

PRESTAZIONI DI MAGGIOR IMPEGNO PROFESSIONALE MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI

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 pronaz. Dolorosa dell'ulna	€ 10,226		
32	Riduzione subbluss. art. 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 luss. med. Immob. grandi segmenti	€ 17,250		
41	Tratt. prov. frattura o luss. med. Immob. piccoli segmenti	€ 12,963		
61	Frenulectomia linguale	€ 14,667		
62	Cateterismo vescicale	€ 9,090		
63	Drenaggio di accesso 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	Scriming 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 €.		

./..

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

(**) - Solo per pazienti non deambulabili

['] Solo nei casi previsti dall'art. 39 (visite occasionali)

N.B.

All. "B" comma 5 Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive non possono superare mensilmente il **14%** dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico.

Non concorrono al raggiungimento di tale percentuale le prestazioni effettuate nell'ambito di specifici protocolli assistenziali concordati.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che le prestazioni indicate in questo prospetto sono state effettuate e a pazienti iscritti negli elenchi di appartenenza dei miei assistiti o da forma associativa

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 dettaglio "prestazioni extra".

Allegati:

N°._____ Modelli di dettaglio.

N°._____ Autorizzazioni prestazioni.

Modello: Servo/Prospetti/Prex-Pediatri