON GUIDA ECOGRAFICA	€ 1.700,00 - € 2.000,00	NO	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.9	0185119.D	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA DX CON RETROASPIRAZIONE (VABB RM)	2 000.00 €	1 700.00 €	NO		
99774	**ABATE ANNA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	LUN-VEN	16:00-20:00	85.11.9	0185119.S	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA SX CON RETROASPIRAZIONE (VABB RM)	2 000.00 €	1 700.00 €	NO		
401528	**GRIGORIEVA IRINA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.6	0185116.D	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA DX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401528	**GRIGORIEVA IRINA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA			85.11.6	0185116.S	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA SX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	85.11.1	0185111.D	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA DX ECO-GUIDATO	190.00 €	161.50 €	152.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	85.11.1	0185111.S	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA SX ECO-GUIDATO	190.00 €	161.50 €	152.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	85.11.6	0185116.D	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA DX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	190.00 €	161.50 €	152.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	85.11.6	0185116.S	AGOBIOPSIA DELLA MAMMELLA SX CON TRU-CUT ECO-GUIDATA	190.00 €	161.50 €	152.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	87.H5 A.		CONSULTO RADIOLOGICO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	88.73.1	188731	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	87.37.2	6987372.D	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX SENZA CONTRASTO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401859	**NICOLINO GABRIELE MARIA**	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	GIOVEDI'	16:00-19:00	87.37.2	6987372.S	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX SENZA CONTRASTO	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401513	**AROLDI ANDREA**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401513	**AROLDI ANDREA**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19:30	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36214	**BOLIS SILVIA**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36214	**BOLIS SILVIA**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401597	**BRIOSCHI FILIPPO ACHILLE**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:30-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. BRIOSCHI FILIPPO ACHILLE**
401597	**BRIOSCHI FILIPPO ACHILLE**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:30-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Principali patologie trattate: piastrinopenia immune, emostasi e trombosi
101066	**CARRER ANDREA**	EMATOLOGIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:30-16:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA) / PRIMA VISITA PER EMOSTASI E TROMBOSI	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. CARRER ANDREA**
101066	**CARRER ANDREA**	EMATOLOGIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:30-16:30	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO) / VISITA DI CONTROLLO PER EMOSTASI E TROMBOSI	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Patologie trattate: emostasi e trombosi, patologie della coagulazione, ematologia benigna e maligna

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
98745	**ELLI ELENA MARIA**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98745	**ELLI ELENA MARIA**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137679	**FEDELE MARILENA**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:00-16:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137679	**FEDELE MARILENA**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:00-16:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97498	**FUMAGALLI MONICA**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:30-17:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97498	**FUMAGALLI MONICA**	EMATOLOGIA	MARTEDI'	15:30-17:30	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36234	**MAFFE' PIERFRANCO**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI' VENERDI'	17:00-18:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	100.00 €	NO	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36234	**MAFFE' PIERFRANCO**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI' VENERDI'	17:00-18:30	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	90.00 €	NO	72.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97984	**TERRUZZI ELISABETTA**	EMATOLOGIA	LUNEDI'	16:00 - 17:30	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101454	**VERGA LUISA**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	17:00 - 19:00	89.7	99897.16	VISITA EMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101454	**VERGA LUISA**	EMATOLOGIA	MERCOLEDI'	17:00 - 19:00	89.01	998901.16	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138820	**PEROTTI MARIO**	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.7A.8	19897A8.1	VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138820	**PEROTTI MARIO**	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-17:30	89.01.8	1989018	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100899	**PINCELLI ANGELA IDA**	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.8	19897A8.1	VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100899	**PINCELLI ANGELA IDA**	ENDOCRINOLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.8	1989018	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	48.24.1	5848241	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA	1 000.00 €	850.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	44.14.1	5844141	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE	1 000.00 €	850.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	52.13	585213	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS - EX CODICE DM 52.13.1	700.00 €	595.00 €	560.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.13.1	5845131	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE (VCE)	1 600.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	44.19.3	5844193	ECOENDOSCOPIA SUP. (ESOFAGO,STOMACO,DUODENO)	700.00 €	595.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	48.29.2	5848292	ECOENDOSCOPIA DEL COLON	700.00 €	595.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400515	**CONTI CLARA BENEDETTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	LUNEDI'	15:45-17:00	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30 -17:30	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30 -17:30	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	125.00 €	106.25 €	100.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
37880	**DINELLI MARCO EMILIO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' GIOVEDI'	15:45-16:45	43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	16:15-16:45	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	16:15-16:45	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	16:15-16:45	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-16:15	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-16:15	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-16:15	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98456	**FREGO ROBERTO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'		45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	17:00-18:30	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	17:00-18:30	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	07:30	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	07:30	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	07:30	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	45.13.1	5845131	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE (VCE)	1 600.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
98906	**MAINO MARTA**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'	15:45-18:25	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:30-17:30 17:00-19:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:30-17:30 17:00-19:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
402603	**MULINACCI GIACOMO**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	MERCOLEDI'	15:45-17:00	45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			42.33.1	5842331	ESOFAGOENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE LESIONE O TESSUTO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			42.33.3	5842333	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastroenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			43.41.1	5843411	GASTROENDOSCOPIA CON ASPORTAZIONE POLIPI DELLO STOMACO	200.00 €	200.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			43.41.3	5843413	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			44.14.1	5844141	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE	1 000.00 €	663.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			44.19.3	5844193	ECOENDOSCOPIA SUP. (ESOFAGO,STOMACO,DUODENO)	700.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.13	584513	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] SENZA BIOPSIA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.16.1	5845161	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.16.2	5845162	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.23	584523	COLONSCOPIA TOTALE SENZA BIOPSIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.23.3	5845233	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.23.4	5845234	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.42	584542	COLONSCOPIA TOTALE CON POLIPECTOMIA IN SEDE UNICA	220.00 €	220.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	410.00 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			48.24.1	5848241	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA	1 000.00 €	637.50 €	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			48.29.2	5848292	ECOENDOSCOPIA DEL COLON	700.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			52.13	585213	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS - EX CODICE DM 52.13.1	700.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
97988	**REDAELLI ALESSANDRO ETTORE**	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			52.14	585214	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA - EX CODICE DM 52.14.1	1 000.00 €	850.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			L22		ANESTESIA GENERALE PER GASTROSCOPIA	250.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			L0105		ANESTESIA GENERALE PER EGDS E COLONSCOPIA	300.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		L21		ANESTESIA GENERALE PER COLONSCOPIA	250.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	GIOVEDI'		45.42.2	5845422	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON - EX CODICE DM 45.43.2	450.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
	ANESTESISTA PER RPOCEDURA ENDOSCOPICA	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA			L0106		ANESTESIA GENERALE PER ECOENDOSCOPIA	250.00 €	NO	NO	Segr. di gastreoenterologia 039.233.3407 lun-ven 8.30-12.30 14.30-15.30	
107393	**CIACCIO ANTONIO**	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	17:00-19:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	102.00 €	102.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. CIACCIO ANTONIO**
107393	**CIACCIO ANTONIO**	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	17:00-19:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Patologie trattate: tutte le malattie del fegato e delle vie biliari, compresi cirrosi epatica, epatite C e B, steatosi, tumori benigni e maligni, fegato policistico. escludere: problemi gastrointestinali e pancreatici
107393	**CIACCIO ANTONIO**	GASTROENTEROLOGIA	LUNEDI'	19:40-20:00	88.74.1	0188741.6	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA (FIBROSCAN)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137820	**ELVEVI ALESSANDRA**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137820	**ELVEVI ALESSANDRA**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137820	**ELVEVI ALESSANDRA**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137820	**ELVEVI ALESSANDRA**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800115	**FUMAGALLI MALDINI FRANCESCO**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	17:00 - 19:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800115	**FUMAGALLI MALDINI FRANCESCO**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	17:00 - 19:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
800115	**FUMAGALLI MALDINI FRANCESCO**	GASTROENTEROLOGIA	GIOVEDI'	17:00 - 19:00	88.74.1	0188741.6	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA (FIBROSCAN)	90.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850014	**GERUSSI ALESSIO**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:15-19:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. GERUSSI ALESSIO**
850014	**GERUSSI ALESSIO**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:15-19:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in medicina interna. Patologie trattate: malattie del fegato e delle vie biliari; escludere malattie gastroenterologiche non correlate al fegato. Si occupa della diagnosi e cura di malattie del fegato e delle vie biliari (expertise di eccellenza
850014	**GERUSSI ALESSIO**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:15-19:00	88.74.1	0188741.6	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA (FIBROSCAN)	90.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138515	**MALINVERNO FEDERICA**	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138515	**MALINVERNO FEDERICA**	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138515	**MALINVERNO FEDERICA**	GASTROENTEROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 19:30	88.74.1	0188741.6	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA (FIBROSCAN)	90.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106861	**PIROLA LORENA**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106861	**PIROLA LORENA**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106861	**PIROLA LORENA**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106861	**PIROLA LORENA**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106861	**PIROLA LORENA**	GASTROENTEROLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.79.K	018879K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402608	**POZZI ROBERTA**	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402608	**POZZI ROBERTA**	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402608	**POZZI ROBERTA**	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402608	**POZZI ROBERTA**	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.01.9	5889019.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402608	**POZZI ROBERTA**	GASTROENTEROLOGIA	VENERDI'	16:00-17:30	88.74.1	0188741.6	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA (FIBROSCAN)	90.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401278	**AMOROSO ISABELLA**	GERIATRIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA AMOROSO ISABELLA**
401278	**AMOROSO ISABELLA**	GERIATRIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in geriatria, psicogeriatra
401278	**AMOROSO ISABELLA**	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	200.00 €	NO	NO	Inviare una mail a isabella.amoroso@irccs-sangerardo.it	
401278	**AMOROSO ISABELLA**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-17:30	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO) TELEMEDICINA	180.00 €	NO	NO	Inviare una mail a isabella.amoroso@irccs-sangerardo.it	
101721	**BELLELLI GIUSEPPE**	GERIATRIA	MARTEDI'	16:30-18:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	230.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101721	**BELLELLI GIUSEPPE**	GERIATRIA	MARTEDI'	16:30-18:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37871	**CONFALONIERI ROBERTO**	GERIATRIA	MERCOLEDI'	17:30-18:30	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA) - inclusa eventuale valutazione multidimensionale per rilascio del certificato propedeutico a richiesta invalidità civile	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37871	**CONFALONIERI ROBERTO**	GERIATRIA	MERCOLEDI'	17:30-18:30	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101474	**CORSI MAURIZIO**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101474	**CORSI MAURIZIO**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101474	**CORSI MAURIZIO**	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	200.00 €	NO	NO	maurizio.corsi@irccs-sangerardo.it	
850049	**FERRARA MARIA CRISTINA**	GERIATRIA	MARTEDI'	17:00-19:45	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850049	**FERRARA MARIA CRISTINA**	GERIATRIA	MARTEDI'	17:00-19:45	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850049	**FERRARA MARIA CRISTINA**	GERIATRIA	MARTEDI'				VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	200.00 €	NO	NO	MAIL: mariacristina.ferrara@irccs-sangerardo.it	
850049	**FERRARA MARIA CRISTINA**	GERIATRIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO) TELEMEDICINA	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850033	**OKOYE CHUKWUMA**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:45	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850033	**OKOYE CHUKWUMA**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:45	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850033	**OKOYE CHUKWUMA**	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	200.00 €	NO	NO	CELL. 3791852933 MAIL chukwuma.okoye@irccs-sangerardo.it	
99964	**UMIDI SIMONA**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.21	VISITA GERIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99964	**UMIDI SIMONA**	GERIATRIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.21	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99964	**UMIDI SIMONA**	GERIATRIA					VISITA GERIATRICA DOMICILIARE (inclusi test della memoria e test del cammino)	150.00 €	NO	NO	CELL. 3703411842	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	71.90.1	171901	INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	300.00 €	255.00 €	240.00 €	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.49	19649	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA (FARMACO INCLUSO: VESSILEN 50ML PER INSTALLAZIONI ENDO-VESCICALI 6200 - EPITECH; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	75.00 €	63.75 €	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.04	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A MAGNETOTERAPIA	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.03	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A LASERTERAPIA ANTALG.	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.1	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A RADIOFREQ. PULSATA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	57.39.2	4357392.1	ESAME URODINAMICO INVASIVO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	96.18	379618.1	INSERZIONE PESSARIO VAGINALE	20.00 €	NO	NO	Acquisizione (sempre con visita)	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401966	**BARBA MARTA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-20:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	250.00 €	NO	NO	Acquisizione	
35869	**CHIARI STEFANIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (2° e 4° lunedì del mese)	16:00-18:40	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
35869	**CHIARI STEFANIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (2° e 4° lunedì del mese)	16:00-18:40	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
35869	**CHIARI STEFANIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	2° e 4° LUNEDI'	16:00-18:40	70.21	377021	COLPOSCOPIA	170.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
35869	**CHIARI STEFANIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	2° e 4° LUNEDI'	16:00-18:40	70.21	377021.1	VULVOSCOPIA	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
35869	**CHIARI STEFANIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (2° e 4°)	16:00-18:40	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	10.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	57.39.2	4357392.1	ESAME URODINAMICO INVASIVO	300.00 €	NO	NO	ACQUISIZIONE	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	250.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	71.90.1	171901	INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	96.49	19649	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA (FARMACO INCLUSO: VESSILEN 50ML PER INSTALLAZIONI ENDO-VESCICALI 6200 - EPITECH; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	75.00 €	63.75 €	NO	Acquisizione	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	93.11.2	5693112.04	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A MAGNETOTERAPIA	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	93.11.2	5693112.03	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A LASERTERAPIA ANTALG.	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401314	**COLA ALICE**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-18:00	93.11.2	5693112.1	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A RADIOFREQ. PULSATA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	70.21	377021	COLPOSCOPIA	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	70.21	377021.1	VULVOSCOPIA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	67.19.1	18878	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	60.00 €	51.00 €	48.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401728	**DI MEO MARIA LETIZIA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:20	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	250.00 €	212.50 €	200.00 €	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	250.00 €	212.50 €	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	71.90.1	171901	INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	300.00 €	255.00 €	240.00 €	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	255.00 €	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	96.49	19649	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA (FARMACO INCLUSO: VESSILEN 50ML PER INSTALLAZIONI ENDO-VESCICALI 6200 - EPITECH; NON SARA' POSSIBILE RICHEDERE L'INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEMMENO SE PORTATO DAL PAZIENTE)	75.00 €	63.75 €	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.04	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A MAGNETOTERAPIA	75.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.03	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A LASERTERAPIA ANTALG.	200.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	93.11.2	5693112.1	RIEDUC. MOT. INDIV. DISAB. COMPL. IN ASSOCIAZ. A RADIOFREQ. PULSATA	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	57.39.2	4357392.1	ESAME URODINAMICO INVASIVO	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	96.18	379618.1	INSERZIONE PESSARIO VAGINALE	20.00 €	NO	NO	Acquisizione (sempre con visita)	
137954	**FRIGERIO MATTEO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-20:00	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	300.00 €	NO	NO	Acquisizione	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. FRUSCIO ROBERT**
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in: - Ginecologia oncologica - Ginecologia preventiva - Alto rischio genetico e familiare - Ecografia di II livello per cisti ovariche - Ecografia 3D
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	50.00 €	42.50 €	40.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	30.00 €	25.50 €	24.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106919	**FRUSCIO ROBERT**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	75.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	68.12.1	3768121	ISTEROSCOPIA	280.00 €	238.00 €	NO	ACQUISIZIONE	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
136242	**GIULIANI DANIELA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI' (1° e 3° lunedì del mese)	16:00-18:10	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	50.00 €	42.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	50.00 €	42.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	20.00 €	17.00 €	16.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400807	**GRASSI TOMMASO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	VENERDI'	16:00-19:30	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
36190	**LISSONI ANDREA ALBERTO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:30-20:30	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36190	**LISSONI ANDREA ALBERTO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:30-20:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36190	**LISSONI ANDREA ALBERTO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:30-20:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36190	**LISSONI ANDREA ALBERTO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:30-20:30	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36190	**LISSONI ANDREA ALBERTO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:30-20:30	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	75.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. PASSONI PAOLO**
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in: Patologia benigna ginecologica - Endometriosi - Ginecologia endocrinologica - Ginecologia pediatrica e dell'adolescenza - Valutazione chirurgica ginecologica - Miomi uterini - Adenomiosi - Cisti ovariche - Iperplasia endometriale - Polipi endometriali - Contraccezione - Malformazioni uterine - Amenorree - Sindrome Ovaio Policistico - Menopausa
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA (1° TRIMESTRE)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	60.00 €	51.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	60.00 €	51.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101536	**PASSONI PAOLO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	71.22	377122	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. TREZZI GAETANO**
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in: - trattamento della patologie oncologiche in ambito ginecologico - chirurgia oncoginecologica - chirurgia mini invasiva: robotica e laparoscopica - trattamento chirurgico delle patologie ginecologiche Escluso trattamento dell'infertilità/sterilità e gravidanza.
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	25.00 €	21.25 €	20.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	68.16.1	3768161	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	67.32	376732.1	ASPORTAZIONE POLIPO CERVICALE / CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	96.18	379618.4	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (DIAFRAMMA)	50.00 €	42.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400953	**TREZZI GAETANO**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	LUNEDI'	16:00-19:00	96.18	379618.3	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (PESSARIO)	50.00 €	42.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	70.21	377021	COLPOSCOPIA	160.00 €	NO	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	67.19.1	18878	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	70.21	377021.1	VULVOSCOPIA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	10.00 €	NO	8.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98902	**VECCHIONE FRANCESCA**	GINECOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	NO	Acquisizione	
850005	**BONFANTI PAOLO**	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	16:00 - 18:30	89.7	99897.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850005	**BONFANTI PAOLO**	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	16:00 - 18:30	89.01	998901.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850010	**LAPADULA GIUSEPPE**	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	17:00-18:30	89.7	99897.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850010	**LAPADULA GIUSEPPE**	MALATTIE INFETTIVE	LUNEDI'	17:00-18:30	89.01	998901.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100112	**MIGLIORINO GUGLIELMO**	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.11	VISITA EPATOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. MIGLIORINO GUGLIELMO**
100112	**MIGLIORINO GUGLIELMO**	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.06	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	*Specialista in terapie* : antibiotiche, antifungine ed antivirali complesse *Patologie trattate* : epatologiche, urinarie, polmonari *Escludere* : cirrosi su base autoimmunitaria, da potus
100112	**MIGLIORINO GUGLIELMO**	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100112	**MIGLIORINO GUGLIELMO**	MALATTIE INFETTIVE	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.22	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402210	**MENNUCCI JONATHAN**	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 660,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione tramite mail (**jmennucci.med@gmail.com**) o cell. 351-3308525: telefonata o whatsapp dal lun al ven dalle ore 17:00	
402210	**MENNUCCI JONATHAN**	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	88.79.3	18907	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	100.00 €	NO	NO		
402210	**MENNUCCI JONATHAN**	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	L0059		PERIZIA MEDICO LEGALE	€ 900,00 - € 5.000,00 + IVA	NO	NO		
402210	**MENNUCCI JONATHAN**	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 250,00 + IVA	NO	NO		
402210	**MENNUCCI JONATHAN**	MEDICINA DEL LAVORO	2° e 3° VENERDI'	16:00-19:00	89.07	18907	VISITA MULTIDISCIPLINARE DI MEDICINA DEL LAVORO (per stress e/o valutazione sospetta malattia professionale)	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99235	**DELL'ORO RAFFAELLA**	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99235	**DELL'ORO RAFFAELLA**	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38292	**FAILLA MONICA**	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38292	**FAILLA MONICA**	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99235	**DELL'ORO RAFFAELLA**	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99235	**DELL'ORO RAFFAELLA**	MEDICINA INTERNA	MARTEDI'	16:30-18:45	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800111	**NAVA MARIA CRISTINA**	MEDICINA INTERNA	LUNEDI'	16:30-17:30	89.7	99897.24	VISITA INTERNISTICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
800111	**NAVA MARIA CRISTINA**	MEDICINA INTERNA	LUNEDI'	16:30-17:30	89.01	998901.24	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO) PER IPERTENSIONE ARTERIOSA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800111	**NAVA MARIA CRISTINA**	MEDICINA INTERNA	LUNEDI'	16:30-17:30	89.7A.8	19897A8.03	VISITA DISLIPIDEMICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800111	**NAVA MARIA CRISTINA**	MEDICINA INTERNA	LUNEDI'	16:30-17:30	98.01	99890104	VISITA DISLIPIDEMICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400528	**CRIVELLARO CINZIA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.C	019218C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1 700.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
400528	**CRIVELLARO CINZIA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.D	192116	PET GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI	1 800.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
400528	**CRIVELLARO CINZIA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.11.6	192116	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	1 500.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
101382	**ELISEI FEDERICA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.C	019218C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1 700.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
101382	**ELISEI FEDERICA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.D	192116	PET GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI	1 800.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
101382	**ELISEI FEDERICA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.11.6	192116	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	1 500.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
850002	**GUERRA LUCA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.C	019218C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1 700.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
850002	**GUERRA LUCA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.D	192116	PET GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI	1 800.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
850002	**GUERRA LUCA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.11.6	192116	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	1 500.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
107334	**LANDONI CLAUDIO**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.C	019218C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1 700.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
107334	**LANDONI CLAUDIO**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.D	192116	PET GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI	1 800.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
107334	**LANDONI CLAUDIO**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.11.6	192116	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	1 500.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
98572	**MUSARRA MONICA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.C	019218C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1 700.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
98572	**MUSARRA MONICA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.18.D	192116	PET GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI	1 800.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
98572	**MUSARRA MONICA**	MEDICINA NUCLEARE	GIOVEDI'	14:30-16:30	92.11.6	192116	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	1 500.00 €	NO	NO	Per prenotazioni clicca qui	
400782	**BRAGHETTO GIACOMO**	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. BRAGHETTO GIACOMO**
400782	**BRAGHETTO GIACOMO**	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in: riabilitazione neurologica e ortopedica di adulto e bambino, valutazione funzionale a fini certificativi; terapia infiltrativa
400782	**BRAGHETTO GIACOMO**	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400782	**BRAGHETTO GIACOMO**	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400782	**BRAGHETTO GIACOMO**	MEDICINA RIABILITATIVA	GIOVEDI'	16:30-18:30	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401954	**FERRARA LUCIA**	MEDICINA RIABILITATIVA	LUNEDI'	16:30-18:30	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401954	**FERRARA LUCIA**	MEDICINA RIABILITATIVA	LUNEDI'	16:30-18:30	89.01.W	568901W	VISITA FISIATRICA (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
95567	**TEDESCO LUCIA MARIA**	MEDICINA RIABILITATIVA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7B.2	56897B2	VISITA FISIATRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA TEDESCO LUCIA MARIA**
95567	**TEDESCO LUCIA MARIA**	MEDICINA RIABILITATIVA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.W	568901W	VISITA FISIATRICA (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Patologie trattate: neurologiche, ortopediche, post-chirurgiche sia dell'adulto che del bambino
138118	**AJELLO ELENA**	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.4	29897B4.1	PRIMA VISITA NEFROLOGICA (NON DIALISI)	170.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138118	**AJELLO ELENA**	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-18:30	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA CONTROLLO (NON DIALISI)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400563	**CONTALDO GINA**	NEFROLOGIA	TUTTI I MERCOLEDI' DISPARI	16:30-18:30	89.7B.4	29897B4.1	PRIMA VISITA NEFROLOGICA (NON DIALISI)	170.00 €	144.50 €	136.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400563	**CONTALDO GINA**	NEFROLOGIA	TUTTI I MERCOLEDI' DISPARI	16:30-18:30	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA CONTROLLO (NON DIALISI)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401886	**ROGGERO LETIZIA**	NEFROLOGIA	TUTTI I MERCOLEDI' PARI	16:30-18:30	89.7B.4	29897B4.1	PRIMA VISITA NEFROLOGICA (NON DIALISI)	170.00 €	144.50 €	136.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401886	**ROGGERO LETIZIA**	NEFROLOGIA	TUTTI I MERCOLEDI' PARI	16:30-18:30	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA CONTROLLO (NON DIALISI)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37862	**STELLATO TIZIANA**	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:15	89.7B.4	29897B4.1	PRIMA VISITA NEFROLOGICA (NON DIALISI)	170.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37862	**STELLATO TIZIANA**	NEFROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:15	89.01.B	298901B.0	VISITA NEFROLOGICA CONTROLLO (NON DIALISI)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850008	**CARRABBA GIORGIO GIOVANNI**	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI' VENERDI'	17:00-19:00 16:00 - 18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. CARRABBA GIORGIO GIOVANNI**
850008	**CARRABBA GIORGIO GIOVANNI**	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI' VENERDI'	17:00-19:00 16:00 - 18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in Neurochirurgia Pediatrica e Tumori Cerebrali
138376	**DI CRISTOFORI ANDREA**	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138376	**DI CRISTOFORI ANDREA**	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101735	**GIUSSANI CARLO GIORGIO**	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-20:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	230.00 €	195.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**PROF. GIUSSANI CARLO GIORGIO**
101735	**GIUSSANI CARLO GIORGIO**	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-20:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	170.00 €	144.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in neurochirurgia dell'adulto e del bambino, specialista in neurochirurgia pediatrica e in neuro-oncologia. Patologie trattate: tumori cerebrali del bambino e dell'adulto, craniostenosi, patologie neurovascolari (aneurismi, MAV, Angiomi cavernosi, conflitto neurovascolari), tumori spinali, malformazioni spinali, idrocefalo, patologie degenerative del rachide cervicale e
36208	**GUERRA PAOLO**	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-19:20 17:00-21:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	170.00 €	144.50 €	136.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
36208	**GUERRA PAOLO**	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:00-21:00 17:00-21:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107123	**PIRILLO DAVID**	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107123	**PIRILLO DAVID**	NEUROCHIRURGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402835	**SPATOLA GIORGIO**	NEUROCHIRURGIA	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402835	**SPATOLA GIORGIO**	NEUROCHIRURGIA	GIOVEDI'	16:30-19:30	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138377	**TREZZA ANDREA**	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. TREZZA ANDREA** *specialista in neurochirurgia dell'adulto e neurochirurgia pediatrica; neuro-oncologia pediatrica e adulti; neurochirurgia funzionale.
138377	**TREZZA ANDREA**	NEUROCHIRURGIA	VENERDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	*patologie trattate: tumori cerebrali e spinali pediatrici e dell'adulto, craniostenosi e malformazioni pediatriche (es Chiari), malformazioni spinali (es. spina bifida e spina bifida occulta, lipomi, altre malformazioni spinali), idrocefalo del neonato-bambino e dell'adulto, neurochirurgia funzionale (DBS per disturbi movimento/Parkinson), chirurgia dell'epilessia pediatrica e adulti (VNS o stimolazione vagale per epilessia, epilessia lesionale), patologia traumatica cranica pediatrica e dell'adulto, patologie degenerative
800097	**VAIANI SIMONA**	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
800097	**VAIANI SIMONA**	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401867	**VERSACE ALESSANDRO**	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401867	**VERSACE ALESSANDRO**	NEUROCHIRURGIA	MARTEDI'	16:30-19:30	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100758	**VIMERCATI ALBERTO MARCO**	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.1	VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100758	**VIMERCATI ALBERTO MARCO**	NEUROCHIRURGIA	MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
820029	**ALBERTI PAOLA**	NEUROLOGIA	VENERDI'	16:00-16:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
820029	**ALBERTI PAOLA**	NEUROLOGIA	VENERDI'	16:30-18:00	93.08.A	019308A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	220.00 €	187.00 €	176.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
820029	**ALBERTI PAOLA**	NEUROLOGIA	VENERDI'	16:30-18:00	93.08.B	019308B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	220.00 €	187.00 €	176.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106580	**BERETTA SIMONE**	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106580	**BERETTA SIMONE**	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	110.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100252	**BRIGHINA LAURA**	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:30-18:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100252	**BRIGHINA LAURA**	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:30-18:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
95678	**CAVALETTI GUIDO ANGELO**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-16:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	CUP	Prima visita neurologica anche per rinnovo patente.
95678	**CAVALETTI GUIDO ANGELO**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-16:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	110.00 €	93.50 €	88.00 €	CUP	
95678	**CAVALETTI GUIDO ANGELO**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	17:00-18:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1 TELEMEDICINA	80.00 €	NO	NO	Acquisizione	NUOVA AGENDA TELEMEDICINA
401849	**DA RE FULVIO**	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Prima visita neurologica anche per rinnovo patente.
401849	**DA RE FULVIO**	NEUROLOGIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
110230	**DI FRANCESCO JACOPO COSIMO**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-16:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. DI FRANCESCO JACOPO COSIMO**

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
110230	**DI FRANCESCO JACOPO COSIMO**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	15:00-16:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in epilessia, angiopatia amiloide cerebrale (CAA). Prima visita neurologica anche per rinnovo patente
110230	**DI FRANCESCO JACOPO COSIMO**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-17:30	89.14	328914	ELETTROENCEFALOGRAMMA	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
35810	**FRIGO MAURA**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:30-17:10	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
35810	**FRIGO MAURA**	NEUROLOGIA	MERCOLEDI'	14:30-17:10	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99299	**FUMAGALLI LORENZO**	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	170.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. FUMAGALLI LORENZO**
99299	**FUMAGALLI LORENZO**	NEUROLOGIA	MARTEDI'	16:00-18:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	170.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in Cefalea e Patologia Cerebrovascolare. Prima visita neurologica anche per rinnovo patente
99299	**FUMAGALLI LORENZO**	NEUROLOGIA	MARTEDI'	18:30-19:30	88.73.5	188735.1	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	170.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400979	**STANZANI LORENZO**	NEUROLOGIA	1° e 3° MERCOLEDI'	16:45-18:45	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Prima visita neurologica anche per rinnovo patente.
400979	**STANZANI LORENZO**	NEUROLOGIA	1° e 3° MERCOLEDI'	16:45-18:45	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400979	**STANZANI LORENZO**	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.A	019308A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	220.00 €	187.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400979	**STANZANI LORENZO**	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.B	019308B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	220.00 €	187.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400979	**STANZANI LORENZO**	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.C	019308C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	220.00 €	187.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400979	**STANZANI LORENZO**	NEUROLOGIA	2° e 4° MERCOLEDI'	16:45-18:45	93.08.D	019308D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	220.00 €	187.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138195	**STEFANONI GIOVANNI**	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138195	**STEFANONI GIOVANNI**	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-18:30	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106758	**TREMOLIZZO LUCIO**	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	17:00-20:00	89.13	18913.2	VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106758	**TREMOLIZZO LUCIO**	NEUROLOGIA	GIOVEDI'	17:00-20:00	89.01.C	018901C.1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 89.13.1	100.00 €	NO	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100320	**NACINOVICH RENATA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	94.19.1		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	**NACINOVICH RENATA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			CA.00.9		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO O COLLOQUIO)	100.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	**NACINOVICH RENATA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			CA.01.4		PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	**NACINOVICH RENATA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			CA.01.5		PSICOTERAPIA DI COPPIA	150.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
100320	**NACINOVICH RENATA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE			AI.45.1		SEDUTA DI SOSTEGNO PSICOLOGICO	100.00 €	NO	NO	338/8078109 (giorni feriali)	
400305	**PERUZZI CINZIA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	MERCOLEDI'	16:30-18:30	94.19.1	4094191.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA PERUZZI CINZIA**
400305	**PERUZZI CINZIA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	MERCOLEDI'	16:30-18:30	CA.00.9		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO O COLLOQUIO)	60.00 €	51.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in Neuropsichiatria Infantile e Pediatria Patologie trattate: epilessia, cefalee, neurologia neonatale e del lattante, ritardo motorio, disturbi del movimento, disturbi neuromuscolari, disturbi neurologici 0-18 anni, disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettiva e autismo), patologie neurologiche su base genetica. Escludere Disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi del comportamento, disturbo
106883	**RIVA ANNA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	94.19.1	4094191.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
106883	**RIVA ANNA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	CA.00.9		VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO/COLLOQUIO)	150.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
106883	**RIVA ANNA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	CA.01.4		PSICOTERAPIA INDIVIDUALE/CONGIUNTA	90.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
106883	**RIVA ANNA**	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	LUN-MAR-GIO	16:00-20:00	AI.45.1		SEDUTA DI SOSTEGNO PSICOLOGICO	90.00 €	NO	NO	mail a anna.riva@irccs-sangerardo.it	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.B	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE BIL. SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.D	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE DX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.S	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE SX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401722	**AMMENDOLA ROSA MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402124	**BIGIOGERA VITTORIO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.B	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE BIL. SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.D	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE DX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.S	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE SX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101410	**CANONICO FRANCESCO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.D	698891D	RM DELLE ROCCHE PETROSE SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.E	698891E	RM DELLE ORBITE SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106171	**CAPRARO CRISTINA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400659	**DE VITO ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138371	**FLORIO SANTA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401982	**GALBIATI ANDREA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO (anche Cone-Beam, CBCT, Flat-Panel)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401422	**PALUMBO GIOVANNI**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-17:30	89.7C.3	01897C3	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	Cell. 339-4714400 (anche whatsapp)	**DR. PATASSINI MIRKO**
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01	698901N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	150.00 €	127.50 €	NO	Cell. 339-4714400 (anche whatsapp)	Specialista in Neuroradiologica Interventistica Gestione/trattamento patologia cerebrovascolare (Aneurismi cerebrali, Malformazioni vascolari cerebrali (MAV) e Fistole artero-venose durali (FAVD).
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.C	698891C	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.J	698891J	RM DELLA SELLA TURCICA CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.K	698891K	RM DELLE ROCCHE PETROSE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.L	698891L	RM DELLE ORBITE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101412	**PATASSINI MIRKO**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.B	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE BIL. SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.D	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE DX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.B	698891B.S	RM ARTIC. TEMPOROMANDIBOLARE SX SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400658	**PIERGALLINI LORENZO MARIA**	NEURORADIOLOGIA	LUN-GIO	20:00-21:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01.N	698901N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	150.00 €	127.50 €	NO	paolo.remida@irccs-sangerardo.it	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	MERCOLEDI'	16:30-17:30	89.7C.3	01897C3	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	paolo.remida@irccs-sangerardo.it	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03	698703.1	TC CRANIO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03	698703.2	TC ENCEFALO SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.1	6987031	TAC DEL CRANIO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.1	6987031.03	TAC ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.2	6987032.1	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.3	6987033	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.5	6987035	TC ORECCHIE DX/SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.6	6987036	TC ORECCHIE DX/SX SENZA E CON MDC	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	87.03.8	6987038.2	ANGIO-TC TRONCHI SOVRAORTICI	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.A	698838A	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.B	698838B	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI)	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.C	698838C.1	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.C	698838C.2	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA CONTRASTO (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.1	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.D	698838D	TC RACHIDE/SPECO CERVICALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.E	698838E.1	TC RACHIDE/SPECO DORSALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.F	698838F	TC RACHIDE/SPECO SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.38.F	698838F.2	TC RACHIDE/SPECO LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC (3 MET. E 2 SPAZI) - EX CODICE DM 88.38.2	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.41.1	6988411	ANGIO-TC DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO - EX CODICE DM 87.03.1	400.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-VEN	07:00-08:00	88.90.3	6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	350.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.1	6988911	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.5	6988915	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO SENZA CONTRASTO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.8	6988918	ANGIO-RM VASI DEL COLLO	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.A	698891A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.3	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.G	698891G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.4	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.N	698891N	ANGIO-RM CEREBRALE / DISTR. VASC. INTRACRANICO CON E SENZA MDC	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.P	698891P	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.91.U	698891U	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.91.2	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.2	6988932	RM RACHIDE CERVICALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.3	6988933	RM RACHIDE DORSALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.4	6988934	RM RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93	450.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.7	6988937	RM RACHIDE CERVICALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.8	6988938	RM RACHIDE DORSALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100926	**REMIDA PAOLO**	NEURORADIOLOGIA - DIRETTORE	LUN-GIO VEN	20:00-21:00 07:00-08:00	88.93.9	6988939	RM RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.93.1	600.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38151	**CAVALLOTTI BARBARA ANNA**	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA CAVALLOTTI BARBARA ANNA**
38151	**CAVALLOTTI BARBARA ANNA**	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Aree di particolare interesse trattate: -Retina medica -Esame OCT -Trattamento argon laser retinico -Trattamento yag laser capsulotomia per cataratta secondaria -Oftalmologia pediatrica
38151	**CAVALLOTTI BARBARA ANNA**	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38151	**CAVALLOTTI BARBARA ANNA**	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	210.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38151	**CAVALLOTTI BARBARA ANNA**	OCULISTICA	LUNEDI'	16:00-17:00	14.34	341434.2	RIPAR. LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON	210.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. DI LASCIO GIAMPIERO**
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in: -patologie della cornea, della superficie oculare e del segmento anteriore dell'occhio -patologie della retina e glaucoma
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	12.14	341214.1	IRIDECTOMIA CHIRURGICA - EX CODICE DM 12.14.X	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	95.03.1	3495031	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401989	**DI LASCIO GIAMPIERO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:30-19:10	95.13.1	3495131	PACHIMETRIA CORNEALE	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38080	**GIANNINI FONTE MARIA**	OCULISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-17:40 16:00-18:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38080	**GIANNINI FONTE MARIA**	OCULISTICA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-17:40 16:00-18:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137888	**HYSENJ ERALDA**	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137888	**HYSENJ ERALDA**	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137888	**HYSENJ ERALDA**	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137888	**HYSENJ ERALDA**	OCULISTICA	MERCOLEDI'	16:00 - 18:40	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	153.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	14.34	341434.2	RIPAR. LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON	210.00 €	178.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	95.03.1	3495031	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	180.00 €	153.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403052	**LO MONACO FRANCESCO**	OCULISTICA	LUNEDI' GIOVEDI'	16:10-19:00	95.13.2	3495132	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	180.00 €	153.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100226	**PENNESI CLAUDIO**	OCULISTICA	LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100226	**PENNESI CLAUDIO**	OCULISTICA	LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100226	**PENNESI CLAUDIO**	OCULISTICA	LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI'	16:00-19:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106436	**PEROGLIO DEIRO ANTONIO**	OCULISTICA	MARTEDI'	16:00-17:40	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106436	**PEROGLIO DEIRO ANTONIO**	OCULISTICA	MARTEDI'	16:00-17:40	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106436	**PEROGLIO DEIRO ANTONIO**	OCULISTICA	MARTEDI'	16:00-17:40	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403074	**RIBARICH NICOLO'**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-19:20	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403074	**RIBARICH NICOLO'**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-19:20	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403074	**RIBARICH NICOLO'**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-19:20	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403074	**RIBARICH NICOLO'**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-19:20	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403074	**RIBARICH NICOLO'**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-19:20	95.13.1	3495131	PACHIMETRIA CORNEALE	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401593	**STARACE VINCENZO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401593	**STARACE VINCENZO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401593	**STARACE VINCENZO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401593	**STARACE VINCENZO**	OCULISTICA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00	13.64	341364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	180.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106325	**SUZANI MARTINA**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-17:00	95.02	349502.1	VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA) CON TONOM. VISUS E PRESCR. LENTI	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106325	**SUZANI MARTINA**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-17:00	89.01.D	348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO) - EX CODICE DM 95.02.1	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106325	**SUZANI MARTINA**	OCULISTICA	GIOVEDI'	16:00-17:00	95.03.3	3495033.2	TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) - EX CODICE DM 95.12	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107109	**CANOVA STEFANIA**	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
107109	**CANOVA STEFANIA**	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850004	**CAZZANIGA MARINA ELENA**	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI'	16:00-16:30	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850004	**CAZZANIGA MARINA ELENA**	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI'	16:00-16:30	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137642	**COLONESE FRANCESCA**	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA COLONESE FRANCESCA**
137642	**COLONESE FRANCESCA**	ONCOLOGIA MEDICA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in neoplasie toraciche. Escludere pazienti con neoplasia mammaria
850032	**CORTINOVIS DIEGO LUIGI**	ONCOLOGIA MEDICA	DA LUNEDI' A VENERDI'	16:00-17:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	240.00 €	NO	NO	SEGRETERIA ONCOLOGIA MEDICA 039.2339575	
850032	**CORTINOVIS DIEGO LUIGI**	ONCOLOGIA MEDICA	DA LUNEDI' A VENERDI'	16:00-17:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	200.00 €	NO	NO	SEGRETERIA ONCOLOGIA MEDICA 039.2339575	
202168	**MASTORE MARINELLA**	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI' GIOVEDI'	17:00-19:00 17:00-18:00	89.7B.6	64897B6.1	VISITA ONCOLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**D.SSA MASTORE MARINELLA**
202168	**MASTORE MARINELLA**	ONCOLOGIA MEDICA	LUNEDI' GIOVEDI'	17:00-19:00 17:00-18:00	89.01.F	648901F.1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in tumori rari, sarcomi, tumori eredo-familiari, tumori del tratto gastroenterico e bilio-digestivo. Escludere patologia mammaria e ginecologica
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00 16:20-18:20	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	16:00-18:00 16:20-18:20	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA	MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA			04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.000,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA			04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.000,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA			82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106521	**BERNAREGGI FRANCESCA**	ORTOPEDIA			82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 1.200,00 - € 2.000,00	NO	NO	Acquisizione	
401315	**CAMINITA AGOSTINO DARIO**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-18:30	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401315	**CAMINITA AGOSTINO DARIO**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-18:30	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401315	**CAMINITA AGOSTINO DARIO**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-18:30	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401315	**CAMINITA AGOSTINO DARIO**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-18:30	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401315	**CAMINITA AGOSTINO DARIO**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-18:30	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401315	**CAMINITA AGOSTINO DARIO**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-18:30	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100846	**COSSIO ANDREA DAVIDE**	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 1.000,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
100846	**COSSIO ANDREA DAVIDE**	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 1.000,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
100846	**COSSIO ANDREA DAVIDE**	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
100846	**COSSIO ANDREA DAVIDE**	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
100846	**COSSIO ANDREA DAVIDE**	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	83.31	18331	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE AD ECCEZIONE DELLA MANO	€ 500,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
100846	**COSSIO ANDREA DAVIDE**	ORTOPEDIA	MAR-MER-GIO	15:15-17:00	89.92	18192.9	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. NAS	€ 200,00 - € 500,00	NO	NO	Acquisizione	
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:30-18:30	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA DE ROSA LAURA**
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in ortopedia e Traumatologia, osteoporosi e malattie del metabolismo osseo, correzione deformità, infezioni
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92		INIEZIONE SOSTANZE TERAPEUTICHE ANCA ECOGUIDATA	155.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401904	**DE ROSA LAURA**	ORTOPEDIA	MARTEDI' GIOVEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	VENERDI'	16:30-20:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402810	**GATTI SIMONE DANIEL**	ORTOPEDIA	LUN-VEN	15:15-17:00	83.31	18331	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE AD ECCEZIONE DELLA MANO	€ 500,00 - € 2.500,00	SI	SI	Acquisizione	
96135	**GELOSA GIANLUIGI**	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96135	**GELOSA GIANLUIGI**	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96135	**GELOSA GIANLUIGI**	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96135	**GELOSA GIANLUIGI**	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96135	**GELOSA GIANLUIGI**	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96135	**GELOSA GIANLUIGI**	ORTOPEDIA	1° E 3° MARTEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. LEONE GIULIO**
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in: - ortopedia e traumatologia - ortopedia pediatrica - correzione deformità
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	34.00 €	32.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401316	**LEONE GIULIO**	ORTOPEDIA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101513	**MUNEGATO DANIELE**	ORTOPEDIA	LUNEDI' MERCOLEDI'	16:00-19:00 16:00-18:20	81.92		INIEZIONE SOSTANZE TERAPEUTICHE ANCA ECOGUIDATA	150.00 €	NO	NO	CUP	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	1 200.00 €	1 020.00 €	NO	Acquisizione	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	1 200.00 €	1 020.00 €	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	82.91	018291.D	LISI DI ADERENZE DELLA MANO DX (DITO A SCATTO)	1 400.00 €	1 190.00 €	NO	Acquisizione	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	14:00-15:00	82.91	018291.S	LISI DI ADERENZE DELLA MANO SX (DITO A SCATTO)	1 400.00 €	1 190.00 €	NO	Acquisizione	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. DX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
102095	**ROSSI ANDREA**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7B.7	36897B7	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.G	368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92		INIEZIONE SOSTANZE TERAPEUTICHE ANCA ECOGUIDATA	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. dX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.4S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO SUP. SX (ESCL. MANO)	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. DX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92	018192.2S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. ARTO INF. SX	50.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92.1	0181921.D	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. DELLA MANO DX	300.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	GIOVEDI'	16:00-18:00	81.92.1	0181921.S	INIEZ. SOST.TERAPEUTICHE IN ARTIC./LEGAM. DELLA MANO SX	300.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	07:00-08:00	04.43	010443.D	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO DX	€ 900,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
106827	**SOTIRI ROMEO**	ORTOPEDIA	MERCOLEDI'	07:00-08:00	04.43	010443.S	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE MANO SX	€ 900,00 - € 2.500,00	NO	NO	Acquisizione	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78	18878.01	ECOGRAFIA OSTETRICA DEL PRIMO TRIMESTRE	130.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	130.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	69.7	37697	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	86.05.1	986051.2	RIMOZIONE DISPOSITIVO CONTRACC.INTRADERMICO SOTTOCUT. DI PROGESTINICO	60.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	20.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
403124	**BONATI FRANCESCA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	69.7	37697	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	40.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA CAMERONI IRENE**
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista nella cura della gravidanza fisiologica; cura della gravidanza complicata da patologia, in particolare: -da rischio di parto prematuro -da malattie metaboliche (patologia tiroidea, diabete, obesità) -da ipertensione e/o iposviluppo fetale
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	25.00 €	NO	20.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	88.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00746	**CAMERONI IRENE**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402462	**CONSONNI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST (in abbinamento alla visita)	25.00 €	21.25 €	20.00 €	ACQUISIZIONE	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	140.00 €	NO	112.00 €	Acquisizione su indicazione del medico	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	88.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	120.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
98376	**COZZOLINO SABRINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA CRIPPA ISABELLA**

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in ostetricia- ginecologica e medicina materno-fetale Esperta in medicine complementari, in particolare omeopatia e omotossicologia Patologie trattate: *cura della gravidanza fisiologica *cura della gravidanza complicata da: patologie endocrine/dismetaboliche (diabete, patologie tiroidee, obesità, patologie epatiche), disordini ipertensivi e preeclampsia, restrizione della crescita fetale Esami effettuatI: *ecografia ostetrica I trimestre *ecografia ostetrica morfologica *ecografia ostetrica III trimestre *ecocolordoppler ostetrico (ecografia con studio flussimetria materno-fetale) *controlli post partum *visite ginecologiche preconcezionali *visite ginecologiche di prevenzione (prima visita ginecologica e controlli), PAP test Patologie non trattate: *oncologia ginecologica *uroginecologia (prolasso genitale, incontinenza) *ecografia ginecologica II livello *consulto per chirurgia ginecologica *colposcopia *posizionamento di IUD/ spirali e inserti sottocutanei
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	140.00 €	NO	112.00 €	Acquisizione su indicazione del medico	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	88.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A00521	**CRIPPA ISABELLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A0100	**GIARDINI VALENTINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A0100	**GIARDINI VALENTINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A0100	**GIARDINI VALENTINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A0100	**GIARDINI VALENTINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
A0100	**GIARDINI VALENTINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A0100	**GIARDINI VALENTINA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-20:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850017	**LOCATELLI ANNA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
A10369	**MAINI MARZIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	MERCOLEDI'	15:30-18:00	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA ORNAGHI SARA**
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	Specialista in medicina materno fetale;esperta ne
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	88.78	18878.01	ECOGRAFIA OSTETRICA DEL PRIMO TRIMESTRE	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850025	**ORNAGHI SARA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	VENERDI'	16:00-19:20	89.26.3	3789263.2	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, PRIMA VISITA POSTNATALE - EX CODICE DM 89.26.8	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-16:40	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:20	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	25.00 €	21.25 €	20.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.78	18878.01	ECOGRAFIA OSTETRICA DEL PRIMO TRIMESTRE	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402502	**SOGARO LORENZO**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:20	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402041	**TODYRENCHUK LYUDMYLA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	150.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	88.78.4	188784	ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE (Escluso il prelievo e relativi esami di laboratorio. Esame eseguibile tra la 11° + 5 giorni e la 13° + 2 settimana; presentarsi con referto esame di laboratorio bi test effettuato da 2 a 3 giorni prima della data ecografia)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
800114	**VERDERIO MARIA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:10	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST (in abbinamento alla visita)	25.00 €	NO	NO	Acquisizione su indicazione del medico	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78	18878.02	ECOCOLORDOPPLER OSTETRICA - EX CODICE DM 88.75.2	140.00 €	119.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78	18878	ECOGRAFIA OSTETRICA	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78.3	188783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA - EX CODICE DM 88.78	140.00 €	119.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78.2	188782.1	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE - EX CODICE DM 88.79.7	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	88.78.2	188782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.1	3789261	VISITA GINECOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.2	3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.3	3789263	VISITA OSTETRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	89.26.4	3789264	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)	120.00 €	102.00 €	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
96154	**VERTEMATI EMANUELA**	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	LUNEDI'	15:30-18:30	91.48.4	9991484	PRELIEVO CITOLOGICO	10.00 €	NO	NO	ACQUISIZIONE	
402234	**ALPARONE MARCO**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	89.7B.8	38897B8.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR. ALPARONE MARCO**
402234	**ALPARONE MARCO**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	Otorinolaringoiatra e Chirurgo Cervico-facciale specialista in: chirurgia endoscopica delle corde vocali, del setto nasale e dei seni paranasali; diagnosi e trattamento di patologie oncologiche e infiammatorie del collo, delle ghiandole salivari maggiori e del cavo orale mediante tecnica NBI
402234	**ALPARONE MARCO**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402234	**ALPARONE MARCO**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402234	**ALPARONE MARCO**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	27.49.1	127491	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	1 500.00 €	NO	NO	Acquisizione	
402234	**ALPARONE MARCO**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' MERCOLEDI'	15:50-19:30 15:30-19:30	27.43	352743	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	1 500.00 €	NO	NO	Acquisizione	
99322	**CAVENAGHI GIOVANNI CARLO**	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	89.7B.8	38897B8.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	155.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99322	**CAVENAGHI GIOVANNI CARLO**	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	155.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99322	**CAVENAGHI GIOVANNI CARLO**	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	155.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99322	**CAVENAGHI GIOVANNI CARLO**	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	155.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99322	**CAVENAGHI GIOVANNI CARLO**	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	95.41.1	3895411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99322	**CAVENAGHI GIOVANNI CARLO**	OTORINOLARINGOIATRIA	LUNEDI' MARTEDI'	16:00-18:00 16:00-20:40	95.42	389542	IMPEDENZOMETRIA	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138122	**GALLUZZI FRANCESCA**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	89.7B.8	38897B8.0	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138122	**GALLUZZI FRANCESCA**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	89.01.H	388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138122	**GALLUZZI FRANCESCA**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	31.42.2	3831422.1	LARINGOSCOPIA E TRACHEOSCOPIA - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138122	**GALLUZZI FRANCESCA**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	31.42.2	3831422.4	ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE - EX CODICE DM 31.42	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138122	**GALLUZZI FRANCESCA**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	95.41.1	3895411	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138122	**GALLUZZI FRANCESCA**	OTORINOLARINGOIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:00-18:00	95.42	389542	IMPEDENZOMETRIA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402658	**MOLINARI SILVIA**	PEDIATRIA	GIOVEDI'	15:30-18:30	89.7A.8	58897A9.1	VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	**DR.SSA MOLINARI SILVIA** Specialista in endocrinologia pediatrica e dell'adolescenza. Patologie trattate nei pazienti tra 0 e 18 anni:
402658	**MOLINARI SILVIA**	PEDIATRIA	GIOVEDI'	15:30-18:30	89.01.8	5889019.10	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	*patologie tiroidee (ipotiroidismo, ipertiroidismo, tiroidite, noduli tiroidei) *patologie della crescita (bassa statura, ritardo di crescita e sviluppo, iperaccrescimento) *patologie della pubertà (pubertà precoce, pubarca o telarca precoce) e ipogonadismi genetici o acquisiti *obesità/sovrappeso *patologie dell'ipofisi *diabete insipido *endocrinopatie nel contesto di quadri sindromici e disordini congeniti del

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
37392	**PANCERI ROBERTO**	PEDIATRIA	VENERDI'	14:00-17:00	89.7A.9	58897A9.1	VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37392	**PANCERI ROBERTO**	PEDIATRIA	VENERDI'	14:00-17:00	89.01.9	5889019.10	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP Ostetrico-Pediatrico -CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401840	**AMMATUNA FRANCESCO**	PNEUMOLOGIA	LUNEDI'	16:30 - 19:10	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401840	**AMMATUNA FRANCESCO**	PNEUMOLOGIA	LUNEDI'	16:30 - 19:10	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401548	**GAMBERINI SILVIA**	PNEUMOLOGIA	GIOVEDI'	16:30-19:10	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401548	**GAMBERINI SILVIA**	PNEUMOLOGIA	GIOVEDI'	16:30-19:10	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138975	**LUPPI FABRIZIO**	PNEUMOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138975	**LUPPI FABRIZIO**	PNEUMOLOGIA	MARTEDI'	16:00-19:00	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101028	**MARRUCHELLA ALMERICO**	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
101028	**MARRUCHELLA ALMERICO**	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-19:00	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106851	**PAOLINI VALENTINA**	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19.30	89.7B.9	68897B9	VISITA PNEUMOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106851	**PAOLINI VALENTINA**	PNEUMOLOGIA	MERCOLEDI'	16:30-19.30	89.01.L	688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99730	**BIAGI ENRICO**	PSICHIATRIA	LUN - VEN	16:00-19:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	enrico.biagi@irccs-sangerardo.itwhatsapp 333-5432906	
99730	**BIAGI ENRICO**	PSICHIATRIA	LUN - VEN	16:00-19:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	enrico.biagi@irccs-sangerardo.itwhatsapp 333-5432906	
99730	**BIAGI ENRICO**	PSICHIATRIA	LUN - VEN	16:00-19:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	enrico.biagi@irccs-sangerardo.itwhatsapp 333-5432906	
102028	**BITETTO ANTONELLA**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:30-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	lunedì-mercoledì-venerdì 11.30-13 tel 039-2339667	
102028	**BITETTO ANTONELLA**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI' VENERDI'	16:30-19:00 16:30-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	95.00 €	NO	NO		
102028	**BITETTO ANTONELLA**	PSICHIATRIA	MARTEDI' VENERDI'	17:00-19:30	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	60.00 €	NO	NO		
138850	**CALDIROLI ALICE**	PSICHIATRIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	Acquisizione previo contatto con il medico al n. 3514883663 o mail alice.caldiroli@irccs-sangerardo.it	
138850	**CALDIROLI ALICE**	PSICHIATRIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO		
138850	**CALDIROLI ALICE**	PSICHIATRIA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	80.00 €	NO	NO		

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
107841	**CAPUZZI ENRICO**	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	16:15-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107841	**CAPUZZI ENRICO**	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	16:15-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	85.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850043	**CARRA' GIUSEPPE**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	300.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850043	**CARRA' GIUSEPPE**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	200.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402926	**CIONI RICCARDO MATTEO**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	riccardomatteo.cioni@irccs-sangerardo.it	
402926	**CIONI RICCARDO MATTEO**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	90.00 €	NO	NO	riccardomatteo.cioni@irccs-sangerardo.it	
402926	**CIONI RICCARDO MATTEO**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	70.00 €	NO	NO	riccardomatteo.cioni@irccs-sangerardo.it	
402926	**CIONI RICCARDO MATTEO**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	17:00-20:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	riccardomatteo.cioni@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	100.00 €	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.42	409442	PSICOTERAPIA FAMILIARE	170.00 €	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	94.42.1	4094421	PSICOTERAPIA DI COPPIA	170.00 €	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 250,00 - € 3.500,00 + IVA	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
97972	**COVA FRANCESCA**	PSICHIATRIA	LUN-MAR-GIO-VEN	15:30-20:00	L0059		PERIZIA MEDICO LEGALE	€ 250,00 - 3.500,00 + IVA	NO	NO	francesca.cova@irccs-sangerardo.it	
401157	**FASCIANA FEDERICA**	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401157	**FASCIANA FEDERICA**	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401157	**FASCIANA FEDERICA**	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	Acquisizione	
401157	**FASCIANA FEDERICA**	PSICHIATRIA	DA LUNEDI' A VENERDI'	17:00-20:30	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 600,00 + IVA	NO	NO	Chiamate o whatsapp 333-3810650	
401157	**FASCIANA FEDERICA**	PSICHIATRIA					VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA) A DOMICILIO	250.00 €	NO	NO	Chiamate o whatsapp 333-3810650	
401157	**FASCIANA FEDERICA**	PSICHIATRIA					VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO) A DOMICILIO	200.00 €	NO	NO	Chiamate o whatsapp 333-3810650	
14220	**LAZZARI MARINA**	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-18:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	NO	NO	Cell. 340-8456330	
14220	**LAZZARI MARINA**	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-18:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	Cell. 340-8456330	
14220	**LAZZARI MARINA**	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	90.00 €	NO	NO	Cell. 340-8456330	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
14220	**LAZZARI MARINA**	PSICHIATRIA	VENERDI'	17:00-20:30	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	Cell. 340-8456330	
138849	**MARCATILI MATTEO**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138849	**MARCATILI MATTEO**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:30-18:30	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA	MARTEDI'	16:30-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA	MARTEDI'	16:30-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA	MARTEDI'	16:30-20:00	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	€ 900,00 - € 2.000,00 + IVA	NO	NO	Cell. 351-8899630	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA	MARTEDI'	16:30-20:00	L0059		PERIZIA MEDICO LEGALE	€ 1.000,00 - € 6.000,00 + IVA	NO	NO	Cell. 351-8899630	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA	MARTEDI'	16:30-20:00	L0049		CERTIFICAZIONE	€ 200,00 + IVA	NO	NO	Cell. 351-8899630	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA					VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA) A DOMICILIO	250.00 €	NO	NO	Cell. 351-8899630	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA					RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE A DOMICILIO	€ 900,00 - € 2.000,00 + IVA	NO	NO	Cell. 351-8899630	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA					PERIZIA MEDICO LEGALE A DOMICILIO	€ 1.000,00 - € 6.000,00 + IVA	NO	NO	Cell. 351-8899630	
402908	**NOTARISTEFANO ANGELO**	PSICHIATRIA					CERTIFICAZIONE A DOMICILIO	€ 200,00 + IVA	NO	NO	Cell. 351-8899630	
403079	**RIBOLDI ILARIA**	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-19.00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403079	**RIBOLDI ILARIA**	PSICHIATRIA	VENERDI'	16:00-19.00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403197	**SARLI GIUSEPPE**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:30-19:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403197	**SARLI GIUSEPPE**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:30-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403197	**SARLI GIUSEPPE**	PSICHIATRIA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	90.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
97700	**SICARO ALDO**	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	94.19.1	4094191	VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	200.00 €	NO	160.00 €	039-2339461	
97700	**SICARO ALDO**	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	94.12.1	4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)	180.00 €	NO	144.00 €	039-2339461	
97700	**SICARO ALDO**	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	170.00 €	NO	136.00 €	039-2339461	
97700	**SICARO ALDO**	PSICHIATRIA	LUN-GIO	16:30-20:00	LP66-212		RELAZIONE CLINICA MEDICO LEGALE	Variabile + IVA	NO	NO	039-2339461	
300834	**ZANOTTI PATRIZIA**	PSICOLOGIA	LUNEDI'-MARTEDI'	16:30-19:30	94.3	40943	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	60.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
300834	**ZANOTTI PATRIZIA**	PSICOLOGIA	LUNEDI'-MARTEDI'	16:30-19:30	94.42.1	4094421	PSICOTERAPIA DI COPPIA	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
300834	**ZANOTTI PATRIZIA**	PSICOLOGIA	LUNEDI'-MARTEDI'	16:30-19:30	94.09	409409	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	60.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:30 08:00-20:00	88.02.1	6988021	TC UROGRAFIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	DA LUN A VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.5	6988955	RMN ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138072	**ALBERZONI CHIARA GIOVANNA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:30 08:00-20:00	88.95.9	6988959.4	RM PROSTATA MULTIPARAMETRICA	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	16:00-18:00	88.79.3	188793.2	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	110.00 €	93.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	20:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	20:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137698	**ALLEGRANZA PIETRO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	20:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40-14:20	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.4	6988951.1	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400070	**CANGIOTTI CECILIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:40	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	600.00 €	510.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401934	**CAPODAGLIO CARLO ALBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato della tiroide" cod. 91.39.N (€ 200.00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	**CAPODAGLIO CARLO ALBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato della tiroide" cod. 91.39.N (€ 200.00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	**CAPODAGLIO CARLO ALBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.1	AGOBIOPSIA DELLA GHIANDOLA SALIVARE *Da effetuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	**CAPODAGLIO CARLO ALBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.2	AGOBIOPSIA DEL DOTTO SALIVARE *Da effetuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401934	**CAPODAGLIO CARLO ALBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	40.19.1	140191	AGOBIOPSIA PERCUTANEA LINFONODI ECO-GUIDATA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	170.00 €	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99117	**DI GENNARO FILIBERTO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	100.00 €	76.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	20:00-21:00	69-1119		TAC MIELOMA	1 350.00 €	1 162.50 €	1 100.00 €	CUP	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.5	6988955	RMN ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.95.9	6988959.4	RM PROSTATA MULTIPARAMETRICA	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401883	**FRANCO PAOLO NICCOLO'**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI'	07:00-08:00	88.02.1	6988021	TC UROGRAFIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.45	698845	ANGIO-TAC ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	69-1119		TAC MIELOMA	1 350.00 €	1 162.50 €	1 100.00 €	CUP	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	15:30-16:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.D	TC GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.S	TC GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.D	TC GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.S	TC GAMBA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.D	TC CAVIGLIA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.S	TC CAVIGLIA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.D	TC PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.S	TC PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.D	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.S	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.D	TC GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.S	TC GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.D	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.S	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.D	TC PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.S	TC PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.D	RM DEL BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.S	RM DEL BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.D	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.D	RM DELLA GAMBA DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.S	RM DELLA GAMBA SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.D	RM DEL BRACCIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.S	RM DEL BRACCIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.D	RM DELLA COSCIA DX [RM DEL FEMORE] CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.D	RM DELLA GAMBA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.S	RM DELLA GAMBA SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.2	ENTERO RM DELL'INTESTINO TENUE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.5	6988955	RMN ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.9	6988959.4	RM PROSTATA MULTIPARAMETRICA	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.D	698895D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.97.9	6988979.2	ENTERO RM SENZA E CON MDC DELL'INTESTINO TENUE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401818	**GANDOLA DAVIDE GIACOMO**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.38.5	6988385	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACA	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.4	6988394.D	TC GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.4	6988394.S	TC GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.C	698839C.D	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.C	698839C.S	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:20-14:20	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	347-6192606	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850013	**IPPOLITO DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:30-14:30	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	650.00 €	552.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:30-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:30-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA			88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA			88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA			88.77.4	188774.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA			88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA			88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
99695	**LENI DAVIDE**	RADIODIAGNOSTICA			88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	da lun. a ven. dalle 8.00 alle 15.30 039/2339554 - 039/2333368	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.45	698845	ANGIO-TAC ARTERIE RENALI	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.01.7	6988017	TC FEGATO MULTIFASICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	12:40 - 14:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00 - 10:40	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00 - 10:40	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00 - 10:40	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00 - 10:40	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:00	88.95.4	6988951.1	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO (no prostata)	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:00	88.95.5	6988952	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (no prostata e patologie ginecologiche)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400876	**MAINO CESARE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	10:40-12:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402647	**PRINCI ANGELO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:30-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	SegreteriaTel. 039.233.2090Lun-Ven dalle 8 alle 14	
402647	**PRINCI ANGELO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:30-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	SegreteriaTel. 039.233.2090Lun-Ven dalle 8 alle 14	
402647	**PRINCI ANGELO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.1	AGOBIOPSIA DELLA GHIANDOLA SALIVARE *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	SegreteriaTel. 039.233.2090Lun-Ven dalle 8 alle 14	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402647	**PRINCI ANGELO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.2	AGOBIOPSIA DEL DOTTO SALIVARE *Da effetuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	NO	NO	SegreteriaTel. 039.233.2090Lun-Ven dalle 8 alle 14	
402647	**PRINCI ANGELO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	40.19.1	140191	AGOBIOPSIA PERCUTANEA LINFONODI ECO-GUIDATA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200,00)	200.00 €	NO	NO	SegreteriaTel. 039.233.2090Lun-Ven dalle 8 alle 14	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.02.1	6988021	TC UROGRAFIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.5	6988385	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.H	698838H.D	TC BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.H	698838H.S	TC BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.K	698838K.D	TC AVAMBRACCIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.K	698838K.S	TC AVAMBRACCIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.S	698838S.D	TC BRACCIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.S	698838S.S	TC BRACCIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.U	698838U.D	TC AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.38.U	698838U.S	TC AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.3	6988393.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.3	6988393.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.6	6988396.D	TC CAVIGLIA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.6	6988396.S	TC CAVIGLIA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.B	698839B.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.B	698839B.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.E	698839E.D	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.E	698839E.S	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.G	698839G.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.G	698839G.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.49.2	6988492.D	ANGIO-TC [ARTERIOSA E VENOSA] DELL'ARTO SUPERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.4	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	20:00-21:00 08:00-20:00	88.49.2	6988492.S	ANGIO-TC [ARTERIOSA E VENOSA] DELL'ARTO SUPERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.4	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	MAR-VEN SABATO	07:00-07:40 08:00-13:20	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.5	6988945.D	RM DEL BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.5	6988945.S	RM DEL BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.C	698894C.D	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.C	698894C.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.E	698894E.D	RM DELLA GAMBA DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.E	698894E.S	RM DELLA GAMBA SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.J	698894J.D	RM DEL BRACCIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.J	698894J.S	RM DEL BRACCIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.R	698894R.D	RM DELLA COSCIA DX [RM DEL FEMORE] CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.R	698894R.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.T	698894T.D	RM DELLA GAMBA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.T	698894T.S	RM DELLA GAMBA SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.95.9	6988959.4	RM PROSTATA MULTIPARAMETRICA	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138708	**PIAZZA RAFFAELLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI' SABATO	7:00-7:40 08:00-20:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.45	698845	ANGIO-TAC ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	69-1119		TAC MIELOMA	1 350.00 €	1 162.50 €	1 100.00 €	CUP	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	15:30-16:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	87.42.4	6987424	TC CUORE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	87.42.5	6987425	TC CUORE SENZA E CON MDC	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	87.42.6	6987426	TC CORONAROGRAFIA	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.3	6988393.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.D	TC GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.4	6988394.S	TC GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.D	TC GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.5	6988395.S	TC GAMBA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.D	TC CAVIGLIA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.6	6988396.S	TC CAVIGLIA SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.D	TC PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.7	6988397.S	TC PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.D	TC COSCIA [TC FEMORE] DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.B	698839B.S	TC COSCIA [TC FEMORE] SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.D	TC GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.C	698839C.S	TC GINOCCHIO SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.D	TC GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.D	698839D.S	TC GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.D	TC CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.E	698839E.S	TC CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.D	TC PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.F	698839F.S	TC PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.G	698839G.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.39.H	698839H.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.43	698843	ANGIO-TC DEL CIRCOLO POLMONARE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.44.1	6988441	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACICA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.45.1	6988451	ANGIO-TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.47.2	6988472	ANGIO-TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO DOMENICA	10:00-18:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	1°, 3° e 5° MERCOLEDI'	19:00-21:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	MERCOLEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.6	6988916	RM COLLO SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.91.7	6988917	RM COLLO CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.D	RM DELLA SPALLA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.4	6988944.S	RM DELLA SPALLA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.D	RM DEL BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.5	6988945.S	RM DEL BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.D	RM DEL GOMITO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.6	6988946.S	RM DEL GOMITO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.7	6988947.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.D	RM DEL POLSO DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.8	6988948.S	RM DEL POLSO SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.D	RM DELLA MANO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.9	6988949.S	RM DELLA MANO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.A	698894A	RM DEL BACINO SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.1	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.B	698894B.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.D	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.C	698894C.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.D	RM DEL GINOCCHIO DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.D	698894D.S	RM DEL GINOCCHIO SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.D	RM DELLA GAMBA DX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.E	698894E.S	RM DELLA GAMBA SX SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.D	RM DELLA CAVIGLIA DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.F	698894F.S	RM DELLA CAVIGLIA SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.D	RM DEL PIEDE DX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.G	698894G.S	RM DEL PIEDE SX	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.D	RM DELLA SPALLA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.H	698894H.S	RM DELLA SPALLA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.D	RM DEL BRACCIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.J	698894J.S	RM DEL BRACCIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.D	RM DEL GOMITO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.K	698894K.S	RM DEL GOMITO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.D	RM DELL'AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.L	698894L.S	RM DELL'AVAMBRACCIO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.D	RM DEL POLSO DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.M	698894M.S	RM DEL POLSO SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.D	RM DELLA MANO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.N	698894N.S	RM DELLA MANO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.P	698894P	RM DEL BACINO CON E SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.94.2	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.D	RM DELL'ARTICOLAZIONE DX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.Q	698894Q.S	RM DELL'ARTICOLAZIONE SX COXOFEMORALE CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.D	RM DELLA COSCIA DX [RM DEL FEMORE] CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.R	698894R.S	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.D	RM DEL GINOCCHIO DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.S	698894S.S	RM DEL GINOCCHIO SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.D	RM DELLA GAMBA DX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.T	698894T.S	RM DELLA GAMBA SX CON E SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.D	RM DELLA CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.U	698894U.S	RM DELLA CAVIGLIA SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.D	RM DEL PIEDE DX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.94.V	698894V.S	RM DEL PIEDE SX SENZA E CON MDC	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.4	6988954	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401063	**RAGUSI MARIA**	RADIODIAGNOSTICA	2° e 4° MERCOLEDI'	07:00-08:00	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC (no diagnosi cuore)	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.2	6988012.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:20	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	110.00 €	93.50 €	88.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.8	188798	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-19:00 16:00-18:00	88.79.F	018879F	ECOGRAFIA ENDOANALE	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.4	6988951.1	RM ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.5	6988955	RM ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO (solo retto o fistole; no prostata)	600.00 €	510.00 €	480.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.D	698895D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.02.1	6988021	TC UROGRAFIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.1	6988951.1	RM ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.95.2	6988952	RM ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTRASTO	550.00 €	467.50 €	440.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.97.9	6988979.2	ENTERO RM SENZA E CON MDC DELL'INTESTINO TENUE	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
38051	**RATTI MICHELE**	RADIODIAGNOSTICA	SABATO	09:00-10:30	88.97.A	698897A	COLANGIO RM	450.00 €	382.50 €	360.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:30-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:30-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con "esame citologico da agoaspirato" cod. 91.39.1 (€ 200.00)	200.00 €	NO	NO	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400267	**ROVERE ANTONIO**	RADIODIAGNOSTICA	VENERDI'	16:00-17:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.2	188792	ECOGRAFIA ANCHE PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107809	**TALEI FRANZESI CAMMILLO**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	16:00-20:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.1	AGOBIOPSIA DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con esame citologico da agoaspirato (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	06.11.2	106112.2	AGOASPIRATO DELLA TIROIDE PER VIA PERCUTANEA *Da effettuarsi sempre con esame citologico da agoaspirato (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.1	AGOBIOPSIA DELLA GHIANDOLA SALIVARE *Da effettuarsi sempre con esame citologico da agoaspirato (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	26.11	12611.2	AGOBIOPSIA DEL DOTTO SALIVARE *Da effettuarsi sempre con esame citologico da agoaspirato (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	MARTEDI'	07:00-08:00	40.19.1	140191	AGOBIOPSIA PERCUTANEA LINFONODI ECO-GUIDATA *Da effettuarsi sempre con esame citologico da agoaspirato (€ 200,00)	200.00 €	170.00 €	160.00 €	Segreteria Tel. 039.233.2090 Lun-Ven dalle 8 alle 14	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	89.7C.3	01897C3	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	89.01.N	698901N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.2	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.76.1	188761.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.74.1	188741.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.74.B	018874B	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE CON E SENZA MDC - EX CODICE DM 88.74.A	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.75.1	188751.3	ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.79.1	6988791	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.1	ECOGRAFIA LINFONODI/COLLO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.4	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.71.4	188714.2	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.76.3	188714.2	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.76.4	188764	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI CON E SENZA CONTRASTO	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.74.1	188741.3	ECOCOLORDOPPLER FEGATO E VIE BILIARI - EX CODICE DM 88.74.2	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.74.1	0188741.5	ECOCOLORDOPPLER MILZA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.79.E	018879E.1	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.76.5	188765	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.77.6	188776.2	ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI SUPERIORI A RIPOSO	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	LUNEDI' VENERDI'	16:00-18:00	88.79.6	188796	ECOGRAFIA TESTICOLI ED ANNESSI / ECOGRAFIA SCROTALE	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.03.7	6987037	TC COLLO SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.03.8	6987038.1	TC COLLO SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.41	698741	TC TORACE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	87.41.1	6987411	TC TORACE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.1	6988011.1	TC ADDOME SUPERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.3	6988013	TC ADDOME INFERIORE SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.4	6988014	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.5	6988015	TC ADDOME COMPLETO SENZA CONTRASTO	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.01.6	6988016	TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.02.1	6988021	TC UROGRAFIA	500.00 €	425.00 €	400.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.2	6988392.D	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE DX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.2	6988392.S	TC ART. COXOFEMORALE E FEMORE SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.8	6988398.D	TC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.8	6988398.S	TC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO - EX CODICE DM 88.38.6	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.9	6988399.D	TC CAVIGLIA/PIEDE DX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.9	6988399.S	TC CAVIGLIA/PIEDE SX SENZA CONTRASTO	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.A	698839A.D	TC ART. COXOFEMORALE DX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.39.A	698839A.S	TC ART. COXOFEMORALE SX SENZA E CON MDC	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.47.1	6988471	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.47.3	6988473	ANGIO-TC DELL'AORTA ADDOMINALE ED ARTI INFERIORI	750.00 €	637.50 €	600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.48.1	6988481.S	ANGIO-TC ARTO INFERIORE SX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401435	**ZARPELLON NICOLA**	RADIODIAGNOSTICA	GIOVEDI'	20:00-21:00	88.481	6988481.D	ANGIO-TC ARTO INFERIORE DX - EX CODICE DM 88.38.7	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.24.4	7092244.1	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA	4 200.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.47.8	7092478	RT INTENSITA' MOD. ARCHI MULT. O TIPO ELICALE (IGRT) TAC INTEGR. <5 S - EX CODICE DM 92.29.K	1 400.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.L	709229L	RT GUIDATA DA IMMAGINI TC [IGRT] - EX CODICE DM 92.29.J	780.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.8	7092298.2	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	680.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.R	709229R.3	DELINEAZ.VOL. BERSAGLIO E ORG.CRIT.FUSIONE RM,PET,ALTR	680.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
138848	**ARCANGELI STEFANO**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.5	7092295.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANS. TC MODALITA' 3D - EX CODICE DM 92.29.B	680.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
99287	**BONETTO ELISA MARIA**	RADIOTERAPIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99287	**BONETTO ELISA MARIA**	RADIOTERAPIA	VENERDI'	16:00-17:30	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99287	**BONETTO ELISA MARIA**	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99287	**BONETTO ELISA MARIA**	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	MARTEDI'	16:00-17:00	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.24.4	7092244.1	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA	4 200.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.47.8	7092478	RT INTENSITA' MOD. ARCHI MULT. O TIPO ELICALE (IGRT) TAC INTEGR. <5 S - EX CODICE DM 92.29.K	1 400.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.L	709229L	RT GUIDATA DA IMMAGINI TC [IGRT] - EX CODICE DM 92.29.J	780.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.8	7092298.2	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	680.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.R	709229R.3	DELINEAZ.VOL. BERSAGLIO E ORG.CRIT.FUSIONE RM,PET,ALTR	680.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
402667	**FERRARIO FEDERICA**	RADIOTERAPIA	LUN - VEN	15:30-18:00	92.29.5	7092295.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANS. TC MODALITA' 3D - EX CODICE DM 92.29.B	680.00 €	NO	NO	Acqusizione successivamente alla visita	
95439	**NIESPOLO RITA MARINA**	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	170.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
95439	**NIESPOLO RITA MARINA**	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:00	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
95439	**NIESPOLO RITA MARINA**	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
95439	**NIESPOLO RITA MARINA**	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99285	**PODHRADSKA ANDREA**	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.7C.1	70897C1	VISITA RADIOTERAPICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99285	**PODHRADSKA ANDREA**	RADIOTERAPIA	MERCOLEDI'	16:00-17:30	89.01.P	708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)	120.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
99285	**PODHRADSKA ANDREA**	RADIOTERAPIA			92.29.G	709229G	CONTR. SET UP INIZ. / CONTR.PORTALE E/O RIPET. SET UP PAZIENTE	100.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
99285	**PODHRADSKA ANDREA**	RADIOTERAPIA			96.59.1	9996591	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (ESTENSIONE 10 X 10 CM)	40.00 €	NO	NO	tel. Int 039-233.3670	
850037	**DELVINO PAOLO**	REUMATOLOGIA	1° E 2° GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850037	**DELVINO PAOLO**	REUMATOLOGIA	1° E 2° GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	110.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402560	**MOLTENI EMANUELE**	REUMATOLOGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:30-18:00 16:00-18:00	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	155.00 €	131.75 €	124.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402560	**MOLTENI EMANUELE**	REUMATOLOGIA	LUNEDI' VENERDI'	16:30-18:00 16:00-18:00	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	105.00 €	89.25 €	84.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850009	**SCIRE' CARLO ALBERTO**	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.7	99897.66	VISITA REUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850009	**SCIRE' CARLO ALBERTO**	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	89.01	998901.66	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
850009	**SCIRE' CARLO ALBERTO**	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	81.91	368191	ASPIRAZIONE RETICOLARI [ARTROCENTESI] SNS	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
850009	**SCIRE' CARLO ALBERTO**	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	81.92		INIEZIONE DI SOSTANZA DX/SX	50.00 €	NO	NO	Acquisizione	
850009	**SCIRE' CARLO ALBERTO**	REUMATOLOGIA	MERCOLEDI'	16:00-18:00	88.79.3	188793.2	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107374	**CHIFU CAMELIA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107374	**CHIFU CAMELIA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
107374	**CHIFU CAMELIA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
107374	**CHIFU CAMELIA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100444	**ANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISID**	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	180.00 €	153.00 €	144.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100444	**ANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISID**	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100444	**ANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISID**	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100444	**ANAZZI RICCARDO GIOVANNI ISID**	SENOLOGIA CHIRURGICA	LUN-MER-VEN	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	90.00 €	76.50 €	72.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138115	**GISABELLA MARA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138115	**GISABELLA MARA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138115	**GISABELLA MARA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	120.00 €	102.00 €	96.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
138115	**GISABELLA MARA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MARTEDI'	16:30-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	68.00 €	64.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400849	**IACUZZO CRISTIANA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400849	**IACUZZO CRISTIANA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400849	**IACUZZO CRISTIANA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	100.00 €	85.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
400849	**IACUZZO CRISTIANA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	MERCOLEDI'	16:30-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	68.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106566	**PELLITTERI CRISTINA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.7A.4	09897A4.05	VISITA SENOLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106566	**PELLITTERI CRISTINA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	89.01.4	989014.1	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)	140.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106566	**PELLITTERI CRISTINA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	I0070		CONSULENZA SENOLOGICA	100.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
106566	**PELLITTERI CRISTINA**	SENOLOGIA CHIRURGICA	GIOVEDI'	16:00-18:00	96.59	999659.07	MEDICAZIONE E PULIZIA DI FERITA SUPERFICIALE	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
137941	**CAMBIAGHI BARBARA**	TERAPIA DEL DOLORE	MARTEDI'	16:00-19:00	89.7A.1	49897A1.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (PRIMA VISITA) - da prenotare in abbinamento a AGOPUNTURA	45.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
137941	**CAMBIAGHI BARBARA**	TERAPIA DEL DOLORE	MARTEDI'	16:00-19:00	99.92	499992	AGOPUNTURA	80.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37952	**SPARACINO MARIAELENA**	TERAPIA DEL DOLORE	LUNEDI'	16:00-18:00	89.7A.1	49897A1.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (PRIMA VISITA)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37952	**SPARACINO MARIAELENA**	TERAPIA DEL DOLORE	LUNEDI'	16:00-18:00	89.01.1	4989011.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)	90.00 €	76.50 €	72.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37952	**SPARACINO MARIAELENA**	TERAPIA DEL DOLORE					VISITA A DOMICILIO PER TERAPIA DEL DOLORE	135.00 €	NO	NO	Whatsapp al n. 3493610499	
37696	**TUCCINARDI LUCA**	TERAPIA DEL DOLORE	4° LUNEDI'	16:30-18:00	89.7A.1	49897A1.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (PRIMA VISITA)	130.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
37696	**TUCCINARDI LUCA**	TERAPIA DEL DOLORE	4° LUNEDI'	16:30-18:00	89.01.1	4989011.1	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)	90.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:00-19:30	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	127.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	1 000.00 €	850.00 €	NO	Acquisizione	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	64.0	43640	CIRCONCISIONE	2 000.00 €	1 700.00 €	NO	Acquisizione	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	57.33	435733	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE CON BIOPSIA	350.00 €	297.50 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	255.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100415	**CASTELLI MARCO**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-19:30	60.11	16011	AGOBIOPSIA PROSTATICA ECO-GUIDATA	500.00 €	425.00 €	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	140.00 €	119.00 €	112.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	60.11	16011	AGOBIOPSIA PROSTATICA ECO-GUIDATA	200.00 €	170.00 €	160.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	64.0	43640	CIRCONCISIONE	2 000.00 €	1 700.00 €	1 600.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	1 500.00 €	1 275.00 €	1 200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
100972	**FANTINI GEMMA VIOLA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:00-20:00	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:30-19:20	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	VENERDI'	16:30-19:20	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:30-19:20	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	57.33	435733	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE CON BIOPSIA	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.2	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE ECO-GUIDATA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.3	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE GUIDA RM/ECO 3D (FUSION)	590.00 €	501.50 €	472.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
403050	**NEDBAL CARLOTTA**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	89.24	18924	UROFLUSSOMETRIA	100.00 €	85.00 €	80.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	LUNEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.1	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTALE ECO-GUIDATA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	LUNEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.2	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE ECO-GUIDATA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	LUNEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.3	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE GUIDA RM/ECO 3D (FUSION)	590.00 €	501.50 €	472.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	LUNEDI'	15:30 - 16:30	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	LUNEDI'	15:30 - 16:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402902	**LORUSSO VITO**	UROLOGIA	LUNEDI'	15:30 - 16:30	57.33	435733	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE CON BIOPSIA	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:30 - 19:30	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:30 - 19:30	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:30 - 19:30	89.7C.2	43897.46	VISITA ANDROLOGICA (PRIMA VISITA)	160.00 €	136.00 €	128.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	16:30 - 19:30	89.01.8	438901.46	VISITA ANDROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.3	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE GUIDA RM/ECO 3D (FUSION)	590.00 €	501.50 €	472.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.2	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE ECO-GUIDATA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402901	**PALMISANO FRANCO**	UROLOGIA	GIOVEDI'	15:30 - 16:30	88.79.D	018879D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA	300.00 €	255.00 €	240.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 20:00	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 20:00	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 20:00	89.7C.2	43897.46	VISITA ANDROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	127.50 €	120.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:30 - 20:00	89.01.8	438901.46	VISITA ANDROLOGICA (CONTROLLO)	130.00 €	110.50 €	104.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.3	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE GUIDA RM/ECO 3D (FUSION)	590.00 €	501.50 €	472.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	15:30 - 16:30	60.11	16011.2	AGOBIOPSIA PROSTATICA TRANSPERINEALE ECO-GUIDATA	400.00 €	340.00 €	320.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

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

MATRICOLA	NOMINATIVO	UNITA' OPERATIVA	GIORNO	ORARIO	CODICE PRESTAZIONE D.M.	CODICE PRESTAZIONE SISS	DESCRIZIONE	TARIFFA LIBERO PROFESSIONALE	TARIFFA ASSICURAZIONI E FONDI CONVENZIONATI	TARIFFA ENTI PUBBLICI CONVENZIONATI	MODALITA' DI PRENOTAZIONE	INFORMAZIONI
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	15:30 - 16:30	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	350.00 €	297.50 €	280.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
402836	**TRAMANZOLI PIETRO**	UROLOGIA	MARTEDI'	15:30 - 16:30	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	250.00 €	212.50 €	200.00 €	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401717	**VERDUCI GIUSEPPE**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	89.7C.2	43897C2.1	VISITA UROLOGICA (PRIMA VISITA)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401717	**VERDUCI GIUSEPPE**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	89.01.Q	438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)	150.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401717	**VERDUCI GIUSEPPE**	UROLOGIA	MARTEDI'	16:00 - 20:00	57.32	435732.2	CISTOSCOPIA TRANSURETRALE	300.00 €	NO	NO	-CUP -Contac Center Regionale 800890890	
401717	**VERDUCI GIUSEPPE**	UROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-18:00	64.0	43640	CIRCONCISIONE	2 000.00 €	NO	NO	Acquisizione	
401717	**VERDUCI GIUSEPPE**	UROLOGIA	MERCOLEDI'	14:00-18:00	64.92.1	4364921	FRENULOTOMIA UROLOGICA	500.00 €	NO	NO	Acquisizione	
					S0450		FARMACO BOTOX 99-1044	123.50 €	NO	NO	Acquisizione	