

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
S.C. SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
S.S. Selezione e gestione personale medico convenzionato

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
(ALLEGATO B)

Effettuate nel mese di _____ 20__.

(Titolare) Dr. _____ cod. reg. n° _____.

(Sostituto) Dr. _____ cod. reg. n° _____.

Cod	Descrizione Prestazione	Tariffa	n°. Prest.	Importo Prest.ni
(A) - Prestazioni eseguibili senza autorizzazione sanitaria preventiva				
17	Sutura di ferita superficiale	€ 3,357		
18	Rimozione punti di sutura e medicazione	€ 12,343		
19	Flebo (unica eseguibile in caso di intervento d'urgenza)	€ 12,343		
21	Tamponamento nasale anteriore	€ 5,629		
24	Prima medicazione (*)	€ 12,343		
25	Sucessive medicazioni	€ 6,146		
30	Toilette di perionichia supportata	€ 12,343		
31	Riduzione pronazione dolorosa dell'ulna	€ 10,226		
32	Riduzione sublussazione articolare scapolo-omerale	€ 15,907		
33	Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	€ 9,245		
36	Asportazione di verruche	€ 8,676		
37	Iniezione endovenosa	€ 6,146		
40	Tratt. prov. frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo - grandi segmenti	€ 17,250		
41	Tratt. prov. frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo - piccoli segmenti	€ 12,963		
61	Frenulectomia linguale	€ 14,667		
62	Cateterismo vescicale	€ 9,090		
63	Drenaggio di ascesso sottocutaneo	€ 37,185		
64	Rimozione tappo cerume	€ 7,179		
65	Rimozione corpo estraneo	€ 7,179		

Cod	Descrizione Prestazione	Tariffa	n°. Prest.	Importo Prest.ni
(B) - Prestazioni eseguibili solo con autorizzazione sanitaria preventiva				
42	Screening per l'ambliopia	€ 21,433		
43	Boel test	€ 21,433		
TOTALE €				

Descrizione Prestazione	Tariffa	n°. Prest.	Importo Prest.ni
Visita occasionale ambulatoriale ["]	€ 25,823		
Visita occasionale domiciliare ["]	€ 36,152		
TOTALE €			

Legenda:

(*) - Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata.
In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

["] Solo nei casi previsti dall'art. 56 (visite occasionali)

Dichiaro sotto la mia responsabilità che le prestazioni indicate in questo prospetto sono state effettuate a pazienti in carico al sottoscritto o in carico agli altri medici della forma associativa di cui faccio parte oppure, in caso di visite ambulatoriali o domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che hanno esibito il prescritto documento comprovante il diritto all'Assistenza Sanitaria a carico del S.S.N.

Data di presentazione

Firma e timbro del medico

Il presente prospetto è da presentarsi entro i primi quindici giorni del mese successivo, UNITAMENTE al modulo riepilogativo delle prestazioni aggiuntive.

Allegati:

N° _____ Modelli di dettaglio.

N° _____ Autorizzazioni prestazioni.