ASP MESSINA

DISTRETTO DI _____ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

DISTINTA DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

(All. D, ACN M.M.G. INT. 29 luglio 2009 e All. B, ACN P.L.S. INT. 29 luglio 2009)

Dott.	Cod. reg.	Mese	Anno	Foglio n.

Giorno	Assistito/a Cognome Nome e Codice Fiscale	Indirizzo completo	Diagnosi	Tipo di prestazione	Importo

PARTE RISERVATA ALL'U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	
Verifica sanitaria sulla distinta presentata, salvo eventuali successivi controlli sugli assistiti. Prestazioni convalidate n._____ per tot. €. _____ Salvo conguaglio e/o successivi recuperi in base ai controlli sugli assistiti. ***Il Medico Funzionario***	Prestazioni convalidate n._____ per tot. €. _____ Salvo conguaglio e/o successivi recuperi in base ai controlli sugli assistiti.

Totale €. _____

Data presentazione _____

Timbro regionale e firma del Medico Convenzionato

N.B. – Nell'impossibilità di effettuare i propri poteri di controllo, per incompletezza e/o illeggibilità dei dati, non si potrà dar corso al pagamento.