

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

S.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale

Direttore dott. Domenico Costantino

Prot. n. 1654/SFT

Reggio Calabria 04/06/2015

Sig. Presidente FEDERFARMA provinciale
Reggio Calabria

Spett.li Farmacie
Labate Marialuisa
Fata Morgana
Comunale Polistenesi
LORO SEDI

Oggetto: Disposizioni per consegna pacchi ricette /mese

Si comunica che la ricezione mensile delle ricette farmaceutiche SSN accompagnate dai relativi documenti contabili avverrà come segue:

- **CONSEGNA:** da giorno 5 a giorno 10 di ogni mese ; qualora il 10° giorno del mese coincida con un giorno festivo, la consegna viene prorogata al giorno seguente non festivo.
- **ORARIO:** Mattina sedi di Reggio e Locri: dalle ore 8:30 alle ore 13:30, da lunedì a venerdì;
Pomeriggio sede di Reggio: dalle ore 14:30 alle ore 17:00, solo martedì e giovedì;
sede di Locri: dalle ore 14:30 alle ore 16:00, solo martedì e giovedì.

Si precisa che, per motivi organizzativi, l'ultimo giorno utile la consegna avverrà **inderogabilmente entro le ore 13:30**, pertanto non potranno essere accettati pacchi consegnati oltre detto termine.

Si dispone inoltre, quanto segue:

Le farmacie devono consegnare mensilmente :

- Un pacco sigillato con nastro adesivo integro, contenente:
 1. Le ricette in regime SSN, comprese CEE, STP, CM e fuori ASL
 2. Una copia del RMDC + una copia del RMDC Cassa Marittima, ove presente, entrambi con allegati.
- Una busta sigillata fuori dal pacco contenente le ricette DPC ordinate secondo la numerazione riportata nella relativa fattura elettronica con copia del dettaglio ricette come da stampa dal sito web- dpc
- Una busta sigillata fuori dal pacco contenente le ricette di Assistenza Integrativa Regionale e relativa copia del riepilogo ; nella stessa busta andranno inserite, con mazzetta a parte, anche le ricette A.I. fuori Regione
- Una copia dell'analitica SSN per singola mazzetta
- Tre copie del RMDC con allegati e tre copie RMDC Cassa Marittima ove presente con allegati
- Autocertificazione per la fatturazione elettronica, secondo lo schema allegato, compilato di tutti gli elementi richiesti (timbro e firma) con documento di identità in corso di validità.

Le eventuali notifiche di mancanza del farmaco stampate da sito webDPC dovranno essere inserite nella relativa mazzetta all'interno del pacco contenente le ricette SSN senza l'utilizzo di graffette/ spille metalliche, nastro adesivo. Si ricorda, inoltre, che le fustelle adesive devono essere apposte correttamente negli spazi riservati (non in verticale o capovolti); le ricette di ossigeno gassoso devono riportare il codice AIC della bombola e l'importo tariffato; le copie dei Piani Terapeutici non dovranno essere allegate alle ricette in quanto l'acquisizione dei gli stessi non e' di competenza del farmacista e che gruppi di ricette fuori dal pacco (DPC e/o A.I.) presentate senza busta sigillata non saranno accettate.

IL FARMACISTA DIRIGENTE
(dott. G. Marrara)

IL DIRETTORE
(dott. Domenico Costantino)

All. 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e s.m.i)

Il/la sottoscritta Dott. _____ nato/a a _____ in data _____ e residente a _____ in qualità di titolare /direttore della farmacia _____ con riferimento alla RIEPILOGO MENSILE DEI DOCUMENTI CONTABILI (RMDC)-mese di _____ presentata in data _____ c/o il Servizio Farmaceutico dell'ASP 5 , **consapevole secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi** , rende e sottoscrive di avere emesso ,trasmesso elettronicamente l'unica fattura DPC e l'unica fattura diabetici riportati in RMDC secondo le modalità previste dalle nuove disposizioni di legge (L. 244 del 24.12.2007, Decreto n. 66 del 24.04.2014 e Circolare del MEF n. 1/DF del 09.03.2015), e che i dati di fatturazione riportati in RMDC/ mese di _____ in allegato sono uguali a quelli trasmessi elettronicamente.

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità.

In fede

TIMBRO E FIRMA FARMACIA

.....

DATA _____