



AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO
AIR 1160 del 23 settembre 2024

Attivo solo nei giorni feriali
Dal Lunedì al Venerdì 16-20
Sabato 08-12

Casa di Comunità _____

MESE E ANNO _____

| | GG.MESE | TURNO da 4 ore | |
|--|---------|----------------|--|
| | | | |
| | 1 | | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| | 4 | | |
| | 5 | | |
| | 6 | | |
| | 7 | | |
| | 8 | | |
| | 9 | | |
| | 10 | | |
| | 11 | | |
| | 12 | | |
| | 13 | | |
| | 14 | | |
| | 15 | | |
| | 16 | | |
| | 17 | | |
| | 18 | | |
| | 19 | | |
| | 20 | | |
| | 21 | | |
| | 22 | | |
| | 23 | | |
| | 24 | | |
| | 25 | | |
| | 26 | | |
| | 27 | | |
| | 28 | | |
| | 29 | | |
| | 30 | | |
| | 31 | | |

IL DIRETTORE DI DISTRETTO

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

IL PRESENTE PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE TRASMESSO ENTRO IL GIORNO 5 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO ALL'UFFICIO CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI – (VIA MAIL Aconvenzioninazionali@ausl.vda.it)



AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

AIR 1160 del 23 settembre 2024

RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE

relative al mese di _____

| DISTINTE DI VERSAMENTO | NUMERO | IMPORTO |
|------------------------------------|--------|---------|
| ATTO RIPETITIVO euro 10,00 | | |
| VISITA AMBULATORIALE euro 25,00 | | |

| | |
|-------------|--|
| TOTALE EURO | |
|-------------|--|

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| QUIETANZE NON PAGATE AL MEDICO | | |
| ATTO RIPETITIVO euro 10,00 | | |
| VISITA AMBULATORIALE euro 25,00 | | |

| | |
|-------------|--|
| TOTALE EURO | |
|-------------|--|

data _____

(firma e timbro)

Allegate al presente prospetto:

- a) le distinte di versamento rilasciate dalla tesoreria dell'Azienda USL
- b) le quietanze rilasciate all'utente



AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

AIR 1160 del 23 settembre 2024

RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE

Io sottoscritto Dott. _____ cod.regionale _____

in qualità di medico convenzionato di Continuità assistenziale/ Medico di assistenza Primaria

DICHIARO

di **NON AVER EROGATO** visite occasionali di cui all'art. 7 della DGR 359/2016

nel corso del mese di _____.

Data _____

(firma e timbro)

Il prospetto dovrà essere restituito - **entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento** - all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali della Direzione di Area Territoriale, anche via mail a convenzioninazionali@ausl.vda.it



MEDICO del ruolo unico di ASSISTENZA PRIMARIA
AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO
AIR 1160 del 23 settembre 2024

| PROSPETTO LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE di cui all'Allegato 6 Dell'A.C.N. n. 51 del 4 aprile 2024 | | mese e anno di riferimento | |
|---|---|----------------------------|-------------------------------------|
| DOTT. _____ | | Codice medico _____ | |
| PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE | | CODICE PRESTAZIONE | N. PRESTAZIONI ESEGUITE NEL MESE |
| 1) | Rimozione di punta di sutura e medicazione | 05041 | |
| 2) | Cateterismo uretrale nell'uomo | 05046 | |
| 3) | Cateterismo uretrale nella donna | 05051 | |
| 4) | Tamponamento nasale anteriore | 05056 | |
| 5) | Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di urgenza) | 05061 | |
| 6) | Lavanda gastrica | 05556 | |
| 7) | Iniezioni di gammaglobuline o vaccinazione antitetanica | 05066 | |
| 8) | Iniezione sottocutanea desensibilizzante (*) | 05071 | |
| 9) | Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili) | 05058 | |
| 10) | Visite occasionali ambulatoriali (solo per cittadini stranieri) | 00519 | |
| PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE | | | |
| 1) | Ciclo di fleboclisi (per ogni fleboclisi) | 05076 | |
| 2) | Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione) | 05081 | |
| 3) | Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per singola prestazione) (**) | 05068 | |
| 4) | Vaccinazioni non obbligatorie (***) | 05091 | |
| ART. 5 ACCORDO REGIONALE (DGR n. 929 del 22 aprile 2011) | | | |
| 1) | Prima medicazione su ferita non precedentemente medicata | 05026 | |
| 2) | Medicazione successiva | 05036 | |
| 3) | Sutura di ferita superficiale con filo | 05031 | |
| ART. 3 ACCORDO REGIONALE (DGR n. 1631 del 12 dicembre 2025) | | | |
| 1) | Tamponi Streptococco A | 05630 | |

* Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero

** Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi

*** Eseguibile con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazione disposti in sede regionale o di USL. per la conservazione del vaccino, che è fornito dall' Azienda U.S.L. , lo studio deve essere dotato di frigorifero.

data, _____

(firma e timbro del medico)

**N.B. La presente distinta di liquidazione dovrà pervenire - entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento -
email: convenzioninazionali@ausl.vda.it - correlata dalle rispettive SCHEDA ASSISTITO debitamente compilate e firmate**



PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO
di cui all' A.C.N. n. 51 / 2024
AIR 1160 del 23 settembre 2024

Il Dott. _____

Dichiara di aver prestato in data _____

All'assistito _____

Domiciliato a _____

Via _____

barrare la casella interessata:

AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

La seguente prestazione:

Data _____ Firma e timbro del medico _____

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data _____ Firma dell'assistito _____



PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO
di cui all' A.C.N. n. 51 / 2024
AIR 1160 del 23 settembre 2024

Il Dott. _____

Dichiara di aver prestato in data _____

All'assistito _____

Domiciliato a _____

Via _____

barrare la casella interessata:

AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

La seguente prestazione:

Data _____ Firma e timbro del medico _____

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data _____ Firma dell'assistito _____