



Da "asnapoli1centro@pec.aslna1centro.it" <asnapoli1centro@pec.aslna1centro.it>
 A "farmaceutica.convenzionata@pec.aslna1centro.it"
 <farmaceutica.convenzionata@pec.aslna1centro.it>
 Data lunedì 16 ottobre 2017 - 11:47

**Documento assegnato Prot.0067605/2017 del 17/10/2017 11:07:36 Class: DFCON -
 DG - Fwd: POSTA CERTIFICATA: Falsificazione ricette**

Allegato(i)

Message.txt (453 Kb)

A.S.L. NAPOLI CENTRO U.O.C.C. Farmaceutica Convenzionata
17 OTT 2017
Prot. <i>640</i> del

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a large '8' and some illegible text.

Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord
costituita ex art. 2, comma 1, lettera a) della L.R. n. 16 del 28 novembre 2008
Sede: Via M. Lupoli n.27 - 80027 FRATTAMAGGIORE (NA)
P.I. 06321661214 - C.F. 96024110635

U.O.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE E LOGISTICA
Via F. Turati, n.14-Frattaminore(NA)
081-18840329

Agli Assessorati Regionali alla Sanità
Agli Assessorati alla Sanità delle Province
Autonome di Trento e Bolzano
Ai Direttori Generali delle ASL -
Regione Campania
Agli Ordini Provinciali dei Farmacisti delle Province di:
NA-CE-SA-BN-AV
Al Comando Carabinieri per la tutela della salute NAS di Napoli
Ai Titolari delle Farmacie dell'ASL NA2 Nord

Loro Sedi

Oggetto: **Falsificazione ricette SSN e timbro.**

Per gli interventi di competenza, si trasmette in allegato:

1. Copia falsificazione di n. 2 ricette SSN, riportanti firma e timbro falso del **Dr. ANGELINO ANTIMO**, Medico di Continuità Assistenziale del Ds n. 41 - Grumo-Nevano(NA);

Si precisa che la documentazione probatoria è acquisita agli atti di questa UOC.

Pertanto, in caso di spedizione dei suddetti documenti, l'importo relativo non sarà da considerarsi a carico dell'Ente erogatore dell'assistenza.

I Titolari di farmacia in indirizzo, segnaleranno tempestivamente il reperimento delle prescrizioni, stralciandole dal ciclo di elaborazione.

Il Direttore
(Dr. Mariano FUSCO)

Dr. M. Fusco

Allegati-2



Frattaminore(NA) 12/10/2017

FEMIANO ROBERTO
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
VIA CORSO CARLO (PRIMO LEONE)
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



15016 40078822055



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE CAMPANIA

F M N R R T 6 6 R 4 3 F 8 3 9 V
CODICE FISCALE

(Vedi eccezioni sul retro)
N E 0 2 R NA 2 0 5
NON ESENTE CODICE ESESIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE SIGLA PROVINCIA - CODICE ASL

PRESCRIZIONE
Solifenidil Dookeo 50 mg 60 cl
Meresimol 1200 mg 60 cp

(Barra se non utilizzato)
SUGG. RICOV. ALTRO
U B D P
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE

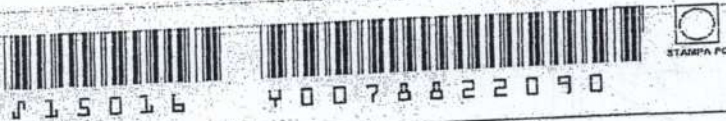
ASL NA 2 NORD U.S. 45
Dr. ANTIMO ANGELINO
Cod. NA28167

2 TIPO DI RICETTA DATA 15 09 17
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIPO DI STRUTTURA CROGATE
NUMERO PROCESSO
SPORT
TICKET
SUGGER. DIC. GEN. ALTRO

FEMIANO HAZZI
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

Corso Lazzaro
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



15016

40078822090

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE CAMPANIA

FMNMRAG4F50F839R
CODICE FISCALE

(vedi avvertenze sul retro)
N NON ESENTE
G02 CODICE ESEZIONE
R REDDITO
FIRMA AUTOCERTIFICANTE

UA205
SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

(Barrare se non utilizzato)

NOTE grid with diagonal lines

Priority selection grid: S (SUOG.), H (RICOV.), U (U), B (B), D (D), P (P)

PRESCRIZIONE

Mesoremed 1200 mg 60 lpi

1
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

170917
DATA

Grid for CODICE and NUMERO

Grid for CODICE and NUMERO

Grid for CODICE and NUMERO

Grid for CODICE and NUMERO

Grid for CODICE and NUMERO

Grid for CODICE and NUMERO

ASL NA 2 NORD D.S. 45
Dr. ANTONIO ANGELINO
200 NA26787
TELEFONO DELLA STRUTTURA

NOVA PHARMA s.r.l.
Piazza della Repubblica, 42 - Sant'Antonio (NA)

180917
DATA SPEDIZIONE / TIPO DI STRUTTURA EROGANTE

P.I.: 07566884210
NUMERO TELEFONO ABL 2448

Grid for IMPENZI, TICKET, and SALER DEL CHIEV. ALTRO