



ที่ /

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอเบิกยา darunavir ย้อนหลัง สำหรับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้บรรจุยา darunavir (DRV) ในรายการ ยาด้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้หน่วยบริการสามารถเบิกยาได้ตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนดนั้น

ในการนี้ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยจ่ายยาด้านไวรัสลำดับที่ 3 (3rd line ARV Center) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่ม การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยา darunavir ก่อนการประกาศแนวทางการบริหารยา darunavir จึงขอเบิก ยา daruanvir ย้อนหลังตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

NAP No.	วันที่เริ่มใช้ยา	วันที่ได้รับการอนุมัติ	ปริมาณที่ขอเบิก (ขวด)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
 (.....)

ตำแหน่ง

ผู้รับผิดชอบ:

หน่วยงาน:

หมายเลขโทรศัพท์:

หมายเลขโทรสาร:

สำหรับ สปสช.

ผลการอนุมัติ อนุมัติ จำนวน ขวด
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง