

Procedura postępowania w roku 2004 w sprawie udzielania przez Filie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pomocy w ramach projektu „Apteka Komunalna”

I. Organizacja pomocy na rzecz klienta

1. Osoby kwalifikujące się do przyznania zasiłku celowego i specjalnego zasiłku celowego zgłaszają się z receptą do wyznaczonej Apteki w celu sporządzenia specyfikacji cenowej przepisanych leków.
2. Po dokonaniu wyceny recepty, zgłaszają się do właściwego terytorialnie terenowego pracownika socjalnego aby otrzymać zlecenie na pokrycie kosztów leków.
 - A. Osobom aktualnie korzystającym z pomocy świadczonej przez Filie MOPS lub u których wywiad środowiskowy przeprowadzony był nie wcześniej w ciągu 6 miesięcy od daty ubiegania się o pomoc, zlecenie wydawane jest w chwili zgłoszenia się do pracownika socjalnego;
 - B. Wydanie zlecenia osobom nie spełniającym wymogu określonego w punkcie A musi być poprzedzone wywiadem środowiskowym (przeprowadzonym w danym dniu lub dniu następnym), stanowiącym podstawę do podjęcia decyzji o zakwalifikowaniu do tej formy pomocy. Pozytywna decyzja skutkuje wydaniem zlecenia na pokrycie przez Filie MOPS kosztów leków.
3. Zlecenia wystawiane są w 2 egzemplarzach – oryginał przekazywany jest wnioskodawcy, natomiast kopia zawierająca własnoręczny podpis wnioskodawcy, potwierdzający fakt otrzymania zlecenia pozostaje do dyspozycji Filii MOPS. Wzór zlecenia zał. Nr 1 do *Procedury*.
4. Apteka wydaje leki w na podstawie przedstawionego przez wnioskodawcę oryginału zlecenia oraz recepty, której ono dotyczy.

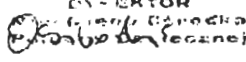
II. Obieg dokumentów w Filiach MOPS

1. W terminie 3 dni od daty wydania zlecenia na zakup leków pracownicy socjalni przekazują do Oddziału Obsługi Świadczeń danej Filii kopie tego dokumentu (na ich podstawie sporządzana jest lista osób, którym przyznano pomoc na zakup leków, niezbędna do kontroli i potwierdzenia specyfikacji zleceń wystawionych przez Aptekę) a także wywiady środowiskowe stanowiące podstawę do udzielenia pomocy.

2. Po otrzymaniu wystawionej przez Aptekę specyfikacji wydanych leków potwierdzającej fakt realizacji wystawionych zleceń, Filie MOPS wydają decyzje administracyjne w poszczególnych sprawach, dotyczące przyznania pomocy.
3. Zweryfikowane specyfikacje wydanych przez Aptekę leków (porównanie specyfikacji z wydanymi zleceniami) Filie MOPS przekazują Filii Łódź-Śródmieście w celu dokonania zapłaty całościowej za zrealizowane recepty, zgodnie z § 5 pkt. 2 zawartej umowy.

III. Pozostałe warunki realizacji programu „Apteka komunalna”

1. Każda z Filii MOPS prowadzi własny miesięczny wykaz zleceń i czuwa nad dystrybucją przyznanych na ten cel środków.
2. Dopuszcza się przemieszczanie środków między Filiami za zgodą MOPS.
3. Za dostarczenie wykazu leków, których koszty będą pokrywane przez MOPS lekarzom pierwszego kontaktu odpowiada Wydział Zdrowia Publicznego.
4. Wydawanie leków odhdywać się będzie do dnia 17 grudnia 2004 r. Po tym okresie recepty nie będą realizowane w programie „Apteka komunalna”.
5. W nieprzekraczalnym terminie do dnia 22 grudnia br. Filie MOPS powinny dokonać akceptacji specyfikacji wydanych zleceń wystawionej przez Aptekę. Termin ten nie może być przekroczony z uwagi na zakończenie roku budżetowego.

DYREKTOR
Zdrowia Publicznego

mgr Paweł Gulhorski

Łódź, dnia

.....
Pieczętka Filii MOPS

Apteka

ul.

..... - Łódź

Zlecenie

na pokrycie kosztów leków zgodnie z załącznikiem nr

do umowy z dnia

Prosimy o wydanie leków

na kwotę zł., słownie złotych

Pani/Panu zam. Łódź, ul.

zgodnie z oszacowanymi przez Was kosztami na receptę z dnia

Zlecenie ważne jest przez 14 dni od daty wydania. Niezrealizowanie recepty w tym terminie będzie stanowiło podstawę do wydania decyzji odmawiającej przyznania pomocy na ten cel.

.....
Pokwitowanie odbioru

.....
Pieczętka i podpis pracownika socjalnego

Łódź, dnia

.....
Pieczętka Filii MOPS

Apteka

ul.

..... - Łódź

Zlecenie

na pokrycie kosztów leków zgodnie z załącznikiem nr

do umowy z dnia

Prosimy o wydanie leków

na kwotę zł., słownie złotych

Pani/Panu zam. Łódź, ul.

zgodnie z oszacowanymi przez Was kosztami na receptę z dnia

Zlecenie ważne jest przez 14 dni od daty wydania. Niezrealizowanie recepty w tym terminie będzie stanowiło podstawę do wydania decyzji odmawiającej przyznania pomocy na ten cel.

.....
Pokwitowanie odbioru

.....
Pieczętka i podpis pracownika socjalnego

PAKIET ASORTYMENTOWY
LISTA LEKÓW OFEROWANYCH PRZEZ APTEKĘ KOMUNALNĄ
FINANSOWANYCH PRZEZ MOPS
(WG ATC)

Lp.	Symbol ATC	Nazwa międzynarodowa	Wielkość opakowania	Przewidywana ilość opakowań	Cena netto zł	Cena brutto zł	VAT%	Wartość netto zł	Wartość brutto zł
1.	A 02 BC	OMEPRAZOL Tabletki 20 mg	14 kapsulek	200					
2	A 07 AD	SULFASALAZYNA Tabletki 500mg	50 tabletek	50					
3.	A 07 AA	NYSTATYNA Drażetki 500 000 jedn.	16 drażetek	100					
		NYSTATYNA Granulat – flakon	24 ml	100					
4.	A 07 FA	LAKCID Liofilizat – fiołki	10 ampulek	150					
5.	A 10 AD	Insulina ludzka o pośrednim działaniu w połączeniu z krótko działającą GENSULIN M-30, M-50, N, R 5 wkładów po 3 ml	100 jedn./ml	600					
6.	A 10 BA	Biguanidy METFORMINA Tabletki 500mg	30 tabletek	600					
		Biguanidy METFORMINA Tabletki 850mg	30 tabletek	600					
7.	A 10 BB	GLIBENCLAMID – EUCLAMIN Tabletki 5mg	60 tabletek	300					
8.	A 10 BB	Gliklazyd DIABEZIDUM NORSULIN Tabletki 80 mg	60 tabletek	200					
		Gliklazyd DIABEZIDUM NORSULIN Tabletki MR	60 tabletek	200					

	A 11 CC	KALCYFEDIOL Kapsulki 0,02	30 tabletek	200					
		KALCYFEDIOL Kapsulki 0,05	30 tabletek	200					
10.	B 01 AA	ACENOKUMAROL Tabletki 4mg	60 tabletek	200					
11.	B 01 AB	Heparyna drobnocząstkowa: ENOKSAPARYNA, CLEXAN Ampulki 20mg/0,2ml	2 ampulko- strzykawki	800					
		NADROPARYNA, FRAXIPARINE Ampulki 0,3ml/2850 jedn		800					
12.	C 01 AA	Metylodigoksyna MEDIGOX Tabletki 0,1mg	30 tabletek	300					
13.	C 01 BD	AMIODARON Tabletki 200mg	30 tabletek	200					
14.	C 01 DA	TRIAZOTAN GLICEROLU Acrozol 0,4mg/dawkę	200 dawek	200					
		TRIAZOTAN GLICEROLU Tabletki podjęzykowe 0,5mg	20 tabletek	200					
		TRIAZOTAN GLICEROLU Tabletki o przedłużonym działaniu 6,4mg	30 tabletek	400					
		TRIAZOTAN GLICEROLU Tabletki o przedłużonym działaniu 15mg		400					
15.	C 02 DB	DIHYDRALAZINUM Tabletki 25mg	30 tabletek	100					
16.	C 02 AB	METHYLDOPA Tabletki 250mg	50 tabletek	100					
17.	C 03 AA	HYDROCHLOROTHIAZyd Tabletki 12,5mg	30 tabletek	200					
		HYDROCHLOROTHIAZyd Tabletki 25mg	30 tabletek	200					
18.	C 03 AC	FUROSEMID Tabletki 40mg	30 tabletek	200					

	C 03 DA	SPIRONOLAKTON Tabletki 25mg	20 tabletek	150					
		SPIRONOLAKTON Tabletki 100mg	20 tabletek	150					
20.	C 04 AD	PENTOKSYFILINA Tabletki 400mg	20 tabletek	200					
21.	C 07 AA	PROPRANOLOL Tabletki 10mg	50 tabletek	300					
		PROPRANOLOL Tabletki 40mg		300					
22.	C 07 AB	METOPROLOL Tabletki 50mg	30 tabletek	300					
		METOPROLOL Tabletki 100mg		300					
		METOPROLOL Tabletki 200mg		600					
23.	C 08 CA	AMLODYPINA Tabletki 5mg	30 tabletek	300					
		AMLODYPINA Tabletki 10mg		300					
24.	C 08 CC	VERAPAMIL Tabletki 40mg	40 tabletek	300					
		VERAPAMIL Tabletki 80mg		300					
		VERAPAMIL Tabletki SR 120mg		200					
25.	C 09 AA	CAPTOPRIL Tabletki 12,5mg	30 tabletek	500					
		CAPTOPRIL Tabletki 25mg		500					
		CAPTOPRIL Tabletki 50mg		500					
26.	C 09 AA	ENALAPRIL Tabletki 5mg	30 tabletek	500					
		ENALAPRIL Tabletki 10mg		500					
		ENALAPRIL Tabletki 20mg		500					
27.	C 09 CA	LOSARTAN, XARTAN Tabletki 50mg	30 tabletek	50					

	C 10 AA	SIMWASTATYNA Tabletki 10mg	30 tabletek	50					
		SIMWASTATYNA Tabletki 20mg		50					
		SIMWASTATYNA Tabletki 40mg		50					
29	J 01 AA	DOKSYCYLINA Tabletki 100mg	10 tabletek	200					
30.	J 01 CA	AMOKSYCYCLINA Tabletki 250mg	15 kapsulek	200					
		AMOKSYCYCLINA Tabletki 500mg	16 kapsulek	200					
		AMOKSYCYCLINA Granulat 125mg	10 saszetek	200					
		AMOKSYCYCLINA Granulat 250mg	Butelka 60ml	200					
		AMOKSYCYCLINA Granulat 500mg	16 saszetek	200					
31.	J 01 CR	AMOKSYCYCLINA z inhibitorem enzymu Tabletki 375mg	21 tabletek	150					
		AMOKSYCYCLINA z inhibitorem enzymu Tabletki 625mg	14 tabletek	150					
		AMOKSYCYCLINA z inhibitorem enzymu Proszek 156mg/5ml		150					
		AMOKSYCYCLINA z inhibitorem enzymu Proszek 312mg/5ml		150					
32.	J 01 CE	FENOKSYMETYLPENICYLINA Tabletki 0,5 mln/jedn.	12 tabletek	200					
		FENOKSYMETYLPENICYLINA Zawiesina 0,75 mln/5ml	60 ml	200					
		FENOKSYMETYLPENICYLINA Zawiesina 0,4 mln/5ml		200					

	J 01 DA	CEFUROKSYM Tabletki 250mg	10 tabletek	150					
		CEFUROKSYM Tabletki 500mg		150					
		CEFUROKSYM Zawiesina 125mg	10 saszonek	150					
		CEFUROKSYM Zawiesina 125mg	Butelka 50ml	150					
34.	J 01 FA	ERYTROMYCINA Tabletki 200mg	16 tabletek	150					
		ERYTROMYCINA Granulat 0,025/ml	60ml	150					
35.	J 01 MA	CIPROFLOKSACYNA Tabletki 250mg	10 tabletek	100					
		CIPROFLOKSACYNA Tabletki 500mg		100					
36.	J 01 XD	METRONIDAZOLE Tabletki 250mg	20 tabletek	200					
		METRONIDAZOLE Tabletki dopochwowe 500mg	10 tabletek	200					
37.	J 07	Szczepionki przeciw grypie Ampulkostrzykawka 0,5 ml	1 sztuka	200					
38.	M 01 AB	DICLOFENAC Tabletki 50mg	20 tabletek	100					
		DICLOFENAC Tabletki 75mg		100					
		DICLOFENAC Tabletki 150mg		100					
		DICLOFENAC Czopki 50mg	10 czopków	100					
		DICLOFENAC Czopki 100mg		100					
39.	P 03 AX	BENZOESAN BENZYLU NOVOSCABIN Płyn 0,3g/150	-	100					

	R 03 AC	Selektywni agonści β -2 receptora: FENOTEROL Aerozol 0,1mg/dawka	200 dawek	300				
		SALMETEROL Aerozol 0,025mg/dawka	60 dawek	300				
		FORMATEROL Kapsułki 0,012mg – proszek do inhalacji	60 kapsulek	600				
		SALBUTAMOL Aerozol 0,1mg/dawka	400 dawek	600				
41.	R 03 BA	Glikokortykosteroidy: BEKLOMETAZON Aerozol 0,25mg/dawka	200 dawek	600				
		Glikokortykosteroidy: BEKLOMETAZON Aerozol 0,5mg/dawka		600				
		BUDEZONID Aerozol 0,05mg/dawka		600				
		BUDEZONID Aerozol 0,2mg/dawka		600				
		FLUTIKAZON Aerozol 0,05mg/dawka	120 dawek	600				
		FLUTIKAZON Aerozol 0,25mg/dawka		600				
42.	R 03 DA	TEOFILINA Tabletki 100mg	30 tabletek	600				
		TEOFILINA Tabletki 250mg	20 tabletek	600				
		TEOFILINA Tabletki 300mg	50 tabletek	600				
43.	R 06 AA	KLEMASTYNA Tabletki 1mg	30 tabletek	200				
		KLEMASTYNA Syrup 0,1mg/1ml	100ml	200				
44.	V 06 DF	Mieszanki mlekozastępcze: HUMANA SL Torebka	650g	600				
		HUMANA MCT Torebka	350g	600				

45.	V 02 AA	Opatrunki hydrokoloidowe: HYDROKOLOID – GRANUFLEX 10x10	1 sztuka	300					
		Opatrunki hydrokoloidowe: HYDROKOLOID – GRANUFLEX 15x15		400					
		Opatrunki hydrokoloidowe: HYDROKOLOID – GRANUFLEX 20x20		300					
46.		Testy do wykrywania narkotyków w moczu Zestaw pasków	4 sztuki	85					
Razem									

Wartość netto wynosi zł

plus podatek Vat zł.

razem wartość brutto wynosi zł.

wartość brutto słownie złotych

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do podpisania oferty