



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

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE MEDICI DI MEDICINA GENERALE
(ALLEGATO D)

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				
01	Sutura di ferita superficiale	€ 3,321		
02	Rimozione punti di sutura	€ 12,323		
03	Cateterismo uretrale uomo	€ 9,658		
04	Cateterismo uretrale donna	€ 3,589		
05	Tamponamento nasale anteriore	€ 5,624		
06	Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	€ 12,323		
07	Lavanda gastrica	€ 12,323		
08	Prima medicazione (*)	€ 12,323		
09	Successive medicazioni	€ 6,161		
10	Iniezione di gammaglobulina o vacc. Antitetanica	€ 6,161		
11	Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	€ 9,214		
12	Tampone faringeo prel. per esame batt. (per paz. non deamb.)	€ 0,640		

Cod	Descrizione Prestazione	Tariffa	n° Prest.	Importo Prest.ni
(B) - Prestazioni eseguibili solo con autorizzazione sanitaria preventiva				
13	Ciclo fleboclisi (per ogni fleboclisi)	€ 9,214		
14	Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	€ 6,161		
15	Ciclo aerosol o inalz. caldo umide nello studio del medico (***)	€ 1,234		
16	Vaccinazioni non obbligatorie (****)	€ 6,161		
TOTALE €				

Descrizione Prestazione	Tariffa	n° Prest.	Importo Prest.ni
Visita occasionale ambulatoriale ["]	€ 15,494		
Visita occasionale domiciliare ["]	€ 25,823		
TOTALE €			

Legenda:

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

(**) - Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero

(***) - Per l'esecuzione di tale prestazioni lo studio medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazione disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente Allegato. La vaccinazione antinfluenzale è compensata con la tariffa di cui al presente allegato anche nel caso previsto dall'Art. 45 c.4 lettera C.

["] - Solo nei casi previsti dall'art. 57 (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 (Allegato R)

Allegati:

N° _____ Modelli di dettaglio.

N° _____ Autorizzazioni prestazioni.

Modello: Server/Prospetti/Prex-Generici.