



**MEDICO DEL RUOLO UNICO DI
ASSISTENZA PRIMARIA**

(attività oraria diurna feriale nelle Case di
Comunità)

Casa di Comunità _____ MESE E ANNO _____

GG.MESE	ATTIVITA' DIURNA 8-16 "ACN 1/2026" voce 05637	AMBUL. ACCESSO DIRETTO 16-20 "AIR 1160/24" voce 05565
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 A convenzioninazionali@ausl.vda.it)



**MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA**

(attività oraria diurna feriale nelle Case di Comunità)

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	NUMERO	IMPORTO
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**



**MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA**
(attività diurna feriale nelle Case di Comunità)

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



**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)	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	
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 SCHEDE ASSISTITO debitamente compilate e firmate

