



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE D'AOSTA

AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

DGR. N.359 del 18/03/16

SEDE DI _____		MESE E ANNO _____	
c o n t r o f i r m a r e l a g i o r n a t a i n t u r n o	GG.MESE	TURNO 6 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 MEDICO timbro

IL PRESENTE PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE PARTI E CONSEGNATO - ENTRO IL GIORNO 15 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO - ALL'UFFICIO CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI - DELLA DIREZIONE DI AREA TERRITORIALE - ANCHE VIA FAX 0165 544565



AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

DGR N. 359 DEL 18/03/16

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
DGR N. 359 DEL 18/03/16

RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE

Io sottoscritto Dott. _____ cod.regionale _____

in qualità di medico convenzionato di Continuità assistenziale

DICHIARO

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

nel corso del mese di _____.

Data _____

(firma e timbro)

Il prospetto dovrà essere restituito - **entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento** -
all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali della Direzione di Area Territoriale, anche via fax **0165-544565**



AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO

DGR. 359 del 18/03/16

PROSPETTO LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE di cui all'A.C.N. N.2272 approvato il 23 marzo 2005		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 COMUNITARI)	05519	
11)	Visite domiciliari (solo per cittadini COMUNITARI)	05518	
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

*** Eseguita 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 - anche per fax 0165-544565 - 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. 2272 approvato il 23/03/2005 e s.m.i.
art. 5 Accor. Reg.le DGR 929 del 22 aprile 2011

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. 2272 approvato il 23/03/2005 e s.m.i.
art. 5 Accor. Reg.le DGR 929 del 22 aprile 2011

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