

Le circuit Retr'Officine AP-HM repose sur une coopération entre patient(e)s et pharmaciens (hôpital, répartiteurs, ville). Il vous permet de retirer gratuitement **certains médicaments hospitaliers** dans la pharmacie de ville de votre choix en continuant d'être suivi auprès de votre pharmacien d'hôpital.

Pour bénéficier de ce circuit en tant que patient(e) :

- Je peux demander librement à un pharmacien de ville (officinal) **de mon choix** d'être mon référent officinal pour recevoir **dans sa pharmacie et en mon nom** le renouvellement de mes médicaments hospitaliers. Le pharmacien n'est pas obligé d'accepter. En cas de refus, je peux solliciter une autre pharmacie. Je peux également changer de pharmacie si je le souhaite mais, **dans tous les cas, je ne solliciterai qu'un seul référent officinal par traitement** ;
- Je dois effectuer la demande de renouvellement au pharmacien de ville au **minimum 3 semaines après la date de la dernière délivrance** et 5 jours ouvrés avant la date souhaitée de réception. **Je devrai la signer** et lui présenter mes documents en cours de validité : ordonnance originale, carte/attestation de sécurité sociale/mutuelle ;  
**Important : Je dois solliciter chaque fois le renouvellement de mon ordonnance auprès de mon pharmacien. Le renouvellement n'est jamais automatique.**
- Je peux récupérer mon traitement dans un délai de **8 jours ouvrés** après notification par le pharmacien officinal. Je suis informé qu'en cas de non retrait du médicament et en l'absence de justification retenue par le pharmacien officinal, le traitement sera rendu à l'hôpital et je ne pourrai plus bénéficier du circuit ;
- J'ai toujours la possibilité de retirer mon traitement directement à la rétrocession de l'hôpital si je le souhaite et particulièrement si le renouvellement est urgent ou en cas de problème avec l'ordonnance ;
- Je dois informer mon pharmacien de ville si ma demande auprès de sa pharmacie n'est plus d'actualité et que je ne viens pas chercher les produits demandés quelle qu'en soit la raison ;
- Je conserve mon suivi par le pharmacien d'hôpital et je répondrai tous les 3 ou 4 mois à un **entretien individuel**, avec lui ou son équipe, concernant mon traitement :

**En demandant l'inclusion au circuit Retr'Officine AP-HM je m'engage à respecter l'ensemble des points énumérés ci-dessus.**

Votre participation responsable et active est essentielle au maintien et à la gratuité de ce circuit.

**Donnez-nous votre avis en 3 minutes !**

Connectez-vous sur <https://forms.gle/MW6ub9jimzbzBZqt7> ou en scannez ce code →

