

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
PACIENTE HOSPITALIZADO	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN MÉDICA	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN	120		\$2,788.00	POR DÍA	\$2,506.05	\$2,506.05	\$2,467.79	\$1,019.00	\$2,125.00	\$1,700.00	\$2,102.00	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN DE REHABILITACIÓN	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN	120		\$2,788.00	POR DÍA	\$2,506.05	\$2,506.05	\$2,467.79	\$1,019.00	\$2,125.00	\$1,700.00	\$2,102.00	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN PARA TRAQUEOTOMÍA	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN	120		\$3,066.00	POR DÍA	\$2,506.05	\$2,506.05	\$2,467.79	\$1,720.00	\$2,125.00	\$1,700.00	\$2,102.00	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA	ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN	120		\$3,206.00	POR DÍA	\$2,506.05	\$2,506.05	\$2,467.79	\$1,720.00	\$2,125.00	\$1,700.00	\$2,102.00	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	HISTORIAL Y EXAMEN INICIAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (BAJO)	SERVICIOS PROFESIONALES	99221		\$216.00	POR UNIDAD	\$33.90	\$33.90	\$42.66	\$42.66	\$38.28	\$98.39	\$38.28	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	HISTORIAL Y EXAMEN INICIAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (MOD)	SERVICIOS PROFESIONALES	99222		\$360.00	POR UNIDAD	\$51.40	\$51.40	\$56.47	\$56.47	\$53.94	\$132.68	\$53.94	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	HISTORIAL Y EXAMEN INICIAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (ALTO)	SERVICIOS PROFESIONALES	99223		\$473.00	POR UNIDAD	\$69.00	\$69.00	\$112.93	\$112.93	\$90.97	\$193.93	\$115.97	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	VISITA HOSPITALARIA POSTERIOR (BAJO)	SERVICIOS PROFESIONALES	99231		\$117.00	POR UNIDAD	\$16.40	\$16.40	\$45.39	\$45.69	\$30.89	\$37.13	\$30.89	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	VISITA HOSPITALARIA POSTERIOR (MOD)	SERVICIOS PROFESIONALES	99232		\$170.00	POR UNIDAD	\$24.90	\$24.90	\$78.59	\$78.59	\$67.92	\$67.92	\$78.59	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	VISITA HOSPITALARIA POSTERIOR (ALTO)	SERVICIOS PROFESIONALES	99233		\$238.00	POR UNIDAD	\$35.05	\$35.05	\$56.65	\$56.65	\$78.45	\$98.07	\$78.45	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE HOSPITALIZACIÓN CENTRADA EN EL PROBLEMA	SERVICIOS PROFESIONALES	99251		\$182.00	POR UNIDAD	\$32.15	\$32.15	\$51.44	\$51.44	\$43.72	\$43.72	\$59.58	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE HOSPITALIZACIÓN AMPLIADA CENTRADA EN EL PROBLEMA	SERVICIOS PROFESIONALES	99252		\$253.00	POR UNIDAD	\$33.95	\$33.95	\$54.32	\$54.32	\$61.05	\$67.69	\$61.05	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE HOSPITALIZACIÓN - DETALLADA	SERVICIOS PROFESIONALES	99253		\$303.00	POR UNIDAD	\$46.45	\$46.45	\$140.61	\$140.61	\$96.41	\$102.16	\$96.41	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE HOSPITALIZACIÓN - MODERADA	SERVICIOS PROFESIONALES	99254		\$428.00	POR UNIDAD	\$66.40	\$66.40	\$153.60	\$153.60	\$106.30	\$146.20	\$146.20	-
PACIENTE HOSPITALIZADO	CONSULTA DE HOSPITALIZACIÓN - ALTA	SERVICIOS PROFESIONALES	99255		\$587.00	POR UNIDAD	\$87.10	\$87.10	\$139.36	\$139.36	\$111.48	\$182.80	\$111.48	-
OBSERVACIÓN	CARGO POR OBSERVACIÓN	CUIDADOS DE OBSERVACIÓN	762		\$95.00	POR HORA	\$36.71-\$2989.43	\$36.71-\$2989.43	\$53.00-\$1219	\$53.00-\$1219	\$62.30-\$1432.90	\$35-\$805	\$35-\$805	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	SALA DE EMERGENCIAS NIVEL 1 CENTRADO EN EL PROBLEMA	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	99281		\$489.07	POR DÍA	\$94.94-\$227.87	\$94.94-\$227.87	\$103.11-\$477.83	\$103.11-\$477.83	\$160.00	\$248.53	\$497.00	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	SALA DE EMERGENCIAS NIVEL 2 CENTRADO EN EL PROBLEMA BAJO	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	99282		\$489.07	POR DÍA	\$94.94-\$227.87	\$94.94-\$227.87	\$103.11-\$477.83	\$103.11-\$477.83	\$160.00	\$336.40	\$497.00	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	SALA DE EMERGENCIAS NIVEL 3 PROBLEMA EXPANDIDO MOD	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	99283		\$611.08	POR DÍA	\$121.28-\$152.54	\$121.28-\$152.54	\$103.11-\$477.83	\$489.60	\$160.00	\$374.40	\$497.00	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	SALA DE EMERGENCIAS NIVEL 4 DETALLADA COMPLEJIDAD MOD	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	99284		\$917.68	POR DÍA	\$121.28-\$152.54	\$121.28-\$152.54	\$103.11-\$477.83	\$103.11-\$477.83	\$160.00	\$435.00	\$497.00	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	SALA DE EMERGENCIAS NIVEL INTEGRAL COMPLEJIDAD ALTA	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	99285		\$917.68	POR DÍA	\$121.28-\$152.54	\$121.28-\$152.54	\$103.11-\$477.83	\$103.11-\$477.83	\$160.00	\$435.00	\$497.00	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	EXAMEN DEL DEPARTAMENTO INFANTIL Y SERVICIOS FAMILIARES (DCFS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	99281		\$489.07	POR UNIDAD	\$126.56	\$126.56	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	-
CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	CAMBIO Y SUSTITUCIÓN DEL TUBO G	CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS	43760		\$165.32	POR UNIDAD	\$35.65	\$35.65	\$66.58	\$66.08	\$70.14	\$48.36	\$70.14	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA NUEVA 20 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99202		\$226.30	POR UNIDAD	\$33.60	\$33.60	\$56.63	\$21.31	\$64.81	\$54.32	\$54.32	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA NUEVA 30 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99203	*	\$226.30	POR UNIDAD	\$43.55	\$43.55	\$65.26	\$44.94	\$72.62	\$74.61	\$62.60	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA NUEVA 45 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99204	*	\$471.04	POR UNIDAD	\$69.65	\$69.65	\$143.11	\$97.88	\$84.50	\$126.99	\$130.51	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA NUEVA 60 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99205	*	\$500.55	POR UNIDAD	\$74.10	\$74.10	\$186.71	\$186.71	\$178.54	\$162.21	\$178.54	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
 Rev. Feb de 2023

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA PACIENTE ESTABLECIDO 5 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99211		\$101.30	POR UNIDAD	\$12.88	\$12.88	\$29.41	\$26.23	\$21.46	\$39.22	\$39.22	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA PACIENTE ESTABLECIDO 10 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99212		\$190.15	POR UNIDAD	\$25.65	\$25.65	\$45.27	\$38.26	\$23.78	\$24.12	\$27.97	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA PACIENTE ESTABLECIDO 15 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99213		\$288.90	POR UNIDAD	\$46.56	\$46.56	\$84.21	\$75.79	\$47.56	\$48.56	\$53.10	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA PACIENTE ESTABLECIDO 25 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99214		\$406.98	POR UNIDAD	\$72.97	\$72.97	\$123.12	\$98.12	\$85.37	\$74.59	\$110.26	-
CLÍNICA	CONSULTA AMBULATORIA PACIENTE ESTABLECIDO 40 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99215		\$510.76	POR UNIDAD	\$49.95	\$49.95	\$165.50	\$140.67	\$120.37	\$193.95	\$196.07	-
CLÍNICA	CONSULTA EN OFICINA 15 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99241		\$288.90	POR UNIDAD	\$39.19	\$39.19	\$42.40	\$42.40	\$30.56	\$30.56	\$30.56	-
CLÍNICA	CONSULTA EN OFICINA 30 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99242		\$389.87	POR UNIDAD	\$72.91	\$72.91	\$86.96	\$56.63	\$56.63	\$63.83	\$63.83	-
CLÍNICA	CONSULTA EN OFICINA 40 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99243	*	\$555.29	POR UNIDAD	\$99.86	\$99.86	\$121.83	\$121.83	\$88.39	\$88.39	\$88.39	-
CLÍNICA	CONSULTA EN OFICINA 60 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99244	*	\$732.88	POR UNIDAD	\$147.24	\$147.24	\$166.75	\$153.40	\$153.40	\$186.54	\$168.89	-
CLÍNICA	CONSULTA EN OFICINA 80 MINUTOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99245		\$843.57	POR UNIDAD	\$182.82	\$182.82	\$198.48	\$198.48	\$171.66	\$185.07	\$171.66	-
CLÍNICA	1ERA MEDICINA PREVENTIVA PACIENTE NUEVO < 1 AÑO	CLÍNICA AMBULATORIA	99381		\$346.22	POR UNIDAD	\$91.90	\$91.90	\$102.68	\$102.68	\$67.60	\$67.60	\$79.29	-
CLÍNICA	1ERA MEDICINA PREVENTIVA PACIENTE NUEVO EDAD 1-4 AÑOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99382		\$392.20	POR UNIDAD	\$98.65	\$98.65	\$126.71	\$109.57	\$71.11	\$71.11	\$92.42	-
CLÍNICA	1ERA MEDICINA PREVENTIVA PACIENTE NUEVO EDAD 5-11 AÑOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99383		\$392.20	POR UNIDAD	\$96.60	\$96.60	\$115.90	\$115.90	\$108.75	\$136.95	\$108.75	-
CLÍNICA	1ERA MEDICINA PREVENTIVA PACIENTE NUEVO EDAD 12-17 AÑOS	CLÍNICA AMBULATORIA	99384		\$442.15	POR UNIDAD	\$104.96	\$104.96	\$137.53	\$137.53	\$89.84	\$89.84	\$89.84	-



**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
 Rev. Feb de 2023

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
RADIOLOGÍA	RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL CON Y SIN MATERIAL DE CONTRASTE	RADIOLOGÍA	70553	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX; VISTA ÚNICA	RADIOLOGÍA	71045		\$200.31	POR UNIDAD	\$68.88	\$68.88	\$58.14	\$46.83	\$68.10	\$68.10	\$68.10	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO COSTILLAS BILATERAL 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	71110		\$195.92	POR UNIDAD	\$26.15	\$26.15	\$52.44	\$52.44	\$39.84	\$27.35	\$39.84	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO COSTILLAS BILATERAL CON TÓRAX POSTEROANTERIOR MÍNIMO 4 VISTAS	RADIOLOGÍA	71111		\$224.82	POR UNIDAD								
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO ESPINAL CERVICAL 2/3 VISTAS	RADIOLOGÍA	72040		\$333.52	POR UNIDAD	\$24.15	\$24.15	\$43.52	\$43.52	\$35.87	\$35.87	\$35.87	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO ESPINAL TORÁCICO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	72070		\$400.05	POR UNIDAD	\$19.60	\$19.60	\$31.36	\$31.36	\$22.84	\$22.84	\$31.36	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL, TORÁCICA Y LUMBAR COMPLETA, INCLUYENDO CRÁNEO, COLUMNA CERVICAL Y SACRA SI SE REALIZA (POR EJEMPLO, EVALUACIÓN DE ESCOLIOSIS); UNA VISTA	RADIOLOGÍA	72081		\$322.16	POR UNIDAD	\$22.01	\$22.01	\$58.15	\$58.15	\$35.21	\$58.15	\$35.21	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL, TORÁCICA Y LUMBAR COMPLETA, INCLUYENDO CRÁNEO, COLUMNA CERVICAL Y SACRA SI SE REALIZA (POR EJEMPLO, EVALUACIÓN DE ESCOLIOSIS); 2 O 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	72082		\$362.28	POR UNIDAD	\$35.00	\$35.00	\$96.46	\$96.46	\$86.82	\$86.82	\$86.62	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO COLUMNA VERTEBRAL, LUMBOSACRA 2/3 VISTAS	RADIOLOGÍA	72100		\$433.10	POR UNIDAD	\$28.70	\$28.70	\$49.97	\$49.97	\$33.14	\$33.14	\$89.31	-
RADIOLOGÍA	EXAMINACIÓN DE RAYOS X L-2 COLUMNA VERTEBRAL 4/>VISTAS	RADIOLOGÍA	72110	*	\$226.88	POR UNIDAD	\$37.90	\$37.90	\$89.02	\$89.02	\$48.68	\$48.68	\$48.68	-
RADIOLOGÍA	RESONANCIA MAGNÉTICA LUMBAR COLUMNA VERTEBRAL SIN MATERIAL DE CONTRASTE	RADIOLOGÍA	72148	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO PELVIS 1/2 VISTAS	RADIOLOGÍA	72170		\$297.88	POR UNIDAD	\$15.70	\$15.70	\$47.30	\$47.30	\$34.76	\$19.95	\$34.76	-
RADIOLOGÍA	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA PELVIS SIN MATERIAL DE CONTRASTE	RADIOLOGÍA	72193	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO CLAVÍCULA COMPLETA	RADIOLOGÍA	73000		\$124.73	POR UNIDAD	\$15.00	\$15.00	\$40.08	\$40.08	\$24.15	\$28.85	\$24.15	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO HOMBRO COMPLETO MÍNIMO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73030		\$267.22	POR UNIDAD	\$22.20	\$22.20	\$38.57	\$38.57	\$34.76	\$31.39	\$34.76	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO HÚMERO MÍNIMO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73060		\$267.22	POR UNIDAD	\$15.70	\$15.70	\$38.57	\$38.57	\$34.76	\$20.59	\$34.76	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO CODO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73070		\$267.22	POR UNIDAD	\$19.60	\$19.60	\$39.59	\$39.59	\$27.44	\$28.53	\$28.53	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO CODO COMPLETO MÍNIMO 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	73080		\$137.83	POR UNIDAD	\$21.50	\$21.50	\$45.05	\$45.05	\$30.10	\$33.35	\$33.35	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO ANTEBRAZO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73090		\$248.89	POR UNIDAD	\$18.30	\$18.30	\$36.62	\$36.62	\$25.62	\$19.95	\$25.62	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO MUÑECA 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73100		\$286.69	POR UNIDAD	\$21.50	\$21.50	\$42.07	\$42.07	\$27.95	\$23.16	\$27.95	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO MUÑECA COMPLETA MÍNIMO 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	73110		\$129.28	POR UNIDAD	\$22.20	\$22.20	\$50.52	\$50.52	\$31.08	\$29.28	\$31.08	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO MANO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73120		\$159.52	POR UNIDAD	\$17.00	\$17.00	\$37.12	\$37.12	\$23.80	\$27.56	\$27.56	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO MANO MÍNIMO 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	73130		\$235.67	POR UNIDAD	\$18.30	\$18.30	\$43.08	\$43.08	\$25.62	\$24.13	\$25.62	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO DEDO MÍNIMO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73140		\$200.31	POR UNIDAD	\$14.35	\$14.35	\$56.29	\$56.29	\$20.09	\$27.03	\$27.03	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO RODILLA 1/2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73560		\$238.12	POR UNIDAD	\$19.60	\$19.60	\$43.46	\$43.46	\$27.44	\$21.88	\$21.88	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO RODILLA 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	73562		\$140.63	POR UNIDAD	\$20.20	\$20.20	\$62.55	\$62.55	\$28.28	\$27.99	\$28.28	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO RODILLA AMBAS RODILLAS DE PIE VISTA ANTEROPOSTERIOR	RADIOLOGÍA	73565		\$262.45	POR UNIDAD	\$33.40	\$33.40	\$48.60	\$48.60	\$43.42	\$36.55	\$43.42	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO TIBIA PERONÉ 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73590		\$269.07	POR UNIDAD	\$21.50	\$21.50	\$38.86	\$38.86	\$26.45	\$27.55	\$26.45	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO TOBILLO 2 VISTAS	RADIOLOGÍA	73600		\$267.22	POR UNIDAD	\$21.50	\$21.50	\$39.90	\$39.90	\$27.95	\$28.85	\$27.95	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO TOBILLO COMPLETO MÍNIMO 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	73610		\$184.92	POR UNIDAD	\$28.70	\$28.70	\$46.55	\$46.55	\$33.55	\$37.31	\$37.31	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO PIE COMPLETO MÍNIMO 3 VISTAS	RADIOLOGÍA	73630		\$171.46	POR UNIDAD	\$21.50	\$21.50	\$42.46	\$42.46	\$28.80	\$23.49	\$25.80	-
RADIOLOGÍA	RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDAD INFERIOR SIN MATERIAL DE CONTRASTE	RADIOLOGÍA	73721	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO, ABDOMEN; 1 VISTA	RADIOLOGÍA	74018		\$248.89	POR UNIDAD	\$63.60	\$63.60	\$101.76	\$101.76	\$76.32	\$82.68	\$82.68	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO ABDOMEN COMPLETO CON VISTAS DCBTS &/ ERC	RADIOLOGÍA	74019		\$275.79	POR UNIDAD	\$38.20	\$38.20	\$61.12	\$61.12	\$49.66	\$49.66	\$49.66	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
 Rev. Feb de 2023

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
RADIOLOGÍA	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE	RADIOLOGÍA	74177	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN DE ULTRASONIDO ABDOMEN COMPLETO	RADIOLOGÍA	76700	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	ULTRASONIDO OBSTÉTRICO >/=14 SEMANAS FETO ÚNICO	RADIOLOGÍA	76805	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	ULTRASONIDO TRANSVAGINAL NO OBSTÉTRICO	RADIOLOGÍA	76830	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	Mamografía de un seno	RADIOLOGÍA	77065	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	Mamografía de ambos senos	RADIOLOGÍA	77066	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	Mamografía, cribado, bilateral	RADIOLOGÍA	77067	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RADIOLOGÍA	ESTUDIOS DE LA EDAD ÓSEA	RADIOLOGÍA	77072		\$248.89	POR UNIDAD	\$21.50	\$21.50	\$34.21	\$34.21	\$27.95	\$23.03	\$27.95	-
RADIOLOGÍA	ESTUDIOS DE LONGITUD ÓSEA	RADIOLOGÍA	77073		\$437.46	POR UNIDAD	\$28.70	\$28.70	\$54.13	\$54.13	\$37.31	\$38.73	\$37.31	-
RADIOLOGÍA	EXAMEN RADIOLÓGICO SURVEY ÓSEO COMPLETO	RADIOLOGÍA	77075		\$482.26	POR UNIDAD	\$98.10	\$98.10	\$126.89	\$126.89	\$92.92	\$92.92	\$113.68	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	PANEL METABÓLICO BÁSICO CALCIO TOTAL	LABORATORIO	80048	*	\$51.25	POR UNIDAD	\$10.67	\$10.67	\$8.46	\$8.46	\$10.93	\$13.91	\$13.91	-
LABORATORIO	PANEL METABÓLICO INTEGRAL	LABORATORIO	80053	*	\$64.11	POR UNIDAD	\$10.36	\$10.36	\$11.15	\$11.15	\$13.82	\$15.39	\$16.80	\$8.49
LABORATORIO	Panel de análisis de sangre obstétrico	LABORATORIO	80555	*	No ofrecemos este servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LABORATORIO	PANEL LIPÍDICO	LABORATORIO	80061	*	\$81.03	POR UNIDAD	\$6.22	\$6.22	\$3.50	\$3.50	\$26.99	\$12.89	\$10.76	-
LABORATORIO	Panel de función renal	LABORATORIO	80069	*	\$52.62	POR UNIDAD	\$8.52	\$8.52	\$11.48	\$10.56	\$13.82	\$13.03	\$16.80	-
LABORATORIO	PANEL DE HEPATITIS AGUDA	LABORATORIO	80074		\$141.43	POR UNIDAD	\$38.48	\$38.48	\$50.02	\$50.02	\$84.83	\$45.83	\$84.83	-
LABORATORIO	PANEL DE FUNCIÓN HEPÁTICA	LABORATORIO	80076	*	\$49.40	POR UNIDAD	\$7.98	\$7.98	\$6.29	\$6.29	\$33.90	\$13.45	\$33.90	-
LABORATORIO	ÁCIDO DIPROPILACÉTICO	LABORATORIO	80164		\$81.84	POR UNIDAD	\$17.72	\$17.72	\$8.87	\$8.87	\$23.04	\$13.04	\$23.04	-
LABORATORIO	LEVETIRACETAM	LABORATORIO	80177		\$82.77	POR UNIDAD	\$19.22	\$19.22	\$3.50	\$3.50	\$24.03	\$24.03	\$24.03	-
LABORATORIO	FENOBARBITAL	LABORATORIO	80184		\$69.32	POR UNIDAD	\$17.72	\$17.72	\$11.78	\$11.78	\$9.64	\$11.02	\$11.02	-
LABORATORIO	TOPIRAMATO	LABORATORIO	80201		\$72.35	POR UNIDAD	\$22.64	\$22.64	\$12.43	\$12.43	\$11.84	\$11.47	\$11.47	-
LABORATORIO	ZONISAMIDA	LABORATORIO	80203		\$66.67	POR UNIDAD	\$16.02	\$16.02	\$19.84	\$19.84	\$17.71	\$17.41	\$17.71	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	PRUEBA DE DROGAS, PRESUNTA, CUALQUIER NÚMERO DE CLASES, CUALI, VALIDACIÓN	LABORATORIO	80307		\$153.94	POR UNIDAD	\$47.89	\$47.89	\$63.03	\$63.03	\$82.07	\$82.07	\$82.07	-
LABORATORIO	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA/TABLETA REACTIVA AUTO MIC	LABORATORIO	81001	*	\$19.47	POR UNIDAD	\$5.72	\$5.72	\$6.96	\$6.96	\$11.68	\$6.96	\$8.17	-
LABORATORIO	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA/TABLETA REACTIVA NO AUTO SIN MIC	LABORATORIO	81002	*	\$4.67	POR UNIDAD	\$5.20	\$5.20	\$4.44	\$4.44	\$3.21	\$2.46	\$2.24	-
LABORATORIO	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA/TABLETA REACTIVA AUTO SIN MIC	LABORATORIO	81003	*	\$13.79	POR UNIDAD	\$4.36	\$4.36	\$6.96	\$6.96	\$9.47	\$2.16	\$9.47	-
LABORATORIO	MICROARRAY CROMOSÓMICO	LABORATORIO	81229		\$2,491.84	POR UNIDAD	\$21.90	\$21.90	\$71.45	\$71.45	\$96.47	\$122.40	\$96.47	-
LABORATORIO	ANÁLISIS DEL GEN FMR1 (FRAGILIDAD X RETRASO MENTAL 1) (POR EJEMPLO FRAGILIDAD X RETRASO MENTAL); EVALUACIÓN PARA DETECTAR ALELOS ANORMALES (POR EJEMPLO, EXPANDIDOS)	LABORATORIO	81243		\$100.65	POR UNIDAD	\$28.10	\$28.10	\$33.72	\$33.72	\$35.23	\$35.23	\$35.23	-
LABORATORIO	PROCEDIMIENTO DE PATOLOGÍA MOLECULAR, NIVEL 2	LABORATORIO	81401		\$180.92	POR UNIDAD	\$21.90	\$21.90	\$3.50	\$3.50	\$26.28	\$26.28	\$26.28	-
LABORATORIO	ALBÚMINA SUERO PLASMA/SANGRE COMPLETA	LABORATORIO	82040		\$30.26	POR UNIDAD	\$4.50	\$4.50	\$4.71	\$4.71	\$4.76	\$4.76	\$4.76	-
LABORATORIO	ALBÚMINA ORINA MICROALBÚMINA CUAN	LABORATORIO	82043		\$35.12	POR UNIDAD	\$3.94	\$3.94	\$5.78	\$5.78	\$6.65	\$8.42	\$4.65	-
LABORATORIO	AMILASA	LABORATORIO	82150		\$39.30	POR UNIDAD	\$25.52	\$25.52	\$28.27	\$28.27	\$29.16	\$29.16	\$29.16	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	ANDROSTENEDIONA	LABORATORIO	82157		\$176.79	POR UNIDAD	\$16.80	\$16.80	\$18.48	\$18.48	\$26.10	\$15.72	\$26.10	-
LABORATORIO	BILIRUBINA TOTAL	LABORATORIO	82247		\$30.61	POR UNIDAD	\$9.32	\$9.32	\$5.29	\$5.29	\$4.83	\$4.83	\$4.83	-
LABORATORIO	BILIRUBINA DIRECTA	LABORATORIO	82248		\$30.61	POR UNIDAD	\$9.32	\$9.32	\$5.45	\$5.45	\$5.79	\$3.22	\$5.79	-
LABORATORIO	SANGRE, OCULTA, ACTIVIDAD PEROXIDASA, CUALITATIVA HECES 1 DETERMINACIÓN	LABORATORIO	82270		\$19.94	POR UNIDAD	\$2.48	\$2.48	\$3.50	\$3.50	\$2.98	\$3.14	\$3.14	-
LABORATORIO	25 HIDROXI INCLUYE FRACCIONES SI SE REALIZA	LABORATORIO	82306		\$178.53	POR UNIDAD	\$8.86	\$8.86	\$20.72	\$20.72	\$23.77	\$18.69	\$23.77	-
LABORATORIO	CALCIO TOTAL	LABORATORIO	82310		\$31.42	POR UNIDAD	\$9.32	\$9.32	\$12.12	\$12.12	\$11.18	\$11.18	\$11.18	-
LABORATORIO	CALCIO IONIZADO	LABORATORIO	82330		\$82.66	POR UNIDAD	\$26.72	\$26.72	\$28.88	\$27.36	\$22.48	\$22.48	\$22.48	-
LABORATORIO	CALCIO ORINA CUAN CRONOMETRADO ESPEC	LABORATORIO	82340		\$36.75	POR UNIDAD	\$5.40	\$5.40	\$24.89	\$24.89	\$22.04	\$22.48	\$22.04	-
LABORATORIO	CLORURO EN LA ORINA	LABORATORIO	82436		\$30.61	POR UNIDAD	\$4.66	\$4.66	\$4.43	\$4.43	\$4.84	\$4.84	\$4.84	-
LABORATORIO	CORTISOL TOTAL	LABORATORIO	82533		\$98.55	POR UNIDAD	\$13.42	\$13.42	\$13.08	\$12.86	\$16.10	\$15.69	\$16.10	-
LABORATORIO	CREATINA CINASA TOTAL	LABORATORIO	82550		\$39.66	POR UNIDAD	\$18.24	\$18.24	\$6.87	\$6.87	\$6.27	\$6.27	\$6.27	-
LABORATORIO	CREATININA EN SANGRE	LABORATORIO	82565		\$31.30	POR UNIDAD	\$9.32	\$9.32	\$5.57	\$5.57	\$5.41	\$8.42	\$4.11	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	CREATININA OTRA FUENTE	LABORATORIO	82570		\$31.62	POR UNIDAD	\$13.98	\$13.98	\$3.50	\$3.50	\$6.08	\$8.51	\$4.16	-
LABORATORIO	CIANOCOBALAMINA	LABORATORIO	82607		\$91.12	POR UNIDAD	\$12.00	\$12.00	\$3.50	\$3.50	\$14.40	\$14.50	\$14.40	-
LABORATORIO	DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO	LABORATORIO	82627		\$134.01	POR UNIDAD	\$7.96	\$7.96	\$13.70	\$13.70	\$16.07	\$21.39	\$16.07	-
LABORATORIO	1 25 DIHIDROXI INCLUYE FRACCIONES SI SE REALIZA	LABORATORIO	82652		\$232.21	POR UNIDAD	\$16.06	\$16.06	\$19.21	\$19.21	\$21.02	\$37.04	\$21.02	-
LABORATORIO	ESTRADIOL	LABORATORIO	82670		\$68.74	POR UNIDAD	\$20.24	\$20.24	\$17.63	\$14.99	\$12.24	\$10.91	\$1,224.00	-
LABORATORIO	ESTRONA	LABORATORIO	82679		\$67.64	POR UNIDAD	\$10.12	\$10.12	\$12.65	\$12.65	\$12.14	\$10.75	\$12.14	-
LABORATORIO	FERRITINA	LABORATORIO	82728		\$82.42	POR UNIDAD	\$7.16	\$7.16	\$10.76	\$10.76	\$9.85	\$13.11	\$9.85	-
LABORATORIO	GALACTOSA-1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASA	LABORATORIO	82775		\$107.01	POR UNIDAD	\$13.42	\$13.42	\$17.45	\$17.45	\$16.10	\$17.06	\$16.10	-
LABORATORIO	GAMMAGLOBULINA IGA IGD IGG IGM CADA UNA	LABORATORIO	82784		\$56.45	POR UNIDAD	\$5.02	\$5.02	\$11.48	\$11.48	\$7.63	\$15.30	\$7.34	-
LABORATORIO	GAMMAGLOBULINA IGE	LABORATORIO	82785		\$99.58	POR UNIDAD	\$7.16	\$7.16	\$18.54	\$18.54	\$15.85	\$15.85	\$15.85	-
LABORATORIO	COMBINACIÓN PH PCO2 PO2 CO2 HCO3	LABORATORIO	82803		\$73.05	POR UNIDAD	\$10.80	\$10.88	\$24.77	\$24.77	\$11.61	\$11.61	\$11.61	-
LABORATORIO	GLUCOSA FLUIDO CORPORAL DISTINTO A LA SANGRE	LABORATORIO	82945		\$24.00	POR UNIDAD	\$3.08	\$3.08	\$4.00	\$4.00	\$3.77	\$3.77	\$3.77	-
LABORATORIO	GLUCOSA CUALITATIVO SANGRE	LABORATORIO	82947		\$59.71	POR UNIDAD	\$3.82	\$3.82	\$8.30	\$8.30	\$4.27	\$3.77	\$4.27	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	GLUCOSA DOSIS POSTERIOR A LA GLUCOSA GLUCOSA	LABORATORIO	82950		\$28.91	POR UNIDAD	\$4.66	\$4.66	\$6.17	\$6.17	\$4.57	\$4.57	\$4.57	-
LABORATORIO	GLUCOSA SANGRE DISPOSITIVOS DE CONTROL DE GLUCOSA AUTORIZADOS POR FDA ESPECÍFICAMENTE USO DOMÉSTICO	LABORATORIO	82962		\$18.58	POR UNIDAD	\$1.68	\$1.68	\$3.50	\$3.50	\$3.17	\$6.72	\$4.81	-
LABORATORIO	GLUTAMILTRASA GAMMA	LABORATORIO	82977		\$43.49	POR UNIDAD	\$5.40	\$5.40	\$7.82	\$7.82	\$5.78	\$6.93	\$6.93	-
LABORATORIO	PROTEÍNA GLICADA	LABORATORIO	82985		\$91.02	POR UNIDAD	\$13.42	\$13.42	\$15.72	\$15.72	\$14.50	\$14.50	\$14.50	-
LABORATORIO	HORMONA ESTIMULANTE DEL FOLÍCULO GONADAL	LABORATORIO	83001		\$112.21	POR UNIDAD	\$18.18	\$18.18	\$15.70	\$13.35	\$20.39	\$17.88	\$20.39	-
LABORATORIO	HORMONA GONADOTROPINA LUTEINIZANTE	LABORATORIO	83002		\$111.99	POR UNIDAD	\$8.86	\$8.86	\$15.63	\$14.82	\$13.38	\$17.82	\$13.38	-
LABORATORIO	HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANO	LABORATORIO	83003		\$98.55	POR UNIDAD	\$8.86	\$8.86	\$15.63	\$14.82	\$13.38	\$15.69	\$13.38	-
LABORATORIO	HEMOGLOBINA FRACCIONAMIENTO O Y CUANTIFICACIÓN ELECTROFORESIS	LABORATORIO	83020		\$116.84	POR UNIDAD	\$17.24	\$17.24	\$9.91	\$8.92	\$6.34	\$9.51	\$6.34	-
LABORATORIO	HEMOGLOBINA FRACCIONAMIENTO Y CUANTIFICACIÓN CROMATOGRFÍA	LABORATORIO	83021		\$109.21	POR UNIDAD	\$24.36	\$24.36	\$16.10	\$14.49	\$16.49	\$17.37	\$14.50	-
LABORATORIO	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	LABORATORIO	83036		\$58.90	POR UNIDAD	\$6.30	\$6.30	\$10.25	\$10.25	\$12.53	\$15.97	\$14.50	-
LABORATORIO	HIDROXIPROGESTERONA 17-D	LABORATORIO	83498		\$163.92	POR UNIDAD	\$17.72	\$17.72	\$24.23	\$24.23	\$19.63	\$26.15	\$19.63	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	INMUNOENSAYO ANALITO CUAL/SEMICUAL PASOS MÚLTIPLES	LABORATORIO	83516		\$32.48	POR UNIDAD	\$8.78	\$8.78	\$16.81	\$16.81	\$22.29	\$16.81	\$9.27	-
LABORATORIO	INMUNOENSAYO ANALITO CUANT RADIOINMUNOANÁLISIS	LABORATORIO	83519		\$120.14	POR UNIDAD	\$13.20	\$13.20	\$11.96	\$11.96	\$13.00	\$13.00	\$13.00	-
LABORATORIO	INMUNOENSAYO ANALITO CUANTITATIVO NO ESPECIFICADO DE OTRO MODO	LABORATORIO	83520		\$84.98	POR UNIDAD	\$12.68	\$12.68	\$13.82	\$13.82	\$12.46	\$12.46	\$12.46	-
LABORATORIO	INSULINA TOTAL	LABORATORIO	83525		\$69.21	POR UNIDAD	\$8.86	\$8.86	\$8.12	\$8.12	\$9.91	\$14.09	\$14.09	-
LABORATORIO	HIERRO	LABORATORIO	83540		\$39.30	POR UNIDAD	\$12.76	\$12.76	\$4.90	\$4.90	\$6.23	\$6.23	\$6.23	-
LABORATORIO	CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL HIERRO	LABORATORIO	83550		\$53.43	POR UNIDAD	\$8.56	\$8.56	\$6.12	\$6.12	\$8.41	\$8.41	\$8.41	-
LABORATORIO	LACTATO	LABORATORIO	83605		\$64.68	POR UNIDAD	\$26.58	\$26.58	\$9.02	\$9.02	\$10.28	\$10.28	\$10.28	-
LABORATORIO	LACTATO DESHIDROGENASA	LABORATORIO	83615		\$36.75	POR UNIDAD	\$11.84	\$11.84	\$12.78	\$12.78	\$9.82	\$5.81	\$9.82	-
LABORATORIO	PLOMO	LABORATORIO	83655		\$73.18	POR UNIDAD	\$11.86	\$11.86	\$12.98	\$12.98	\$15.75	\$17.66	\$9.72	-
LABORATORIO	LIPASA	LABORATORIO	83690		\$41.85	POR UNIDAD	\$13.44	\$13.44	\$15.15	\$15.15	\$8.87	\$6.63	\$8.87	-
LABORATORIO	LIPOPROTEÍNA A	LABORATORIO	83695		\$78.26	POR UNIDAD	\$8.14	\$8.14	\$10.64	\$10.64	\$11.28	\$12.46	\$11.28	-
LABORATORIO	LIPOPROTEÍNA MEDICIÓN DIRECTA COLESTEROL LDL	LABORATORIO	83721		\$57.86	POR UNIDAD	\$9.34	\$9.34	\$10.50	\$10.50	\$12.53	\$15.70	\$7.66	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	MAGNESIO	LABORATORIO	83735		\$40.69	POR UNIDAD	\$26.24	\$26.24	\$6.01	\$6.01	\$6.45	\$6.45	\$6.45	-
LABORATORIO	OSMOLALIDAD SANGRE	LABORATORIO	83930		\$38.95	POR UNIDAD	\$9.32	\$9.32	\$11.22	\$11.22	\$6.30	\$6.17	\$6.30	-
LABORATORIO	OSMOLALIDAD ORINA	LABORATORIO	83935		\$41.50	POR UNIDAD	\$9.32	\$9.32	\$11.34	\$11.34	\$6.41	\$6.56	\$6.41	-
LABORATORIO	PARATHORMONA	LABORATORIO	83970		\$248.79	POR UNIDAD	\$62.24	\$62.24	\$74.10	\$74.10	\$27.88	\$39.72	\$39.72	-
LABORATORIO	FOSFATASA ALCALINA	LABORATORIO	84075		\$31.42	POR UNIDAD	\$10.04	\$10.04	\$11.55	\$11.55	\$4.98	\$4.98	\$4.98	-
LABORATORIO	FÓSFORO INORGÁNICO	LABORATORIO	84100		\$29.10	POR UNIDAD	\$13.98	\$13.98	\$16.08	\$16.08	\$7.79	\$7.79	\$7.79	-
LABORATORIO	FÓSFORO INORGÁNICO ORINA	LABORATORIO	84105		\$31.42	POR UNIDAD	\$2.26	\$2.26	\$3.50	\$3.50	\$4.98	\$4.98	\$4.98	-
LABORATORIO	POTASIO SUERO PLASMA/SANGRE COMPLETA	LABORATORIO	84132		\$27.93	POR UNIDAD	\$13.98	\$13.98	\$9.70	\$9.70	\$16.25	\$14.42	\$14.42	-
LABORATORIO	POTASIO ORINA	LABORATORIO	84133		\$26.20	POR UNIDAD	\$8.40	\$8.40	\$12.64	\$12.64	\$9.40	\$9.40	\$9.40	-
LABORATORIO	PREALBUMINA	LABORATORIO	84134		\$88.34	POR UNIDAD	\$5.58	\$5.58	\$11.71	\$11.71	\$14.04	\$14.04	\$14.04	-
LABORATORIO	17-HIDROXIPREGNENOLONA	LABORATORIO	84143		\$172.97	POR UNIDAD	\$18.44	\$18.44	\$21.14	\$21.14	\$21.96	\$21.96	\$21.96	-
LABORATORIO	PROLACTINA	LABORATORIO	84146		\$117.08	POR UNIDAD	\$40.26	\$40.26	\$15.29	\$15.29	\$10.40	\$18.65	\$18.65	-
LABORATORIO	ENSAYO DE PSA TOTAL	LABORATORIO	84153	*	\$110.95	POR UNIDAD	\$13.20	\$13.20	\$16.50	\$16.50	\$17.70	\$17.70	\$17.70	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**

**SERVICIOS COMPRABLES**

**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	PROTEINA TOTAL EXCEPTO POR REFRACTOMETRÍA ORINA	LABORATORIO	84156		\$22.50	POR UNIDAD	\$2.30	\$2.30	\$2.89	\$2.89	\$2.94	\$3.53	\$3.53	-
LABORATORIO	RENINA	LABORATORIO	84244		\$132.86	POR UNIDAD	\$21.52	\$21.52	\$17.35	\$17.35	\$21.17	\$21.17	\$21.17	-
LABORATORIO	GLOBULINA FIJADORA DE HORMONAS SEXUALES	LABORATORIO	84270		\$131.23	POR UNIDAD	\$16.38	\$16.38	\$15.44	\$15.44	\$20.91	\$20.91	\$20.91	-
LABORATORIO	SUERO SÓDICO PLASMA O SANGRE COMPLETA	LABORATORIO	84295		\$29.44	POR UNIDAD	\$13.98	\$13.98	\$5.08	\$5.08	\$4.63	\$4.63	\$4.63	-
LABORATORIO	SODIO ORINA	LABORATORIO	84300		\$29.67	POR UNIDAD	\$8.48	\$8.48	\$3.90	\$3.90	\$4.68	\$4.68	\$4.68	-
LABORATORIO	SOMATOMEDINA	LABORATORIO	84305		\$128.44	POR UNIDAD	\$15.08	\$15.08	\$13.10	\$13.10	\$20.45	\$20.45	\$20.45	-
LABORATORIO	TESTOSTERONA LIBRE	LABORATORIO	84402		\$153.83	POR UNIDAD	\$18.34	\$18.34	\$18.09	\$18.09	\$24.50	\$24.50	\$24.50	-
LABORATORIO	TESTOSTERONA TOTAL	LABORATORIO	84403		\$146.75	POR UNIDAD	\$50.56	\$50.56	\$15.90	\$15.90	\$16.86	\$24.84	\$24.84	-
LABORATORIO	TIROXINA TOTAL	LABORATORIO	84436		\$41.74	POR UNIDAD	\$6.72	\$6.72	\$4.50	\$4.50	\$6.61	\$6.61	\$6.61	-
LABORATORIO	TIROXINA LIBRE	LABORATORIO	84439		\$54.72	POR UNIDAD	\$8.86	\$8.86	\$7.11	\$7.11	\$7.23	\$14.86	\$7.24	-
LABORATORIO	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROXINA	LABORATORIO	84443	*	\$101.43	POR UNIDAD	\$16.42	\$16.42	\$17.74	\$17.74	\$21.85	\$22.12	\$13.49	-
LABORATORIO	IGS ESTIMULANTE DE TIROXINA	LABORATORIO	84445		\$306.49	POR UNIDAD	\$26.96	\$26.96	\$40.81	\$40.81	\$48.93	\$48.93	\$48.93	-
LABORATORIO	TRANSFERASA ASPARTATO AMINO	LABORATORIO	84450		\$31.42	POR UNIDAD	\$5.02	\$5.02	\$5.46	\$5.46	\$4.98	\$4.98	\$4.98	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	TRANSFERASA ALANINA AMINO	LABORATORIO	84460		\$32.22	POR UNIDAD	\$5.18	\$5.18	\$5.82	\$5.82	\$4.25	\$8.71	\$4.25	-
LABORATORIO	TRANSFERRINA	LABORATORIO	84466		\$77.32	POR UNIDAD	\$8.78	\$8.78	\$14.54	\$14.54	\$12.29	\$12.29	\$12.29	-
LABORATORIO	TRIIODOTIRONINA T3 TOTAL	LABORATORIO	84480		\$66.77	POR UNIDAD	\$9.56	\$9.56	\$11.18	\$11.18	\$14.78	\$10.62	\$14.78	-
LABORATORIO	TRIIODOTIRONINA T3 LIBRE	LABORATORIO	84481		\$68.74	POR UNIDAD	\$10.12	\$10.12	\$12.69	\$12.69	\$10.91	\$10.91	\$10.91	-
LABORATORIO	NITRÓGENO UREA CUAN	LABORATORIO	84520		\$24.25	POR UNIDAD	\$15.44	\$15.44	\$18.53	\$18.53	\$12.80	\$12.80	\$12.80	-
LABORATORIO	ÁCIDO ÚRICO SANGRE	LABORATORIO	84550		\$27.59	POR UNIDAD	\$4.42	\$4.42	\$7.51	\$7.51	\$6.35	\$6.35	\$6.35	-
LABORATORIO	ZINC	LABORATORIO	84630		\$140.42	POR UNIDAD	\$20.16	\$20.16	\$24.19	\$24.19	\$18.90	\$18.90	\$18.90	-
LABORATORIO	PÉPTIDO C	LABORATORIO	84681		\$125.56	POR UNIDAD	\$12.82	\$12.82	\$26.42	\$26.42	\$25.68	\$25.68	\$25.68	-
LABORATORIO	GONADOTROPINA CORIÓNICA CUAN	LABORATORIO	84702		\$90.89	POR UNIDAD	\$17.72	\$17.72	\$21.26	\$21.26	\$14.49	\$14.49	\$14.49	-
LABORATORIO	GONADOTROPINA CORIÓNICA CUAL	LABORATORIO	84703		\$45.67	POR UNIDAD	\$7.16	\$7.16	\$7.52	\$7.52	\$14.35	\$14.35	\$14.35	-
LABORATORIO	SANGRE# FROTIS SANGUÍNEO MICROSCÓPICO CON RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL DE GLÓBULOS BLANCOS	LABORATORIO	85007		\$21.10	POR UNIDAD	\$3.50	\$3.50	\$3.80	\$3.80	\$3.31	\$3.31	\$3.31	-
LABORATORIO	SANGRE# HEMATOCRITO	LABORATORIO	85014		\$14.72	POR UNIDAD	\$4.64	\$4.64	\$5.00	\$5.00	\$10.10	\$2.28	\$2.28	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	SANGRE# HEMOGLOBINA	LABORATORIO	85018		\$14.72	POR UNIDAD	\$4.64	\$4.64	\$2.37	\$2.37	\$10.10	\$2.28	\$2.08	-
LABORATORIO	SANGRE# COMPLETA AUTO HHRWP Y AUTO DIFERENCIAL	LABORATORIO	85025	*	\$47.18	POR UNIDAD	\$11.48	\$11.48	\$8.44	\$8.44	\$9.96	\$12.78	\$6.24	-
LABORATORIO	SANGRE# COMPLETA AUTO HHRWP	LABORATORIO	85027	*	\$31.89	POR UNIDAD	\$11.48	\$11.48	\$6.82	\$6.82	\$21.89	\$17.51	\$4.68	-
LABORATORIO	SANGRE# RETICULOCITO AUTO	LABORATORIO	85045		\$24.45	POR UNIDAD	\$2.62	\$2.62	\$8.14	\$8.14	\$9.74	\$7.44	\$9.74	-
LABORATORIO	SANGRE# RETICULOCITOS AUTO 1+ MEDIDA CELULAR	LABORATORIO	85046		\$18.50	POR UNIDAD	\$5.48	\$5.48	\$5.88	\$5.88	\$11.43	\$10.46	\$9.62	-
LABORATORIO	FACTOR DE COAGULACIÓN VIII AHG 1 FASE	LABORATORIO	85240		\$60.29	POR UNIDAD	\$17.72	\$17.72	\$17.13	\$17.13	\$11.23	\$11.23	\$11.23	-
LABORATORIO	FACTOR DE COAGULACIÓN VIII VW FACTOR ANTÍGENO	LABORATORIO	85246		\$85.71	POR UNIDAD	\$14.40	\$14.40	\$16.16	\$16.16	\$13.64	\$13.64	\$13.64	-
LABORATORIO	FACTOR VON WILLEBRAND (VWF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ANTÍGENO, PLASMA	LABORATORIO	85247		\$51.29	POR UNIDAD	\$27.76	\$27.76	\$18.10	\$18.10	\$15.64	\$15.64	\$15.64	-
LABORATORIO	NEUTRALIZACIÓN DE HEPARINA	LABORATORIO	85525		\$89.83	POR UNIDAD	\$21.52	\$21.52	\$29.90	\$29.90	\$17.60	\$11.40	\$17.60	-
LABORATORIO	PROTROMBINA	LABORATORIO	85610	*	\$24.00	POR UNIDAD	\$3.82	\$3.82	\$4.15	\$4.15	\$3.15	\$3.78	\$3.15	-
LABORATORIO	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN RBC AUTO	LABORATORIO	85652		\$16.58	POR UNIDAD	\$2.62	\$2.62	\$2.70	\$2.70	\$9.95	\$2.60	\$2.17	-
LABORATORIO	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA	LABORATORIO	85730	*	\$36.65	POR UNIDAD	\$5.88	\$5.88	\$6.34	\$6.34	\$4.82	\$5.49	\$4.82	-
LABORATORIO	ALÉRGENO ESPECÍFICO IGE CUAN/SEMICUAN CADA ALÉRGENO	LABORATORIO	86003		\$31.60	POR UNIDAD	\$5.45	\$5.45	\$6.59	\$6.59	\$5.02	\$5.02	\$3.77	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA)	LABORATORIO	86038		\$73.15	POR UNIDAD	\$15.80	\$15.80	\$7.45	\$7.45	\$5.21	\$7.88	\$7.45	-
LABORATORIO	TÍTULO DE ANTIESTREPTOLISINA 0	LABORATORIO	86060		\$44.40	POR UNIDAD	\$8.60	\$8.60	\$11.12	\$11.12	\$8.90	\$7.02	\$8.90	-
LABORATORIO	PROTEÍNA C REACTIVA	LABORATORIO	86140		\$31.42	POR UNIDAD	\$4.70	\$4.70	\$4.08	\$4.08	\$4.22	\$4.22	\$4.16	-
LABORATORIO	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA SENSIBILIDAD	LABORATORIO	86141		\$78.09	POR UNIDAD	\$16.90	\$16.90	\$21.13	\$21.13	\$14.71	\$12.46	\$14.71	-
LABORATORIO	COMPLEMENTO AG CADA COMPONENTE	LABORATORIO	86160		\$72.55	POR UNIDAD	\$37.00	\$37.00	\$14.78	\$14.78	\$11.55	\$11.55	\$7.71	-
LABORATORIO	ANTICUERPO DESOXIRRIBONUCLEASA	LABORATORIO	86215		\$80.23	POR UNIDAD	\$11.80	\$11.80	\$14.75	\$14.75	\$12.75	\$12.75	\$12.75	-
LABORATORIO	ANTICUERPO ADN NATIVO/BICATENARIO	LABORATORIO	86225		\$83.12	POR UNIDAD	\$11.80	\$11.80	\$8.46	\$8.46	\$7.05	\$13.22	\$8.82	-
LABORATORIO	ANTICUERPOS FLUORESCENTES AGENTES NO INFECCIOSOS CRIBADO CADA ANTICUERPO	LABORATORIO	86255		\$24.32	POR UNIDAD	\$7.20	\$7.20	\$10.66	\$10.66	\$11.60	\$11.60	\$11.60	-
LABORATORIO	ANTICUERPOS HETERÓFILOS CRIBADO	LABORATORIO	86308		\$31.42	POR UNIDAD	\$4.80	\$4.80	\$6.24	\$6.24	\$4.98	\$4.98	\$4.98	-
LABORATORIO	ANTICUERPOS DE INSULINA	LABORATORIO	86337		\$129.14	POR UNIDAD	\$11.80	\$11.80	\$15.21	\$15.21	\$13.84	\$26.41	\$13.84	-
LABORATORIO	ANTICUERPOS CÉLULAS DE ISLOTE	LABORATORIO	86341		\$234.87	POR UNIDAD	\$11.80	\$11.80	\$15.06	\$15.06	\$8.23	\$19.04	\$8.23	-
LABORATORIO	CÉLULAS B CONTEO TOTAL	LABORATORIO	86355		\$138.18	POR UNIDAD	\$31.62	\$31.62	\$41.11	\$41.11	\$36.30	\$36.30	\$36.30	-
LABORATORIO	ANTÍGENO DE CÉLULAS MONONUCLEARES CUANTITATIVO NO ESPECIFICADO DE OTRO MODO CADA UNO	LABORATORIO	86356		\$81.73	POR UNIDAD	\$11.33	\$11.33	\$3.50	\$3.50	\$13.01	\$13.01	\$13.01	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	CÉLULAS T CONTEO TOTAL	LABORATORIO	86359		\$152.21	POR UNIDAD	\$7.65	\$7.65	\$36.30	\$36.30	\$29.11	\$29.11	\$29.11	-
LABORATORIO	CÉLULAS T CONTEO ABSOLUTO CD4 Y CD8 PROPORCIÓN	LABORATORIO	86360		\$152.21	POR UNIDAD	\$9.70	\$9.70	\$14.21	\$14.21	\$13.84	\$13.84	\$13.84	-
LABORATORIO	ANTIPEROXIDASA TIROIDEA ANTICUERPOS	LABORATORIO	86376		\$87.81	POR UNIDAD	\$16.80	\$16.80	\$27.65	\$27.65	\$11.85	\$21.20	\$11.69	-
LABORATORIO	FACTOR REUMATOIDE CUAN	LABORATORIO	86431		\$34.44	POR UNIDAD	\$14.50	\$14.50	\$17.40	\$17.40	\$6.76	\$5.46	\$6.76	-
LABORATORIO	RESPUESTA ANTIGÉNICA MEDIADA POR CÉLULAS TB INTERFERÓN GAMMA	LABORATORIO	86480		\$373.52	POR UNIDAD	\$51.95	\$51.95	\$39.12	\$39.12	\$43.62	\$49.74	\$44.79	-
LABORATORIO	PRUEBA DE SÍFILIS ANTICUERPOS NO TREPONÉMICOS CUAL	LABORATORIO	86592		\$26.10	POR UNIDAD	\$8.00	\$8.00	\$4.50	\$4.50	\$3.43	\$4.11	\$3.43	-
LABORATORIO	ANTICUERPO BORRELIA BURGDORFERI ENFERMEDAD DE LYME	LABORATORIO	86618		\$102.94	POR UNIDAD	\$44.40	\$44.40	\$53.28	\$53.28	\$23.48	\$16.39	\$23.48	-
LABORATORIO	ANTICUERPO CMV CMV	LABORATORIO	86644		\$86.83	POR UNIDAD	\$13.35	\$13.35	\$17.36	\$17.36	\$13.85	\$13.85	\$13.85	-
LABORATORIO	ANTICUERPOS VIRUS EPSTEIN-BARR EB CÁPSIDE VIRAL VCA	LABORATORIO	86665		\$109.47	POR UNIDAD	\$38.40	\$38.40	\$49.92	\$49.92	\$17.46	\$17.46	\$17.46	-
LABORATORIO	ANTICUERPO VIH-1	LABORATORIO	86701		\$53.91	POR UNIDAD	\$25.92	\$25.92	\$33.70	\$33.70	\$20.73	\$18.55	\$20.73	-
LABORATORIO	ANTICUERPO VIH-2	LABORATORIO	86702		\$81.72	POR UNIDAD	\$20.40	\$20.40	\$24.48	\$24.48	\$13.01	\$13.01	\$13.01	-
LABORATORIO	HEPATITIS B ANTICUERPO DE SUPERFICIE HBSAB	LABORATORIO	86706		\$90.66	POR UNIDAD	\$28.00	\$28.00	\$33.60	\$33.60	\$13.33	\$13.33	\$13.33	-
LABORATORIO	ANTICUERPO MUMPS	LABORATORIO	86735		\$78.83	POR UNIDAD	\$12.70	\$12.70	\$15.24	\$15.24	\$12.56	\$12.56	\$12.56	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	ANTICUERPO SARAMPIÓN	LABORATORIO	86762		\$86.95	POR UNIDAD	\$16.40	\$16.40	\$21.32	\$21.32	\$13.85	\$13.85	\$13.85	-
LABORATORIO	ANTICUERPO RUBÉOLA	LABORATORIO	86765		\$77.86	POR UNIDAD	\$8.20	\$8.20	\$14.66	\$14.66	\$12.40	\$12.40	\$12.40	-
LABORATORIO	ANTICUERPO TREPONEMA PALLIDUM	LABORATORIO	86780		\$80.11	POR UNIDAD	\$34.58	\$34.58	\$14.38	\$14.38	\$10.43	\$21.76	\$10.43	-
LABORATORIO	ANTICUERPO VARICELA-ZÓSTER	LABORATORIO	86787		\$77.91	POR UNIDAD	\$30.00	\$30.00	\$13.18	\$13.18	\$12.40	\$12.40	\$12.40	-
LABORATORIO	ANTICUERPO TIROGLOBULINA	LABORATORIO	86800		\$88.00	POR UNIDAD	\$11.80	\$11.80	\$12.77	\$12.77	\$12.85	\$15.30	\$12.77	-
LABORATORIO	ANTICUERPO HEPATITIS C	LABORATORIO	86803		\$86.25	POR UNIDAD	\$33.70	\$33.70	\$40.44	\$40.44	\$36.73	\$36.73	\$36.73	-
LABORATORIO	CONCENTRACIÓN AGENTES NO INFECCIOSOS	LABORATORIO	87015		\$25.80	POR UNIDAD	\$7.20	\$7.20	\$9.36	\$9.36	\$6.43	\$6.43	\$6.43	-
LABORATORIO	CULTIVO BACTERIANO SANGRE AERÓBICA AISLAMIENTO	LABORATORIO	87040		\$62.48	POR UNIDAD	\$27.00	\$27.00	\$16.23	\$16.23	\$10.95	\$9.93	\$10.95	-
LABORATORIO	CULTIVO BACTERIANO EXCEPTO ORINA SANGRE/STL AERÓBICO AISLAMIENTO	LABORATORIO	87070		\$129.33	POR UNIDAD	\$18.60	\$18.60	\$7.73	\$7.73	\$8.29	\$8.29	\$8.29	-
LABORATORIO	CULTIVO PRESUNTIVO ORGANISMOS PATÓGENOS CRIBADO	LABORATORIO	87081		\$40.35	POR UNIDAD	\$5.80	\$5.80	\$9.72	\$9.72	\$7.78	\$6.38	\$7.78	-
LABORATORIO	CULTIVO BACTERIANO CUANTITATIVO CONTEO DE COLONIAS ORINA	LABORATORIO	87086		\$48.91	POR UNIDAD	\$31.50	\$31.50	\$17.72	\$17.72	\$6.63	\$7.77	\$6.63	-
LABORATORIO	CULTIVO BACTERIANO AISLAMIENTO Y PRESUNTIVA IDENTIFICACIÓN DE CADA AISLADO ORINA	LABORATORIO	87088		\$49.15	POR UNIDAD	\$11.31	\$11.31	\$8.54	\$8.54	\$7.79	\$7.79	\$7.79	-
LABORATORIO	CULTIVO HONGOS MOHO/FERMENTO PRESUNTIVA IDENTIFICACIÓN CABELLO/UÑA	LABORATORIO	87101		\$46.96	POR UNIDAD	\$6.20	\$6.20	\$8.06	\$8.06	\$7.42	\$7.42	\$7.42	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	ESTUDIOS DE SUSCEPTIBILIDAD, MICRODILUCIÓN ANTIMICROBIANA/AGAR CADA MULTIANTIMICROBIANO, PLACA	LABORATORIO	87186		\$62.71	POR UNIDAD	\$11.30	\$11.30	\$10.94	\$10.94	\$7.03	\$8.32	\$6.68	-
LABORATORIO	FROTIS FUENTE PRIMARIA TINCIÓN GRAM/GIEMSA BACTERIAS HONGOS/CÉLULAS	LABORATORIO	87205		\$26.10	POR UNIDAD	\$10.50	\$10.50	\$13.65	\$13.65	\$9.11	\$9.11	\$9.11	-
LABORATORIO	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTES INFECCIOSOS (IAAD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO (EIA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) HELICOBACTER PYLORI EN HECES	LABORATORIO	87338		\$86.95	POR UNIDAD	\$18.80	\$18.80	\$24.44	\$24.44	\$13.84	\$13.84	\$13.84	-
LABORATORIO	IAAD MEDIANTE EIA HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE	LABORATORIO	87340		\$62.50	POR UNIDAD	\$13.50	\$13.50	\$18.15	\$18.15	\$15.23	\$15.23	\$15.23	-
LABORATORIO	VIH-1 CON ANTICUERPOS VIH 1 Y 2	LABORATORIO	87389		\$276.19	POR UNIDAD	\$81.80	\$81.80	\$25.41	\$25.41	\$25.41	\$39.60	\$25.41	-
LABORATORIO	IAAD MEDIANTE EIA VIH-1	LABORATORIO	87390		\$77.66	POR UNIDAD	\$23.00	\$23.00	\$17.08	\$17.08	\$14.17	\$16.98	\$14.17	-
LABORATORIO	IAAD MEDIANTE EIA GRUPO ESTREPTOCOCO	LABORATORIO	87430		\$59.71	POR UNIDAD	\$15.70	\$15.70	\$14.18	\$14.18	\$13.57	\$13.57	\$13.57	-
LABORATORIO	DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS MEDIANTE ÁCIDO NUCLEICO (IADNA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) CLAMIDIA TRACHOMATIS Sonda AMPLIFICADA	LABORATORIO	87491		\$211.80	POR UNIDAD	\$45.80	\$45.80	\$27.68	\$27.68	\$53.71	\$57.71	\$28.19	-
LABORATORIO	AGENTE INFECCIOSO ADN/ARN INFLUENZA 1OS 2 TIPOS	LABORATORIO	87502		\$211.67	POR UNIDAD	\$71.86	\$71.86	\$77.36	\$77.36	\$101.81	\$81.87	\$81.87	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS MEDIANTE ÁCIDO NUCLEICO (ADN O ARN)	LABORATORIO	87507		\$697.68	POR UNIDAD	\$340.31	\$340.31	\$408.37	\$408.37	\$391.36	\$391.36	\$391.36	-
LABORATORIO	IADNA VIH-1 SONDA AMPLIFICADA	LABORATORIO	87535		\$211.80	POR UNIDAD	\$45.80	\$45.80	\$52.67	\$52.67	\$33.77	\$33.77	\$33.77	-
LABORATORIO	IADNA VIH-1 CUAN	LABORATORIO	87536		\$512.51	POR UNIDAD	\$86.90	\$86.90	\$65.53	\$65.53	\$81.87	\$81.87	\$81.87	-
LABORATORIO	IADNA NEISSERIA GONORRHOEAE SONDA AMPLIFICADA	LABORATORIO	87591		\$211.80	POR UNIDAD	\$45.80	\$45.80	\$27.68	\$27.68	\$28.18	\$28.18	\$28.18	-
LABORATORIO	IADNA SONDA RESPIRATORIA Y REV TRNSCR 3-5 OBJETIVOS	LABORATORIO	87631		\$346.83	POR UNIDAD	\$105.80	\$105.80	\$121.67	\$121.67	\$123.44	\$123.44	\$123.44	-
LABORATORIO	IADNA SONDA RESPIRATORIA Y REV TRNSCR 12-25 OBJETIVOS	LABORATORIO	87633		\$1,232.27	POR UNIDAD	\$343.75	\$343.75	\$439.94	\$439.94	\$357.07	\$401.04	\$321.36	-
LABORATORIO	RSV	LABORATORIO	87634		\$149.27	POR UNIDAD	\$52.00	\$52.00	\$67.60	\$67.60	\$59.80	\$59.80	\$59.80	-
LABORATORIO	ESTREPTOCOCO A	LABORATORIO	87651		\$196.24	POR UNIDAD	\$45.80	\$45.80	\$31.48	\$31.48	\$41.07	\$57.71	\$41.07	-
LABORATORIO	IADNA NO ESPECIFICAD DE OTRO MODO SONDA AMPLIFICADA CADA ORGANISMO	LABORATORIO	87798		\$211.67	POR UNIDAD	\$45.83	\$45.83	\$105.10	\$105.10	\$141.05	\$83.77	\$83.77	-
LABORATORIO	GENOTIPO INFECCIOSO ADN/ARN VIH 1 OTRA REGIÓN	LABORATORIO	87906		\$712.54	POR UNIDAD	\$108.68	\$108.68	\$130.42	\$130.42	\$123.86	\$123.86	\$123.86	-
LABORATORIO	CULTIVO DE TEJIDOS TRASTORNOS NO NEOPLÁSTICOS LINFOCITOS	LABORATORIO	88230		\$701.52	POR UNIDAD	\$181.60	\$181.60	\$118.78	\$118.78	\$112.10	\$112.10	\$112.10	-
LABORATORIO	CONTEO CROMOSÓMICO 15-20 CÉLULAS 2CARIOTIPOS BANDAS	LABORATORIO	88262		\$750.47	POR UNIDAD	\$325.50	\$325.50	\$83.59	\$83.59	\$77.31	\$119.93	\$77.31	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
LABORATORIO	ANÁLISIS CROMOSÓMICO CARIOTIPOS ADICIONALES CADA ESTUDIO	LABORATORIO	88280		\$179.07	POR UNIDAD	\$32.70	\$32.70	\$20.20	\$20.20	\$24.15	\$24.15	\$24.15	-
LABORATORIO	CITOGENÉTICA Y CITOGENÉTICA MOLECULAR, INTERPRETACIÓN E INFORME	LABORATORIO	88291		\$88.66	POR UNIDAD	\$5.25	\$5.25	\$36.80	\$36.80	\$23.00	\$23.00	\$23.00	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TRATAMIENTO DEL HABLA, EL LENGUAJE, LA VOZ, LA COMUNICACIÓN Y/O EL PROCESAMIENTO AUDITIVO, INDIVIDUAL	92507		\$283.54	POR UNIDAD	\$259.48	\$259.48	\$120.12	\$120.12	\$142.34	\$247.27	\$189.80	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL HABLA, LENGUAJE, VOZ, COMUNICACIÓN Y/O PROCESAMIENTO AUDITIVO; GRUPO, 2 O MÁS INDIVIDUOS	92508		\$260.49	POR UNIDAD	\$24.88	\$24.88	\$25.99	\$25.99	\$18.65	\$18.65	\$18.65	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	EVALUACIÓN DE LA FLUIDEZ DEL HABLA	92521		\$283.54	POR UNIDAD	\$259.48	\$259.48	\$136.55	\$136.55	#N/A	#N/A	#N/A	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	EVALUACIÓN DE LOS SONIDOS DEL HABLA	92522		\$283.54	POR UNIDAD	\$259.48	\$259.48	\$116.79	\$116.79	\$134.82	\$134.82	\$134.82	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	EVALUACIÓN DE LOS SONIDOS DEL HABLA CON LENGUAJE RECEPTIVO/EXPRESIVO	92523		\$291.79	POR UNIDAD	\$259.48	\$259.48	\$229.25	\$229.25	\$167.34	\$163.15	\$122.00	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
**Rev. Feb de 2023**

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TRATAMIENTO DEL HABLA DE DISFUNCIONES DE DEGLUCIÓN O DE ALIMENTACIÓN ORAL 15 MINUTOS	92526		\$283.54	POR UNIDAD	n/a	n/a	\$108.09	\$108.09	\$154.29	\$109.81	\$122.00	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	EVALUACIÓN PARA EL USO Y/O ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE PRÓTESIS DE VOZ PARA COMPLEMENTAR EL HABLA ORAL	92597		\$291.79	POR UNIDAD	\$259.48	\$259.48	\$91.66	\$91.66	\$159.48	\$159.48	\$159.48	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN DE DEGLUCIÓN ORAL Y FARÍNGEA	92610		\$283.54	POR UNIDAD	\$259.48	\$259.48	\$205.72	\$205.72	\$109.80	\$109.80	\$109.80	-
RADIOLOGÍA	ELECTROCARDIOGRAMA	ELECTROCARDIOGRAMA	93000	*	\$87.65	POR UNIDAD	\$22.15	\$22.15	\$32.77	\$32.77	\$33.03	\$33.03	\$33.03	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TERAPIA INDIVIDUAL IN SITU	97110	*	\$383.60	POR UNIDAD	\$351.05	\$351.05	\$186.03	\$142.61	\$194.30	\$180.74	\$122.00	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	FISIOTERAPIA USO TERAPÉUTICO DE LA PISCINA	97113		\$105.40	POR UNIDAD	n/a	n/a	\$46.66	\$46.44	\$31.93	\$34.35	\$31.93	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TERAPIA OCUPACIONAL GRUPO SUPR TRATAMIENTO 15 MINUTOS	97150		\$44.53	POR UNIDAD	\$8.40	\$8.40	\$15.93	\$15.93	\$13.78	\$13.78	\$13.78	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	FISIOTERAPIA EVALUACIÓN-COMPLEJIDAD BAJA	97161		\$383.60	POR UNIDAD	\$351.05	\$351.05	\$171.49	\$171.49	\$139.15	\$139.15	\$122.00	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
 Rev. Feb de 2023

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	FISIOTERAPIA EVALUACIÓN-COMPLEJIDAD MODERADA	97162		\$383.60	POR UNIDAD	\$351.05	\$351.05	\$173.40	\$173.40	\$180.67	\$138.41	\$180.67	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	FISIOTERAPIA EVALUACIÓN-COMPLEJIDAD ALTA	97163		\$383.60	POR UNIDAD	\$351.05	\$351.05	\$332.76	\$332.76	\$361.58	\$361.58	\$361.58	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TERAPIA OCUPACIONAL EVALUACIÓN-COMPLEJIDAD BAJA	97165		\$610.22	POR UNIDAD	\$558.44	\$558.44	\$312.96	\$312.96	\$217.76	\$284.60	\$102.00	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TERAPIA OCUPACIONAL EVALUACIÓN-COMPLEJIDAD MODERADA	97166		\$610.22	POR UNIDAD	\$558.44	\$558.44	\$311.72	\$311.72	\$217.76	\$284.60	\$109.80	-
AMBULATORIO	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	TERAPIA OCUPACIONAL EVALUACIÓN-COMPLEJIDAD ALTA	97167		\$610.22	POR UNIDAD	\$558.44	\$558.44	\$408.61	\$408.61	\$355.75	\$355.75	\$355.75	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	90791		\$256.44	POR UNIDAD	\$145.68	\$145.68	\$147.64	\$147.64	\$108.62	\$108.62	\$108.62	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO CON SERVICIOS MÉDICOS	90792		\$399.61	POR UNIDAD	\$164.94	\$164.94	\$237.06	\$237.06	\$111.55	\$111.94	\$111.55	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PACIENTE DE PSICOTERAPIA Y/ 30 MINUTOS	90832	*	\$133.21	POR UNIDAD	\$29.48	\$29.48	\$91.26	\$91.26	\$88.76	\$74.35	\$74.56	-

**LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL**  
**SERVICIOS COMPRABLES**  
 Rev. Feb de 2023

**REEMBOLSO**

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PACIENTE DE PSICOTERAPIA Y/FAMILIA CON SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y MANEJO 30 MINUTOS	90833		\$89.56	POR UNIDAD	\$24.62	\$24.62	\$81.96	\$81.96	\$48.25	\$48.25	\$48.25	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PACIENTE DE PSICOTERAPIA Y/FAMILIA 45 MINUTOS	90834	*	\$173.66	POR UNIDAD	\$44.20	\$44.20	\$102.68	\$102.68	\$115.72	\$68.15	\$80.23	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PACIENTE DE PSICOTERAPIA Y/FAMILIA CON SERVICIOS DE EVALUACIÓN Y MANEJO 45 MINUTOS	90836		\$144.49	POR UNIDAD	\$40.24	\$40.24	\$119.07	\$119.07	\$62.42	\$62.42	\$62.42	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PACIENTE DE PSICOTERAPIA 60 MINUTOS	90837	*	\$262.45	POR UNIDAD	\$66.71	\$66.71	\$126.99	\$126.99	\$103.00	\$103.00	\$103.00	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PSICOTERAPIA FAMILIAR SIN EL PACIENTE PRESENTE	90846	*	\$133.21	POR UNIDAD	\$63.05	\$63.05	\$102.35	\$102.35	\$72.54	\$72.54	\$72.54	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PSICOTERAPIA FAMILIAR CON EL PACIENTE PRESENTE	90847	*	\$133.21	POR UNIDAD	\$61.20	\$61.20	\$153.94	\$153.94	\$85.36	\$85.36	\$85.36	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PSICOTERAPIA GRUPAL	90853	*	\$133.21	POR UNIDAD	\$33.70	\$33.70	\$36.71	\$36.71	\$22.94	\$22.94	\$22.94	-

LA RABIDA CHILDREN'S HOSPITAL  
SERVICIOS COMPRABLES  
Rev. Feb de 2023

REEMBOLSO

Ubicación del servicio	Tipo de servicio	Descripción	Código CPT	CMS-Req	Importe del cargo	Cantidad	IL Medicaid	Atención gestionada por IL Medicaid	BCBS PPO	BCBS HMO	Cigna	Aetna	Atención unificada de salud	Precio en efectivo
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	BREVE EVALUACIÓN EMOCIONAL/DE COMPORTAMIENTO	96127		\$101.34	POR UNIDAD	\$29.20	\$29.20	\$8.89	\$8.89	\$7.20	\$21.00	\$6.89	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	EVALUACIÓN DE SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO CADA UNA 15 MINUTOS PRESENCIAL CON EL PACIENTE 1ERA EVALUACIÓN	96150		\$107.36	POR UNIDAD	\$12.87	\$12.87	\$48.82	\$48.82	\$51.95	\$47.30	\$51.94	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	EVALUACIÓN DE SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO CADA UNA 15 MINUTOS PRESENCIAL CON EL PACIENTE REEVALUACIÓN	96151		\$57.39	POR UNIDAD	\$12.87	\$12.87	\$32.92	\$32.92	\$17.43	\$17.43	\$17.43	-
AMBULATORIO	SALUD DEL COMPORTAMIENTO	INTERVENCIÓN DE SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO CADA UNA 15 MINUTOS PRESENCIAL INDIVIDUAL	96152		\$28.87	POR UNIDAD	\$12.87	\$12.87	\$15.96	\$15.96	\$15.11	\$15.11	\$15.11	-