



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

AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

AIR 1160 del 23 settembre 2024

PROSPETTO LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		mese e anno di riferimento	
Di cui all'A.C.N. N.2272 approvato il 23 marzo 2005			
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 COMUNITARI)	05519	
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	

* 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. 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 - all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali - Direzione Area Territoriale - email:convenzioninazionali@ausl.vda.it correlata dalle rispettive SCHEDE 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 _____