

## ALLEGATO 1

ELENCO PRESTAZIONI SANITARIE NON INCLUSE NEL TARIFFARIO REGIONALE			
N°	PRESTAZIONE RICHIESTA	EURO	IMPORTO
1	Ab. Antitranglutaminasi		11.94
2	Ab. Anticitrullina		13.32
3	Omocisteina		25.00
4	CDT		51.65
5	Cromogranina		48.03
6	ACE		13.94
7	Intolleranza Alimentare		120.00
8	Ag Aspergillare Galattomannano		12.55
9	Osmolarità Plasmatica e Urinaria		10.00
10	SHBG		20.00