

คู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ พ.ศ. 2544

สำนักเลขาธิการแพทยสภา

หลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์

- หลักเกณฑ์ทั่วไป** การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและความบริสุทธิ์ใจ โดยปราศจากเจตนาที่จะให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อนและเกินความจำเป็น
- ลักษณะค่าธรรมเนียม** ค่าธรรมเนียมแพทย์ที่กำหนดนี้เป็นอัตราเพดานสูงสุด หมายถึงสามารถเรียกเก็บต่ำกว่าอัตราที่กำหนดไว้
- ข้อมูลประกอบการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์** การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือบริการตรวจรักษาใดๆ (Evaluation & Management) ในการดูแลครั้งหนึ่งๆ แพทย์ต้องลงรายละเอียดของบริการเหล่านั้นในเวชระเบียน หรือเอกสารข้อมูลแพทย์อย่างครบถ้วน โดยครอบคลุมคำวินิจฉัยโรคหลัก (ที่ทำการตรวจรักษา) คำวินิจฉัยโรคร่วม (ถ้ามี) ชื่อการผ่าตัดหรือหัตถการหลัก ชื่อการผ่าตัดหรือหัตถการรอง (ถ้ามี) ชื่อแพทย์ผู้ทำการหลัก (ระบุสาขา) ชื่อแพทย์ผู้ทำการร่วม (ถ้ามี และระบุสาขา) ชื่อแพทย์ผู้ช่วยทำการ (ถ้ามี และระบุสาขา) ตลอดจนวัน เวลาที่ทำการ
 หนึ่ง การดูแลครั้งหนึ่งๆ หมายถึง
 - การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกตลอดกระบวนการนั้น หรือ
 - การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในตลอดการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลนั้น หรือ
 - การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกที่ตามด้วยการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้รวมบริการทั้ง 2 ส่วน เป็นการดูแลครั้งเดียวกัน
- ชื่อการผ่าตัด หรือหัตถการ หรือบริการ** การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ ต้องอิงตามชื่อการผ่าตัดหรือชื่อหัตถการที่จำเพาะ และครอบคลุม บริการที่เกิดขึ้นจริงในครั้งเดียวกันนั้นให้มากที่สุด เพื่อมิให้เกิดการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแบบแยกส่วน
 ตัวอย่าง การทำผ่าตัด Total Abdominal Hysterectomy with Bilateral Salpingo-oophorectomy ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ตามหัตถการดังกล่าว มิใช่เรียกเก็บแยกส่วนเป็น Total Abdominal Hysterectomy 1 หัตถการ และ Bilateral Salpingo-oophorectomy อีก 1 หัตถการ หรือการทำ

หัตถการวินิจฉัย Nerve Conduction Study > 2 Extremities with Electromyography ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ตามบริการรวมดังกล่าว มิใช่เรียกเก็บแยกส่วนเป็น Nerve Conduction Study ตามจำนวนเส้นประสาทที่ตรวจ และ Electromyography ตามจำนวน Extremity ที่ตรวจ

5. **ความครอบคลุมของค่าธรรมเนียม** ค่าธรรมเนียมแพทย์ที่กำหนดสำหรับการผ่าตัดและวิสัญญี ถือเป็นอัตราเหมา ซึ่งรวมการตรวจประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ในการดูแลหรือการรับตัวครั้งนั้น) และการดูแลภายหลังการผ่าตัดตามความจำเป็นไม่น้อยกว่า 7 วัน (ในการดูแลหรือการรับตัวครั้งนั้น) แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีหัตถการเพื่อการวินิจฉัยเป็นหลัก (Diagnostic Procedure) หรือหัตถการที่ทำได้ในหอผู้ป่วย (Bed Side Procedure) หรือที่ไม่จำเป็นต้องทำในห้องผ่าตัด (Non-Operating Room Procedures)

ตัวอย่าง Needle Biopsy, Needle Aspiration, Arterial or Central Venous Catheterization มิใช่ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการดูแลทั่วไปหลังหัตถการ แต่แพทย์ยังคงสามารถเรียกเก็บค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไปสำหรับปัญหาหลักของผู้ป่วยได้

6. **แพทย์ผู้ทำการมากกว่า 1 คน (Multiple Physicians)** การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการที่ทำในครั้งเดียวกันและมีความจำเป็นต้องใช้แพทย์มากกว่า 1 คน ให้ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

- 6.1 เป็นลักษณะแพทย์ผู้ทำการร่วม โดยแพทย์แต่ละคนต้องใช้ทักษะเฉพาะของตน ให้ระบุชื่อแพทย์เป็นแพทย์ผู้ทำการร่วม แล้วเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์แต่ละคนได้ไม่เกิน 75% ของอัตราที่กำหนด

ตัวอย่าง Resection of Acoustic Neuroma ที่ประสาทศัลยแพทย์ ต้องทำร่วมกับโสต ศอ นาสิกแพทย์

- 6.2 ลักษณะแพทย์ผู้ทำการหลัก-แพทย์ผู้ช่วย ให้ระบุชื่อแพทย์ผู้ทำการหลักและชื่อแพทย์ผู้ช่วย โดยแพทย์ผู้ทำการหลักเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด ส่วนแพทย์ผู้ช่วยที่เหลือทั้งหมดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติมได้อีกไม่เกิน 25% ของอัตราที่กำหนด และให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันนี้ในกรณีวิสัญญีแพทย์ผู้ช่วย (ถ้ามี)

7. **การผ่าตัดมากกว่า 1 ประเภท (Multiple Surgery หรือ Multiple Procedure)** การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการผ่าตัด หรือการทำหัตถการมากกว่า 1 ชนิดโดยแพทย์คนเดียวกันหรือสาขาเดียวกันในการดูแลหรือการรับตัวครั้งเดียวกัน โดยที่หัตถการเหล่านั้นมิสามารถเรียกเก็บภายใต้ชื่อหัตถการรวมเดียวได้อย่างครอบคลุม ให้ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

- 7.1 เป็นการผ่าตัดหรือหัตถการที่จำเป็นต้องทำเป็นขั้นตอน (Staged Procedures) ให้ระบุชื่อหัตถการหลักและหัตถการรอง แล้วเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ในหัตถการหลักได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด ในหัตถการรองอื่นๆ ให้เรียกเก็บได้ไม่เกิน 75% ของอัตราที่กำหนดสำหรับหัตถการเหล่านั้น
- ตัวอย่าง* กรณี Compound Fracture แพทย์ทำ Wound Debridement ก่อน (หัตถการรอง) แล้วตามด้วย Internal Fixation (หัตถการหลัก) เป็นการผ่าตัดแยกในเวลาต่อมา Wound Debridement เรียกเก็บได้ไม่เกิน 75% ของอัตรา Internal Fixation เรียกเก็บได้ไม่เกิน 100% ของอัตราที่กำหนด
- 7.2 เป็นการผ่าตัดหรือหัตถการที่จำเป็นต้องขยายขอบเขตเพิ่มเติมเป็นอีกหัตถการหนึ่งในการทำการครั้งเดียวกัน (Extended Procedures) ให้ระบุชื่อหัตถการทั้งหมด แต่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ได้เฉพาะหัตถการที่มีขอบเขตสูงสุดและไม่เกินอัตราที่กำหนด
- ตัวอย่าง* การทำการผ่าตัด Excision Biopsy แล้วต้องขยายขอบเขตเป็น Mastectomy เนื่องจากลักษณะชิ้นเนื้อ (ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมจาก Mastectomy) หรือการทำหัตถการวินิจฉัย Proctoscopy แล้วต้องขยายขอบเขตเป็น Sigmoidoscopy (ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมจาก Sigmoidoscopy)
- 7.3 เป็นการผ่าตัดซ้ำ หรือเกี่ยวเนื่องตรง หรือเพื่อแก้ไขผลแทรกซ้อนตรง (Repeat, Related or Complication Correction Procedures) ให้ระบุชื่อหัตถการแรกหรือหัตถการหลัก และชื่อหัตถการรองหรือหัตถการครั้งหลัง หรือหัตถการเพื่อการแก้ไขแล้วเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ในหัตถการแรกได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด และในหัตถการครั้งหลังเรียกเก็บได้ไม่เกิน 50% ของอัตราที่กำหนด
- ตัวอย่าง* ทำการผ่าตัด Craniotomy and Evacuation of Intracranial Hematoma (หัตถการหลัก) แล้วต้องผ่าตัดซ้ำในเวลาต่อมาเนื่องจาก Rebleeding (หัตถการซ้ำ หรือแก้ไข) หรือทำผ่าตัด Craniotomy and Evacuation of Intracranial Hematoma (หัตถการหลัก) แล้วทำ Ventriculo-peritoneal Shunt ในเวลาต่อมา (หัตถการเกี่ยวเนื่องตรงหรือแก้ไข)
- 7.4 เป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการมากกว่า 1 หัตถการ โดยแพทย์สาขาเดียวกันในส่วนร่างกายเดียวกันสำหรับการดูแลครั้งหนึ่งๆ (Multiple Surgery in One Body Region) จะโดย Incision เดียวกันหรือไม่ก็ตาม ให้กำหนดหัตถการหลักและหัตถการรองแล้วเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ในหัตถการหลักไม่เกินอัตราที่กำหนดสำหรับหัตถการรองอื่นๆ ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ได้ไม่เกิน 50% ของอัตราที่กำหนด

ตัวอย่าง ทำผ่าตัด Repair, 2 flexor muscles at forearm;primary กล้ามเนื้อแรก เรียกเก็บได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด กล้ามเนื้อที่ 2 ไม่เกิน 50% ของอัตราที่กำหนด ทั้งนี้ยกเว้นการผ่าตัดที่สามารถระบุชื่อที่ครอบคลุมหัตถการทั้งหมดได้อยู่แล้ว เช่น Open treatment of radius and ulna shaft fracture with internal fixation ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ในชื่อหัตถการนั้นโดยตรง

อนึ่ง ให้กำหนดสัดส่วนของร่างกายเป็น 8 ส่วน ดังนี้ Head, Neck, Chest & Thorax, Abdomen, Pelvis & Perineum, Upper Limb, Lower limb, Spine & Back

7.5 เป็นการผ่าตัดหรือหัตถการที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (Unrelated Procedures) ให้ระบุชื่อหัตถการที่ทำการทั้งหมด แล้วเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ไม่เกินอัตราที่กำหนดได้ทุกหัตถการ

ตัวอย่าง การทำ Gastroscopy แล้วมีสาเหตุต้องทำ Colonoscopy ในเวลาต่อมา

8. การผ่าตัดส่วนของร่างกายทั้ง 2 ข้าง (Bilateral Surgery หรือ Bilateral Procedures) การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการผ่าตัดหรือหัตถการที่ทำในส่วนของร่างกายทั้ง 2 ข้างในการดูแลครั้งเดียวกัน โดยที่อัตราค่าธรรมเนียมปกติที่กำหนดไว้เพียงเฉพาะการทำแต่ละข้าง (Unilateral Rate) ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับข้างที่ 1 ได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด และเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับข้างที่ 2 ได้ไม่เกิน 50% ของอัตราที่กำหนด

ตัวอย่าง Repair of Bilateral Eye Lid Lacerations

9. การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกที่ตามด้วยการรับตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยแพทย์คนเดียวกัน ให้เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ได้เฉพาะบริการใดบริการหนึ่งเท่านั้น เพื่อมิให้เกิดความซ้ำซ้อน

10. หัตถการใดที่มีได้ระบุไว้ในคู่มือฉบับนี้ หรือจะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมสูงกว่าอัตราที่ระบุ แพทย์ผู้ทำการจะต้องชี้แจงผู้ป่วยในรายละเอียด และลงนามรับทราบทั้ง 2 ฝ่ายก่อนทำการ ทั้งนี้โดยใช้นั่งสีอรับทราบอัตราค่าธรรมเนียมแพทย์ก่อนรับการรักษาพยาบาลของแพทย์สภา

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

Nephrology

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
478-19-01	Percutaneous Biopsy of Kidney	2,500
443-30-00	Peritoneal Dialysis (placement of temporary catheter)	3,000
443-30-10	CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) (placement of permanent catheter-Tenckoff)	3,500
036-59-10	Hemodialysis (patient care for each session)	500
036-60-00	CCRT (continuous renal replacement therapy) (patient care for each 24 hours)	2,000
007-29-10	Insertion of Double Lumen Catheter	2,500
036-60-20	Plasma Exchange (patient care for each session)	2,000

Hematology

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
091-16-00	Bone Marrow Aspiration	2,500
091-18-00	Bone Marrow Aspiration (Interpretation)	1,000
091-27-00	Bone Marrow Biopsy	1,500
036-29-00	Chemotherapy	500
036-18-00	Peripheral Blood smear (Specialty Consultation)	500
036-60-01	Blood Exchange transfusion	2,000

Respiratory System

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
093-06-05	Thoracocentesis (Diagnostic)	1,000
093-06-01	Thoracocentesis (Therapeutic)	1,500
093-09-00	Pleural Biopsy	2,000
093-29-00	Intercostal Drainage	2,500
093-23-00	Medical Pleurodesis one lung	2,000
367-04-00	Ventilator Set up (simple)	1,000
367-04-01	Ventilator Set up (complicated)	1,500
233-28-00	Tracheal Intubation (Emergency) oral	1,000
233-28-01	Tracheal Intubation (Emergency) nasal	1,000
038-18-05	Fiberoptic Bronchoscopy	3,000

038-18-06	Bronchoscopy with biopsy	4,000
038-18-07	Bronchoscopy with brushing	4,000
358-08-03	Bronchoscopy with BAL	4,000
358-30-30	Bronchoscopy with brachytherapy	4,000
358-19-11	Bronchoscopy with transbronchial lung biopsy	5,000
358-19-12	Bronchoscopy with transbronchial needle aspiration biopsy	5,000
358-50-05	Bronchoscopy with foreign body removal	5,000
358-38-01	Bronchoscopy with endobronchial tamponade	5,000
358-47-20	Bronchoscopy with (with bronchoplasty)	7,000
358-19-21	Bronchoscopy with (with laser photoresection)	10,000
358-28-22	Bronchoscopy with (endobronchial stent placement)	10,000
369-19-00	Transthoracic Needle Biopsy	3,000
202-07-00	Tracheostomy tube Changing	600
367-03-01	Spirometry interpretation	400
367-03-02	Pulmonary Function Test (Interpretation)	500
113-03-00	Sleep Study (Interpretation)	1,000
113-03-01	Swan Ganz catheterization and hemodynamic study	3,000

Cardiovascular System

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
324-28-00	Central Venous Catheterization one arm	1,000
007-28-00	Arterial Catheterization one arm	1,000
319-28-00	Swan - Ganz Catheterization	2,500
338-03-00	EKG (Interpretation)	100
338-03-01	Exercise Stress test	1,000
338-63-00	Echocardiography	800
338-63-05	Echocardiography (Transesophageal)	1,500
338-34-10	Holter Monitoring (24 Hours)	1,000
323-29-00	Coronary Angiography	5,000
338-29-10	Left Heart Catheterization and Coronary Angiography	6,000
338-29-30	Right and Left Heart Catheterization And Coronary Angiography	9,000
345-14-00	Ballon Valvuloplasty aortic valve	12,000
345-14-01	Ballon Valvuloplasty mitral valve	12,000
345-14-02	Ballon Valvuloplasty pulmonary valve	12,000
323-14-80	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty	12,000
352-29-00	Temporary Pacemaker	2,500
352-29-01	Permanent Pacemaker - Single Chamber	12,000
352-29-03	Permanent Pacemaker - Dual Chamber	20,000

379-16-05	Pericardiocentesis	1,000
338-04-00	Cardiopulmonary Resuscitation	1,500
338-63-08	Dobutamine Echocardiography	1,500
352-29-02	Noninvasive External Pacemaker	500
338-19-82	Endomyocardial Biopsy	5,000
007-14-80	Ballon Angioplasty (Peripheral & Major Vessels)	10000
316-24-10	Intra aortic Balloon Pump	3,000
352-03-00	Electrophysiologic Study (EPS) Limited	5,000
352-03-02	EPS with stimulation and mapping	18,000
352-13-01	Electrophysiologic Ablation	30,000
206-14-80	Carotid Angioplasty	20,000
342-29-00	Right Heart Catheterization (RHC)	4,000
342-29-10	RHC with angiography	5,000
343-29-00	Left Heart Catheterization (LHC)	5,000
343-29-10	LHC with angiography	6,000
338-29-31	RHC and LHC	7,000
338-29-32	RHC and LHC with angiography	9,000
338-57-01	Radionuclide stress (exercise and pharmacologic) test	1,000
037-63-10	Intravascular ultrasound	2,000
323-18-10	Bypass Graft Visualization	8,000
037-14-10	Rotablator Angioplasty (not include PTCA)	5,000
326-28-00	AICD insertion (single lead)	20,000
326-28-01	AICD insertion with dual chamber pacing back up	25,000
326-62-01	Cardioversion (elective)	3,000
037-21-00	Fluoroscopy	1,000
324-33-00	Permanent Pacemaker (check)	500
006-33-00	Tilt Table Test	1,500
343-29-11	Coronary Angiography and other Vessels Angiography with LHC	8,000
205-14-B0	Percutaneous transluminal angioplasty of carotid artery	10,000

Gastro intestinal System

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
463-19-01	Percutaneous Liver Biopsy	2,500
463-16-05	Percutaneous Aspiration of Liver	2,500
442-16-05	Abdominal Paracentesis	1,200
384-18-01	Esophagoscopy (Diagnostic) without biopsy	1,500
384-19-01	Esophagoscopy (Diagnostic) with biopsy	2,000
384-62-01	Esophagoscopy with Therapeutic Procedure	3,500

042-18-02	Esophagogastroduodenoscopy without biopsy	1,500
042-19-01	Esophagogastroduodenoscopy with biopsy	2,000
042-62-01	Esophagogastroduodenoscopy with Therapeutic Procedure	3,500
446-28-01	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy	6,000
471-18-B1	Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP)	5,000
472-27-01	Endoscopic sphinterotomy of sphincter of Oddi and removal of calculus	15,000
472-28-41	Endoscopic sphinterotomy of sphincter of Oddi and removal of tubal prosthesis into bile duct	15,000
457-18-01	Flexible Sigmoidoscopy (Diagnostic without biopsy)	2,500
457-19-01	Flexible Sigmoidoscopy (Diagnostic with biopsy)	3,000
457-18-02	Rigid Sigmoidoscopy (Diagnostic without biopsy)	1,000
457-19-02	Rigid Sigmoidoscopy (Diagnostic with biopsy)	1,500
453-18-01	Colonoscopy without biopsy	2,500
453-19-01	Colonoscopy with biopsy	3,000
453-29-02	Colonoscopy with therapeutic procedure	6,000
443-18-00	Peritoneoscopy	4,000
443-19-00	Peritoneoscopy (with biopsy liver, peritoneum)	5,000
400-16-00	Abdominal Paracentesis (Therapeutic)	2,500
513-19-00	Proctoscopy	500

Rheumatology

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
092-29-02	Joint Injection (Therapeutic agent)	1,000
005-29-01	Soft Tissue Injection (Tendon or Muscle)	1,000
016-50-01	Joint Savage (to remove crystal and debries)	2,000
011-19-01	Synovial Biopsy	2,000
004-19-01	Muscle Biopsy	5,000
016-18-01	Arthroscope	5,000
948-11-01	Synovial fluid exam	300

Neurology

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
429-16-00	Lumbar puncture	2,000
142-16-00	Subdural tap	2,000
113-33-00	EEG (interpretation)	500
113-33-01	EEG monitoring (interpretation)	1,500

911-01-02	Electromyography (interpretation)	500
911-01-01	Never conduction study 1 extremity	500
911-01-10	Motor Evoked potential	2,000
212-33-00	Neurosonology - Carotid duplex	1,000
113-33-00	Neurosonology - Transcranial Doppler	1,000
004-29-00	Tensilon or prostigmine test	1,000
004-29-01	Botulinum injection per region	2,000

Dermatology

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
001-19-00	Skin Biopsy (Shave)	200
001-19-01	Skin Biopsy (Punch)	300
001-29-01	Intralesional Steroid skin injection	500
001-19-12	Skin Excisional Biopsy (Small < 1 cm)	800
001-19-13	Skin Excisional Biopsy (Medium to large, 1-3 cm)	2,000
001-19-20	Scissors excision of skin lesion	600
001-19-01	Cauterization of skin (Cold)	500
001-19-11	Cauterization of skin (Cold, Malignant lesions)	1,000
001-13-02	Cauterization of skin (Electric)	750
001-13-12	Cauterization of skin (Electric, Malignant lesions)	1,200
001-13-03	Cauterization of skin (TCA)	500
001-13-04	Cauterization of skin (Podophyllin)	1,000
001-13-00	Debridement of skin lesion	1,000
001-50-01	Removal of foreign body from skin	500
001-50-00	Removal of suture from skin	100
008-29-02	Varicose vein injection (Sclerosing agent)	2,000
301-29-01	Photo test, chest	500
301-29-00	Patch test, chest	500
001-13-10	Mohs operation (Chemo surgical excision of skin)	1,000/stage
001-19-20	Callus Excision	200/lesion
001-16-01	Incision and Drainage (skin)	300
001-50-00	Acne Extraction	200
001-19-30	Molluscum removal	600
001-22-03	Chemical peeling of skin	500
001-18-01	Skin Biopsy (Interpretation, H&E)	300
001-18-02	Skin Biopsy (Interpretation, IIF)	300
001-18-03	Skin Biopsy (Interpretation, DIF)	300

001-18-00	Specimen from skin (Microscopic exam, interpretation)	200
001-22-04	Laserabrasion / Dermabrasion	10,000
001-22-02	DNCB	200
001-22-03	Trichogram	200
001-19-00	Nail Biopsy, total nail avulsion	1,000
082-50-01	Partial matrixectomy	1,200
001-29-00	Intradermal test (< 5 points)	300
001-29-00	Intradermal test (> 5 points)	1,200
001-13-00	Iontophoresis for hyperhidrosis	400
001-13-05	YAG of skin	2,500

Endocrinology

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
219-19-00	Percutaneous fine needle aspiration of thyroid gland	200

Evaluation and management

ICD-10TM	Procedure	DF ceiling
901-00-00	First Outpatient Care (Med)	500
902-00-00	Follow Up Outpatient Care for the Same Illness	300
903-00-00	Regular Follow Up Outpatient Care for a Chronic Condition	300
904-00-00	Emergency Outpatient Care	500
905-00-00	Initial Inpatient Evaluation and Management	800
906-00-00	Subsequent Inpatient Care	500
907-00-00	Discharge-Day-Care	500
908-00-00	Initial Inpatient Evaluation and Management-Intensive Care	1,000
909-00-00	Subsequent Inpatient Care-Intensive Care	800
910-00-00	Brief Inpatient Care	300