

_____, li _____

Spett.le
FARMALUCCA
Associazione Proprietari di Farmacia
Prov. Lucca
Via di Tiglio, 1893 S. Filippo LU

Il/La sottoscritto/a _____

- Titolare della Farmacia _____
- Legale rappresentante della Farmacia _____
- Legale Rappresentante della società _____

gestrice ai sensi di Legge, della farmacia _____

Cod. Reg.le _____ P.Iva _____

Cod.Fiscale _____

sita in _____

Via/Piazza _____ n° _____

Loc. _____ Comune _____ Prov. _____

informato/a delle caratteristiche del nuovo servizio di tariffazione ricette farmaceutiche (sotto riportate) che sarà svolto in proprio dall'Associazione, con la presente dichiara di aderire allo stesso, a partire dalle ricette del mese di _____

RIASSUNTO CARATTERISTICHE SERVIZIO TARIFFAZIONE RICETTE SSN

Il servizio si articola nelle seguenti fasi:

- a) Ritiro ricette presso le farmacie quattro volte al mese, previa comunicazione telefonica;
- b) controllo deontologico, tecnico e contabilizzazione delle ricette secondo le disposizioni della Convenzione nazionale, degli accordi Regionali e o locali (distribuzione per conto della ASL);

- c) elaborazione e stampa delle distinte contabili riepilogative mensili e relativa consegna alle ASL nei termini stabiliti;
- d) elaborazione e stampa distinte contabili e emissione fatture ricette DPC e relativa consegna alla ASL nei termini stabiliti;
- e) elaborazione ed invio telematico alla ASL e alla struttura associata preposta dei dati, a norma della vigente convenzione (art.8, comma 3, DPR n. 371/1998);
- f) elaborazione di statistiche e graduatorie relative alle prescrizioni farmaceutiche per singola farmacia e relativo valore;
- g) totale copertura assicurativa per le ricette, al netto di ticket ed IVA, dal momento in cui il farmacista consegna il farmaco e timbra la ricetta, fino alla loro definitiva consegna alla ASL,
- h) consulenza telefonica alla farmacia relativa a tutte le norme sulla spedizione di farmaci e relativo archivio e interventi e consulenza per integrativa e DPC;
- i) corrispondenza con la ASL di competenza per eventuali controlli contabili;
- l) responsabilità su errori contabili e tecnico amministrativi a carico dell'Associazione (data, timbro, firma, note, formalità varie, ecc.)

Il costo per il servizio sopra indicato è pari a: € _____

Farmacia	Sola Contabilità	Controllo prescritto / esitato	Costo ricetta tariffazione completa
Rurale sussidiata con fatturato SSN inferiore a 450.000,00 euro	0,045	0,025	0,070 euro
Rurale sussidiata con fatturato superiore a 450.000,00 euro	0,060	0,040	0,100 euro
Urbana e Rurale	0,060	0,040	0,100 euro

In fede

PER ACCETTAZIONE DEL SERVIZIO

(firma e timbro farmacia)