

**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
<b>(A) - Prestazioni eseguibili senza autorizzazione sanitaria preventiva</b>				
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>(B) - Prestazioni eseguibili solo con autorizzazione sanitaria preventiva</b>				
42	Scriming per l'ambliopia	€ 21,433		
43	Boel test	€ 21,433		
<b>TOTALE €.</b>				

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

./..

(\*) - 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