

Réf. : DE ER PR /01 Edition : 01 Date d'application : 27/07/2017 Page :1/1	<b>ENREGISTREMENT</b> Demande de fixation ou d'homologation des prix des médicaments à usage humain	Direction du <b>Médicament</b> et de la <b>Pharmacie</b>
---	--	---

**PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR :**

TYPE DE DEMANDE		TYPE DE PRODUITS	STATUT DU PRODUIT
<input type="checkbox"/> Fixation de prix <input type="checkbox"/> Homologation de prix	<input type="checkbox"/> Nouveau produit (NP) <input type="checkbox"/> Extension de présentation <input type="checkbox"/> Extension de forme <input type="checkbox"/> Extension de dosage	<input type="checkbox"/> Produit chimique de référence <input type="checkbox"/> Produit biologique de référence <input type="checkbox"/> Générique <input type="checkbox"/> Bio similaire <input type="checkbox"/> Immunologique : <input type="checkbox"/> allergène <input type="checkbox"/> Vaccin <input type="checkbox"/> Homéopathique <input type="checkbox"/> Radiopharmaceutique <input type="checkbox"/> Dérivés stables du sang <input type="checkbox"/> Préparation à base de plante médicinale <input type="checkbox"/> Concentré pour hémodialyse <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....	<input type="checkbox"/> Fabrication locale <input type="checkbox"/> Importation produit fini <input type="checkbox"/> Importation produit Intermédiaire <input type="checkbox"/> Importation en vrac <input type="checkbox"/> Sous traitance
ETABLISSEMENT DEMANDEUR	NOM ET DOSAGE	Forme et présentation (s)	DCI

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION :**

N° de réception : .....

PIECES FOURNIES		OBSERVATIONS
<b>VERSION PAPIER :</b>		
1- Lettre de demande signée et cachetée par le pharmacien responsable ;	<input type="checkbox"/>	.....
2- Formulaire de demande de fixation ou d'homologation de prix d'un médicament signé et cacheté par le pharmacien responsable *;	<input type="checkbox"/>	.....
3- Copie d'AMM en vigueur ;	<input type="checkbox"/>	.....
4- RCP (Fiche signalétique) dûment rempli, signé et cacheté par le pharmacien responsable;		.....
<b>Pour tout produit de référence</b>		
5- Attestation de PFHT délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ( <b>l'originale</b> ) et dont la durée de validité ne doit pas dépasser 3 mois (produits importés)	<input type="checkbox"/>	.....
6- Benchmark des six pays signé et cacheté par le pharmacien responsable et dont la durée de validité ne doit pas dépasser 3 mois ( <b>l'originale</b> )	<input type="checkbox"/>	.....
<b>VERSION ELECTRONIQUE :</b>		
CD-ROM comportant les fichiers numérotés et clairement identifiés (scannés).	<input type="checkbox"/>	.....

\* Téléchargeable via le site de la DMP [www.dmp.santé.gov.ma](http://www.dmp.santé.gov.ma)

<b>ETABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE INDUSTRIEL</b> Pharmacien responsable ou son représentant	<b>ENREGISTREMENT</b> <b>DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE</b>	
Date : ...../...../..... Signature et cachet :	<input type="checkbox"/> Dossier complet <input type="checkbox"/> Dossier incomplet	Signature : Date: ...../...../.....