

ARRIVO
- 8 FEB. 2016
A.S.U.R. MARCHE
AREA VASTA N° 2 - JESI



GIREN

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
A.O. Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCOI

0024258 | 08/02/2016
ASURAV2 | AFFGEN | A

Al Direttore Area Vasta 2

Al Dirigente U.O.C. Libera Professione e Recupero
Crediti Prestazioni Sanitarie

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa EUSEPIA LAURIA
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
 - determinato
- in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di _____

Sede di Fabriano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDE

per se stesso

per l'équipe, denominata: _____ in qualità di
_____ ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti

dirigenti:

- dr. _____ dr. _____
- dr. _____ dr. _____
- dr. _____ dr. _____

Coordinatore d'Équipe dr. _____

1. l'apertura di un nuovo ambulatorio.
2. la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di _____ già autorizzato.
3. la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
4. l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:

UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Codici prestazione	Descrizione Prestazione	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O
		Onorario Professionista	costi aziendali	personale di supporto se richiesto	oneri personale supporto	6% costituzione fondo aziendale	5% costituzione fondo incentivante	5% costituzione fondo perequativo	Tariffa	Irap 8,5%	arrotondamenti	Totale Tariffa	/VA 22%	Totale fattura
15623	Ecografia tiroidea	36,02	5,94	-	-	1,80	1,80	1,80	47,37	3,06	0,43	50,00	-	50,00
15620	Ecografia collo	36,02	5,94	-	-	1,80	1,80	1,80	47,37	3,06	0,43	50,00	-	50,00
15680	Ecografia della mammella	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00
15730	Ecografia addome superiore	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00
15810	Ecografia addome inferiore	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00
15850	Ecografia addome superiore ed inferiore (addome completo)	55,72	9,19	-	-	2,79	2,79	2,79	73,27	4,74	0,01	78,00	-	78,00
15930	Ecografia cute e sottocutaneo	36,02	5,94	-	-	1,80	1,80	1,80	47,37	3,06	0,43	50,00	-	50,00
15940	Ecografia articolare	36,02	5,94	-	-	1,80	1,80	1,80	47,37	3,06	0,43	50,00	-	50,00
15950	Ecografia muscolo-tendinea	36,02	5,94	-	-	1,80	1,80	1,80	47,37	3,06	0,43	50,00	-	50,00
15980	Ecografia testicolare	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00
15990	Ecografia pelvica transvaginale	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00
16000	Ecografia prostatica transrettale	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00
16710	Ecocolo Doppler testicolare	39,96	6,59	-	-	2,00	2,00	2,00	52,55	3,40	0,06	56,00	-	56,00

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):

RADIOLOGIA III Livello

PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)

(1) il professionista può decidere il proprio onorario (in tal caso la tariffa finale sarà calcolata d'ufficio) ovvero fissare la tariffa finale (in tal caso sarà l'onorario ed essere ricavato d'ufficio).

(2) per esigenze CUP i tempi medi delle prestazioni prenotabili indistintamente in una agenda devono essere multipli tra loro, es: 15, 30,45 oppure 10, 20, 30 e così via.

ORARIO OPERATIVITA' (compilare per le richieste ai punti nn. 1,2,4)

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
									13:30	16:30		

MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

(descrizione) ECOGRAFO

MATERIALI IMPIEGATI (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

Indicare per ogni prestazione, gli eventuali materiali specifici utilizzati (Kit monouso, ferri chirurgici, eventuale necessità di sterilizzazione, farmaci ecc.; non è comunque necessario indicare il materiale di consumo generico di ogni ambulatorio quale garze, telini ecc.)

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'EQUIPE:
(qualora non definite, potranno essere indicate di volta in volta dal coordinatore in sede di liquidazione mensile)

COMUNICAZIONI: il/i richiedente/i con la sottoscrizione prende/ono atto che tutte le comunicazioni inerenti la gestione nel tempo della presente autorizzazione avvengono via posta elettronica. A tale scopo chiede/ono di inviare le e-mail al/ai seguenti indirizzi:

laura.eu.....@virgilio.it

.....@.....

.....@.....

Li, _____

IL PROFESSIONISTA

Anna Eubani

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

Direttore U.O.C. (per richieste di cui ai punti 1,2,4)

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle UU.OO. attesta anche che le medesime prestazioni sono rese erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

Anna Eubani

Direttore di Dipartimento (solo in caso in di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

Direzione Medica di Presidio/ovvero Direzione di Distretto (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)

Dirigente Professioni Sanitarie (solo per richieste di cui ai punti 1,4)