3.pielikums

Procesam P-13 “Kompensējamo zāļu sarakstu veidošana, uzturēšana un resursu kontrole”

**Iesniegums**

**zāļu kompensācijas nosacījumu pārskatīšanai**

|  |
| --- |
| **Iesniedzējs:** Zāļu reģistrācijas apliecības īpašnieks (turētājs) Pilnvarots pārstāvis |
| Juridiskās personas nosaukums:Reģistrācijas Nr.: |
| Adrese: | Tālrunis:E-pasts: |
| Iesnieguma Iesniedzēja vārds, uzvārds:Amats:  | Tālrunis:E-pasts: |
| **Maksātājs** (adrese)**:** |
| Norēķinu rekvizīti: |

#### Lūdzam noteikt šādus kompensācijas nosacījumus zālēm:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zāļu vispārīgaisnosaukums (aktīvā viela) | **Zāļu nosaukums** | Zāļu forma |
|  |  |  |
| Diagnozes kods pēcSSK-10(3 zīmes) | Diagnoze | Pacientu mērķa grupa(-as) diagnozes ietvaros (pamatojoties uz salīdzinošu klīnisko pētījumu rezultātiem) |
|  |  |  |

**Iesniegumam pievienojamā informācija:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Zāļu valsts aģentūras atzinums, kas pierāda pamatotību kompensācijas nosacījumu pārskatīšanai vai zāļu iekļaušanai citā sarakstā; |  |
| 2. Sagaidāmā kompensācijai piešķirto līdzekļu patēriņa aprēķins, ietverot salīdzinošo terapiju, pacientu mērķa grupas un pacientu skaitu, kā arī aprēķins par iespējamo kompensācijas kārtībā Latvijā pārdodamo zāļu apjomu un prognozējamo apgrozījumu, mainot kompensācijas nosacījumus vai iekļaujot zāles citā sarakstā; |  |
| 3. Informācija par zāļu ražotāja realizācijas cenu Čehijā, Dānijā, Igaunijā, Lietuvā, Polijā, Rumānijā, Slovākijā un Ungārijā, norādot cenu attiecīgās valsts valūtā un *euro* atbilstoši grāmatvedībā izmantojamam ārvalstu valūtas kursam iesnieguma iesniegšanas dienā. |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datums) (Iesniedzēja vārds, uzvārds) (paraksts)

Saņemts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.\_\_\_\_\_\_