



بسمه تعالی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی استان اصفهان
قرارداد همکاری با داروخانه ها

تاریخ

شماره

1- طرفین قرارداد:

این قرارداد فی مابین آقای/خانم دکتر موسس داروخانه با مشخصات زیر که از این پس در این قرارداد داروخانه نامیده می شود از یکطرف و دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان اصفهان به نمایندگی از سازمان تامین اجتماعی که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود منعقد می گردد .

نام داروخانه : تاریخ تاسیس :

مشخصات موسس :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : کد ملی :
آخرین مدرک تحصیلی : تاریخ دریافت آن : نام دانشگاه محل تحصیل :

ساعات فعالیت: صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت شبانه روزی

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر :

تامین اجتماعی : نیروهای مسلح : خدمات درمانی : کمیته امداد : سایر :
نوع مالکیت داروخانه : خصوصی : دولتی : نظامی : خیریه : سایر :

ردیف	آدرس	شهرستان	شهر	روستا	خیابان اصلی	خیابان فرعی	کوچه	پلاک	تلفن
1	داروخانه								
2	منزل								

دورنگار:

تلفن همراه :

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : ساعات حضور :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : ساعات حضور :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : ساعات حضور :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : ساعات حضور :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر و امضاء :

2- موضوع قرارداد :

ارائه خدمات داروئی توسط داروخانه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تامین اجتماعی و قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر قوانین موضوعه که کلیات آن به پیوست قرارداد می باشد .

3- تعهدات داروخانه :

- 3-الف) داروخانه موظف به ارائه خدمات داروئی حسب ضوابط و مقررات سازمان و قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سایر قوانین موضوعه ، مرتبط با شرح وظایف داروسازان مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، در حضور مسئول فنی معرفی شده به سازمان به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی صاحب دفترچه درمانی معتبر با رعایت تعرفه ها و فرانشیز مصوب و اعلامی سازمان میباشد .
- تبصره 1 : در صورت عدم حضور مسئول فنی معرفی شده در مواقع ضروری و اضطراری ، قوانین و مقررات مربوط به داروساز جانشین قابل قبول است .
- 3-ب) داروخانه موظف به محاسبه بهای دارو براساس فاکتور معتبر صادره از شرکتهای پخش داروئی مورد تأیید وزارت بهداشت ، درمان آموزش پزشکی و رعایت کلیه تعرفه های داروئی و فرانشیز مصوب هیات محترم وزیران براساس مواد 8 و 9 قانون بیمه همگانی می باشد .
- تبصره 1: در صورت تغییر قیمت دارو ، تاریخ ابلاغ آن از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ملاک عمل خواهد بود .
- تبصره 2: در صورت چند نرخی بودن یک دارو در بازار داروئی ، حداقل قیمت آن ملاک عمل خواهد بود .
- 3-ج) حق فنی مسئول فنی داروخانه به عهده بیمه شدگان میباشد و باید حسب آخرین مصوبه قانونی محاسبه و دریافت گردد .
- 3-د) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرائی و ابلاغی سازمان تامین اجتماعی ، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی و آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته ، مصوب هیات محترم وزیران الزامی است و داروخانه میبایستی کلیه دستورالعمل های اجرائی و ابلاغی (قبل و بعد از انعقاد قرارداد) را در چارچوب قرارداد فی مابین رعایت نماید .
- 3-ه) اعلام کتبی هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی به سازمان .
- 3-و) اعلام کتبی تغییر ساعت فعالیت ، شیفت کاری ، تغییر اطلاعات مندرج در فرم قرارداد و تعطیلی موقت یا دائم حداکثر ظرف 2 هفته به سازمان .
- 3-ز) اعلام کتبی هرگونه تغییر آدرس به سازمان که در اینصورت سازمان در خصوص ادامه همکاری با داروخانه مختار می باشد .
- 3-ح) داروخانه موظف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی را تا میزان سقف اعلامی از سوی سازمان ، از نهم تا پانزدهم ماه بعد بشکل دیسکت به سازمان تسلیم نماید . در صورت عدم تحویل صورتحسابها در موعد مقرر داروخانه باید صورتحساب مربوطه را در موعد مقرر ماه آینده تسلیم نماید و مسئولیت تاخیر پرداخت در این موارد بعهد داروخانه خواهد بود و در صورت تکرار تاخیر در ارسال صورتحسابها بیش از دو بار در طول مدت قرارداد تصمیم گیری در خصوص ادامه قرارداد بعهد سازمان می باشد .
- 3-ط) رعایت همکاری با نمایندگان سازمان در چارچوب این قرارداد و در محیطی صمیمانه از سوی طرفین قرارداد الزامی است و در صورت عدم همکاری ، سازمان مخیر به تجدید نظر در رابطه با ادامه قرارداد خواهد بود .
- 3-ی) در صورت محرز شدن هرگونه تخلف از مفاد قرارداد تنظیمی ، سازمان طبق نظر کارشناسان ذربط یا مراجع علمی داخل یا خارج سازمان مخیر به تجدید نظر در رابطه با ادامه قرارداد خواهد بود و می تواند براساس ماده 97 قانون تامین اجتماعی عمل نماید .

4- تعهدات سازمان :

- 4-الف) سازمان متعهد میشود وجه صورتحساب ارسالی داروخانه را براساس آئین نامه اجرائی قانون بیمه همگانی پس از رسیدگی مدارک بحساب داروخانه واریز نماید و چنانچه در اثر اشتباه محاسبه ، مبالغ کمتر یا بیشتر بحساب داروخانه منظور گردد ، پس از بررسی مجدد نسبت به پرداخت مبلغ کسری و یا کسر مبلغ اضافی اقدام نماید .
- 4-ب) سازمان متعهد میشود پس از رسیدگی و پرداخت نسخ ارسالی مبالغ قابل پرداخت و میزان کسورات اعمال شده را به داروخانه کتبا اعلام نماید و چنانچه داروخانه به وجوه واریزی و یا کسورات اعمال شده اعتراضی داشته باشد ، باید مراتب را کتبا حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع سازمان برساند و در صورت لزوم اسناد مجددا با حضور داروخانه کارشناسی شده و در صورت صحت اعتراض مطالبات مربوطه به داروخانه مسترد می گردد . پس از انقضای مدت یاد شده سازمان تعهدی جهت رسیدگی به اعتراض بعمل آمده را ندارد .
- 4-ج) سازمان متعهد میشود چنانچه مبلغ درخواستی داروخانه کمتر از مبلغ اسناد رسیدگی شده باشد نسبت به محاسبه و واریز مبلغ محاسبه شده واقعی بحساب داروخانه اقدام نماید .
- 4-د) سازمان متعهد میشود هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب ، لیست داروهای مورد تعهد سازمان و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان را به اطلاع داروخانه برساند .

5- مدت قرارداد :

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ بمدت یکسال شمسی میباشد و در صورتیکه ظرف یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند قرارداد هرساله خود به خود تمدید می گردد و در صورتی که طرفین قرارداد قبل از پایان قرارداد ، مایل به ادامه همکاری نباشند می توانند قرارداد فی مابین را بطور یکجانبه فسخ نمایند و این مورد بایستی حداقل یکماه قبل کتبا به اطلاع طرف مقابل رسانده شود . این قرارداد در 5 ماده و 14 بند و 3 تبصره و 1 پیوست در دو نسخه تنظیم که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد .

نام و امضاء نماینده مجاز سازمان

نام و نام خانوادگی موسس داروخانه

نمونه امضاء

نمونه مهر داروخانه