فرم ثبت درخواست داروخانه خاص و منتخب

نام داروخانه :..... نام و نام خانوادگی موسس :..... کد ملی موسس : .....

نوع داروخانه : نیمه وقت ☐ روزانه ☐ شبانه روزی

مسئولین فنی : .....

شماره صدور پروانه تاسیس: ..... تاریخ صدور پروانه تاسیس :.....

آدرس : نام شهرستان : ..... خیابان اصلی : ..... خیابان فرعی : ..... کوچه : .....

کد پستی: ..... شماره تلفن ثابت :..... شماره همراه :.....

همکاری با سازمانهای بیمه گر پایه :

تامین اجتماعی ☐ سلامت ☐ خدمات درمانی نیروهای مسلح ☐

علت عدم همکاری : .....

دسته مورد تقضا:

1- داروهای مورد استفاده در شیمی درمانی ☐
2- داروهای مورد استفاده در بیماران خاص ☐
3- داروهای تحت کنترل (گروه داروهای خانواده متیل فندیت ، دکس آمفتامین) ☐
4- داروهای بیمارستانی ☐
5- داروهای تحت کنترل (گروه خانواده داروی اکسی کدون ، شیاف مرفین) ☐
6- داروهای دارای برنامه توزیع ☐

ضمنا ذکر موارد ذیل برای آگاهی متقاضیان الزامی بوده و قبل از ثبت درخواست می بایست مورد توجه قرار گیرد :

- با توجه به اینکه اکثر داروهای موضوع این نامه ،گران قیمت می باشند متقاضی بایستی از تمکن مالی برای تحمل خواب سرمایی ناشی از عرضه اینگونه داروها باشد.
- روند بازپرداخت مطالبات ناشی از عرضه این داروها از سازمانهای بیمه گر ، مطابق با سایر داروها خواهد بود.

- مهلت پرداخت هزینه صورتحساب اینگونه داروها توسط شرکتهای =خش دارویی ، تابع نوع دارو و زمان توزیع بوده و توسط شرکت پخش ذیربط صورت می گیرد.
- پس از قبول تقاضای متقاضیان و تدوین فهرست داروخانه ها ، داروخانه های مدنظر برای توزیع هر دارو بسته به نوع دارو و سطح دسترسی مورد نیاز ، توسط واحد نظارت بر فراورده های دارویی معاونت غذا و دارو به شرکت اعلام می گردد.

مراحل تدوین فهرست داروخانه های منتخب و خاص به شرح ذیل می باشد :

- ارسال فرم صفحه اول همین نامه و تکمیل درخواست بصورت کتبی و ثبت در دبیرخانه معاونت غذا و دارو
- احراز صلاحیت داروخانه از طریق :

*تائید واحد فنی و نظارت بر فرآورده های دارویی

* تائید سازمانهای بیمه گر پایه (تامین اجتماعی ، سلامت و خدمات درمانی نیروهای مسلح)

* عدم داشتن سابقه بدحسابی با شرکتهای پخش دارویی

* تائید انجمن داروسازان

*همکاری با واحد کمبودهای دارویی دانشگاه

لذا خواهشمند است موسسین محترم داروخانه هایی که خود را مشمول شرایط پیشگفت دانسته و متقاضی انتخاب بعنوان داروخانه منتخب یا خاص می باشند ، تقاضای خود را بصورت خوانا تکمیل و پس از مهر و امضا تحویل تا اسکن و ثبت دبیرخانه معاونت غذا و دارو گردد .

توضیح : لازم به ذکر است در صورت بالا بودن تعداد متقاضیان ، ضمن کاهش و تفکیک دسته های موردتقاضا ، اولویت با داروخانه های دریافت کننده امتیاز ارزشیابی و با عملکرد مطلوب از نظر واحد فنی و نظارت ، سازمانهای بیمه گر و عدم بدحسابی با شرکتهای دارویی و همکاری با واحد کمبود دارویی دانشگاه می باشد .

نام و نام خانواد گی موسس

مهر و امضا