

**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>				
01	Sutura di ferita superficiale	€ 3,36	0	0
02	Rimozione punti di sutura e medicazione	€ 12,34	0	0
03	Flebo (unica eseguibile in caso di intervento d'urgenza)	€ 12,34	0	0
04	Tamponamento nasale anteriore	€ 5,63	0	0
05	Rimozione tappo cerume	€ 7,18	0	0
06	Rimozione corpo estraneo	€ 7,18	0	0
07	Prima medicazione (*)	€ 12,34	0	0
08	Sucessive medicazioni	€ 6,15	0	0
09	Toilette di perionichia suppurata	€ 12,34	0	0
10	Riduzione pronaz. Dolorosa dell'ulna	€ 10,23	0	0
11	Riduzione subbluss. art. scapolo-omerale	€ 15,91	0	0
12	Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	€ 9,24	0	0
13	Asportazione di verruche	€ 8,68	0	0
14	Iniezione endovenosa	€ 6,15	0	0
15	Tratt. prov. frattura o luss. med. Immob. piccoli segmenti	€ 12,96	0	0
15	Tratt. prov. frattura o luss. med. Immob. grandi segmenti	€ 17,25	0	0
16	Frenulectomia linguale	€ 14,67	0	0
17	Cateterismo vescicale	€ 9,09	0	0
18	Drenaggio di accesso sottocutaneo	€ 37,18	0	0
<b>TOTALE</b>				<b>0</b>

Cod	Descrizione Prestazione	Tariffa	n° Prest.	Importo Prest.ni
<b>(B) - Prestazioni eseguibili solo con autorizzazione sanitaria preventiva</b>				
42	Scringing per l'ambliopia	€ 21,43	0	0
43	Boel test	€ 21,43	0	0
<b>TOTALE €.</b>				<b>0</b>

Descrizione Prestazione	Tariffa	n° Prest.	Importo Prest.ni
Visita occasionale ambulatoriale ["]	€ 30,00		0
Visita occasionale domiciliare ["]	€ 45,00		0
<b>TOTALE €.</b>			<b>0</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. 43 (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.







