



Giunta Regionale della Campania
Area Generale di Cordinamento
Assistenza Sanitaria
Settore Farmaceutico

Ai Direttori Generali
delle AA.SS.LL. di
NA 1, NA2, Na 3, CE 1 , CE 2
NA 4 - NA 5

LORO SEDI
p.c. Al Presidente di
Federfarma Regionale

Al Presidente Prov.le
Di Federfarma NA e CE

Al Presidente dell' Ordine dei
Farmacisti della Provincia di
Napoli e Caserta

Al Prefetto di Napoli

Oggetto: Autorizzazione al rimborso agli assistiti della spesa sostenuta per i farmaci nel periodo di sospensione dell'assistenza farmaceutica in forma diretta da parte delle farmacie convenzionate, a partire dal 15.1.2007 al 18.02.2007.

Le AA.SS.LL. in indirizzo, nel periodo di sospensione dell'assistenza diretta da parte delle farmacie convenzionate della provincia di Napoli e Caserta sono autorizzate, nelle more dell'approvazione del relativo atto deliberativo, al rimborso del costo dei farmaci prescrittibili a carico del S.S.N. agli assistiti ivi residenti, con le modalità di seguito indicate.

La ricetta medica SSN deve essere provvista di fustello, prescrizione, timbro, firma del medico, data di spedizione e timbro della farmacia che ha spedito.

Alla ricetta deve essere allegato lo scontrino fiscale a testimonianza dell'avvenuto pagamento.

La richiesta di rimborso, come da fac-simile allegato, deve essere inviata al Servizio Farmaceutico della ASL di appartenenza dell'assistito.

Il rimborso sarà effettuato a cura della ASL di appartenenza dell'assistito entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda.

In merito si evidenzia che sul BURC n. 03 del 19.01.2004 è stata pubblicata la DGRC n.3731 del 19.12.2003 avente per oggetto "DPR 371 dell'8.7.1998 art. 16 Accordo Regionale - Elenco di medicinali di fascia A da erogare in caso di sciopero delle farmacie convenzionate".

Si confida nella puntuale osservanza delle disposizioni impartite.

La Dirigente del Settore
D.ssa Margherita De Florio

Il Dirigente ACG Assistenza Sanitaria
Dr. Antonio Gambacorta

La Dirigente del Servizio
D.ssa Lucilla Palmieri

La Responsabile del procedimento
D.ssa Anna Pisani

MODELLO ALLEGATO ALLA CIRCOLARE 36925 del 15/01/2007

AL DIRETTORE GENERALE

DELLA ASL _____

Oggetto: Rimborso del costo dei medicinali acquistati dall'assistito nel periodo di sospensione dell'assistenza farmaceutica in forma diretta

Il sottoscritto _____

Nato il, _____ a _____

Residente in _____

alla via _____

Codice fiscale n. _____

Codice assistito _____

(Medico di Medicina Generale - Pediatra Libera Scelta) _____

CHIEDE

Il rimborso del costo dei medicinali acquistati, dal sottoscritto nel periodo di sospensione dell'assistenza farmaceutica in forma diretta

Data _____

L'assistito

Si allega: